Warszawa, dnia 30 czerwca 2025 r.

Poz. 42

OBWIESZCZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]

z dnia 30 czerwca 2025 r.

w sprawie mapy potrzeb zdrowotnych

Na podstawie art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.[2)]) ustala się na okres od dnia 1 stycznia 2027 r. do dnia 31 grudnia 2031 r. mapę potrzeb zdrowotnych, stanowiącą załącznik do niniejszego obwieszczenia.

MINISTER ZDROWIA

Izabela Leszczyna

[1)] Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 grudnia 2023 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 2704).

[2)] Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2024 r. poz. 858, 1222, 1593, 1615 i 1915 oraz z 2025 r. poz. 129, 304, 620, 637 i 779.

Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia
z dnia 30 czerwca 2025 r.
(Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 42)

Minister Zdrowia

Mapa potrzeb zdrowotnych

na okres od 1 stycznia 2027 r. do 31 grudnia 2031 r.

Warszawa, czerwiec 2025

Dokument powstał w ramach projektu pn. „Podstawowe Regiony Zabezpieczenia”, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Funduszy Europejskich dla Rozwoju Społecznego

Spis treści

Słownik skrótów 6
Definicje 9
Wprowadzenie 16
Miejsce mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia 16
Struktura dokumentu 17
Wykorzystane dane 18
Potrzeby zdrowotne – szersza perspektywa 20
Najważniejsze wnioski 25
1. Demografia 29
1.1. Stan i struktura ludności 29
1.2. Ruch naturalny – urodzenia i zgony 32
1.3. Długość życia 35
1.4. Prognoza liczby ludności 37
1.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i podsumowanie 41
2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna 44
2.1. Epidemiologia w RP 45
2.2. Prognoza epidemiologiczna w RP 68
2.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 70
3. Czynniki ryzyka i profilaktyka 72
3.1. Czynniki ryzyka 72
3.2. Działania z zakresu zdrowia publicznego w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia społeczeństwa 80
3.3. Programy profilaktyczne 83
3.4. Badania przesiewowe 90
3.5. Podsumowanie 94
3.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 95
3.7. Rekomendowane kierunki działań 96
4. Podstawowa opieka zdrowotna 99
4.1. Wyniki analiz 102
4.2. Podsumowanie 132
4.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 133
4.4. Rekomendowane kierunki działań 133

5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna ... 136
5.1. Diagnoza ... 142
5.2. Podsumowanie ... 167
5.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej ... 167
5.4. Rekomendowane kierunki działań ... 168
6. Leczenie szpitalne ... 170
6.1. Wykaz istotnych zmian wprowadzonych w ostatnich latach w systemie opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego ... 170
6.2. Analiza hospitalizacji ... 180
6.3. Czas oczekiwania na świadczenia ... 189
6.4. Charakterystyka umów z NFZ na leczenie szpitalne ... 199
6.5. Łóżka i obłożenie ... 201
6.6. Kadry medyczne ... 208
6.7. Programy lekowe ... 213
6.8. Szpitalne Oddziały Ratunkowe ... 222
6.9. Jakość opieki w ramach leczenia szpitalnego ... 230
6.10. Podsumowanie ... 246
6.11. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej ... 247
6.12. Rekomendowane kierunki działań ... 248
7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień ... 250
7.1. Analiza opieki psychiatrycznej osób dorosłych ... 252
7.2. Analiza opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży ... 275
7.3. Podsumowanie ... 288
7.4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dorośli ... 289
7.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dzieci i młodzież ... 290
7.6. Rekomendowane kierunki działań ... 291
8. Rehabilitacja medyczna ... 292
8.1. Zmiany systemowe ... 294
8.2. Analiza rehabilitacji ... 294
8.2.1. Świadczenia dzienne ... 298
8.2.2. Świadczenia stacjonarne ... 302
8.2.3. Świadczenia domowe ... 306
8.2.4. Świadczenia ambulatoryjne ... 310

8.3. Kadry 317
8.4. Kolejki 319
8.5. Podsumowanie 321
8.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 322
8.7. Rekomendowane kierunki działań 323
9. Opieka długoterminowa 325
9.1. Analiza opieki długoterminowej 332
9.2. Opieka stacjonarna 341
9.3. Opieka domowa 347
9.4. Współczynnik pielęgnacyjny 351
9.5. Prognozy potrzeb zdrowotnych 353
9.6. Podsumowanie 357
9.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 357
9.8. Rekomendowane kierunki działań 358
10. Opieka paliatywna i hospicyjna 359
10.1. Analiza opieki paliatywnej i hospicyjnej 362
10.2. Opieka stacjonarna 371
10.3. Opieka ambulatoryjna 374
10.4. Opieka domowa 377
10.5. Prognoza liczby miejsc 378
10.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 383
10.7. Rekomendowane kierunki działań 384
11. Państwowe Ratownictwo Medyczne 386
11.1. Zespoły Ratownictwa Medycznego 390
11.2. Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego (HEMS) 397
11.3. Dyspozytornie medyczne 400
11.4. Podsumowanie 401
11.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej 401
11.6. Rekomendowane kierunki działań 401
12. Kadry 403
12.1. Lekarze 403
12.2. Lekarze dentyści 423
12.3. Pielęgniarki 429

12.4. Położne....435
12.5. Fizjoterapeuci....441
12.6. Diagności laboratoryjni....447
12.7. Farmaceuci....453
12.8. Podsumowanie....459
12.9. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej....459
12.10. Rekomendowane kierunki działań....460
13. Sprzęt medyczny....462
13.1. Wiek i eksploatacja sprzętów medycznych....467
13.2. Gęstość rozmieszczenia sprzętów w województwach....479
13.3. Odległość od najbliższego sprzętu....482
13.4. Wymiana sprzętu....485
13.5. Planowanie inwestycji w długiej perspektywie czasowej....487
13.6. Podsumowanie....488
13.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej....489
13.8. Rekomendowane kierunki działań....489
Załączniki....491

Słownik skrótów

AOS – ambulatoryjna opieka specjalistyczna

CBOS – Centrum Badania Opinii Społecznej

CBU – Centralna Baza Umów

CDI – Zakażenie Clostridium difficile zdefiniowane za pomocą kodu A04.7 według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych, ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems).

COCIR – Europejski Komitet Koordynacyjny Przemysłu Radiologicznego, Elektromedycznego oraz Technik Informatycznych Ochrony Zdrowia (ang. *European Coordination Committee of the Radiological, Electromedical and Healthcare IT Industry*)

CRL – Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej

CWPM – Centralny Wykaz Pracowników Medycznych

CWU – Centralny Wykaz Ubezpieczonych

CZP – Centrum Zdrowia Psychicznego

DALY – lata życia skorygowane niesprawnością (ang. *Disability Adjusted Life-Years*)

DiLO – karta diagnostyki i leczenia onkologicznego

DM – dyspozytornia medyczna

DPS – dom pomocy społecznej

EAPC – Europejskie Towarzystwo Opieki Paliatywnej (ang. *European Association for Palliative Care*)

ECIS - europejski system informacji o raku (ang. *European Cancer Information System*)

EDM – elektroniczna dokumentacja medyczna

e-KOK - elektroniczna Karta Opieki Kardiologicznej

Eurostat – Europejski Urząd Statystyczny

EZOP II - Kompleksowe badanie stanu zdrowia psychicznego społeczeństwa i jego uwarunkowań

FAS – Płodowy Zespół Alkoholowy

FASD - Spektrum Płodowych Zaburzeń Alkoholowych (ang. *Fetal Alcohol Spectrum Disorders)*

GBD – Globalne Obciążenie Chorobami (ang. *Global Burden of Disease*)

GIS – Główny Inspektorat Sanitarny

GUS – Główny Urząd Statystyczny

IHME – Instytut Pomiarów i Oceny Stanu Zdrowia (ang. *Institute for Health Metrics and Evaluation*)

ICD-10 – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

IPiN – Instytut Psychiatrii i Neurologii

IPOM – Indywidualny Plan Opieki Medycznej

JGP – jednorodna grupa pacjentów

JST – jednostki samorządu terytorialnego

KCPU – Krajowe Centrum Przeciwdziałania Uzależnieniom

KE – Komisja Europejska

KRN – Krajowy Rejestr Nowotworów

KRUS – Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego

KSK – Krajowa Sieć Kardiologiczna

KSO – Krajowa Sieć Onkologiczna

LBW – noworodki urodzone z masą ciała poniżej 2 500 g, czyli z niską masą (wagą) urodzeniową

LPR – Lotnicze Pogotowie Ratunkowe

MZ – Ministerstwo Zdrowia

NFZ – Narodowy Fundusz Zdrowia

NIK – Najwyższa Izba Kontroli

NIZP PZH-PIB – Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy

NiŚOZ – nocna i świąteczna opieka zdrowotna

NPChUK - Narodowy Program Chorób Układu Krążenia

NPZ – Narodowy Program Zdrowia

NSO – Narodowa Strategia Onkologiczna

OECD – Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (ang. *Organisation for Economic Co- operation and Development*)

ORE – Ośrodek Rozwoju Edukacji

PFRON – Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

PIS – Państwowa Inspekcja Sanitarna

POZ – podstawowa opieka zdrowotna

PRM – Państwowe Ratownictwo Medyczne

PSZ – system Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej

RDP – rodzinne domy pomocy

RP – Rzeczpospolita Polska

RPWDL – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

SDI – wskaźnik społeczno-demograficzny (ang. *Socio-Demographic Index*)

SIMP – System Informatyczny Monitorowania Profilaktyki

SOR – szpitalny oddział ratunkowy

SWD PRM – System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego

UE – Unia Europejska

WHO – Światowa Organizacja Zdrowia (ang. *World Health Organization*)

YLD – lata przeżyte w niesprawności/utrata lat życia spowodowana niesprawnością (ang. *Years Lived with Disability/Years Lost due to Disability*)

YLL – utrata lat życia na skutek przedwczesnej śmierci (ang. *Years of Life Lost*)

ZLŚ – zespoły leczenia środowiskowego

ZOL – zakład opiekuńczo-leczniczy

ZPO – zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy

ZRM – zespół ratownictwa medycznego

ZUS – Zakład Ubezpieczeń Społecznych

Definicje

Aktywny zawodowo (kadra medyczna) – osoba z kadry medycznej pracująca w podmiocie wykonującym działalność leczniczą lub w podmiocie niewykonującym działalności leczniczej. Nie musi być to zatem osoba faktycznie wykonująca zawód medyczny, lecz np. lekarz pracujący naukowo, w aptece, firmie farmaceutycznej, a nawet prowadzący niemedyczną działalność gospodarczą.

API REGON – interfejs programistyczny przygotowany przez GUS, który pozwala na zautomatyzowane pobieranie danych z Rejestru REGON.

Centrum Zdrowia Psychicznego – ośrodek udzielający pomocy pacjentom od 18. r.ż. z rozpoznaniami zaburzeń psychicznych. W skład funkcjonowania CZP muszą wchodzić następujące formy opieki: poradnia zdrowia psychicznego, oddział dzienny, ZLŚ (domowego), oddział psychiatryczny (oddział psychiatryczny może być zlokalizowany poza obszarem działania centrum, z uwzględnieniem konieczności zapewnienia odpowiedniej dostępności publicznym transportem zbiorowym). Do głównych założeń CZP należą: integracja form opieki, koordynacja pomocy, zmiana roli opieki szpitalnej na interwencję pomocniczą. W osiągnięciu tych celów ma pomóc zintegrowana płatność za świadczenia w formie ryczałtu na populację. [1]

Chorobowość – według metodyki GBD, liczba wszystkich przypadków danego problemu zdrowotnego z uwzględnieniem nowych przypadków dotkniętych danym problemem zdrowotnym, zarejestrowanych w przeciągu analizowanego roku, rozumianego jako okres od 1 stycznia do 31 grudnia w określonej populacji. Liczba ta uwzględnia osoby, które zachorowały i zmarły w przeciągu danego roku, oraz te, które zachorowały w roku poprzednim i zmarły lub zostały wyleczone w danym roku.

Choroby rzadkie – choroby, dla których liczba pacjentów nie przekracza 5 osób na 10 tys. ludności.

Długości życia w zdrowiu (ang. *Healthy Life Years*) – średnia liczba pozostałych lat życia bez niepełnosprawności dla danej osoby w określonym wieku, inaczej oczekiwana długość życia bez niesprawności. Bazuje na indywidualnie postrzeganej sprawności.

Długość pobytu – średnia liczba dni hospitalizacji, liczona od daty przyjęcia do daty wypisu.

Hospitalizacja – pobyt pacjenta w szpitalu lub innym ośrodku opieki zdrowotnej udzielającym świadczeń stacjonarnych, przeprowadzany w celu wykonania badań diagnostycznych lub leczenia. Hospitalizacja posiada unikalne ID wpisane do księgi głównej.

Hostel psychiatryczny – placówka opiekuńczo-rehabilitacyjna przeznaczona dla osób z zaburzeniami psychicznymi, które nie wymagają leczenia szpitalnego, ale potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu. Zapewnia całodobowe zakwaterowanie, pomoc w usamodzielnianiu się, terapię zajęciową oraz wsparcie psychologiczne i społeczne.

[1] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2024 r. poz. 875, z późn. zm.)

Hospitalizacje możliwe do uniknięcia (ang. *avoidable hospital admissions*) – hospitalizacje, których pacjent (szczególnie pacjent chorujący przewlekle) mógłby uniknąć w przypadku efektywnie działającego systemu opieki zdrowotnej.

Jednostka ochrony zdrowia – tu: podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2025 r., poz. 450, z późn. zm.).

Kategoria produktów – podział produktów ze względu na typ (zabiegowe, zachowawcze) oraz złożoność (np. zabiegi małe, zabiegi duże, zabiegi kompleksowe).

Kwota kontraktu– sumaryczna kwota umowy zawarta przez świadczeniodawcę z NFZ przyznana w danym okresie rozliczeniowym na świadczenie usług zdrowotnych.

Lata przeżyte w niesprawności/utrata lat życia spowodowana niesprawnością (ang. *Years Lived with Disability / Years Lost due to Disability*) – wskaźnik stanowiący iloczyn liczby przypadków choroby i średniego czasu jej trwania oraz wagi przypisanej problemowi zdrowotnemu w zależności od jego ciężkości. Wagi przyjmują wartości z przedziału [0, 1], gdzie 0 oznacza zdrowie, natomiast 1 - zgon.

Lata życia skorygowane niesprawnością (ang. *Disability Adjusted Life-Years*) – główny wskaźnik stosowany w ramach metodyki GBD. Stanowi sumę dwóch wskaźników - YLL i YLD. Wartość określana dla poszczególnych problemów zdrowotnych, z wykorzystaniem wag odzwierciedlających dotkliwość problemu zdrowotnego dla osoby, której dotyczą oraz jej rodziny i bezpośredniego otoczenia. W uproszczeniu, 1 jednostka wskaźnika oznacza 1 utracony r.ż. w zdrowiu.

Liczba miejsc pobytu dziennego na koniec roku (rehabilitacja) – suma wszystkich miejsc pobytu dziennego danego świadczeniodawcy na koniec wybranego roku w specjalnościach komórki (VIII część kodu resortowego) występujących w rehabilitacji dziennej.

Liczba osobodni (dostępność świadczeń) – liczba dni udzielania świadczeń (interpretowanych jako pojedyncze kontakty z ochroną zdrowia) wśród wszystkich pacjentów, którym zostało udzielone dane świadczenie.

Liczba osobodni (opieka długoterminowa) – różnica pomiędzy datą wypisu i datą przyjęcia (z wyjątkiem sytuacji, w której wypis nastąpił w dniu przyjęcia - wtedy liczba osobodni przyjmuje wartość równą 1). Pobyt pacjenta na przepustce został uznany jako 50% osobodnia, a pobyt pacjenta w szpitalu jako 15% osobodnia.

Liczba osobodni (rehabilitacja) – różnica pomiędzy datą wypisu i datą przyjęcia (z wyjątkiem sytuacji, w której wypis nastąpił w dniu przyjęcia - wtedy liczba osobodni przyjmuje wartość równą 1) w ramach świadczeń dziennych lub stacjonarnych.

Liczba porad lekarskich (rehabilitacja) – liczba udzielonych świadczeń w rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej sprawozdanych jako porada lekarska rehabilitacyjna.

Liczba wizyt fizjoterapeutycznych – liczba udzielonych świadczeń w rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej sprawozdanych jako wizyta fizjoterapeutyczna.

Liczba wizyt (opieka długoterminowa) – liczba unikalnych ID epizodu dotyczących wizyty pielęgniarki w opiece domowej.

Liczba wizyt (opieka paliatywna i hospicyjna) – liczba unikalnych ID epizodu sprawozdanych w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych – liczba udzielonych świadczeń w rehabilitacji domowej lub ambulatoryjnej niebędących poradą lekarską lub wizytą fizjoterapeutyczną.

Liczba łóżek na koniec roku – suma wszystkich łóżek danego świadczeniodawcy na koniec wybranego roku w specjalnościach komórki (VIII część kodu resortowego).

Łóżka łącznie – ogólna średnia liczba łóżek znajdujących się w poszczególnych oddziałach, z wyłączeniem miejsca pobytu dziennego.

Listy aktywne – comiesięczne oddzielne zestawienia listy pacjentów zapisanych do lekarza POZ, pielęgniarki POZ oraz położnej POZ na podstawie deklaracji wyboru złożonej przez pacjenta.

Ludność w wieku przedprodukcyjnym – ludność w wieku 0-17 lat.

Ludność w wieku produkcyjnym – mężczyźni w wieku 18-64 lat, kobiety w wieku 18-59 lat.

Ludność w wieku poprodukcyjnym – mężczyźni powyżej 65. r.ż., kobiety – powyżej 60. r.ż.

Nazwa specjalności – nazwa specjalności komórki organizacyjnej zakładu leczniczego w ramach podmiotu leczniczego.

Oddział dzienny psychiatryczny – forma terapii dla osób z problemami psychicznymi wymagającymi fachowej pomocy wykraczającej poza możliwości poradni zdrowia psychicznego, a niewymagających pobytu w całodobowym szpitalnym oddziale psychiatrycznym.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu (ang. *healthy life expectancy*) – liczba lat, w których osoba w danym wieku może oczekiwać dobrego zdrowia, biorąc pod uwagę umieralność i niesprawność. Wskaźnik HALE/DALE, dotyczący oczekiwanej długości życia skorygowanej o stan zdrowia, został oszacowany przez WHO na podstawie danych o umieralności oraz danych dotyczących zapadalności i chorobowości. Opiera się na danych epidemiologicznych.

Opieka paliatywna i hospicyjna – wszechstronna i całościowa opieka nad osobami z nieuleczalnymi, postępującymi i ograniczającymi życie chorobami. Opieka ta ma na celu poprawienie jakości życia chorych, zapobieganie lub uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych oraz łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych.

Opieka długoterminowa – całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno–opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osobom przewlekle chorym i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach szpitalnych.

Perinatalna opieka paliatywna – opieka ukierunkowana przede wszystkim na ciężkie wady lub zaburzenia rozwojowe i inne stany chorobowe uznane za letalne.

Podstawowa opieka zdrowotna – miejsce pierwszego kontaktu świadczeniobiorcy z systemem ochrony zdrowia z wyłączeniem sytuacji, w których świadczeniobiorca znajduje się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W ramach tego kontaktu zapewniany jest dostęp do profilaktycznych, diagnostycznych, leczniczych, pielęgnacyjnych oraz rehabilitacyjnych

świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, z wyłączeniem wskazanych w odpowiednich ustawach. Uwzględniono świadczenia NiŚOZ.

Porada – świadczenie zdrowotne zakodowane w bazach świadczeń NFZ pod unikalnym ID kontaktu. Może mieć charakter porady specjalistycznej, porady u lekarza rodzinnego, porady receptowej lub teleporady.

Poradnia – komórka organizacyjna placówki medycznej o określonej specjalności zdefiniowanej na podstawie VIII części kodu resortowego; realizuje świadczenia ambulatoryjne i w odróżnieniu od oddziału szpitalnego nie prowadzi hospitalizacji.

Problem zdrowotny GBD – nazwa jednostki chorobowej lub urazu zgodnie z klasyfikacją stosowaną w *Global Burden of Disease Study* realizowanym przez IHME, jednostkę badawczą Uniwersytetu Waszyngtońskiego w USA.

Programy lekowe – świadczenie gwarantowane, w ramach którego prowadzone jest leczenie wybranych jednostek chorobowych, które obejmuje ściśle zdefiniowaną grupę pacjentów leczonych z zastosowaniem innowacyjnych, kosztownych substancji czynnych, które nie są finansowane w ramach innych świadczeń gwarantowanych.

Przeciętne dalsze trwanie życia osoby w danym wieku (ang. *Life Expectancy by Age*) – średnia liczba lat, które osoba w danym wieku ma szansę przeżyć, przy danych warunkach umieralności populacji. Założeniem jest, że warunki te będą utrzymywały się przez dostatecznie długi czas.

Przeciętny czas oczekiwania (listy oczekujących) – średnia (średnich) czasów oczekiwania (raportowanych przez świadczeniodawców) do poszczególnych ośrodków ważona liczbą oczekujących pacjentów.

Przeciętny czas oczekiwania (zrealizowane świadczenia) – mediana czasu oczekiwania na hospitalizację wyznaczona na podstawie różnicy pomiędzy datą przyjęcia do szpitala w trybie planowym a datą wystawienia skierowania.

Przypadek pilny/stabilny – sposób kategoryzacji pacjentów przy wpisywaniu na listę osób oczekujących, przeprowadzany na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta, rokowania, chorób współistniejących oraz zagrożenia niepełnosprawnością. Placówki medyczne prowadzą odrębne listy osób oczekujących dla każdej z tych kategorii.

Przyrost naturalny – różnica między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów w danym okresie (np. roku).

Próg starości demograficznej – moment, kiedy osoby powyżej 65. r.ż. stanowią 7% ogółu społeczeństwa.

Płodność kobiet – iloraz liczby urodzeń żywych i liczby kobiet w wieku rozrodczym (15-49. r.ż.).

Saldo migracji – różnica pomiędzy liczbą pacjentów z innych obszarów leczonych na danym obszarze a liczbą pacjentów z tego obszaru leczoną na innym.

Sieć szpitali – system podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej wdrożony 1 października 2017 r. na mocy ustawy z dnia 23 marca 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. poz. 844).

Sprawozdania ZD-3 – sprawozdanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej składane przez placówki medyczne wykonujące działalność w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej podstawowej lub specjalistycznej do GUS. W przypadku praktyk lekarskich obowiązkiem sprawozdawania są objęte wyłącznie praktyki realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Szkolenie specjalizacyjne – proces kształcenia lekarza i lekarza dentysty w celu uzyskania tytułu specjalisty w określonej dziedzinie medycyny.

Szpital – świadczeniodawca realizujący świadczenia w ramach umowy na leczenie szpitalne.

Szpitale poza siecią szpitali / poza PSZ – świadczeniodawcy, którzy nie zostali zakwalifikowani do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

Średnia liczba łóżek (w ciągu roku) – liczba łóżek świadczeniodawcy uwzględniająca fakt czy zakład mógł zawiesić lub rozpocząć działalność w trakcie roku, lub istnieć niepełny rok, tj. zakład, który posiada 100 łóżek oraz funkcjonuje 6 miesięcy w danym roku, wykazuje dla tego roku 50 łóżek średnio.

Średni czas oczekiwania raportowany przez świadczeniodawcę - średni czas oczekiwania osób, które zostały wykreślone z liczby oczekujących w kolejce ze względu na realizację świadczenia w ciągu ostatnich 3 miesięcy.

Średnie obłożenie – różnica daty końca i daty początku pobytu na oddziale (+1 dzień w przypadku pobytu jednodniowego) podzielona przez sumę iloczynów liczby łóżek w danym okresie i długość tego okresu w dniach.

Świadczenia ambulatoryjne (opieka paliatywna i hospicyjna) – świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w podmiotach leczniczych o następującej specjalności komórki organizacyjnej (VIII części kodu resortowego): poradnia medycyny paliatywnej (1180).

Świadczenia domowe (opieka paliatywna i hospicyjna) – świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w podmiotach leczniczych o następujących specjalnościach komórki organizacyjnej (VIII części kodu resortowego): hospicjum domowe / zespół domowej opieki paliatywnej (2180), hospicjum domowe dla dzieci (2181).

Świadczenia stacjonarne (opieka paliatywna i hospicyjna) – świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielone w podmiotach leczniczych o następujących specjalnościach komórki organizacyjnej (VIII części kodu resortowego): hospicjum stacjonarne (5180), hospicjum stacjonarne dla dzieci (5181), hospicjum stacjonarne / stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej (2184), hospicjum stacjonarne / stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej dla dzieci (2185), oddział medycyny paliatywnej (5182, 4180).

Urodzenia żywe – całkowite wydalenie lub wydobycie z ustroju matki noworodka (bez względu na czas trwania ciąży), który oddycha bądź wykazuje jakiekolwiek inne oznaki życia, jak czynność serca, tętnienie pępowiny lub wyraźne skurcze mięśni zależnych od woli (mięśni szkieletowych).

Utrata lat życia na skutek przedwczesnej śmierci (ang. *Years of Life Lost*) – wskaźnik stanowiący iloczyn liczby zgonów i przeciętnego dalszego trwania życia dla wieku, w którym nastąpił zgon na skutek rozpatrywanego problemu zdrowotnego. W przypadku śmierci

w okresie dzieciństwa liczba utraconych lat jest korygowana (zmniejszana) ze względu na mniejszą wagę przypisywaną temu okresowi życia.

Wskaźnik zrównoważonego rozwoju - służy do monitorowania postępów krajów UE w realizacji 17 Celów Zrównoważonego Rozwoju (SDG). Cele te skupiają się na zapewnieniu godnego życia dla wszystkich mieszkańców świata, pokoju i postępu gospodarczego, przy równoczesnej ochronie środowiska naturalnego i przeciwdziałaniu zmianom klimatu. Obliczany jest na podstawie zestawu około 100 wskaźników, dostosowanych do polityk i priorytetów UE.

Współczynnik braku efektywności – wskaźnik określający, jaka część świadczeń opieki zdrowotnej została zrealizowana zbyt późno. Za moment graniczny, którego przekroczenie oznaczało zbyt długi czas oczekiwania na hospitalizację, przyjęto trzeci kwartyl rozkładu empirycznego. Wartość wskaźnika wyznaczono na podstawie skumulowanej wartości dystrybuanty rozkładu empirycznego czasów oczekiwań na hospitalizację na odcinku od trzeciego kwartyla do ustalonego momentu czasu (przyjęto: 2 lata), a następnie wystandaryzowano.

Współczynnik dzietności – przeciętna liczba dzieci, które urodziłaby kobieta w ciągu całego okresu rozrodczego (15-49 lat), przy założeniu, że w poszczególnych fazach tego okresu rodziłaby z intensywnością obserwowaną wśród kobiet w badanym roku.

Współczynnik efektywności – współczynnik określający część oraz szybkość realizacji świadczeń w ustalonym okresie (przyjęto: 2 lata). W celu wyznaczenia wartości współczynnika uwzględniono skumulowaną wartość dystrybuanty rozkładu empirycznego czasów oczekiwań na hospitalizację, którą następnie wystandaryzowano. Dzięki takiemu podejściu uwzględniono zarówno informację o liczbie zrealizowanych świadczeń, jak i informację o dynamice ich realizacji.

Współczynnik obciążenia demograficznego – miara określająca relacje między poszczególnymi ekonomicznymi grupami wieku ludności. Jest to liczba osób w wieku nieprodukcyjnym przypadająca na 100 osób w wieku produkcyjnym.

Współczynnik pielęgnacyjny – stosunek liczby kobiet w wieku 50-64 (potencjalnych opiekunów) do liczby osób powyżej 80. r.ż. w przeliczeniu na 100 osób.

Współczynnik przyrostu naturalnego – stosunek różnicy między liczbą urodzeń żywych i liczbą zgonów do liczby ludności w połowie badanego okresu lub do średniego stanu ludności w tym okresie, wyrażony w ‰ (tj. na 1 tys. ludności).

Współczynnik umieralności okołoporodowej – urodzenia martwe i zgony niemowląt w wieku 0-6 dni na 1 tys. urodzeń żywych i martwych.

Współczynnik zapadalności– liczba zachorowań w danym okresie (najczęściej roku) przeliczona na 100 tys. osób w badanej populacji. **Współczynnik zgonów** – stosunek liczby zgonów w danym okresie (najczęściej roku) do liczby ludności według stanu na środek okresu lub do średniej liczby ludności z tego okresu.

Wymienialność pokoleniowa (kadry medycznej) – sytuacja, w której kadra medyczna odchodząca z rynku pracy zostaje w tej samej lub większej liczbie zastępowana przez nowych pracowników danej grupy zawodowej lub w danej dziedzinie specjalizacji. W celu oszacowania wymienialności pokoleniowej obliczono liczbę kadry medycznej osiągającą wiek emerytalny

i zestawiono ją z liczbą studentów w trakcie nauki lub lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego z podziałem na region i specjalizację.

Zespół leczenia środowiskowego (domowego) – forma terapii dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi.

Zakażenie szpitalne – zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2024 r. poz. 924, z późn. zm.) „zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku, gdy choroba: nie pozostawała w momencie udzielenia świadczeń zdrowotnych w okresie wylęgania albo wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylęgania".

Zakres świadczeń gwarantowanych - określa art. 15 ust. 2, ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.).

VIII część kodu resortowego – czteroznakowy kod charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego podmiotu leczniczego.

Wprowadzenie

Zgodnie z art. 95a ust. 1 i 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje, ustala i aktualizuje mapę potrzeb zdrowotnych, w celu identyfikacji priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej oraz zapewnienia zrównoważonego i skoordynowanego wydatkowania środków publicznych. Mapa obejmuje:

1) analizy demograficzne i epidemiologiczne, analizy stanu i wykorzystania zasobów systemu opieki zdrowotnej, w tym personelu medycznego, udostępniane na dedykowanej stronie internetowej w formie zaawansowanego narzędzia analitycznego,
2) wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań na terytorium RP i na terenie województw.

Minister właściwy do spraw zdrowia opracowuje wyniki analiz i zamieszcza je w Biuletynie Informacji Publicznej oraz na specjalnej stronie internetowej znajdującej się pod adresem https://basiw.mz.gov.pl/. Materiały na niej publikowane są integralną częścią mapy i podlegają corocznej aktualizacji. Z kolei wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terytorium RP przedstawiono w niniejszym dokumencie, a na terenie województwa – w załącznikach.

Miejsce mapy potrzeb zdrowotnych w systemie ochrony zdrowia

Powstanie, forma i funkcjonowanie map potrzeb zdrowotnych były pierwotnie związane z wymogami polityki spójności UE w zakresie funduszy unijnych na ochronę zdrowia. W ramach perspektyw finansowych na lata 2014-2020 oraz 2021-2027 KE wskazała opracowanie map potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej i opieki długoterminowej, w tym dla personelu medycznego, jako jeden z tzw. warunków podstawowych. Od ich spełnienia uzależniono możliwość wydatkowania środków europejskich na zdrowie.

Rozwiązania zaproponowane i wprowadzone w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych idą jednak o wiele dalej, służąc nie tylko mapowaniu potrzeb zdrowotnych na potrzeby pozyskania funduszy UE. Ich celem jest również wprowadzenie systemu planowania strategicznego w ochronie zdrowia tak, aby zapewnić wdrożenie narzędzi pozwalających na zaspokajanie zidentyfikowanych potrzeb. Dotychczasowe doświadczenie potwierdziło, że podstawy podejmowanych działań muszą się opierać o rzeczywiste, zobiektywizowane potrzeby zdrowotne społeczeństwa. Dla efektywnego funkcjonowania systemu konieczne jest określenie priorytetów i największych wyzwań. Z uwagi na ograniczone zasoby (pieniądze, kadry, czas) nie jest możliwe wdrożenie wszystkich zadań w jednym czasie. Konieczne jest realizowanie w pierwszej kolejności tych, które przyniosą największą korzyść zdrowotną dla całego społeczeństwa. Powinny się one w szczególności skupiać na obszarach, gdzie uzyskiwane obecnie wyniki zdrowotne najbardziej odbiegają od oczekiwanych oraz takich, których zabezpieczenie jest kluczowe z punktu widzenia prognoz demograficznych i epidemiologicznych.

Wdrożeniu rekomendowanych kierunków działań zawartych w mapie potrzeb zdrowotnych służą plany transformacji. To w nich zawarte są zaproponowane konkretne działania i interwencje, które mają realizować rekomendowane kierunki działań zawarte w mapie. Za ustalenie i wdrożenie krajowego planu transformacji, zgodnie z dyspozycją ustawową, odpowiada Minister Zdrowia, natomiast wojewódzkich planów transformacji – wojewodowie[2]. W celu opracowania projektu, monitorowania i aktualizacji przygotowanych planów, organy te są wspierane przez wojewódzkie rady do spraw potrzeb zdrowotnych.

Opracowane przez Ministra Zdrowia oraz wojewodów wraz z radami plany transformacji określają problemy zdrowotne i wyzwania organizacji systemu opieki zdrowotnej wymagające podjęcia działań koordynowanych na poziomie ponadregionalnym lub odpowiednio na poziomie województw. Jednocześnie plany transformacji przedstawiają konkretne działania do podjęcia wraz z harmonogramem, oczekiwanymi rezultatami, szacowanymi skutkami finansowymi oraz przypisaniem właściwym podmiotom odpowiedzialności za ich realizację. Dokumenty te są opiniowane dla uzyskania możliwie szerokiego konsensu interesariuszy. Jednocześnie nie maja one charakteru statycznego – podlegają regularnemu monitoringowi w zakresie postępu osiągania założonych wskaźników, statusu realizowanych działań spójnych z rekomendowanymi w mapie kierunkami. Ustawodawca przewidział także konieczność aktualizacji zarówno krajowego, jak i wojewódzkich planów tak, aby w możliwie szybkim trybie reagować na zmieniające się uwarunkowania, tj. osiągnięcie założonych wartości wskaźników przed upływem założonego okresu lub identyfikację nowych priorytetowych potrzeb zdrowotnych i wyzwań organizacji systemu opieki zdrowotnej.

W zakresie finansowania i organizowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych, wdrażanie map potrzeb zdrowotnych przypada dyrektorom oddziałów wojewódzkich NFZ w ramach sporządzanych przez nich planów zakupu świadczeń. Przy ich projektowaniu zobowiązani są uwzględniać dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej na obszarze danego województwa, wysokość planowanych kosztów świadczeń opieki zdrowotnej oraz krajowy i wojewódzkie plany transformacji. Zgodność tych dokumentów z planami transformacji opiniują rady oddziałów wojewódzkich NFZ, a ostatecznie zatwierdza Prezes NFZ.

Struktura dokumentu

Dla ułatwienia poruszania się po dokumencie w poszczególnych rozdziałach przyjęto ujednoliconą formę opisu, obejmującą takie elementy jak: przedstawienie zagadnienia w kontekście potrzeb zdrowotnych, kluczowe wskaźniki porównawcze, specyfika krajowa i uwarunkowania w danym obszarze, a także ocena sytuacji w kraju w stosunku do państw członkowskich UE. Omówiono część analityczną obejmującą analizę świadczeniobiorców, udzielonych im świadczeń opieki zdrowotnej oraz świadczeniodawców. Na potrzeby wnioskowania i rekomendacji analiza skupiała się na adekwatności udzielanych świadczeń przez świadczeniodawców do problemów zdrowotnych, które dotykają świadczeniobiorców korzystających z danego rodzaju świadczeń. Poruszono także inne aspekty specyficzne dla danego obszaru – np. kadry, czas oczekiwania na świadczenia, liczbę łóżek oraz prognozę.

[2] Art. 95b oraz art. 95c ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Ostatnią część każdego rozdziału stanowią podsumowanie, wyzwania systemu opieki zdrowotnej, a także rekomendowane kierunki działań.

Przedstawione rekomendowane kierunki działań na poziomie kraju odnoszą się do kwestii natury systemowej, których podjęcie jest konieczne na szerszą skalę ze względu na podział kompetencji i możliwości podmiotów, które w danym obszarze mogą podjąć efektywną interwencję. Osobno, w załącznikach, przedstawione są wyzwania opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań, które należy podjąć w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych na poziomie regionalnym, uwzględniając specyfikę poszczególnych województw.

Dla ułatwienia analizy omawianych w mapie potrzeb zdrowotnych zagadnień opracowane zostało zaawansowane narzędzie analityczne w formie aplikacji do wizualizacji danych, które pozwala na jednocześnie interaktywną i przyjazną formę prezentacji (https://basiw.mz.gov.pl/). Aplikacje obejmują swoim zakresem cały dokument. Rozwiązanie to umożliwia uniknięcie przedstawiania wyników wszystkich przeprowadzanych analiz w dokumencie, co negatywnie wpłynęłoby na jego spójność i czytelność. Dzięki aplikacjom można w prosty sposób zapoznać się z poszukiwanymi informacjami w wybranych przez użytkownika przekrojach, zasadniczo szerszych niż przytoczone w dokumencie. Aplikacje będą podlegały cyklicznej aktualizacji w kolejnych latach.

W celu zapewnienia łatwości użytkowania i czytelności aplikacje zostały podzielone tematycznie na węższe obszary niż te, którym poświęcone są poszczególne rozdziały. Tym samym dane i analizy zawarte w niektórych aplikacjach wykorzystywane są w nawiązujących do nich rozdziałach dokumentu. Dotyczy to w szczególności aplikacji przygotowanych na potrzeby analizy świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenia szpitalnego (kolejki, łóżka i ich obłożenie, programy lekowe, wybrane zakażenia szpitalne i ich powikłania).

Nie wszystkie analizy wykonane i zebrane na rzecz niniejszego dokumentu zawarto w aplikacjach. Dotyczy to zwłaszcza danych przedstawianych w opracowaniach wtórnych, oficjalnych dokumentach i porównaniach międzynarodowych.

Wykorzystane dane

W dokumencie wykorzystano wszystkie dostępne i wiarygodne źródła danych, w tym dane własne Ministra Zdrowia zebrane przez NFZ, GUS, Centrum e-Zdrowia, ZUS i inne, w tym pochodzące z opracowań wtórnych. W przypadku ZRM i dyspozytorni medycznych źródłem danych był SWD PRM.

W dokumencie przedstawiane są najnowsze dostępne dane za 2023 r., z następującymi wyjątkami:

- w analizach porównawczych RP z innymi krajami UE zestawiono wartości wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców za 2021 r.;
- szacunki dotyczące obciążenia chorobami na podstawie danych GBD zostały przygotowane w oparciu o dane roczne dla lat 2001 i 2021;
- analiza danych z KRN obejmuje okres od 1980 do 2022 r.

W dokumencie zrezygnowano z przedstawiania prognozy zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej oraz łóżka szpitalne. Za decyzją tą stoi kilka czynników:

1) niedające się w praktyce obronić założenie *ceteris paribus.* Poza demografią i epidemiologią pozostałe czynniki wpływające na system nie pozostają bez zmian. Dotyczy to w szczególności zmian w organizacji systemu, które są konsekwencją nie tylko postępów medycyny i pojawiania się nowych technologii medycznych, ale również oczekiwanym skutkiem opracowania i wdrażania map potrzeb zdrowotnych,
2) wydarzenia związane z pandemią COVID-19, w szczególności jej bezpośredni i pośredni wpływ na dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, które mogą przyspieszyć zachodzące zmiany i wpłynąć również długoterminowo m.in. na sposób sprawowania opieki nad pacjentami (np. przez szybkie wprowadzenie i rozwijanie usług w zakresie telemedycyny).

Potrzeby zdrowotne – szersza perspektywa

Problemy zdrowotne, które wynikają ze sprawozdawczości, z którymi mierzą się mieszkańcy RP, to nie jedyna perspektywa dotycząca ich potrzeb zdrowotnych. Poszukując efektywnych rozwiązań, konieczna jest szersza ocena systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza uwzględniająca subiektywną ocenę pacjentów i ograniczenia w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Niezbędna jest także analiza świadczeń realizowanych poza publicznym systemem ochrony zdrowia.

Ocena stanu zdrowia i funkcjonowania systemu ochrony zdrowia na tle UE

Według raportu dotyczącego warunków życia w Europie[3] w 2023 r. w obszarze zdrowia udział Polaków w wieku 16 i więcej lat deklarujących bardzo dobrą lub dobrą samoocenę w zakresie zdrowia wynosił 62,7% i był poniżej średniej dla 27 krajów UE (67,9%). W podziale na poziom wykształcenia najmniejszy udział osób deklarujących bardzo dobrą lub dobrą samoocenę w zakresie zdrowia dotyczył osób z brakiem lub podstawowym wykształceniem (43,2%). Najwyższy udział osób deklarujących bardzo dobrą lub dobrą samoocenę w zakresie zdrowia dotyczył osób z wyższym wykształceniem (78,6%) i był zbliżony do średniej dla 27 krajów UE (79,6%).

W 2023 r. odsetek osób w wieku 16 i więcej lat deklarujących niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich wynosił 3,6% i był wyższy od średniej dla 27 krajów UE (2,4%). Najczęściej deklarowanymi powodami niezaspokojenia potrzeb w zakresie badań lekarskich w RP były kolejno: kolejki, brak czasu i koszty. Najrzadziej wskazywanym powodem niezaspokojonych potrzeb był czas dojazdu do lekarza. Regionami o najwyższym udziale osób deklarujących niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich, które wynikały z kosztów, odległości oraz kolejek były: warszawski stołeczny (6,4%), kujawsko-pomorski (5,0%), dolnośląski (4,7%), wielkopolski (4,6%) oraz opolski (4,1%).

Najczęściej deklarowane powody niezaspokojenia potrzeb w zakresie badań lekarskich w podziale na regiony dotyczyły: kosztów (najczęściej wskazywany powód w regionach: kujawsko-pomorski, opolski, wielkopolski), odległość do lekarza (podlaski i lubuski), brak czasu (wielkopolski, dolnośląski, region warszawski, pomorski i śląski) oraz czas oczekiwania (warszawski stołeczny, dolnośląski, kujawsko-pomorski, wielkopolski i lubelski).

[3] *Key figures on European living conditions*, 2024, Eurostat, Luxemburg (Dostęp według stanu na 12 lutego 2024 r.: https://ec.europa.eu/eurostat/documents/15216629/20161003/KS-01-24-001-EN-N.pdf/d0998edb-fc06-d7d4-8e78-d34ba2ed5608?version=2.0&t=1729770203005)

Wydatki na ochronę zdrowia

Nakłady na ochronę zdrowia w 2023 r., wyliczone zgodnie z art. 131c ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2024 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[4], wynosiły około 184 mld zł, co stanowiło 7,05% PKB (PKB dla roku n-2). Między 2022 r. a 2023 r. nastąpił wzrost nakładów na ochronę zdrowia o 33 mld zł.

Zgodnie ze wstępnymi szacunkami Narodowego Rachunku Zdrowia,[5] w 2023 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 238,3 mld zł, co stanowiło 7,0% PKB w 2023 r. W porównaniu do 2022 r. nastąpił wzrost wydatków bieżących o 21,5%, czyli o około 43,8 mld zł.

Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2023 r. 194,5 mld zł i były o 49,9 mld zł wyższe niż w 2022 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,7%. Natomiast bieżące wydatki prywatne zmniejszyły się o 7,8 mld zł i wyniosły w 2023 r. 43,8 mld zł, mimo zwiększenia bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 38,6 mld zł, tj. o 1,6 mld (4,4%) więcej niż w 2022 r.

Szacowane wydatki prywatne na ochronę zdrowia wyniosły w 2023 r. 43,8 mld zł (1,3% PKB), w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych wynosiły 38,6 mld (1,1% PKB).

W 2023 r. średnie wydatki gospodarstw domowych w RP na ochronę zdrowia obejmujące wydatki na produkty medyczne (leki, sprzęt i urządzenia), a także usługi ambulatoryjne i szpitalne, wyniosły 700 euro na mieszkańca i były niższe od średnich wydatków dla 27 krajów UE o 120 euro[6].

---

[4] Nakłady na ochronę zdrowia wyliczane są przez MZ zgodnie art. 131c i nie są powiązane z metodologią SHA 2011, według której opracowywany jest Narodowy Rachunek Zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy, na finansowanie ochrony zdrowia, przeznacza się corocznie środki finansowe w wysokości nie niższej niż 7% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2019–2026, nie może być niższa niż:

1) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.

2) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.

3) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.

4) 5,75% produktu krajowego brutto w 2022 r.

5) 6,00% produktu krajowego brutto w 2023 r.

6) 6,20% produktu krajowego brutto w 2024 r.

7) 6,50% produktu krajowego brutto w 2025 r.

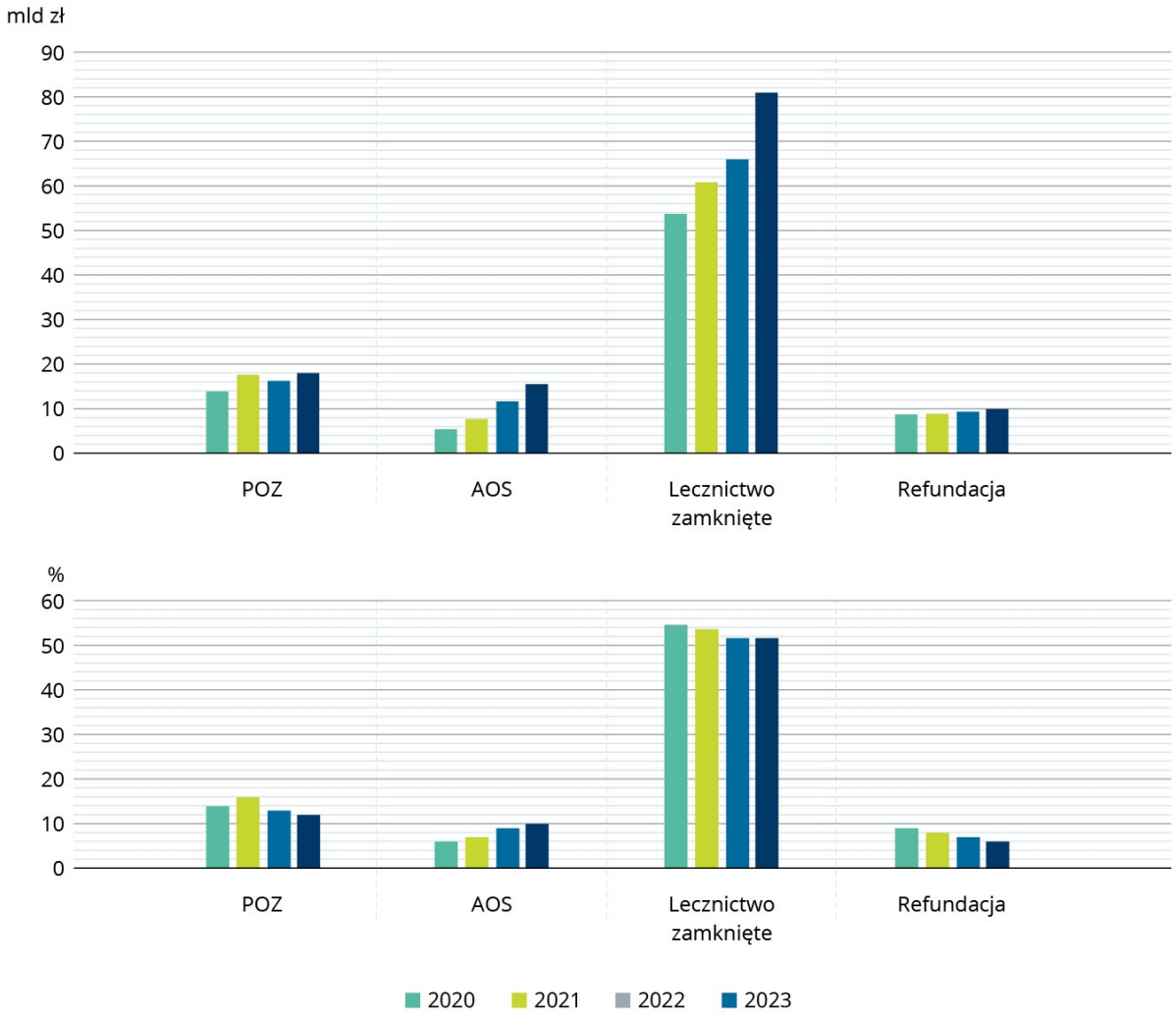
8) 6,80% produktu krajowego brutto w 2026 r.

[5] Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r., 2024, Główny Urząd Statystyczny, Dostępność według stanu na 18 lutego 2024: Główny Urząd Statystyczny / Obszary tematyczne / Zdrowie / Zdrowie / Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 roku

[6] *Key figures on European living conditions*, 2024, Eurostat, Luxemburg (Dostęp według stanu na 12 lutego 2024 r. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/15216629/20161003/KS-01-24-001-EN-N.pdf/d0998edb-fc06-d7d4-8e78-d34ba2ed5608?version=2.0&t=1729770203005)

Wydatki na POZ jako procent wszystkich wydatków na świadczenia zdrowotne ponoszonych przez NFZ w latach 2020 do 2023 r. zmniejszyły się o 2,6%. W przypadku AOS wskaźnik ten rósł corocznie w analizowanym okresie, przy równoczesnym niewielkim spadku wydatków na lecznictwo szpitalne (liczonych jako procent wszystkich wydatków)[7]. W 2020 r. wydatki AOS stanowiły 5,5% wszystkich kosztów, a w 2023 r. już 9,9%.

Rysunek 1. Koszty świadczeń zdrowotnych NFZ w latach 2020-2023 w liczbach bezwzględnych (górny wykres) i jako udział wszystkich kosztów na świadczenia (dolny wykres)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Świadczenia niefinansowane ze środków publicznych

Istotnym utrudnieniem analizy zaspokajania potrzeb zdrowotnych w RP jest ograniczony zakres danych zbieranych w odniesieniu do świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych.

[7] Sprawozdania finansowe NFZ z lat 2020-2023, https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/, dostęp w dniu 01.03.2025 r.

Głównym źródłem danych dotyczących świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych opieki zdrowotnej są ankiety badawcze oraz dane zbierane w ramach badań statystyki publicznej prowadzonych przez Ministra Zdrowia. Niestety nadal nie wszystkie podmioty ochrony zdrowia prawidłowo sprawozdają dane. Uwzględniając powyższe zastrzeżenie, dane te są przedstawiane i analizowane w poszczególnych rozdziałach w celu dokonania całościowej oceny efektywności systemu i jego możliwości zaspokajania potrzeb zdrowotnych obywateli.

Tabela 1. Odsetek osób korzystających z danego świadczenia opieki zdrowotnej

	Udział respondentów korzystających z danego świadczenia:		
Obszar	w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed sondażem	finansowanego ze środków publicznych	niefinansowanego ze środków publicznych
POZ	**70%**	**64%**	**18%**
AOS	**58%**	**37%**	**38%**
Diagnostyka – laboratorium	**59%**	**45%**	**27%**
Diagnostyka – pracownia (USG, TK, gastroskopia itp.)	**41%**	**28%**	**20%**
Stomatologia (w tym protetyka)	**52%**	**15%**	**45%**

Źródło: Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, CBOS, Nr 101/2023 z sierpnia 2023 r., https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_101_23.PDF, dostęp w dniu 18.02.2025 r.

W badaniach ankietowych Polacy deklarują powszechne korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej. W 2022 r. w badaniu CBOS deklarowało to 86% respondentów[8]. Jednocześnie mniej niż co czwarta osoba korzystała w ciągu ostatniego pół roku wyłącznie ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (24%, przy czym wskaźnik ten zmniejszył się o 7 pp. w ciągu ostatnich pięciu lat). W tym samym okresie rósł wskaźnik jednoczesnego korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i z usług poza tym systemem[9], osiągając 51% i rosnąc o 3 pp. w porównaniu do 2018 r. Tylko prywatnie leczyło się 11% Polaków (wartość ta zmienia się nieznacznie w czasie).

Na rosnące oczekiwania Polaków względem opieki zdrowotnej wskazuje fakt, że w 2022 r. więcej niż co trzeci (35%) dorosły Polak miał wykupione dodatkowe ubezpieczenie zdrowotne

[8] *Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych*, CBOS, Nr 101/2023 z sierpnia 2023 r., https://cbos.pl/SPISKOM.POL/2023/K_101_23.PDF, dostęp w dniu 18.02.2025 r.

[9] Korzystanie ze świadczeń w całości samodzielnie finansowanych lub dostępnych w ramach posiadanego dodatkowego ubezpieczenia zdrowotnego (abonamentu, polisy).

(abonament lub polisę), z czego 22% opłacało je samodzielnie, a 8% częściowo lub w całości finansował je pracodawca.

Wyniki badania wskazują na ogólnie dobrą dostępność świadczeń POZ finansowanych ze środków publicznych. Niewątpliwie większa bariera w dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych pojawia się w dalszych etapach leczenia, kiedy trzeba pogłębić diagnostykę lub skorzystać z porady lekarza specjalisty. W ostatnim przypadku więcej niż co trzeci respondent (38%) sięgał po pomoc lekarzy poza systemem publicznym. Porównywalna liczba respondentów korzysta ze świadczeń stomatologicznych poza systemem finansowanym ze środków publicznych. W tym przypadku jednak istotną rolę może odgrywać również zakres samych świadczeń gwarantowanych.

Zdecydowanie najczęściej wskazywaną w badaniu przyczyną korzystania ze świadczeń niefinansowanych ze środków publicznych były czas oczekiwania na wizytę lub badanie (79%). Pozostałe odpowiedzi respondentów nie wskazywały, by ich zdaniem występowała istotna przewaga systemu prywatnego nad publicznym w jakości udzielanych świadczeń – tylko co czwarty badany wskazywał na wyższe kwalifikacje i lepsze kompetencje lekarzy lub osób wykonujących badania (27%), natomiast co piąty ankietowany uważał, że w przypadku odpłatnych wizyt lekarze specjaliści dochowują większej staranności i można liczyć na ich większe osobiste zaangażowanie (18%).

Najważniejsze wnioski

System ochrony zdrowia w RP stoi przed szeregiem wyzwań, które wymagają pilnych i skoordynowanych działań. W niektórych obszarach istotną przeszkodę w dokonywaniu zmian stanowią zaszłości historyczne, takie jak struktura właścicielska podmiotów leczniczych, istniejąca infrastruktura, a nawet konstrukcja koszyka świadczeń gwarantowanych czy ich wycena. Zebrane wnioski dotyczą przede wszystkim efektywności systemu, dostępności do świadczeń oraz sytuacji kadry medycznej. W wielu obszarach systemu ochrony zdrowia zostały podjęte inicjatywy reform, jednakże wciąż oczekujemy na ich efekty i pełne wdrożenie rozpoczętych zmian.

Analizowane dane nie przedstawiają jednoznacznie negatywnego obrazu całego systemu, nawet jeżeli ocena ukierunkowana na poszukiwanie niezaspokojonych potrzeb może sprawiać takie wrażenie.

W ostatnich dekadach sytuacja demograficzna RP uległa istotnym przekształceniom, których konsekwencje w długookresowej perspektywie będą miały znaczący wpływ na strukturę społeczną oraz funkcjonowanie systemów publicznych, w szczególności ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego. Wzrost oczekiwanej długości życia, stanowiący jeden z przejawów poprawy jakości życia oraz skuteczności polityki zdrowotnej, występuje równolegle z postępującym procesem starzenia się ludności. W ciągu najbliższych dwudziestu lat do grupy osób w wieku emerytalnym dołączać będą osoby urodzone w latach 70. i 80. XX wieku, co w sposób trwały zwiększy udział populacji osób starszych w ogólnej strukturze demograficznej. Jednocześnie utrzymujący się na niskim poziomie współczynnik dzietności, wykazujący w ostatnim okresie tendencję spadkową, skutkuje pogłębianiem się zjawiska ujemnego przyrostu naturalnego. Mimo obserwowanego postępu w zakresie opieki okołoporodowej, wyrażającego się m.in. spadkiem umieralności niemowląt oraz zmniejszeniem liczby urodzeń z niską masą ciała, liczba urodzeń pozostaje niewystarczająca, by zrównoważyć liczbę zgonów oraz spadek liczebności populacji dzieci i młodzieży.

Zgodnie z prognozami demograficznymi GUS, do 2060 r. liczba ludności RP może obniżyć się do poziomu poniżej 31 mln, przy równoczesnym istotnym zmniejszeniu populacji osób w wieku produkcyjnym. Taka struktura demograficzna generuje poważne wyzwania dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w zakresie zapewnienia dostępu do świadczeń opieki długoterminowej, paliatywnej i hospicyjnej. Dodatkowo spadek liczby osób aktywnych zawodowo może ograniczyć zdolność do finansowania systemów zabezpieczenia społecznego oraz obciążyć publiczne finanse na opiekę długoterminową, paliatywną i hospicyjną. Równocześnie, ograniczona liczba osób aktywnych zawodowo może stanowić poważne wyzwanie dla finansowania systemów emerytalnych i zabezpieczenia społecznego. W związku z tym, nawet przy ewentualnej poprawie dzietności, skala i tempo zmian demograficznych w RP wymagają długofalowej, strategicznej reakcji instytucjonalnej.

Choroby układu krążenia i nowotwory pozostają najważniejszymi problemami zdrowotnymi w RP. Wśród chorób układu krążenia są to: choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca oraz udar. Z kolei spośród nowotworów największy udział w zapadalności i umieralności mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy

oraz nowotwór skóry. Wśród kobiet istotną przyczynę zgonów stanowi również nowotwór złośliwy sutka, a wśród mężczyzn nowotwór złośliwy gruczołu krokowego.

Postępujące starzenie się polskiego społeczeństwa spowoduje najprawdopodobniej wzrost liczby osób przewlekle chorych m.in. na choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory czy choroby neurodegeneracyjne takie jak choroba Alzheimera i demencja. Z kolei wzrost liczby uchyleń od szczepień obowiązkowych w ostatnich latach może spowodować wyższą zapadalność na choroby zakaźne na przykład na krztusiec czy odrę.

Już w ostatnich latach problemy zdrowotne stanowiące największe wyzwanie dla polskich pacjentów zostały trafnie zidentyfikowane. W odpowiedzi na nie, w niektórych obszarach podjęto szeroko zakrojone działania, takie jak opracowanie i przyjęcie NSO oraz NPChUK. Równolegle realizowano rozmaite pilotaże nowych mechanizmów i rozwiązań w systemie ochrony zdrowia, w tym wdrażanie opieki koordynowanej w POZ oraz pilotaż KSK. MZ prowadzi prace mające na celu ujednolicenie standardów diagnostyki i terapii w całym kraju. Niezbędne jest więc systematyczne monitorowanie efektów tych działań, aby ocenić, czy przynoszą one rezultaty zgodne z założeniami i oczekiwaniami.

W 2021 r. behawioralne czynniki ryzyka miały ok. 26% mniejszy wpływ na DALY w UE niż w RP. Natomiast w RP w 2021 r. grupa tych czynników odpowiadała za utratę ok. 45% lat przeżytych w zdrowiu oraz ok. 41% zgonów. Mając na uwadze tak istotny ich wpływ na zdrowie, konieczne jest zadbanie o edukację zdrowotną i profilaktykę. Obszary te nierozerwalnie wiążą się z rolą POZ w ochronie zdrowia, która – choć co do zasady dostępna dla pacjentów – powinna pełnić bardziej proaktywną rolę w opiece nad nimi, dbając o jej koordynację.

Fundament systemu ochrony zdrowia w RP stanowi POZ. To właśnie na tym poziomie odbywa się pierwszy kontakt pacjenta z systemem, który często determinuje dalszy przebieg jego leczenia i ścieżkę terapeutyczną. Kluczowe znaczenie ma wzmocnienie roli POZ w zakresie profilaktyki zdrowotnej oraz promocji zdrowego stylu życia.

Analiza dostępnych danych wskazuje, że działalność POZ w dużej mierze koncentruje się na osobach już chorych, podczas gdy jednym z fundamentalnych celów zdrowia publicznego jest zapewnienie działań profilaktycznych oraz edukacyjnych, dostosowanych do zróżnicowanych potrzeb populacyjnych. Niezbędne jest zatem przyjęcie bardziej proaktywnej postawy przez POZ, szczególnie w zakresie edukacji zdrowotnej mężczyzn – grupy, która statystycznie rzadziej korzysta ze świadczeń POZ i cechuje się krótszą średnią długością życia.

Ważnym kierunkiem rozwoju POZ jest dalsze rozszerzanie kompetencji personelu medycznego, m.in. poprzez implementację budżetów powierzonych – diagnostycznego oraz opieki koordynowanej. Dzięki tym rozwiązaniom lekarze POZ mogą skutecznie prowadzić pacjentów z przewlekłymi, stabilnymi chorobami, co przyczynia się do zmniejszenia obciążenia AOS i usprawnienia dostępu do specjalistów dla pacjentów wymagających bardziej zaawansowanej opieki.

AOS pełni ona ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, umożliwiając pacjentom leczenie specjalistyczne niedostępne w POZ, ale niewiążące się z dużymi nakładami finansowymi, jakie towarzyszą leczeniu szpitalnemu. Wzmocnienie AOS i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego jest wskazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu opieki zdrowotnej. Od kilku lat następuje istotny wzrost wydatków na AOS (z 5,5% w 2020 r. do 9,9% w 2023 r.).

Jednocześnie zwiększyła się liczba porad udzielanych w AOS, a także liczba pacjentów korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach NFZ: pomiędzy 2020 r. a 2023 r. liczba porad w przeliczeniu na mieszkańca wzrosła o z 1,7 porady na 2,19 (wzrost o ok. 29%).

W ramach optymalizacji leczenia szpitalnego należy dążyć do koncentracji świadczeń oraz profilowania szpitali i ich usieciowienia. Jednocześnie tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń zdrowotnych, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności I oraz II stopnia), powinno być ograniczane. Ich funkcjonowanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych, niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia, jednocześnie zwiększając presję na finansowanie świadczeń niezgodne z potrzebami zdrowotnymi.

Liczba hospitalizacji wśród niektórych chorób przewlekłych jest wyższa niż wskazywałaby na to etiologia choroby. W znacznej liczbie wykonywane są świadczenia zdrowotne, które z powodzeniem mogłyby być wykonywane ambulatoryjnie albo w trybie hospitalizacji jednodniowej. Hospitalizacje w ramach leczenia szpitalnego stanowią również często odpowiedź na ograniczenia dostępności w innych rodzajach świadczeń.

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa nieodłącznie wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Obecnie 20,9% ludności jest w grupie wiekowej powyżej 65. r.ż., a do 2060 r. ten udział zwiększy się do 32,6% (w tym 11,6% w grupie wiekowej powyżej 80. r.ż.). Już w 2030 r. w tym wieku będzie 22,1% populacji. Zmiany w zakresie opieki długoterminowej nie mogą czekać ze względu na fakt, że nadchodzące zmiany demograficzne (skutkujące m.in. istotnym spadkiem wskaźnika pielęgnacyjnego) nie są odległe w czasie.

W polskim systemie opieki zdrowotnej istotnym wyzwaniem pozostaje dostęp do innowacyjnych form wsparcia, tj. m.in. świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych. Jednocześnie w tym obszarze pojawiają się największe ograniczenia dostępności świadczeń związane z istniejącą infrastrukturą.

Istotnie ograniczony i nierówny jest również dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, co wynika z nierównomiernie rozpowszechnionej infrastruktury. Weryfikacji powinny również podlegać i wskazania zdrowotne, dla których te świadczenia mogą być realizowane. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262) świadczenia te przysługują osobom chorującym na nieuleczalne, postępujące i ograniczające życie choroby nowotworowe i nienowotworowe. Jednak w przypadku osób dorosłych lista chorób kwalifikujących się do świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej jest bardzo wąska. Zgodnie z analizami prowadzonymi przez MZ zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej powinien zostać rozszerzony w pierwszej kolejności o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek. Brak możliwości korzystania z opieki paliatywnej i hospicyjnej przez pacjentów z tego typu rozpoznaniami obciąża system dodatkowymi kosztami poprzez np. przedłużanie pobytów w szpitalu. W perspektywie zachodzących zmian demograficznych i epidemiologicznych, liczba osób potrzebujących opieki paliatywnej będzie rosnąć.

W ostatnich latach w obszarze opieki psychiatrycznej w RP wdrażane są dwie kluczowe reformy: reforma psychiatrii dzieci i młodzieży, obowiązująca od 2019 r., oraz pilotaż CZP dla dorosłych, realizowany od 2018 r. Oba przedsięwzięcia mają na celu implementację nowego modelu opieki psychiatrycznej, opartego na zasadach deinstytucjonalizacji, kompleksowości świadczeń oraz przesunięciu akcentu z leczenia stacjonarnego na opiekę ambulatoryjną i środowiskową.

W ostatnich latach odnotowano poprawę dostępności do opieki środowiskowej zarówno w psychiatrii dzieci i młodzieży, jak i w psychiatrii osób dorosłych. Równocześnie wzrósł udział świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Mimo pozytywnych zmian, transformacja systemu nie przebiega równomiernie na terenie całego kraju. CZP swoim zasięgiem obejmują obecnie około połowę populacji. W przypadku psychiatrii dziecięcej szczególnie widoczna jest nierównomierność w rozmieszczeniu oddziałów dziennych – w niektórych województwach brak jest ich całkowicie.

Kluczowym wyzwaniem dla dalszego rozwoju opieki psychiatrycznej w RP pozostaje dokończenie zapoczątkowanych reform oraz zapewnienie ich pełnej implementacji na terenie całego kraju.

Na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej znaczący wpływ ma również dostępność kadry medycznej. Prognozuje się, że w RP nastąpi zwiększenie liczby lekarzy ogółem, co jest głównie efektem dynamicznego wzrostu liczby kształconych studentów. Problemy mogą pojawić się w wybranych dziedzinach medycyny i pewnych regionach RP. W odniesieniu do pielęgniarek, sytuacja w RP się poprawia. W ostatnich latach wzrosła liczba studentów pielęgniarstwa, więc luka między pielęgniarkami wchodzącymi na rynek pracy, a pielęgniarkami osiągającymi wiek emerytalny jest coraz mniejsza.

Infrastruktura sprzętowa w ochronie zdrowia posiada znaczący potencjał umożliwiający realizację większej liczby badań diagnostycznych niż obecnie jest wykonywana. Kluczowym celem strategii w zakresie wyposażenia medycznego powinna być maksymalizacja wykorzystania istniejących zasobów, znajdujących się w dyspozycji świadczeniodawców.

Najistotniejszym wyzwaniem związanym z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny pozostaje zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby inwestycje te przynosiły optymalne korzyści z perspektywy całego systemu ochrony zdrowia. Oznacza to dążenie do jak najlepszego wykorzystania dostępnej infrastruktury przy jednoczesnym ograniczaniu nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych na obszarze całego kraju.

1. Demografia

Analiza struktury demograficznej ludności stanowi ważne tło dla wszystkich pozostałych obszarów prezentowanych w mapie potrzeb zdrowotnych. Kwestie takie jak struktura płci i wieku, rozmieszczenie terytorialne, liczba urodzeń i zgonów czy migracje, stanowią istotną informację w analizie potrzeb zdrowotnych Polaków. Co więcej, zachodzące od wielu lat trendy demograficzne, zarówno w RP, jak i w krajach UE, w istotny sposób wpłyną na system ochrony zdrowia w przyszłości. Zjawiska takie, jak starzenie się społeczeństwa, feminizacja, brak zastępowalności pokoleń, zmieniająca się struktura terytorialna ludności czy spadek liczby urodzeń, będą w znacznym stopniu określały potrzeby zdrowotne Polaków, a ich odpowiednie zidentyfikowanie umożliwi wcześniejsze dostosowanie systemu i w konsekwencji bardziej skuteczne zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych w przyszłości.

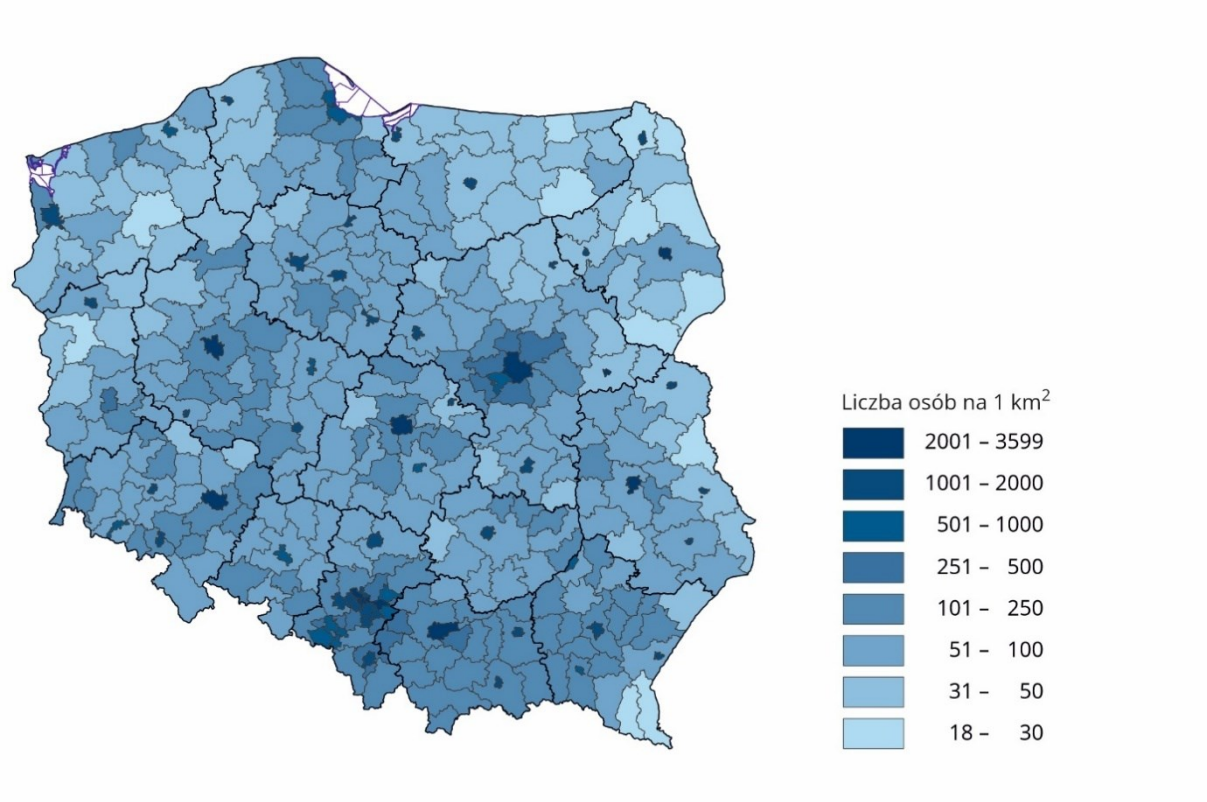
1.1. Stan i struktura ludności

Liczba ludności RP systematycznie zmniejszała się od 2012 r. (z wyjątkiem 2017 r., w którym odnotowano nieznaczny wzrost o niespełna 1 tys.) i w 2023 r. wyniosła 37 636 508 osób, tym samym odnotowując spadek liczby ludności o niespełna 130 tys. w porównaniu do 2022 r. Stanowiliśmy 8% ludności UE spośród 448,8 mln mieszkańców 27 jej państw, co uplasowało RP na piątym miejscu.

W 2023 r. więcej ludności zamieszkiwało miasta (59,5% ogółu), a na przestrzeni lat występowała stała nadwyżka kobiet nad mężczyznami (107 kobiet na 100 mężczyzn w 2023 r.). Oznaczało to, że w 2023 r. RP zamieszkiwało 18,2 mln mężczyzn oraz 19,5 mln kobiet.

Najwięcej mieszkańców zamieszkiwało województwo mazowieckie, na drugim miejscu uplasowało się województwo śląskie i to ono miało największą gęstość zaludnienia (350 osób/km^2, przy średniej dla kraju wynoszącej 120 osoby/km^2). Najmniej licznym było województwo opolskie (2,48% ogółu), natomiast województwo podlaskie miało najmniejszą gęstość zaludnienia wynoszącą 56 osób/km^2. W ujęciu powiatowym największą gęstość zaludnienia odnotowano w m. Warszawa (3,6 tys. osób/km^2) oraz m. Świętochłowice (3,4 tys. osób/km^2), a najmniejszą powiat bieszczadzki (18 osób/km^2) i sejneński (22 osób/km^2).

Rysunek 2. Gęstość zaludnienia w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

W podziale na miasto i wieś najwięcej mieszkańców miast odnotowano w województwie mazowieckim (3 562 tys.) i niewiele mniej w śląskim (3 274 tys.). W przypadku wsi najwięcej osób zamieszkiwało ponownie województwo mazowieckie (1 948 tys.) oraz małopolskie (1 788 tys.). W ujęciu względnym najwyższy współczynnik urbanizacji miały województwa śląskie (75,8%), zachodniopomorskie (68,1%), dolnośląskie (67,4%) oraz mazowieckie (64,6%), a najmniejszy województwa podkarpackie (41%), świętokrzyskie (45,1%), lubelskie (46,1%) i małopolskie (47,9%).

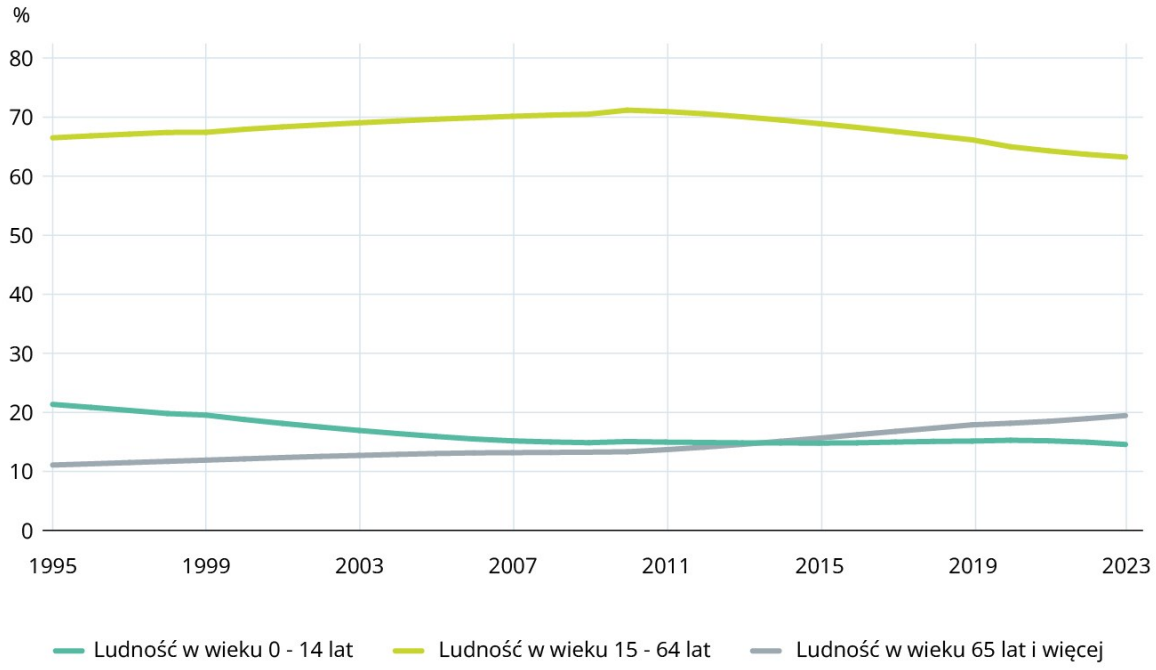
W 2023 r. 406 tys. osób (o 3,1 tys. mniej niż rok wcześniej) zmieniło miejsce stałego zamieszkania, przeprowadzając się do innej gminy, a także ze wsi do miasta lub odwrotnie (w ramach gminy miejsko-wiejskiej). Od 2000 r. w wyniku migracji wewnętrznych, tereny wiejskie zyskiwały nowych mieszkańców, a miasta traciły – w 2023 r. ujemne saldo dla miast wynosiło 46,8 tys. Liczba ludności rosła szczególnie w wiejskich gminach podmiejskich skupionych wokół dużych miast. W analizowanych latach 2010-2023 migracje wewnętrzne fluktuowały, oscylując między wartościami ponad 378 tys. w 2016 r. oraz ponad 468,3 tys. w 2019 r.

Migracje zagraniczne odbywały się w zdecydowanie mniejszym stopniu niż migracje wewnętrzne. W 2016 r. po raz pierwszy od 1960 r. saldo migracji było większe niż 6,8 tys. Do tego roku Polacy w większym stopniu wyjeżdżali z kraju niż obcokrajowcy osiedlali się w RP. Natomiast w 2016 r. nastąpiło odwrócenie trendu. W 2023 r. głównymi krajami, w których Polacy osiadali się na stałe, były w kolejności od największej liczby emigrantów: Wielka

Brytania, Niemcy i Holandia. W przypadku imigrantów w RP na pobyt stały meldowali się głównie obywatele Ukrainy, a na dalszych pozycjach Niemiec i Wielkiej Brytanii.

W RP, jak również w całej UE, obserwujemy starzenie się społeczeństwa, które wynika z wydłużania się oczekiwanej długości życia, niskiej dzietności oraz obecnej struktury wieku ludności. RP w 1967 r. przekroczyła próg starości demograficznej, a próg zaawansowanej starości demograficznej 13 lat później[10]. W podziale na tzw. biologiczne grupy wieku, w 2023 r. osoby w wieku 0-14 lat stanowiły 15,1% ludności, 64,9% osoby w wieku 15-64 lat, a 20,1% powyżej 65. r.ż. Od 1990 r. stale rośnie grupa osób w najstarszej z tych grup – w 2023 r. zwiększyła się o 196,4 tys. osób w stosunku do 2022 r. Jej udział w ogólnej populacji jest określany wskaźnikiem starości, który w 2023 r. wyniósł o 9,9 p.p. więcej niż w 1990 r.

Rysunek 3. Struktura ludności RP według biologicznych grup wieku w latach 1995-2023



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

Analizując tzw. ekonomiczne grupy wieku, w 2023 r. ludność w wieku przedprodukcyjnym wynosiła 18,2% populacji kraju, osoby w wieku produkcyjnym 58,4%, a poprodukcyjnym 23,3%. Proces starzenia się ludności kraju ulega przyspieszeniu. W latach 1990-2023 ludność w wieku poprodukcyjnym zwiększyła się o ponad 3,9 mln do wielkości 8,8 mln, a jej odsetek wzrósł w tym okresie o 10,4 p.p.

Współczynnik obciążenia demograficznego rośnie od kilku lat: w 2009 r. wyniósł 55, a 71 w 2023 r. Wskaźnik obciążenia dla osób w wieku przedprodukcyjnym wzrósł w okresie 2009-2023 minimalnie, odpowiednio z 29 do 31, natomiast rośnie zdecydowanie dla wieku

[10] Próg starości demograficznej dla danego kraju to 12% ludności w wieku powyżej 60. r.ż. lub 7% ludności w wieku powyżej 65. r.ż.

poprodukcyjnego. W 2023 r. na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadało 40 osób w wieku poprodukcyjnym, natomiast jeszcze w 2009 r. było to 26 osób.

1.2. Ruch naturalny – urodzenia i zgony

Liczba urodzeń żywych dzieci zmniejsza się, natomiast rośnie liczba zgonów w liczbach bezwzględnych. W 2023 r. najwięcej urodzeń dzieci żywych odnotowano w miastach (58,1% wszystkich urodzeń żywych). W ujęciu regionalnym najwyższy udział odnotowano w województwie mazowieckim (16,5% wszystkich urodzeń w kraju), najmniejszy udział w urodzeniach odnotowano natomiast w województwie opolskim (2,3%).

Podobne wyniki obserwuje się w analizach dotyczących liczby zgonów. W 2023 r. zmarło więcej mężczyzn (51,2% ogółu) niż kobiet i więcej mieszkańców miast (62,5% ogółu) niż mieszkańców wsi. Województwa mazowieckie i opolskie były województwami, na terenie których dochodziło odpowiednio do największej i najmniejszej liczby zgonów (14,1% i 2,6% ogółu). 36,9% zgonów było spowodowane chorobami układu krążenia (przede wszystkim choroba niedokrwienna serca), a za 26,7% odpowiadały nowotwory (przy znacznym udziale nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc oraz nowotworu jelita grubego).

Sytuacja przedstawia się nieco inaczej przy analizie wskaźników na 1 tys. ludności. Analogicznie do liczb bezwzględnych tendencja współczynnika urodzeń żywych na 1 tys. ludności była spadkowa (w 2023 r. osiągnęła wartość 7,2), zaś współczynnika zgonów rosnąca (10,9 w 2023 r.). Jednak analiza wskaźnika urodzeń żywych na 1 tys. ludności w 2023 r. ukazała, że więcej urodziło się dzieci żywych na wsi (7,5), zaś w miastach dochodziło do większej liczby zgonów na 1 tys. ludności (11,4 wobec 10,1 na wsi). Najwięcej urodzeń żywych na 1 tys. ludności odnotowano w województwie pomorskim (11,1), a najmniej w świętokrzyskim (8,3). Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla RP w 2023 r. osiągnęło 6 województw (małopolskie, mazowieckie, podkarpackie, podlaskie, pomorskie i wielkopolskie). Przez większą część analizowanego okresu 2010-2023 tendencja wskaźnika urodzeń żywych w skali kraju była spadkowa (niewielki wzrost w 2014 r. w stosunku do roku poprzedniego o 0,1 p.p.), od 2016 r. zwiększała się, by od 2018 r. znowu zacząć się zmniejszać.

Z kolei najwięcej zgonów na 1 tys. ludności w 2023 r. było w województwie łódzkim (12,8), a najmniej w podkarpackim (9,5). Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla kraju osiągnęło 9 województw (dolnośląskie, kujawsko-pomorskie, lubelskie, lubuskie, łódzkie, opolskie, śląskie, świętokrzyskie, zachodniopomorskie). Współczynnik zgonów w 2023 r. wynosił 10,9 na 1 tys. osób. Współczynnik ten obniżył się w porównaniu do roku poprzedniego (11,9 zgonów na 1 tys. osób w 2022 r.). Do 2012 r. więcej zgonów na 1 tys. ludności było na wsiach, ale od tego roku, gdy wartości dla wsi i miasta wynosiły tyle samo (10,0), więcej zgonów odnotowywano w miastach. W 2023 r. wartość tego współczynnika dla wsi wynosiła 10,1 oraz 11,4 dla miast. Dla kobiet wartość współczynnika wyniosła 10,2, a 11,5 dla mężczyzn.

W 2023 r. zanotowano ujemny przyrost naturalny wynoszący -136,6 tys. W okresie od 1990 r. ujemny przyrost naturalny występował również w latach 2002-2005 oraz w latach 2017-2022. W 2023 r. wartość przyrostu naturalnego wzrosła w odniesieniu do 2022 r., w którym wynosił on -143,3. W 2023 r. zgony przeważały nad urodzeniami żywymi zarówno w miastach, jak i na wsiach, jednak w miastach problem ten był znacznie bardziej nasilony (-96,8 tys. w miastach

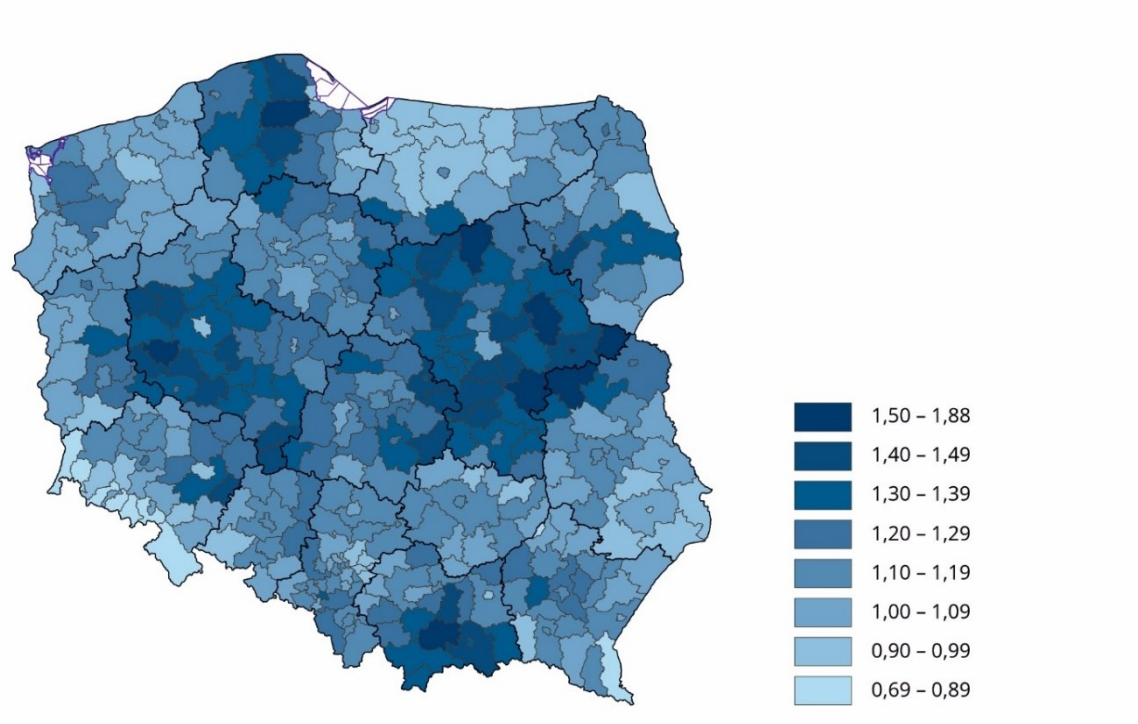
względem -38,9 tys. na wsiach). Wskaźnik ten był ujemny we wszystkich województwach, a najniższą wartość w 2023 r. osiągnął w województwie śląskim (-24 tys.).

W latach 2012-2023 współczynnik przyrostu naturalnego (na 1 tys. ludności) w RP zmniejszał się, osiągając w 2023 r. wartość -3,6. W 2023 r. przyrost naturalny na 1 tys. ludności wynosił w miastach -4,3, a na wsiach -2,8. Analizując ten wskaźnik według województw, najwyższą wartość przyrostu naturalnego na 1 tys. ludności w 2023 r. osiągnęło województwo małopolskie (-1,3), a najmniejszą województwo świętokrzyskie (-6,1). Wszystkie województwa wykazały wartość współczynnika poniżej 0.

Analizując dane Eurostatu można zauważyć, że w 2023 r. sytuacja w RP była znacznie gorsza niż w UE ogółem, ponieważ współczynnik przyrostu naturalnego wyniósł -2,6 w całej UE.

Wartość wskaźnika dzietności kobiet na przestrzeni 10 lat (2013-2023) w RP zwiększała się do 2018 r., by następnie ulec zmniejszeniu, osiągając w 2019 r. 1,42 i przez następne lata notować spadki aż do 1,16 w 2023 r. Wskaźnik ten miał w 2023 r. wyższą wartość dla kobiet mieszkających na wsi (1,2) niż w mieście (1,1). Województwem przodującym w zakresie dzietności kobiet było województwo wielkopolskie (1,2), a różnica pomiędzy nim a województwem o najniższym wskaźniku (warmińsko-mazurskim) wynosiła 0,2. Wartość tego wskaźnika powyżej średniej dla RP w 2023 r. osiągnęło 6 województw (mazowieckie, małopolskie, podlaskie, pomorskie, wielkopolskie oraz łódzkie). Dla porównania, według danych Eurostatu, dzietność UE wynosiła w 2023 r. 1,4, a RP 1,2. Wartości te w żadnym przypadku nie gwarantują prostej zastępowalności pokoleń, do której potrzebna jest wartość wskaźnika na poziomie 2,1-2,2. W RP żaden powiat nie osiągnął wartości powyżej 2.

Rysunek 4. Współczynnik dzietności w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

Wpływ na poziom dzietności ma wiele czynników, wśród nich istotne znaczenie ma wzrost średniego wieku rodzenia pierwszego dziecka. Zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne spowodowały podwyższenie mediany wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko, która w 2010 r. wyniosła 26,6 lat wobec 29 lat w 2023 r. Z danych Eurostatu z lat 2013-2022 wynika, że w RP, podobnie jak w UE, rośnie średni wiek kobiet przy porodzie. W opisywanym dziesięcioleciu wiek ten wzrósł o 1 rok (w RP w 2022 r. wynosił 30 lat, a UE27 31,1 lat). Rośnie również wiek, w którym kobiety rodzą pierwsze dziecko. Zarówno w RP, jak i w UE, w okresie 2013-2022 wiek ten wzrósł o 1,5 roku (w RP w 2022 r. wynosił 28,2 lat, a w UE27 29,7 lat).

W kontekście pogłębiającego się procesu starzenia się społeczeństwa, coraz większego znaczenia nabierają działania wspierające osoby w wieku rozrodczym, zwłaszcza w zakresie leczenia niepłodności. Wydłużający się średni wiek kobiet decydujących się na pierwsze dziecko, spadek współczynnika dzietności oraz utrzymujący się ujemny przyrost naturalny stanowią istotne wyzwania demograficzne. W tej sytuacji leczenie niepłodności staje się jednym z kluczowych elementów polityki zdrowotnej i społecznej. Dostęp do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu, może stanowić istotne wsparcie dla par, które odkładają decyzję o posiadaniu dzieci na późniejszy etap życia. W obliczu demograficznych zmian oraz wyzwań związanych z pogarszającą się strukturą wieku ludności, rozwój i finansowanie programów leczenia niepłodności powinny być traktowane jako element strategii przeciwdziałania negatywnym trendom ludnościowym.

Ważnymi wskaźnikami analizowanymi w kontekście organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem w okresie ciąży, porodu i połogu są wskaźniki okołoporodowe. W 2023 r. urodziło się 918 martwych dzieci, więcej w miastach (59,4% ogółem) niż na wsi. Pod kątem liczby bezwzględnej najwięcej martwych dzieci urodziło się w województwie mazowieckim (16,0% ogółem), najmniej w lubuskim (1,1%). W okresie 2014-2023 wartość wskaźnika urodzeń martwych na 100 tys. urodzeń żywych w RP zmniejszyła się o 36,2, osiągając wartość 385,8 w 2023 r. Z analizy miar urodzeń żywych i martwych wynika, że w RP rodzi się więcej chłopców niż dziewczynek: w 2000 r. było to o 6,2%, w 2010 r. o 7,8%, w 2020 r. o 5,4%, a w 2023 r. o 4,9%.

Wartość urodzeniowej masy ciała i procentowy udział noworodków urodzonych z LBW to jeden ze wskaźników oceny stanu biologicznego społeczeństwa. W RP odsetek urodzeń ogółem dzieci z niską masą urodzeniową ze wszystkich urodzeń ogółem w 2023 r. wynosił 5,8%. Dzieci takich urodziło się w 2023 r. 15,98 tys., w tym 15,3 tys. urodzeń żywych oraz 652 urodzeń martwych.

Najwięcej urodzeń żywych z niską masą urodzeniową w 2023 r. było w województwie mazowieckim (2,3 tys. dzieci), najmniej w województwie opolskim (354). Natomiast odsetek urodzeń żywych z LBW w danym województwie w stosunku do wszystkich urodzeń żywych w danym województwie o największej wartości odnotowano w województwie śląskim (6,5%), w dalszej kolejności w lubelskim (6,3%) i lubuskim (6,3%), a o najmniejszej w województwie podlaskim (4,7%), w dalszej kolejności w pomorskim (5%) i w mazowieckim (5%).

Niska masa urodzeniowa jest głównym czynnikiem ryzyka umieralności niemowląt. W 2023 r. 70% ze wszystkich zgonów niemowląt ogółem stanowiły zgony niemowląt z niską masą urodzeniową – zmarło 725 niemowląt ważących do 2 499 g przy urodzeniu.

Na przestrzeni lat 2009-2023 zmniejszył się odsetek zgonów niemowląt z LBW w stosunku do urodzeń żywych ogółem z LBW. W 2009 r. zmarło 6,4% niemowląt z niską masą urodzeniową spośród dzieci urodzonych żywo, a w 2023 r. już tylko 4,7%.

Wartość wskaźnika zgonu niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych od 2008 r. wykazywała trend spadkowy, przy czym w 2021 r. odnotowano znaczny wzrost, który od tego czasu się zmniejszał i wynosił 3,9 w 2023 r. Wartości tego wskaźnika w 2023 r. były wyższe na wsi (4) niż w mieście (3,7). Analiza pod kątem płci wskazuje, że zgony niemowląt płci żeńskiej na 1 tys. urodzeń żywych były rzadsze (3,3) niż płci męskiej (4,4). Według województw najwięcej zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych było w województwie kujawsko-pomorskim (5,5), natomiast najmniej w lubuskim (2). Wartość tego wskaźnika poniżej średniej dla RP osiągnęło 8 województw (świętokrzyskie, łódzkie, zachodniopomorskie, mazowieckie, małopolskie, lubelskie, opolskie, lubuskie), a w województwie warmińsko-mazurskim wartość wskaźnika była równa średniej krajowej (3,9). Wartość tego wskaźnika w 2022 r. dla RP była o 0,4 wyższa niż średnia UE (3,3). Najniższe wartości tego wskaźnika w UE w 2022 r. notowały Estonia (2,2) i Szwecja (2,2), a najwyższe Rumunia (5,7) oraz Słowacja (5,4).

Umieralność okołoporodowa zmniejszyła się w analizowanym okresie 2010-2023 w RP o 29,3%. Współczynnik ten na wsi był w każdym roku nie mniejszy niż w mieście. W 2023 r. wartość współczynnika zarówno dla wsi, jak i miast, wynosiła 5,3. Najwyższe wartości tego współczynnika odnotowano w województwie podkarpackim (6,7) i kujawsko-pomorskim (6,3), a najniższe w lubuskim (2,2) i małopolskim (3,8). Wartość poniżej średniej krajowej osiągnęło 9 województw (lubelskie, lubuskie, małopolskie, mazowieckie, opolskie, świętokrzyskie, warmińsko-mazurskie, wielkopolskie i zachodniopomorskie).

1.3. Długość życia

Na zachodzące procesy demograficzne wpływa obserwowany od wielu lat wzrost średniej długości życia. Między oczekiwaną długością życia kobiet i mężczyzn występuje różnica, co jest wynikiem zjawiska nadumieralności mężczyzn (kobiety żyją dłużej). W 2023 r. przeciętne dalsze trwanie życia w momencie urodzenia wynosiło 74,7 dla mężczyzn i 82 dla kobiet. W porównaniu z 1990 r. Polacy żyli dłużej o 8,4, a Polki o 6,8 lat, zatem dynamika wzrostu lat życia była szybsza u mężczyzn. Pod względem województw najdłuższą oczekiwaną długość życia w momencie urodzenia osiągnęły kobiety w województwie podkarpackim (83,6 lat), najkrótszą w śląskim (81,1 lat). W przypadku mężczyzn najdłuższa oczekiwana długość życia występowała w województwie małopolskim (76,2 lat), a najkrótsza w łódzkim (73,2 lat).

Na przestrzeni lat 2010-2023 obserwowano wzrost długości życia w przypadku obu płci, zarówno w RP, jak i w krajach UE. W przypadku RP odnotowano spadek oczekiwanej długości życia w latach 2018, 2020 oraz 2021. W 2019 r. był on niewielki (0,1 roku), natomiast lata 2020-2021 obniżyły oczekiwaną długość życia o 2,6 roku w stosunku do wartości z 2019 r. Był to okres przypadający na szczyt pandemii COVID-19 w RP, co miało istotny wpływ na

oczekiwaną długość życia. Wiek dożywania Polaków w 2023 r. był krótszy o kilka lat niż średnio w UE: w przypadku mężczyzn o 4,1 roku, natomiast w przypadku kobiet o 1,8 roku.

W 2023 r. różnice wartości przeciętnego dalszego trwania życia w momencie urodzenia oraz w wieku 60 lat między kobietami zamieszkującymi miasto i wieś są marginalne (24,3 dla wsi, 24,4 dla miast), nieznacznie wyraźniejsze różnice są w przypadku mężczyzn, przewaga występuje na rzecz miasta (19,2 dla wsi, 19,8 dla miast).

Według danych Eurostatu, spośród krajów o takim samym wskaźniku zrównoważonego rozwoju co RP w 2023 r. (Estonii, Łotwy, Malty, Słowacji, Węgier oraz Włoch) pod względem przeciętnego dalszego trwania życia w momencie urodzenia najdłużej będą żyli mieszkańcy Włoch – zarówno dla wartości ogółem, jak i dla kobiet, a najkrócej mieszkańcy Węgier. Dla mężczyzn wskaźnik przeciętnego dalszego trwania życia najwyższy jest na Malcie. RP zajęła czwarte miejsce względem najdłuższego trwania życia w przypadku wartości ogółem dla kobiet (z siedmiu) oraz trzecie miejsce dla mężczyzn.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE)

Według danych IHME dla RP w 2021 r. wskaźnik oczekiwana długość życia w zdrowiu dla osób w wieku 0-6 dni wyniósł ogółem 65,7 lat, dla mężczyzn 63,3 lat, a dla kobiet 68,3 lat. Zdecydowanie wyższa wartość tego wskaźnika była więc obserwowana w przypadku kobiet niż mężczyzn (różnica 5 lat). Trend był rosnący do 2020 r. – w przypadku mężczyzn w okresie 1990-2020 nastąpił wzrost o 6,4 lat (z 58,8 do 65,2 lat), a w przypadku kobiet o 4,9 lat (z 65,3 lat do 70,2). W latach 2020-2021 (szczyt pandemii COVID-19) nastąpiło odwrócenie trendu, co spowodowało spadek wskaźnika o 2 lata dla ogółu oraz kobiet, natomiast wskaźnik dla mężczyzn zanotował obniżenie o 1,9 roku.

Oczekiwana długość życia w zdrowiu w RP odbiegała w 2021 r. od wartości tego wskaźnika w krajach UE. Ogółem różnica ta wynosiła 3,2 lat. W przypadku mężczyzn wartość odnotowana w RP była niższa o 4,5 roku, natomiast w przypadku kobiet o 1,7 roku.

Spośród krajów o tym samym SDI najdłużej żyli w zdrowiu mieszkańcy Malty, a najkrócej mieszkańcy Łotwy. RP zajęła czwarte miejsce z siedmiu pod względem najdłuższej długości życia w przypadku wartości ogółem i z podziałem według płci.

Długość życia w zdrowiu (HLY)

Według danych Eurostatu oczekiwana liczba lat przeżytych w zdrowiu w chwili urodzenia w RP w 2022 r. wyniosła dla kobiet 64,1 i była dłuższa o 1,3 roku niż średnia wartość obliczona dla UE (62,8 lat), zaś dla mężczyzn 60,8 lat i była o 1,6 roku krótsza niż średnia wartość obliczona dla UE, która wynosiła 62,4 lat. Powyższe dane pokazują, że stan zdrowia Polki w chwili urodzenia jest nieznacznie lepszy od przeciętnej mieszkanki UE i gorszy w przypadku mężczyzn. Dla 2022 r. odnotowano, że kobiety w UE najdłużej w zdrowiu żyją na Malcie (70,3 lata), a najkrócej w Danii (54,6 lat). Z kolei mężczyźni najdłużej żyją w zdrowiu również na Malcie (70,1 lat), a najkrócej na Łotwie (53 lata).

Na przestrzeni lat 2009-2022 oczekiwana długość życia w zdrowiu w RP zmieniała się, raz zwiększając się, a raz zmniejszając. Niemniej w 2022 r. wartość tego wskaźnika była wyższa niż

w 2009 r. zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn w chwili narodzin. Różnica między kobietami a mężczyznami w chwili narodzin w długości życia w zdrowiu wynosiła 3,3 lat na korzyść kobiet.

Różnica między wskaźnikami HALE i HLY polega na tym, że wskaźnik HALE dotyczący oczekiwanej długości życia skorygowanej o stan zdrowia. Został on oszacowany przez WHO na podstawie danych o umieralności oraz danych dotyczących zapadalności i chorobowości. Opiera się więc na danych epidemiologicznych. Natomiast HLY bazuje na indywidualnie postrzeganej sprawności.

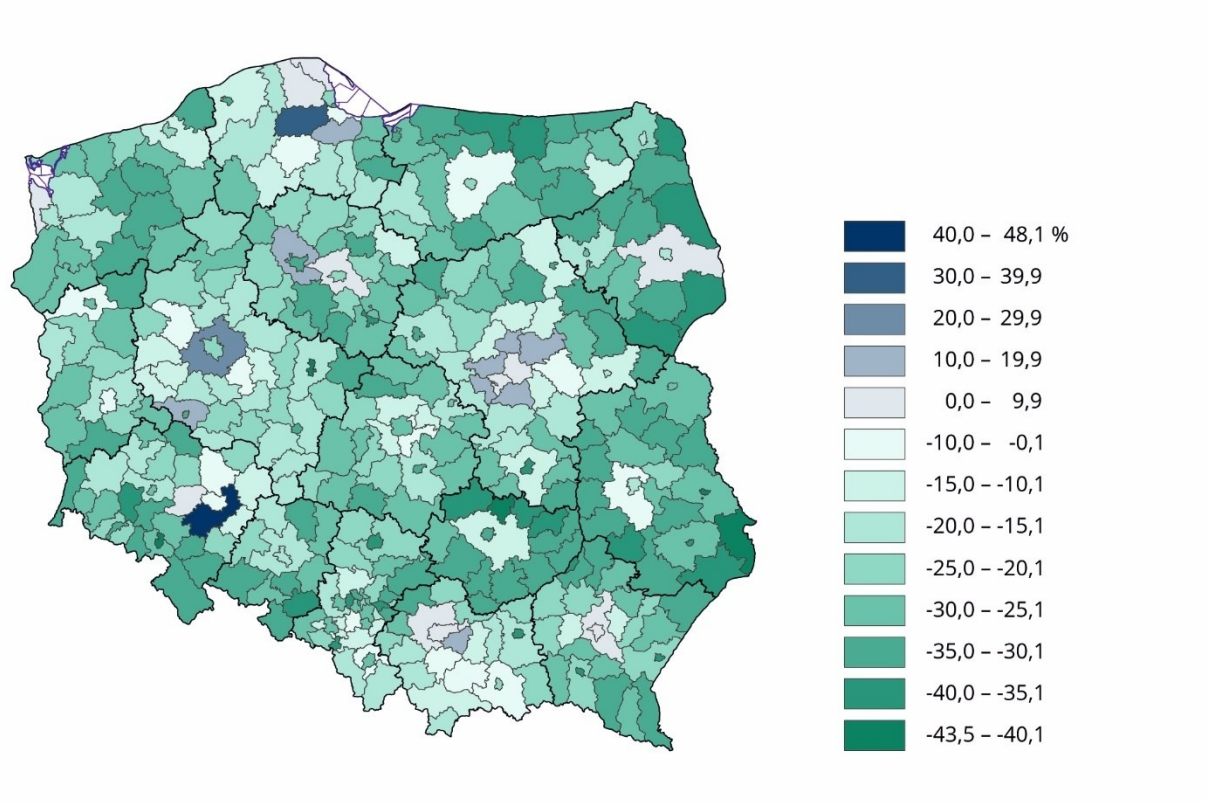
Porównując dane dla 2021 r. o HALE (ogółem 65,7 lat, dla mężczyzn 63,3 lat, a dla kobiet 68,3 lat) i HLY (ogółem 62,6 lat, dla mężczyzn 60,7, dla kobiet 64,6 lat), można wnioskować, że Polacy niezależnie od płci oceniają swój stan zdrowia gorzej, niż wynika to z rzeczywistości. Do tego samego wniosku można dojść, analizując udział procentowy długości lat w zdrowiu w oczekiwanej długości życia.

1.4. Prognoza liczby ludności

Prognoza liczby ludności stanowi istotny element analizy przyszłych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. GUS opracował trzy warianty prognozy demograficznej, uwzględniając różne scenariusze dotyczące współczynnika dzietności, długości życia oraz ruchów migracyjnych. Wariant niski prognozuje spadek liczby ludności o 3,5% do 2030 r. oraz o 29,2% do 2060 r. Z drugiej strony wariant wysoki zakłada wzrost liczby ludności o 0,2% do 2030 r. oraz spadek o 7,5% w 2060 r. w odniesieniu do 2023 r. W średnim wariancie prognoz GUS (przyjętym do dalszych analiz w mapie potrzeb zdrowotnych), według którego liczba ludności RP na koniec 2030 r. wynosić będzie 37 050 tys. osób (spadek o 1,6% w porównaniu z 2023 r.), 35 259 tys. (- 6,4%) w 2040 r., 33 200 tys. (-11,8%) w 2050 r., a 30,926 tys. (-17,9%) w 2060 r. Spadek liczby ludności nie będzie odbywał się równomiernie ani w przekroju terytorialnym, ani w podziale na miasto i wieś.

Wszystkie województwa w RP doświadczą spadku bezwzględnej liczby ludności. Największy spadek w 2060 r. względem 2023 r. będzie miał miejsce w województwie śląskim, gdzie liczba mieszkańców zmniejszy się o 1 066 tys., a najmniejszy w pomorskim (178 tys.). Nieco inaczej rozkładają się jednak zmiany względne. Województwem, w którym odnotuje się największy spadek ludności w stosunku do stanu z 2023 r., będzie województwo świętokrzyskie ze spadkiem o 30,1%. Najniższy względny spadek liczby ludności, wynoszący 7,1%, prognozowany jest dla województwa mazowieckiego.

Rysunek 5. Zmiana liczby ludności w latach 2023-2060 (prognoza)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie prognozy GUS

Prognozowane zmiany liczby ludności na poziomie powiatów prezentują jeszcze większe zróżnicowanie. W liczbach bezwzględnych największe spadki dotkną duże miasta – w Łodzi liczba ludności do 2060 r. zmniejszy się o 194,8 tys., a w Poznaniu o 121,8 tys. Jednocześnie znacząco powiększać się będą powiaty okalające duże miasta – liczba mieszkańców powiatu poznańskiego wzrośnie o 115,8 tys., a wrocławskiego o 89,9 tys. Ponownie w ujęciu procentowym różnice te będą kształtować się inaczej. W powiecie skarżyskim (województwo świętokrzyskie) oraz powiecie m. Konin (wielkopolskie) prognozuje się, że do 2060 r. liczba ludności spadnie aż o 43,5%. Liderami wzrostu będą z kolei powiat wrocławski (+48,1% ludności) oraz kartuski (+34,1%).

Istotnym zjawiskiem będzie suburbanizacja, rozumiana jako rozprzestrzenianie się zabudowy miejskiej na tereny przyległe do dużych miast, przy jednoczesnym spadku liczby ludności w ich dotychczasowych granicach administracyjnych. Należy zwrócić uwagę, że poza strefami oddziaływania dużych miast prognozowany jest dalszy spadek liczby ludności, co może prowadzić do trudności w zapewnieniu dostępności usług medycznych oraz potęgować zjawisko wykluczenia społecznego.

W całym analizowanym horyzoncie czasowym przewiduje się systematyczny spadek poziomu mobilności ludności zamieszkującej terytorium RP. Tendencja ta pozostaje w ścisłej korelacji z procesem starzenia się populacji, gdyż wraz z upływem czasu obserwuje się zmniejszoną skłonność jednostek do podejmowania decyzji migracyjnych. W zdecydowanej większości województw prognozuje się istotne obniżenie salda migracji wewnętrznych, wyrażonego

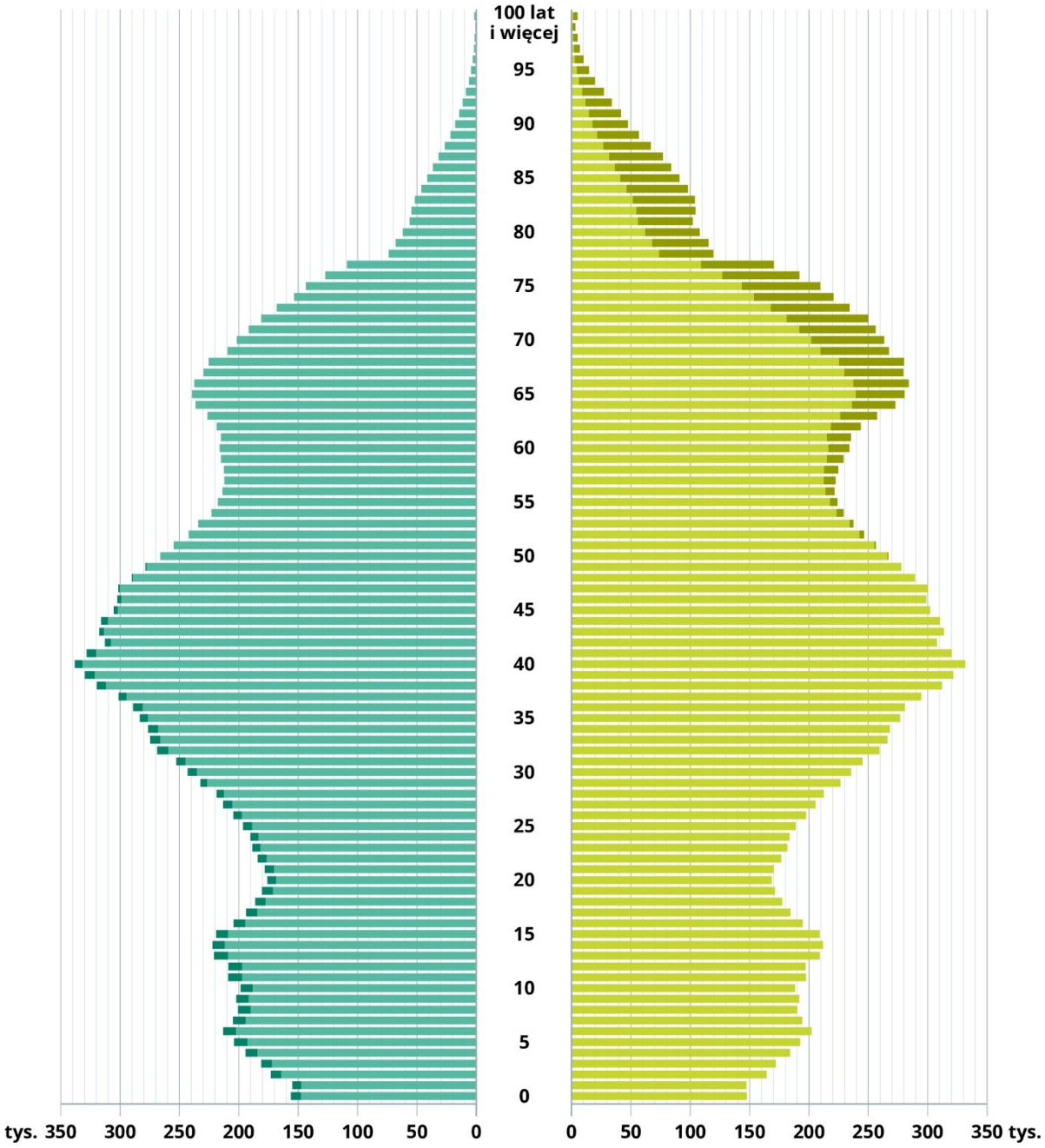
w wartościach absolutnych, co oznacza zarówno ograniczenie napływu, jak i odpływu ludności. Zjawisko to pozostaje spójne we wszystkich wariantach prognozy demograficznej.

Zgodnie z przewidywaniami, do 2060 r. w żadnym z województw nie będzie odnotowywane saldo migracji wewnętrznych o tak korzystnym charakterze jak w 2023 r. W ramach scenariusza bazowego prognozuje się, że jedynie województwo dolnośląskie utrzyma dodatnie saldo na poziomie przekraczającym 1 tys. osób. Jednocześnie przewiduje się istotną redukcję odpływu ludności z regionów, które aktualnie charakteryzują się najwyższą skalą migracji. Zjawisko to stanowi konsekwencję, nie tylko postępującego procesu starzenia się społeczeństwa, lecz także znacznego ograniczenia potencjalnych zasobów migracyjnych w wielu obszarach kraju.

Niezależnie od wymienionych procesów, prognozuje się, że najbardziej korzystne saldo migracji wewnętrznych będzie występować w powiatach zlokalizowanych w bezpośrednim sąsiedztwie największych aglomeracji miejskich. Obszary te staną się docelowym kierunkiem migracyjnym zarówno dla mieszkańców opuszczających duże ośrodki miejskie (zjawisko suburbanizacji), jak i dla osób przenoszących się z peryferyjnych, słabiej zurbanizowanych części kraju.

Prognozowane zmiany demograficzne to nie tylko zmiana liczby, ale także struktury ludności RP. Malejąca liczba urodzeń oraz rosnąca długość życia spowodują odwrócenie piramidy wieku.

Rysunek 6. Piramida wieku RP w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie GUS

Rysunek 7. Piramida wieku RP w 2060 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie prognozy GUS

1.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i podsumowanie

W RP, podobnie jak i w innych krajach UE, zachodzą zmiany demograficzne mające wpływ na organizację i funkcjonowanie opieki zdrowotnej – przede wszystkim starzenie się społeczeństwa, nadumieralność mężczyzn oraz brak zastępowalności pokoleń.

Prognozuje się, że do 2060 r. liczba ludności RP spadnie do niecałych 31 mln. Szybkie starzenie się ludności oraz wolniejszy wzrost długości życia w zdrowiu niż życia ogółem wskazuje na

rosnące wyzwania dla ochrony zdrowia. Będą one związane przede wszystkim z większym zapotrzebowaniem na opiekę nad osobami starszymi oraz utrudnieniem finansowania tej opieki ze względu na malejącą populację w wieku produkcyjnym.

Jednym z istotnych wyzwań demograficznych, które mogą rzutować na funkcjonowanie państwa w nadchodzących dekadach, jest proces starzenia się społeczeństwa. Przewiduje się, że zjawisko to będzie postępować wraz z przechodzeniem do grupy osób starszych kolejnych pokoleń urodzonych w okresach wyżów demograficznych, w tym między innymi z lat 70. i 80. XX wieku.

Nawet w przypadku założenia istotnego wzrostu współczynnika dzietności w najbliższych latach, należy mieć świadomość, że nie wpłynie to bezpośrednio na strukturę wieku obecnej populacji. Dodatkowo, zmniejszająca się liczba kobiet w wieku rozrodczym może ograniczać skalę ewentualnych zmian w zakresie liczby urodzeń. W związku z tym dostępne scenariusze demograficzne nie przewidują w najbliższym czasie odwrócenia trendu spadku liczebności populacji, a ewentualne jego spowolnienie będzie wymagało wielowymiarowych działań polityki demograficznej oraz długofalowego wsparcia systemowego.

W 2023 r. większość ludności RP zamieszkiwała obszary miejskie, stanowiąc 59,5% ogółu populacji. W ujęciu powiatowym liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w samych miastach i powiatach od nich oddalonych. Związane to będzie głównie z migracją z miast na tereny podmiejskie i rozrastaniem się samych miast (tzw. suburbanizacja). Spowoduje to zmianę lokalizacji tych punktów opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej pacjenta, w szczególności POZ. Zmianie ulegnie również miejsce świadczenia usług, takich jak opieka dzienna nad osobami starszymi i innych usług wymagających częstej interakcji z pacjentem. Część POZ znajdujących się na terenach szybko wyludniających się prawdopodobnie będzie musiała zostać zlikwidowana, a nowe będą musiały zostać utworzone na terenach podmiejskich, tak by zapewnić odpowiednią opiekę rosnącej populacji tych obszarów.

Informacje o długości życia w podziale na płeć wskazują na wyraźnie krótszą długość życia mężczyzn niż kobiet. Dotyczy to szczególnie mężczyzn żyjących na wsi. Zróżnicowanie w długości życia między płciami jest zdecydowanie wyższe niż mierzone dla tych samych płci, lecz pomiędzy różnymi województwami. Wynika z tego, że to właśnie płeć, a w szczególności związany z nią tryb życia (m.in. wykonywana praca, mniej intensywna profilaktyka, częstsze nałogi), a nie np. dostępność świadczeń opieki zdrowotnej, wpływa na obserwowane rezultaty dotyczące długości życia. Choć długość życia Polaków jest niższa od średniej unijnej, to mężczyźni w RP wyraźniej niż kobiety odstają od średniej dla swojej płci. Pomimo że przyczyna tego problemu jest złożona, wydaje się koniecznym podjąć aktywniejsze działania w celu zmniejszenia różnic w długości życia pomiędzy płciami oraz ogólnego zmniejszenia różnic pomiędzy RP a UE. Działania te mogą mieć różny charakter, w szczególności mogą odbywać się w ramach edukacji zdrowotnej i profilaktyki.

Jednocześnie dalsza oczekiwana długość życia stopniowo ulega wydłużeniu, zarówno w przypadku kobiet, jak i mężczyzn, niezależnie od analizowanego wieku. W przypadku osób starszych kobiety w wieku 60 lat najdłużej będą żyły w województwie podlaskim, najkrócej

w województwie śląskim. W przypadku mężczyzn w tym samym wieku najdłużej będą oni żyli w województwie podkarpackim, a najkrócej w województwie łódzkim.

Obserwowana jest tendencja spadkowa w przypadku liczby urodzeń żywych i urodzeń martwych na 1 tys. ludności. Jednocześnie na wsi dochodzi częściej do zgonów niemowląt na 1 tys. urodzeń żywych niż w miastach. Choć przyczyn może być wiele (m.in. warunki życia), to jednymi z potencjalnie istotnych wydają się być dostępność usług okołoporodowych (np. wizyty położnej) oraz świadomość rodziców w zakresie prawidłowej opieki nad niemowlętami (np. odpowiednie uwrażliwienie na niepokojące sygnały zdrowotne).

Długookresowo zmniejsza się dzietność kobiet zarówno w RP, jak i UE. Choć od 2014 r. do 2018 r. wskaźnik ten w RP nieznacznie wzrastał w stosunku do lat poprzednich, to od 2019 r. znowu ulega obniżeniu. Chociaż prognozy demograficzne GUS i Eurostatu przewidują wzrost wskaźnika dzietności w najbliższych latach, to nie prognozuje się jednak by miał on osiągnąć poziom gwarantujący prostą zastępowalność pokoleń. W RP są cztery województwa, gdzie wskaźnik ten w 2023 r. wynosił ponad 1,20 (mazowieckie, pomorskie, małopolskie oraz wielkopolskie). Spadek liczby urodzeń w tych regionach powinien być najmniej widoczny, niemniej jednak są to wartości, którym jest daleko do wartości gwarantującej zastępowalność pokoleń.

Jednocześnie spadek liczby kobiet w wieku rozrodczym, przy wolno rosnącym wskaźniku dzietności, spowoduje mniejszą bezwzględną liczbę urodzeń, a co za tym idzie spadek zapotrzebowania na usługi położnicze i opiekę pediatryczną. Rośnie mediana wieku kobiet rodzących pierwsze dziecko oraz średni wiek kobiet przy porodzie i przy urodzeniu pierwszego dziecka, choć w porównaniu do Europejek, Polki w młodszym wieku decydują się na urodzenie pierwszego dziecka.

Przyrost naturalny w 2023 r. był ujemny i wyniósł -136,6 tys. Chociaż oznacza to poprawę względem 2022 r. (-143,3 tys.), to liczba zgonów nadal przewyższała liczbę urodzeń zarówno w miastach, jak i na wsiach, przy czym problem ten był bardziej nasilony w miastach. Wszystkie województwa odnotowały ujemny przyrost naturalny, a najgorsza sytuacja była w województwie śląskim. W 2023 r. sytuacja demograficzna RP była gorsza niż średnia dla UE. W kontekście starzenia się społeczeństwa i przy obecnym zróżnicowaniu wieku emerytalnego dodatkowo zwiększa to obciążenie systemu opieki zdrowotnej oraz zmniejsza wpływy z tytułu składek.

W tym kontekście szczególnego znaczenia nabierają programy wspierające leczenie niepłodności, w tym finansowanie procedury zapłodnienia pozaustrojowego (in vitro). Dla wielu par, zwłaszcza tych decydujących się na macierzyństwo w późniejszym wieku, in vitro stanowi jedyną realną szansę na posiadanie potomstwa. Upowszechnienie dostępu do tej metody, niezależnie od miejsca zamieszkania i statusu materialnego, może przyczynić się do zwiększenia liczby urodzeń oraz poprawy sytuacji demograficznej.

2. Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna

Z problemem określania i szacowania potrzeb zdrowotnych mierzą się wszystkie kraje na świecie. Są stosowane w tym zakresie odmienne metodyki i ich przybliżenia. Jednym z podejść jest analiza świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Może ona stanowić podstawę prognozy przyszłego zapotrzebowania w oparciu o rejestrową zapadalność i chorobowość oraz prognozowane zmiany demograficzne. Istotne ograniczenia tego podejścia wynikają nie tylko z oparcia na danych, których pierwotnym przeznaczeniem jest wykorzystanie przy rozliczaniu świadczeń, ale również z nieuwzględnienia świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez pacjentów z własnych środków oraz ograniczeń dostępności do świadczeń w postaci kolejek[11].

Coraz częściej analizy epidemiologiczne nie ograniczają się zatem jedynie do określenia rejestrowanej zapadalności, chorobowości i umieralności. Ważnym elementem jest również jakość życia jednostek po zapadnięciu na chorobę lub po doznanym urazie oraz obciążenie chorobą. W związku z tym, oprócz podstawowych wskaźników epidemiologicznych określonych m.in. na podstawie danych NFZ, NIZP PZH – PIB czy GUS, w niniejszej analizie uwzględniono również wskaźnik DALY opracowany w ramach projektu GBD. Badanie GBD jest jednym z największych projektów dotyczących zdrowia publicznego na świecie, które prowadzi prace nad określeniem obciążenia społeczeństw chorobami. Raporty globalne (z uwzględnieniem RP) publikowane są regularnie w czołowym czasopiśmie naukowym LANCET[12].

Wskaźnik DALY określa lata życia skorygowane niesprawnością i składa się z dwóch komponentów: YLL (liczby lat życia utraconych z uwagi na wystąpienie choroby lub po doznanym urazie) oraz YLD (liczby lat życia w niesprawności). DALY uwzględnia zatem nie tylko bezpośredni wpływ choroby na długość życia, ale również wpływ na jego jakość. Pozwala spojrzeć na całe życie pacjenta i ocenić wagę wszystkich epizodów pogorszenia stanu zdrowia.

Oprócz analizy bieżącej sytuacji epidemiologicznej społeczeństwa istotne jest również określenie wartości wskaźników w przyszłości. Prognoza epidemiologiczna jest narzędziem wspierającym podejmowanie decyzji zmierzających do zagwarantowania społeczeństwu właściwej opieki medycznej i poprawy kondycji zdrowotnej[13]. Może stanowić podstawę do wprowadzania programów profilaktycznych czy określania niezbędnych specjalizacji dla przyszłej kadry medycznej. Warto zwrócić uwagę, że prognoza tego typu jest silnie uwarunkowana zmianami demograficznymi. Starzenie się społeczeństwa oraz wzrost liczby przypadków chorób cywilizacyjnych i zakaźnych determinują i będą determinować zapotrzebowanie na określone świadczenia medyczne w przyszłości.

[11] J. Wright, W. Rhys, J. R. Wilkinson, Health needs assessment: Development and importance of health needs assessment, BMJ: British Medical Journal 316.7140 (1998): 1310.

[12] IHME, About GBD, http://www.healthdata.org/gbd/about, dostęp 14.02.2025.

[13] W. Jędrychowski. *Podstawy epidemiologii*, Kraków, 2002.

Podstawowe założenia przyjęte w analizach

W przeprowadzonej analizie epidemiologicznej tam, gdzie było to możliwe, uwzględniono dane za 2023 r. Dla tego roku wyliczono liczbę pacjentów, którym udzielono świadczeń w ramach NFZ oraz liczbę zgonów według najważniejszych przyczyn na podstawie danych GUS. Uzyskane liczby zgonów porównano z wartościami z lat 1999, 2009 i 2019. W analizie zawarto również dane za lata 2009, 2019 i 2023 z raportu NIZP PZH – PIB o chorobowości szpitalnej w RP. Ostatecznie przedstawiono liczbę zachorowań i zgonów na wybrane choroby zakaźne w RP w 2023 r. według danych NIZP PZH – PIB.

W analizach porównawczych RP z innymi krajami UE zestawiono wartości wskaźników w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców za 2021 r. Analiza danych GBD została przeprowadzona na podstawie danych rocznych, dla lat 2001 i 2021. Z kolei analiza danych z KRN obejmuje okres od 1980 do 2022 r.

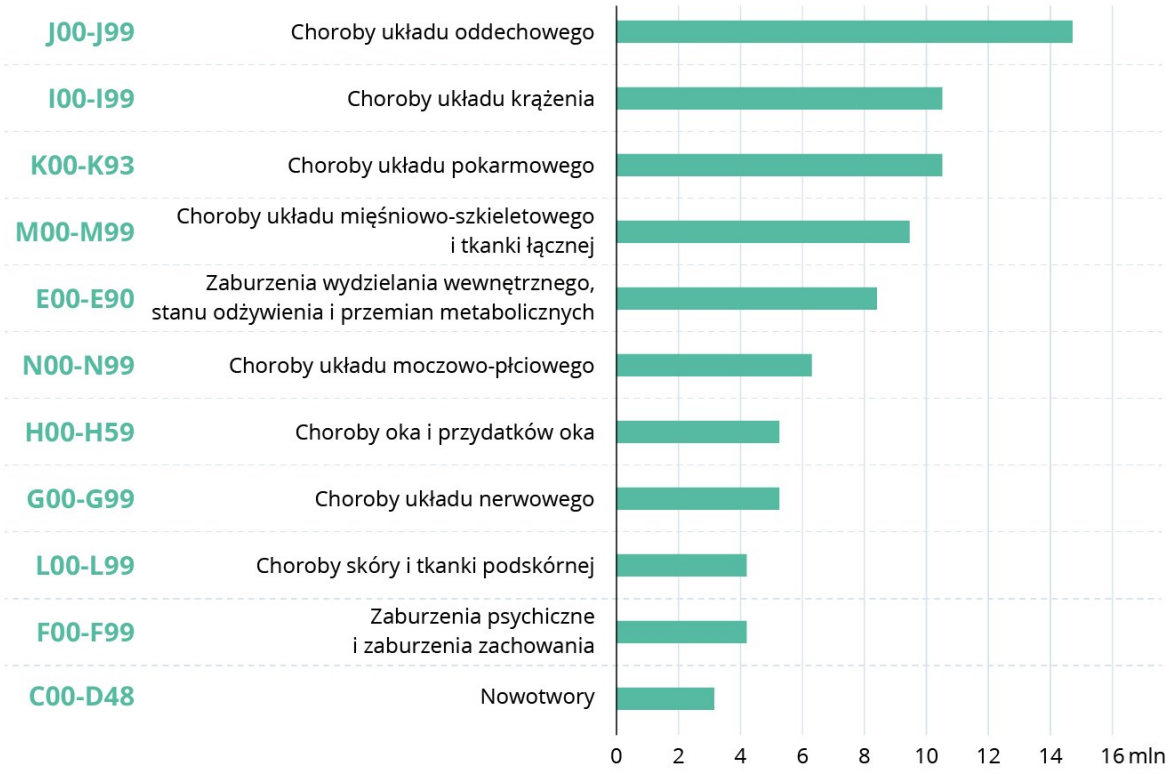
W ramach przeprowadzonych analiz przyczyn zgonów i hospitalizacji oraz danych GBD nie ograniczono się jedynie do chorób i grup chorób, ale posługiwano się rozszerzonym zbiorem o tzw. problemy zdrowotne. Z definicji problemy zdrowotne, oprócz chorób, obejmują również m.in. wypadki i urazy.

2.1. Epidemiologia w RP

Istotne problemy zdrowotne - świadczenia NFZ

Poza grupą Z (Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia) w klasyfikacji ICD-10, w 2023 r. najwięcej osób zgłaszało się do systemu opieki zdrowotnej z powodu chorób układu oddechowego (ponad 14 mln), chorób układu krążenia (10 mln) oraz chorób układu pokarmowego (niemal 10 mln). Ponad 3,8 mln pacjentów miało udzielone przynajmniej jedno świadczenie w związku z zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania, a przeszło 3,4 mln w związku z nowotworami.

Rysunek 8. Liczba pacjentów, którym udzielono przynajmniej jednego świadczenia z analizowanym rozpoznaniem ICD-10[14] (I poziomu) jako rozpoznaniem głównym lub współistniejącym w 2023 r., 11 najczęstszych grup rozpoznań

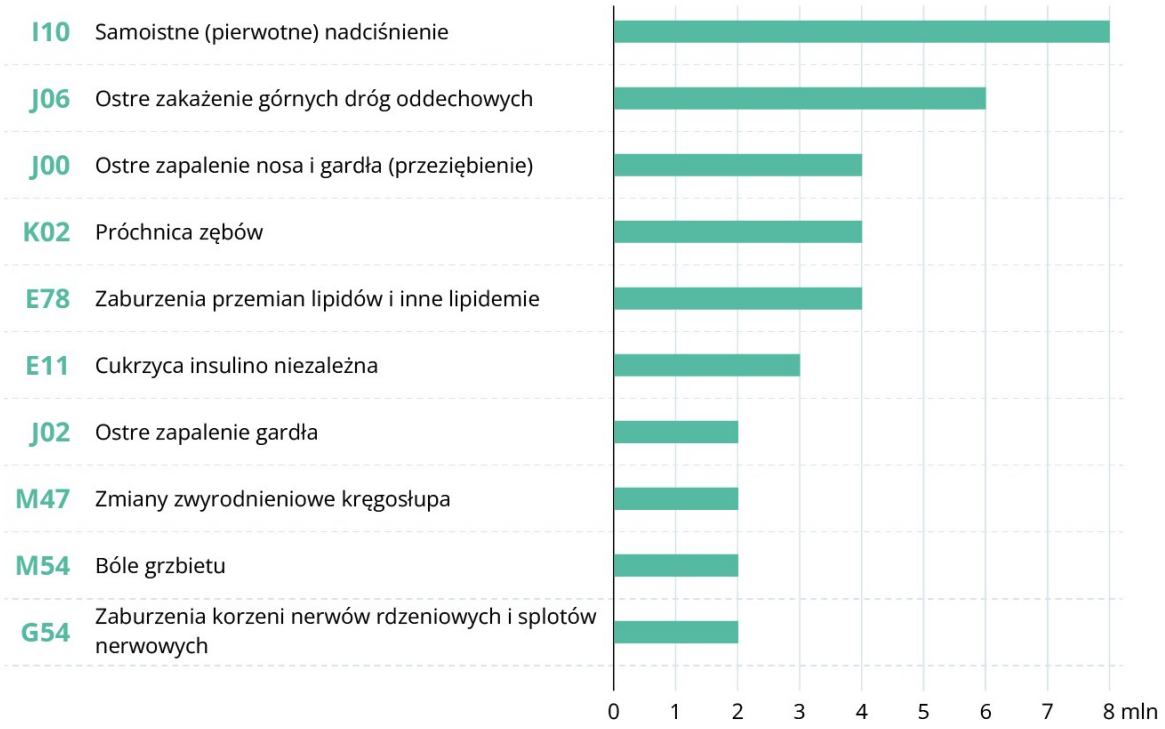


Źródło: MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. najwięcej osób (ponad 7,7 mln) miało udzielone świadczenia związane z nadciśnieniem pierwotnym. Kolejną najliczniejszą grupą pacjentów były osoby leczone z powodu zapalenia górnych dróg oddechowych (ponad 6 mln), przeziębienia (ponad 4 mln) oraz próchnicy zębów (prawie 4 mln). Pacjenci zgłaszali się również często z zaburzeniami lipidów (ponad 3 mln osób), cukrzycą typu 2 (2,5 mln osób) i problemami z kręgosłupem oraz grzbietem (ponad 2 mln osób w obu przypadkach).

[14] Z analizowanych rozpoznań ICD-10 wykluczono rozpoznania z grupy Z - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia, R – Objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej, S-T – Urazy, zatrucia, i inne nieokreślone skutki działania czynników zewnętrznych.

Rysunek 9. Liczba pacjentów, którym udzielono przynajmniej jednego świadczenia z analizowanym rozpoznaniem ICD-10 (III poziomu) jako rozpoznaniem głównym lub współistniejącym w 2023 r.[15], 10 najczęstszych rozpoznań



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Istotne problemy zdrowotne w RP – chorobowość szpitalna według NIZP PZH – PIB

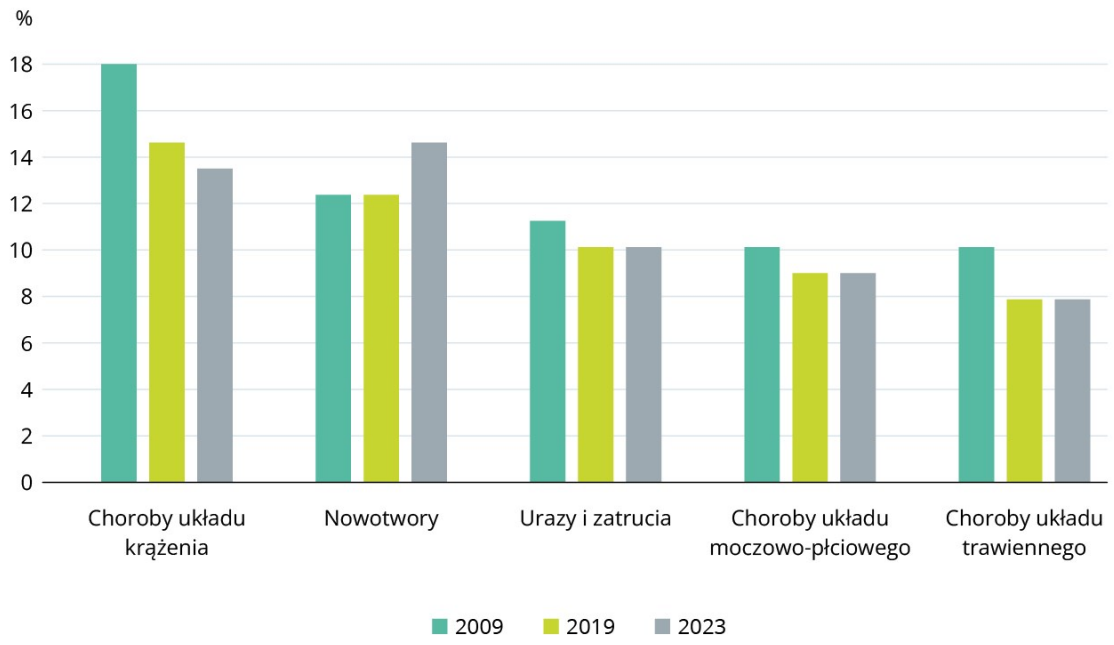
Biorąc pod uwagę strukturę procentową, najczęstszą przyczyną hospitalizacji w RP w latach 2006-2019 były choroby układu krążenia (16,1% w 2009 r. i 12,6% w 2019 r.). Od 2021 r. były to już nowotwory (w 2023 r. 12,7%), a na drugim miejscu pozostały choroby układu krążenia (w 2023 r. 11,8%). Urazy i zatrucia zajmują trzecie miejsce – w 2023 r. 9% osób było hospitalizowanych z tych powodów[16]. Kolejne miejsca zajmują choroby układu moczowo-płciowego (7,7%) oraz choroby układu trawiennego (7,2%)[17].

[15] Z analizowanych rozpoznań ICD-10 wykluczono rozpoznania z grupy Z - Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia.

[16] Z analizy wykluczono rozpoznania z grupy Z – Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. W ostatnich latach jest ona przyczyną około 10% hospitalizacji.

[17] NIZP PZH – PIB; Ogólnopolskie Badanie Chorobowości Szpitalnej Ogólnej; statystyka.pzh.gov.pl, dostęp 14.02.2025.

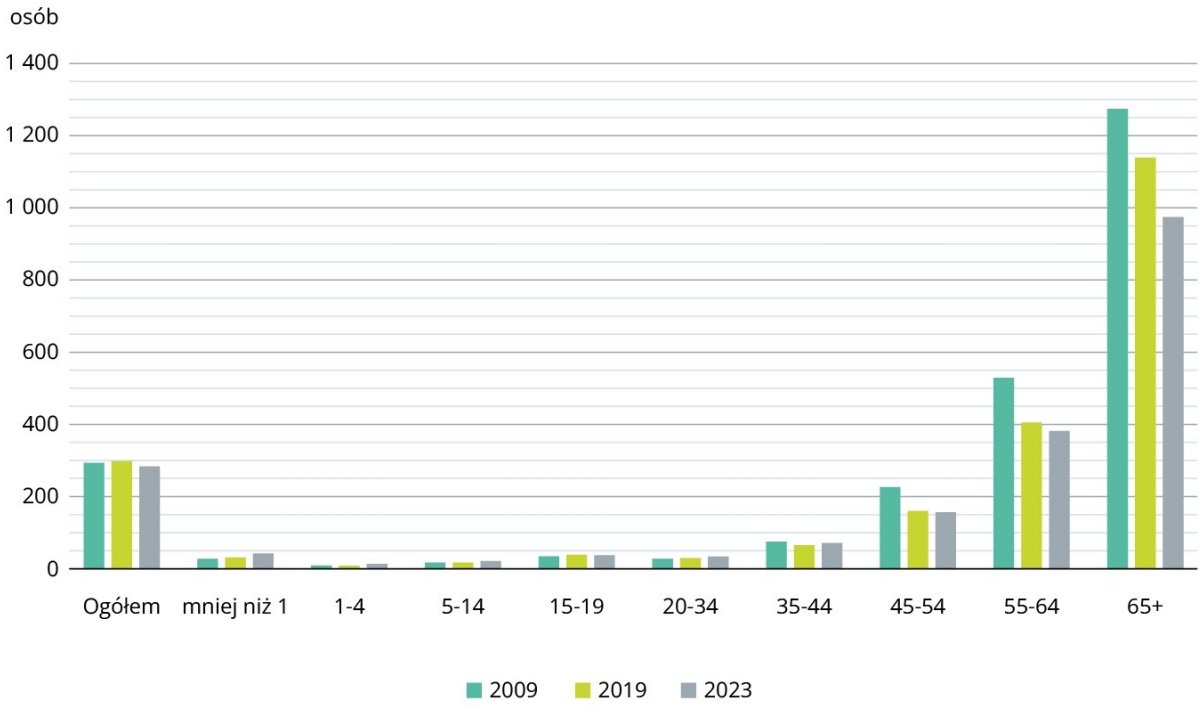
Rysunek 10. Udział procentowy pięciu najczęstszych przyczyn hospitalizacji w RP w wybranych latach, bez podziału na wiek i płeć



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NIZP PZH – PIB

W latach 2009-2023 współczynnik hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia spadł o 3% (z poziomu 289 do 279 na 10 tys. ludności), zwłaszcza wśród osób wieku 45-54 lata (spadek o 31%) i u osób w wieku 55-64 lata (spadek o 28%). W 2023 r. współczynnik ten był najwyższy w grupie osób powyżej 65. r.ż. (960 na 10 tys. ludności).

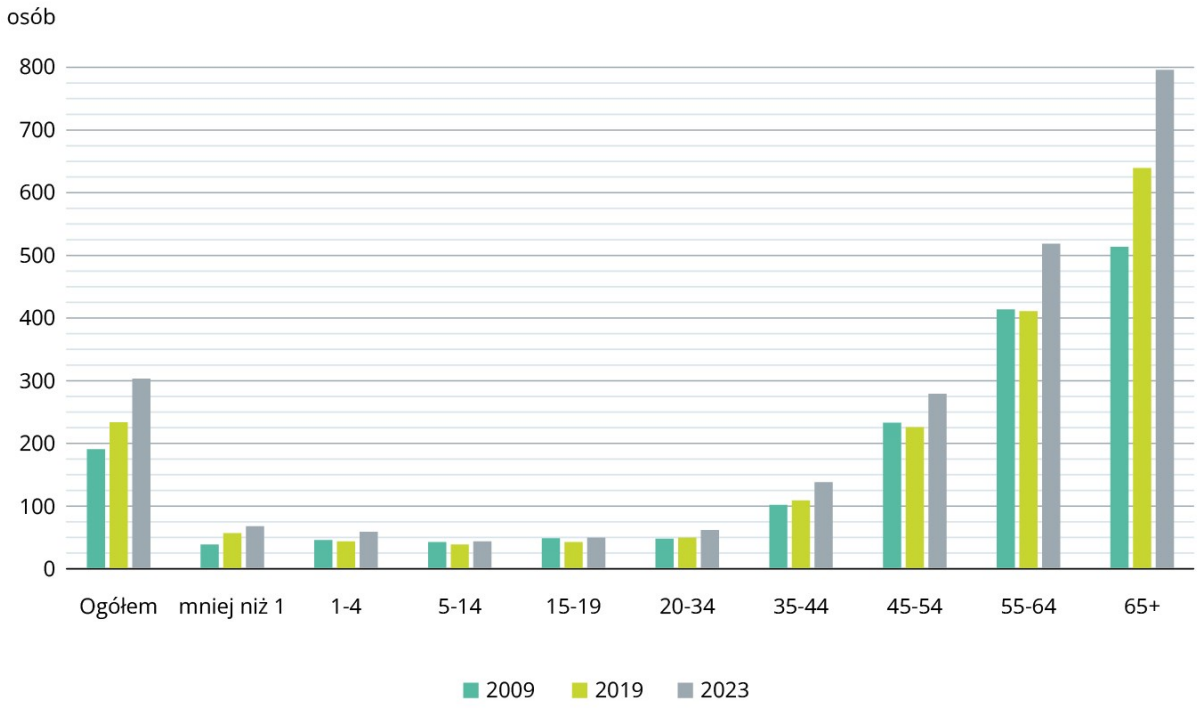
Rysunek 11. Współczynnik hospitalizacji na 10 tys. ludności z powodu chorób układu krążenia w RP w wybranych latach, według grup wiekowych



Źródło: MZ na podstawie danych NIZP PZH – PIB

Od 2009 r. do 2023 r. współczynnik hospitalizacji z powodu nowotworów wzrósł o prawie 60% (z poziomu 188 do 300 na 10 tys. ludności). Wzrost nastąpił we wszystkich grupach wiekowych, przede wszystkim wśród dzieci poniżej 1. r.ż. (78%) i osób starszych (55%). W 2023 r. współczynnik hospitalizacji z powodu nowotworów był najwyższy w grupie osób powyżej 65. r.ż. (790 na 10 tys. ludności).

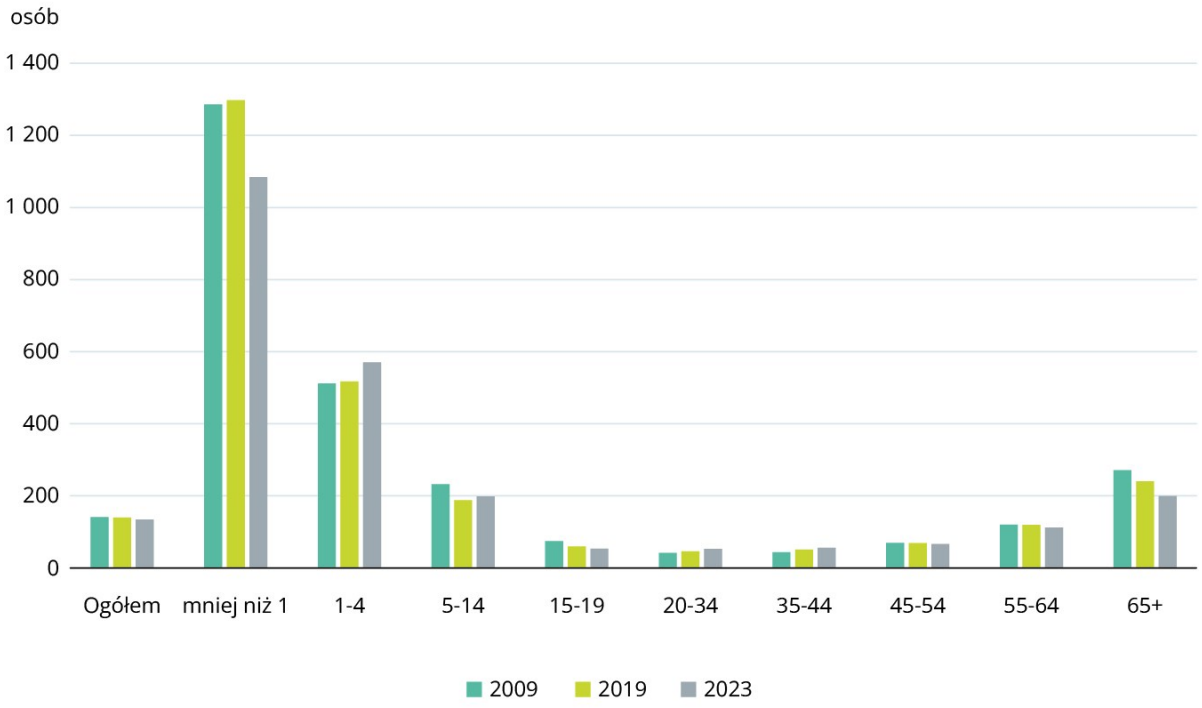
Rysunek 12. Współczynnik hospitalizacji na 10 tys. ludności z powodu nowotworów w RP w wybranych latach, według grup wiekowych



Źródło: MZ na podstawie danych NIZP PZH – PIB

Od 2009 r. do 2023 r. współczynnik hospitalizacji z powodu chorób układu oddechowego spadł o niecałe 5% (z poziomu 140 do 133 na 10 tys. ludności). Najwyższy współczynnik występował wśród najmłodszych. W 2023 r. wśród dzieci poniżej 1. r.ż. odnotowano ponad 1 tys. hospitalizacji na 10 tys., wśród dzieci w wieku 1-4 lata ponad 570 hospitalizacji na 10 tys.

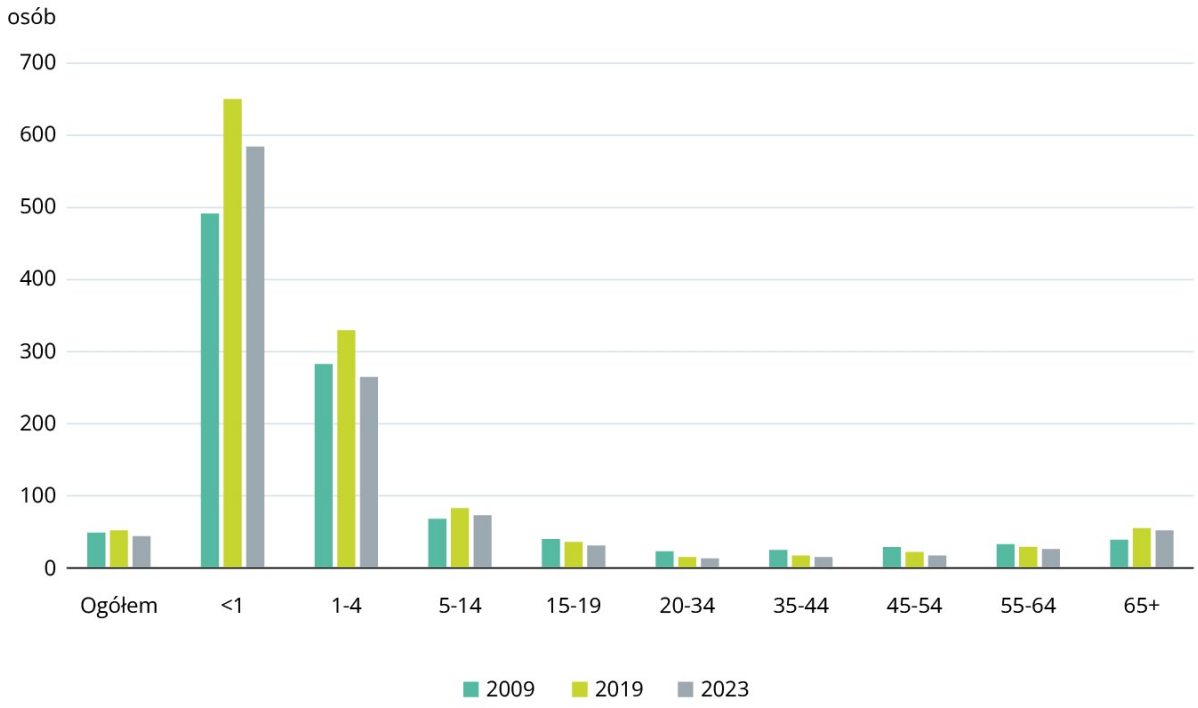
Rysunek 13. Współczynnik hospitalizacji na 10 tys. ludności z powodu chorób układu oddechowego w RP w wybranych latach, według grup wiekowych



Źródło: MZ na podstawie danych NIZP PZH – PIB

W 2023 r. współczynnik hospitalizacji z powodu chorób zakaźnych wyniósł 43 na 10 tys. ludności. Tak jak w przypadku chorób układu oddechowego, najwyższe wskaźniki odnotowano dla najmłodszych grup wiekowych. U dzieci poniżej 1. r.ż. wystąpiło 584 hospitalizacji na 10 tys. ludności, u dzieci w wieku 1-4 lata ponad 264 hospitalizacje na 10 tys. populacji.

Rysunek 14. Współczynnik hospitalizacji na 10 tys. ludności z powodu chorób zakaźnych[18] w RP w wybranych latach, według grup wiekowych



Źródło: MZ na podstawie danych NIZP PZH – PIB

Istotne problemy zdrowotne w RP – rejestr KRN

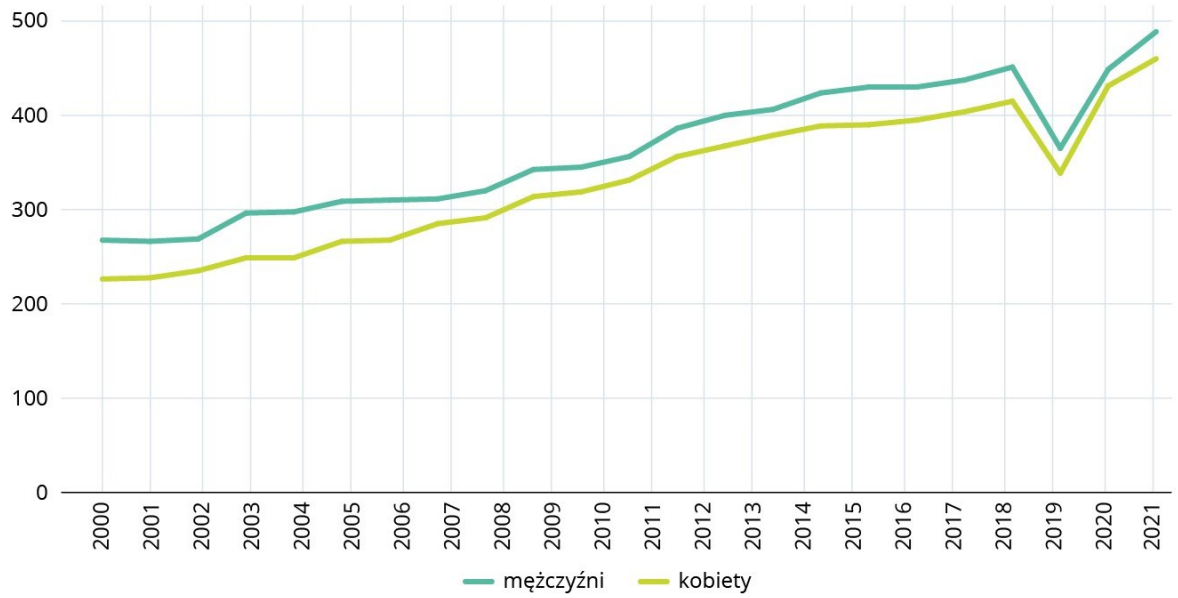
Według danych KRN[19] zapadalność rejestrowana i liczba zgonów z powodu nowotworów złośliwych w RP wykazują trend wzrostowy. W latach 1999-2022 liczba zachorowań zwiększyła się o 58%, a liczba zgonów o 18%. W 2022 r. liczba zgonów z powodu nowotworów wyniosła ponad 96 tys., a liczba nowych zachorowań ponad 181,3 tys., co jest najwyższą wartością w analizowanym okresie. W 2020 r. liczba zachorowań spadła do 150 tys., co mogło być efektem zakłóceń w systemie ochrony zdrowia związanych z pandemią COVID-19. W kolejnych latach liczba zachorowań ponownie wzrosła.

W 2022 r. 1,35 mln Polaków żyło z chorobą nowotworową zdiagnozowaną w latach 2000-2022. Najwyższą chorobowość wśród mężczyzn odnotowano dla raka gruczołu krokowego (149,6 tys.), a wśród kobiet dla raka piersi (239,4 tys.).

[18] bez COVID-19 (ICD-10 U07.1, U07.2)

[19] KRN Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 14.02.2025.

Rysunek 15. Współczynnik zachorowań na 100 tys. ludności na nowotwory złośliwe w RP w latach 2000-2021, w podziale na płeć



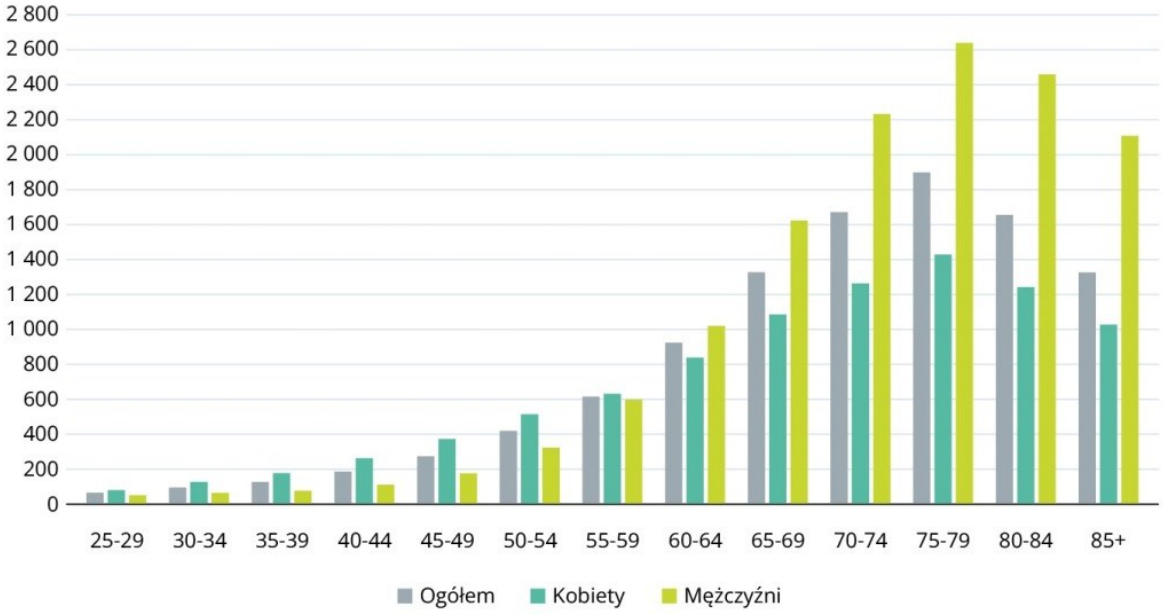
Źródło: MZ na podstawie danych KRN

Współczynniki zapadalności na nowotwory dla mężczyzn w analizowanych latach były wyższe niż współczynniki dla kobiet. W 2022 r. wskaźnik ten dla mężczyzn wyniósł 491 zachorowań na 100 tys. ludności, podczas gdy u kobiet 468 zachorowań na 100 tys. ludności.

Najwyższe wskaźniki zachorowań odnotowano dla osób w wieku powyżej 70. r.ż., szczególnie wśród mężczyzn. W 2022 r. w grupie wiekowej 75-79 lat zachorowalność mężczyzn wyniosła ponad 2,6 tys. na 100 tys., u kobiet ponad 1,4 tys. na 100 tys. kobiet.

U mężczyzn najwięcej zachorowań notowano między 55. a 79. r.ż., a u kobiet w grupie wieku 50-74 lata. Dodatkowo w grupie wiekowej 20-59 lat zapadalność na nowotwory była wyższa u kobiet niż u mężczyzn. Wśród kobiet przed 65. r.ż. nowotwory złośliwe od lat pozostają najczęstszą przyczyną zgonów (u kobiet w wieku 45-64 lata w 2022 r. stanowiły 42% zgonów).

Rysunek 16. Współczynnik zachorowań na 100 tys. ludności na nowotwory złośliwe wśród osób powyżej 25. r.ż. w 2022 r. w RP

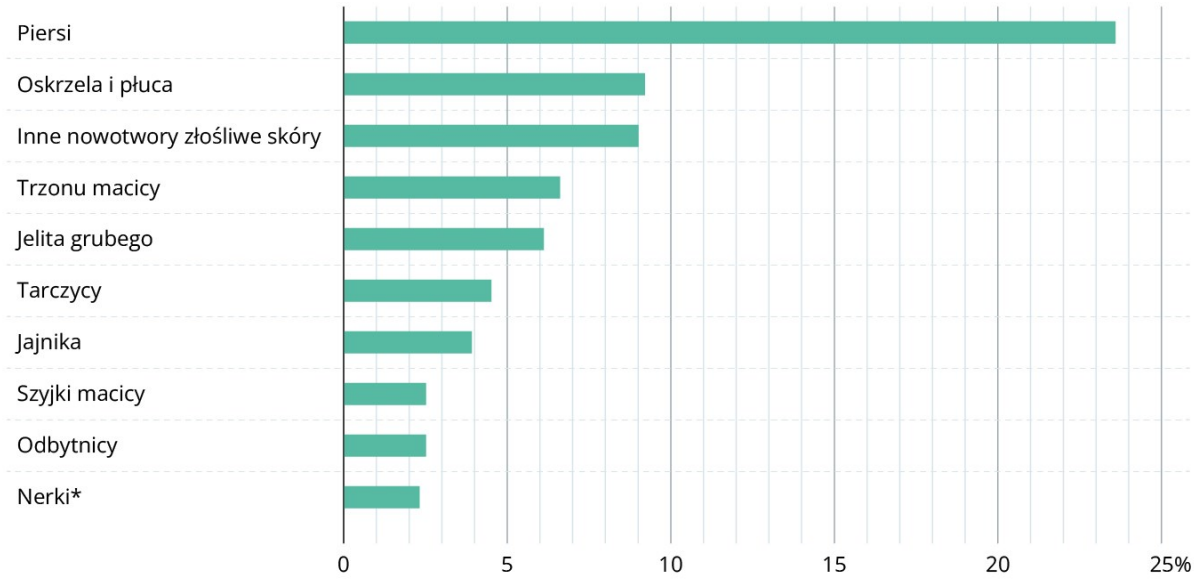


Źródło: MZ na podstawie danych KRN

W 2022 r. najczęstszym nowotworem złośliwym u kobiet był nowotwór złośliwy piersi, który stanowił 23,6% wszystkich zachorowań. Wśród mężczyzn najczęściej występował nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, odpowiadając za 23,3% zachorowań. Drugie miejsce zarówno u kobiet, jak i mężczyzn, zajmował nowotwór złośliwy oskrzeli i płuc (9,2% zachorowań kobiet, 13,7% zachorowań mężczyzn), a trzecie miejsce (także wśród obu płci) inne nowotwory złośliwe skóry. Dodatkowo zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, nowotworem o wysokiej zapadalności był rak jelita grubego zajmujący 4. lub 5. pozycję wśród zachorowań.

Dzieci (do 14. r.ż.) w 2022 r. najczęściej zapadały na białaczkę limfatyczną (27% zachorowań) i nowotwór złośliwy mózgu (17% zachorowań). Z kolei w grupie nastoletnich mężczyzn (15-19 lat) najczęściej występował chłoniak Hodgkina (22% zachorowań), a u nastoletnich kobiet (15-19 lat) rak tarczycy (29% zachorowań).

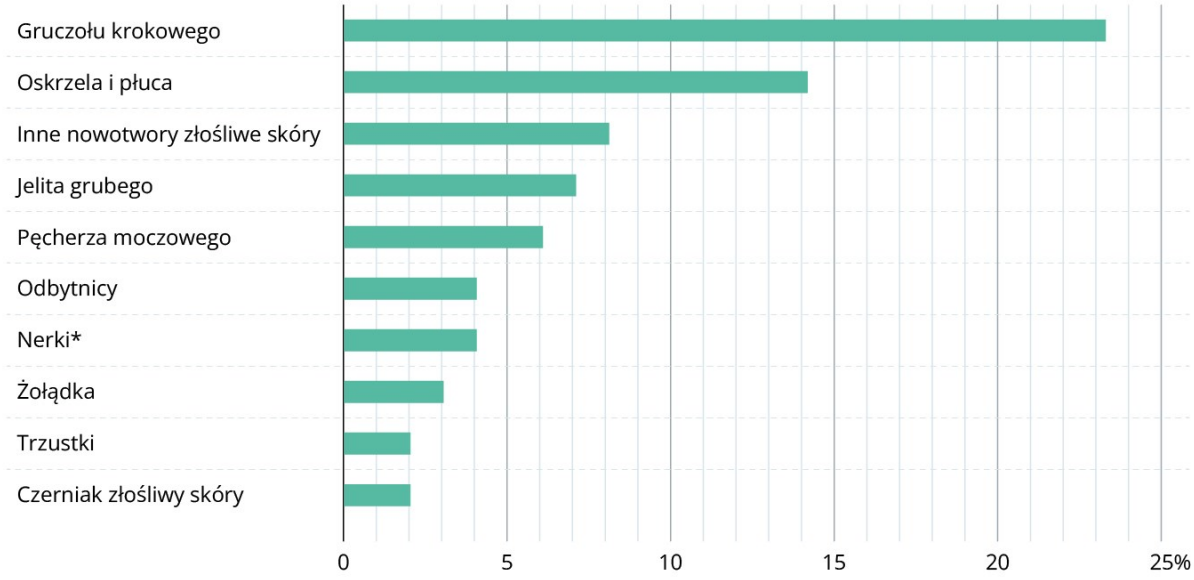
Rysunek 17. Struktura zachorowań kobiet na nowotwory złośliwe w 2022 r. (10 najczęstszych nowotworów złośliwych)



*Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej

Źródło: MZ na podstawie danych KRN

Rysunek 18. Struktura zachorowań mężczyzn na nowotwory złośliwe w 2022 r. (10 najczęstszych nowotworów złośliwych)



*Nowotwór złośliwy nerki z wyjątkiem miedniczki nerkowej

Źródło: MZ na podstawie danych KRN

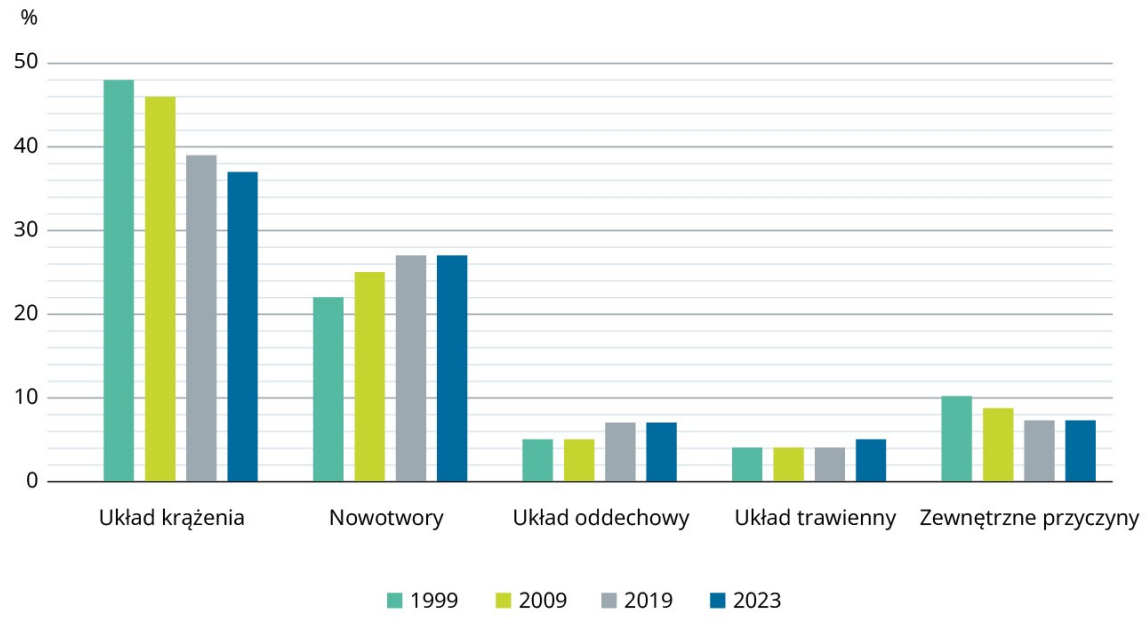
Istotne przyczyny zgonów w RP według GUS[20]

Według danych GUS głównymi przyczynami zgonów w RP w 2023 r. były choroby układu krążenia i choroby nowotworowe[21]. Obie grupy odpowiadały za blisko 64% wszystkich zgonów, a ich udział w porównaniu do 2022 r. wzrósł o 4 p.p.

Ponad 150 tys. zgonów nastąpiło z powodu chorób układu krążenia, co stanowiło ponad 37% ogólnej liczby zgonów. W tej grupie prawie 62 tys. zgonów (40%) było wynikiem choroby niedokrwiennej serca, a ponad 12 tys. zgonów (8%) choroby nadciśnieniowej. Z kolei ponad 109 tys. zgonów (27%) było spowodowanych nowotworami, z czego prawie 100 tys. zgonów (24%) nastąpiło z powodu nowotworów złośliwych. Najwięcej, bo ponad 22 tys. (22%) zgonów, wynikało z nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc, a ponad 16 tys. (17%) z nowotworu złośliwego żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu.

Kolejnymi istotnymi przyczynami zgonów w 2023 r. były choroby układu oddechowego (ponad 30 tys. zgonów) oraz zewnętrzne przyczyny jak urazy i wypadki (ponad 19 tys.). Obie grupy stanowiły łącznie ponad 12% wszystkich zgonów. Udział zgonów spowodowanych COVID-19 w 2023 r. wyniósł około 1%, podczas gdy w 2022 r. zgony te stanowiły blisko 7% wszystkich zgonów.

Rysunek 19. Udział procentowy pięciu najistotniejszych przyczyn zgonów w RP w wybranych latach, bez podziału na grupy wiekowe i płeć



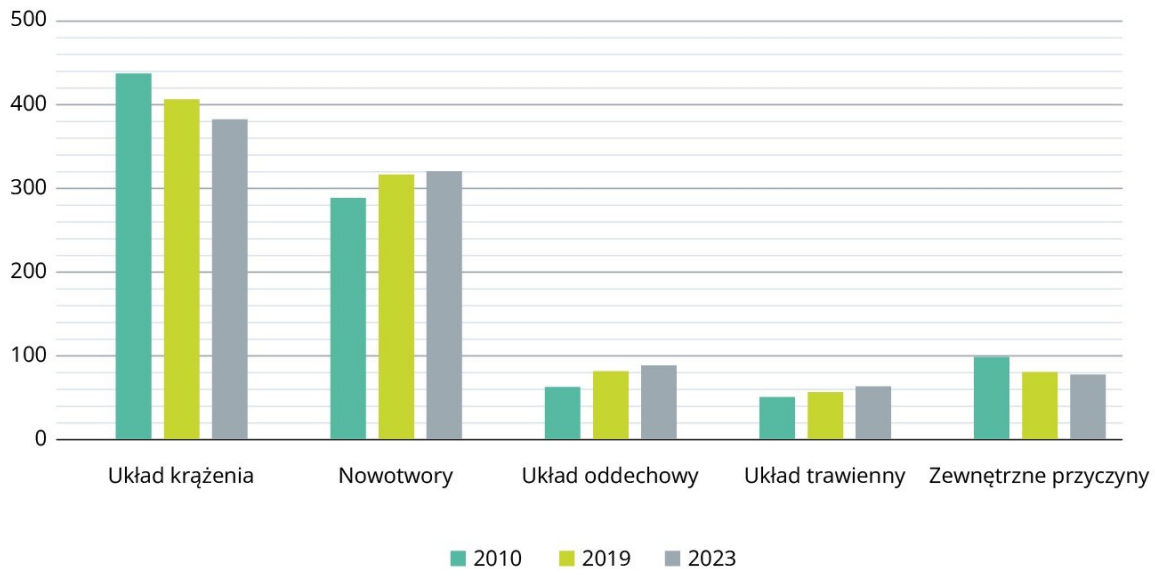
Źródło: MZ na podstawie danych GUS

[20] GUS BDL, Zgony według przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 14.02.2025.

[21] GUS, Sytuacja demograficzna Polski do 2023 r., https:/stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/sytuacja-demograficzna-polski-do-2023-roku,40,4.html, dostęp 14.02.2025.

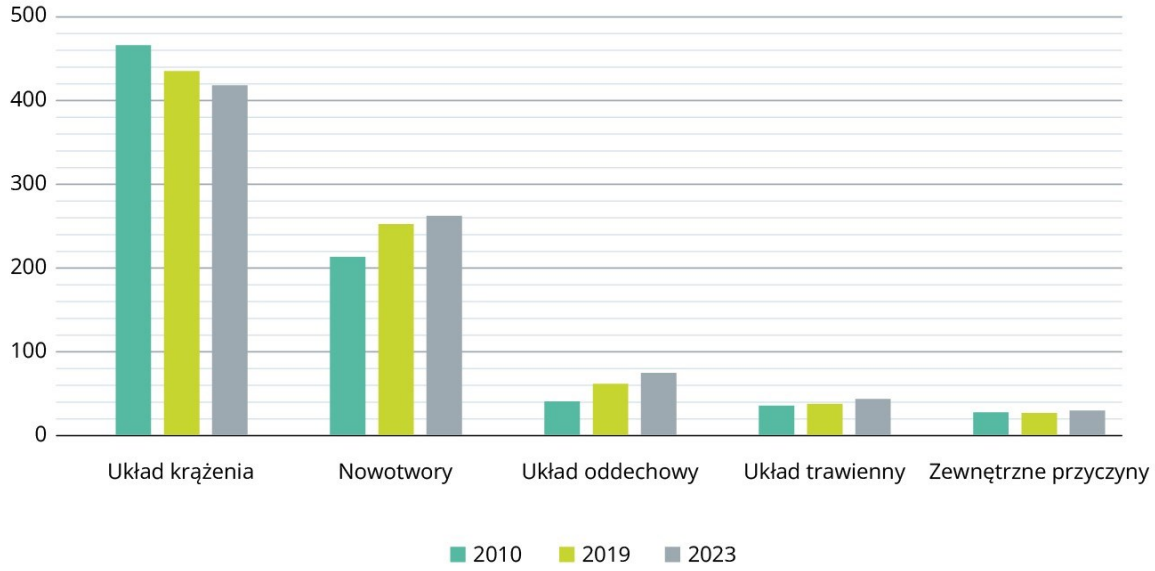
W analizie poszczególnych przyczyn zgonów w RP można zaobserwować widoczne różnice pomiędzy płciami. W ostatnich 20 latach główną przyczynę zgonów stanowiły choroby układu krążenia. W przypadku kobiet w 2023 r. odpowiadały one za 40% zgonów, zaś w przypadku mężczyzn za 33%. W 2023 r. z chorób układu krążenia zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, najczęściej do zgonu przyczyniała się choroba niedokrwienna serca (160 zgonów na 100 tys. mężczyzn, 167 zgonów na 100 tys. kobiet) i choroby naczyń mózgowych (76 zgonów na 100 tys. mężczyzn, 85 zgonów na 100 tys. kobiet). Nowotwory w 2023 r. odpowiadały za 28% zgonów wśród mężczyzn oraz za 25% zgonów wśród kobiet. W 2023 r. z chorób nowotworowych zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, najczęściej do zgonu przyczyniał się nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (74 zgonów na 100 tys. mężczyzn, 44 zgonów na 100 tys. kobiet). Ponadto wśród kobiet istotne przyczyny zgonów stanowiły choroba nadciśnieniowa (37 zgonów na 100 tys. kobiet) i nowotwór złośliwy sutka (35 zgonów na 100 tys. kobiet). Natomiast wśród mężczyzn za znaczny odsetek zgonów odpowiadały zewnętrzne przyczyny zgonów (77 zgonów na 100 tys. mężczyzn), ostry zawał serca (37 zgonów na 100 tys. mężczyzn) i nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (32 zgony na 100 tys. mężczyzn).

Rysunek 20. Zgony mężczyzn według przyczyn w RP w wybranych latach, bez podziału na grupy wiekowe, wskaźnik na 100 tys. mężczyzn



Źródło: MZ na podstawie danych GUS

Rysunek 21. Zgony kobiet według przyczyn w RP w wybranych latach, bez podziału na grupy wiekowe, wskaźnik na 100 tys. kobiet



Źródło: MZ na podstawie danych GUS

Zróżnicowanie przyczyn zgonów widoczne jest również pomiędzy grupami wiekowymi. Wśród mężczyzn poniżej 50. r.ż. co trzeci zgon spowodowany był przyczynami zewnętrznymi, takimi jak urazy, wypadki czy zatrucia. Natomiast u mężczyzn powyżej 50. r.ż. najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia, które odpowiadały za ponad 35% wszystkich zgonów w tej grupie w 2023 r. W przypadku kobiet poniżej 50. r.ż. główną przyczyną zgonów były nowotwory złośliwe, podczas gdy wśród kobiet powyżej 50. r.ż. choroby układu krążenia, które stanowiły prawie 42% wszystkich zgonów w tej grupie w 2023 r.

Istotne problemy zdrowotne w RP – zachorowania na choroby zakaźne

Na początku 2020 r. wybuchła globalna pandemia COVID-19. Wywołała ona kryzys zdrowotny na niespotykaną w XXI wieku skalę. W RP od początku pandemii do końca 2023 r. zarejestrowano ponad 6,5 mln zakażeń SARS-CoV-2[22] oraz ponad 169 tys. zgonów z powodu COVID-19[23]. Największą liczbę zgonów odnotowano wiosną 2021 r., natomiast zakażeń na początku 2022 r. W 2023 r. zarejestrowano ponad 260 tys. zakażeń SARS-CoV-2[24] i ponad 4,5 tys. zgonów z powodu COVID-19[25].

[22] RCB, Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2), dostęp 11.03.2025.

[23] GUS BDL, Zgony według przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 11.03.2025.

[24] RCB, Raport zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2), dostęp 11.03.2025.

[25] GUS BDL, Zgony według przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 11.03.2025.

Analizując sytuację epidemiologiczną chorób zakaźnych w RP do 2019 r., można stwierdzić, że przez trzy dekady pozostawała ona stabilna, a liczba zachorowań na większość chorób zakaźnych utrzymywała się na względnie stałym poziomie lub wykazywała spadki, głównie dzięki prowadzonym szczepieniom ochronnym[26].

Pandemia COVID-19 w 2020 r. znacząco wpłynęła na epidemiologię chorób zakaźnych, powodując spadek liczby przypadków wielu innych chorób. W 2021 r., wraz z częściowym znoszeniem restrykcji i lepszym przystosowaniem się systemu ochrony zdrowia do działania w pandemii, zapadalność na większość chorób zakaźnych wzrosła, choć nie we wszystkich przypadkach osiągnęła poziom sprzed pandemii. Analizując dane z lat 2020–2023 należy uwzględnić możliwość niedoszacowania liczby zachorowań na niektóre choroby.

Zgodnie z meldunkami NIZP PZH – PIB[27] o zachorowaniach na choroby zakaźne w RP w 2023 r., zarejestrowano ponad 190 tys. przypadków ospy wietrznej (prawie 6% więcej niż w 2019 r.) i 44,8 tys. przypadków szkarlatyny (ponad 2,1 – krotnie więcej niż w 2019 r.). W 2023 r. odnotowano również wysoką liczbę zachorowań na legionelozę – 439 przypadków (87 przypadków w 2019 r.). Zachorowalność na grypę także wykazywała tendencję wzrostową. Według meldunków NIZP PZH – PIB w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w RP była o 42% wyższa niż w sezonie 2018/2019.

W ostatnich latach niepokojący jest również wzrost liczby uchyleń od szczepień obowiązkowych w RP. W latach 2019-2023 liczba uchyleń zwiększyła się prawie dwukrotnie, od 48,6 tys. w 2019 r. do 87,3 tys. w 2023 r.[28] Spadek osób zaszczepionych zwiększa ryzyko utracenia odporności populacyjnej. Im mniej osób szczepi się, tym mniejsza jest odporność populacji i tym bardziej ludność jest narażona na choroby zakaźne. Według WHO niechęć do szczepień jest jednym z największych zagrożeń dla zdrowia publicznego[29]. Coraz mniejszy odsetek zaszczepionych grozi powrotem w kolejnych latach chorób zakaźnych takich jak odra czy krztusiec, którym dzięki szczepieniom udało się dotychczas zapobiegać.

Istotne problemy zdrowotne w RP - wartość DALY

Najnowsze dostępne dane GBD[30] pochodzą z 2021 r. Ze względu na trwającą w tym czasie pandemię COVID-19, należy mieć na uwadze, że analizowane wskaźniki (w tym wskaźnik DALY) mogą być obciążone panującą wtedy sytuacją epidemiczną.

[26] NIZP PZH – PIB, Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania, https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania/, dostęp 11.03.2025.

[27] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[28] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[29] WHO, https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019, dostęp 12.03.2025.

[30] GBD Results, https://www.healthdata.org/data-tools-practices/interactive-visuals/gbd-results, dostęp 14.02.2025.

Na podstawie danych GBD stwierdzono, że najbardziej istotnymi problemami zdrowotnymi[31] w RP w 2021 r. były COVID-19, choroba niedokrwienna serca i udar mózgu (pierwsze trzy miejsca w rankingu według wartości bezwzględnej DALY dla RP, bez podziału na płeć i grupy wiekowe). W porównaniu do 2001 r. widoczny był spadek znaczenia urazów w zdarzeniach drogowych (z 5. miejsca w 2001 r. na 18. miejsce w 2021 r.) oraz samookaleczeń (7. miejsce w 2001 r., a w 2021 r. – 15.). Odwrotna tendencja – wzrost znaczenia – widoczny był w przypadku cukrzycy (9. miejsce w 2001 r. i 6. miejsce w 2021 r.) oraz choroby Alzheimera (w 2001 r. miejsce 17. a w 2021 r. – 10.).

W 2021 r. w RP wartość DALY dla COVID-19 wyniosła ponad 1,7 mln (4,6 tys. na 100 tys. ludności), dla choroby niedokrwiennej serca prawie 1,5 mln (3,8 tys. na 100 tys. ludności), a dla udarów 0,8 mln (2,1 tys. na 100 tys. ludności).

Omówiona hierarchia problemów zdrowotnych wyglądała podobnie przy uwzględnieniu podziału na płeć. Wśród kobiet w 2021 r. najbardziej istotnymi problemami również były COVID-19 i choroba niedokrwienna serca, na trzecim miejscu znalazł się ból dolnego odcinka kręgosłupa. Udar mózgu znalazł się na 4. miejscu. Znaczny wpływ miała również cukrzyca (5. miejsce w 2021 r.) oraz choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (2001 r. – 10. miejsce, a w 2021 r. - 7. miejsce), czyli problem zdrowotny, który nie pojawił się w grupie 10. najważniejszych problemów u mężczyzn. Dla choroby Alzheimera i innych chorób otępiennych w 2021 r. w RP DALY osiągnęło wartość ponad 0,3 mln (0,8 tys. na 100 tys. ludności). U kobiet wartość bezwzględna wyniosła ponad 0,2 mln (1,1 tys. na 100 tys. kobiet), a u mężczyzn prawie 0,1 mln (0,5 tys. na 100 tys. mężczyzn).

W 2021 r. najistotniejszym problemem zdrowotnym wśród mężczyzn był, podobnie jak u kobiet i dla ogółu populacji, COVID-19. Na drugim miejscu znajdowała się choroba niedokrwienna serca, a na trzecim nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc. Duży wzrost znaczenia zaobserwowano dla cukrzycy (miejsce 12. w 2001 r., miejsce 6. w 2021 r.), a spadek znaczenia dla samookaleczeń (z miejsca 5. na miejsce 11. w 2021 r.). Problemami zdrowotnymi, które okazały się istotne jedynie w analizie dla mężczyzn, były zaburzenia związane z piciem alkoholu (8. miejsce w 2001 r., 7. miejsce w 2021 r.).

Wartość DALY dla zaburzeń związanych z piciem alkoholu w 2021 r. w RP wyniosła ponad 0,3 mln (0,9 tys. na 100 tys. ludności). Wartość wskaźnika dla mężczyzn wyniosła prawie 0,3 mln (1,3 tys. na 100 tys. mężczyzn), a dla kobiet prawie 0,1 mln (0,4 tys. na 100 tys. kobiet).

Istotne problemy zdrowotne w RP - wartość YLD

Na wartość bezwzględną DALY składają się wskaźniki YLL i YLD. Analiza wskaźnika YLD (liczba lat przeżytych w niesprawności) przedstawia obciążenie danym problemem zdrowotnym systemu opieki zdrowotnej, systemu ubezpieczeń zdrowotnych oraz samych pacjentów i ich rodziny. Wraz ze wzrostem jego wartości, wzrasta niesprawność pacjenta, co przekłada się na konieczność zapewnienia dla niego wzmożonej opieki.

[31] Za najbardziej istotne problemy zdrowotne uznano pierwsze 10 problemów według wartość wskaźnika DALY (uszeregowane od największego do najmniejszego).

Najwyższą wartość YLD (w wartościach bezwzględnych) dla RP w 2021 r. odnotowano dla problemów zdrowotnych obejmujących ból dolnej części pleców (0,7 mln), cukrzycę (0,3 mln) oraz niedosłuch spowodowany wiekiem i innymi ubytkami słuchu (0,3 mln), co stanowiło 26% sumarycznej wartości YLD. Warto zwrócić uwagę na prawie dwukrotny wzrost wpływu cukrzycy w porównaniu do 2001 r. (prawie 0,2 mln). Życie w niesprawności powodowały również takie problemy jak zespoły bólu głowy (prawie 0,3 mln w 2021 r.) i upadki (0,2 mln w 2021 r.).

Istotne problemy zdrowotne w RP - wartość YLL

Wskaźnik YLL określa liczbę lat utraconych na skutek przedwczesnej śmierci. Zazwyczaj problemy zdrowotne odpowiadające za największą część wartości YLL stanowią jednocześnie najbardziej istotne przyczyny zgonów.

Zależność ta dotyczyła choroby niedokrwiennej serca (1,4 mln w 2021 r.) oraz nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzeli i płuc (0,7 mln w 2021 r.), które sumarycznie odpowiadały za 20% wartości YLL dla RP w 2021 r. Kolejnymi trzema problemami, mającymi istotny wpływ na sumaryczną wartość YLL, były udar (0,7 mln w 2021 r.), urazy (0,7 mln w 2021 r.) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (prawie 0,4 mln w 2021 r.).

Analiza porównawcza sytuacji w RP i Europie – chorobowość i przyczyny zgonów

Analizę porównawczą sytuacji zdrowotnej w RP i w innych krajach europejskich przeprowadzono na podstawie chorobowości szpitalnej i przyczyn zgonów według danych Eurostatu[32] za 2021 r. oraz wskaźnika DALY[33] również za 2021 r.

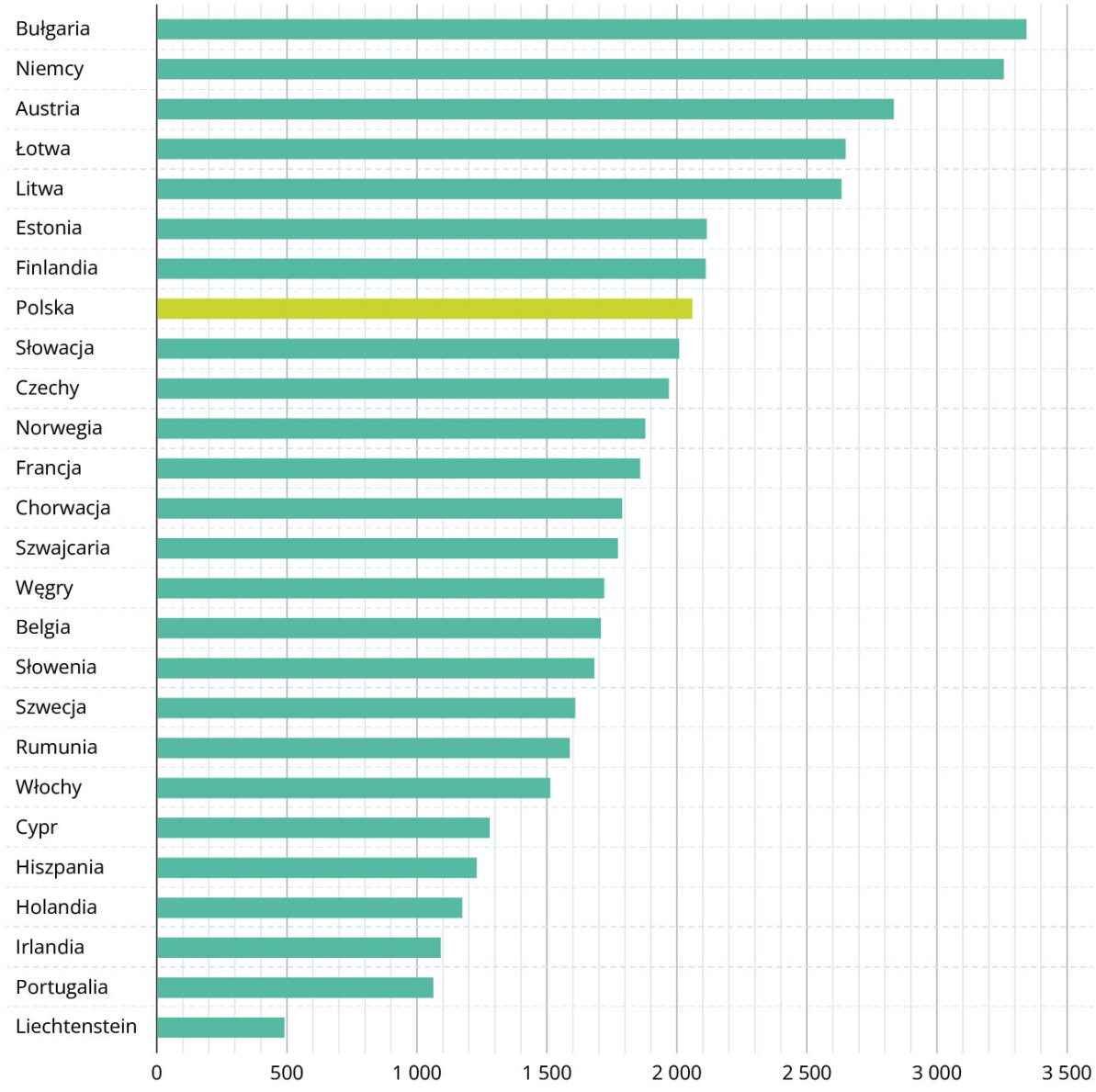
Wartości hospitalizacji i zgonów z powodu chorób układu krążenia i nowotworów w RP kształtują się podobnie jak w innych krajach Europy Środkowej. Pod względem wartości współczynnika hospitalizacji z powodu chorób układu krążenia w 2021 r. RP znajdowała się na 8. miejscu spośród 25 innych krajów europejskich. Współczynnik hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniósł ponad 2 tys., podobnie jak na Słowacji i w Czechach.

[32] Eurostat, Causes of death, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_cd_asdr2__custom_15773354/default/table?lang=en, dostęp 17.02.2025.

Eurostat, Hospital discharges by diagnosis, https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/hlth_co_disch2__custom_15773401/default/table?lang=en, dostęp 17.02.2025.

[33] GBD Results, https://www.healthdata.org/data-tools-practices/interactive-visuals/gbd-results, dostęp 14.02.2025.

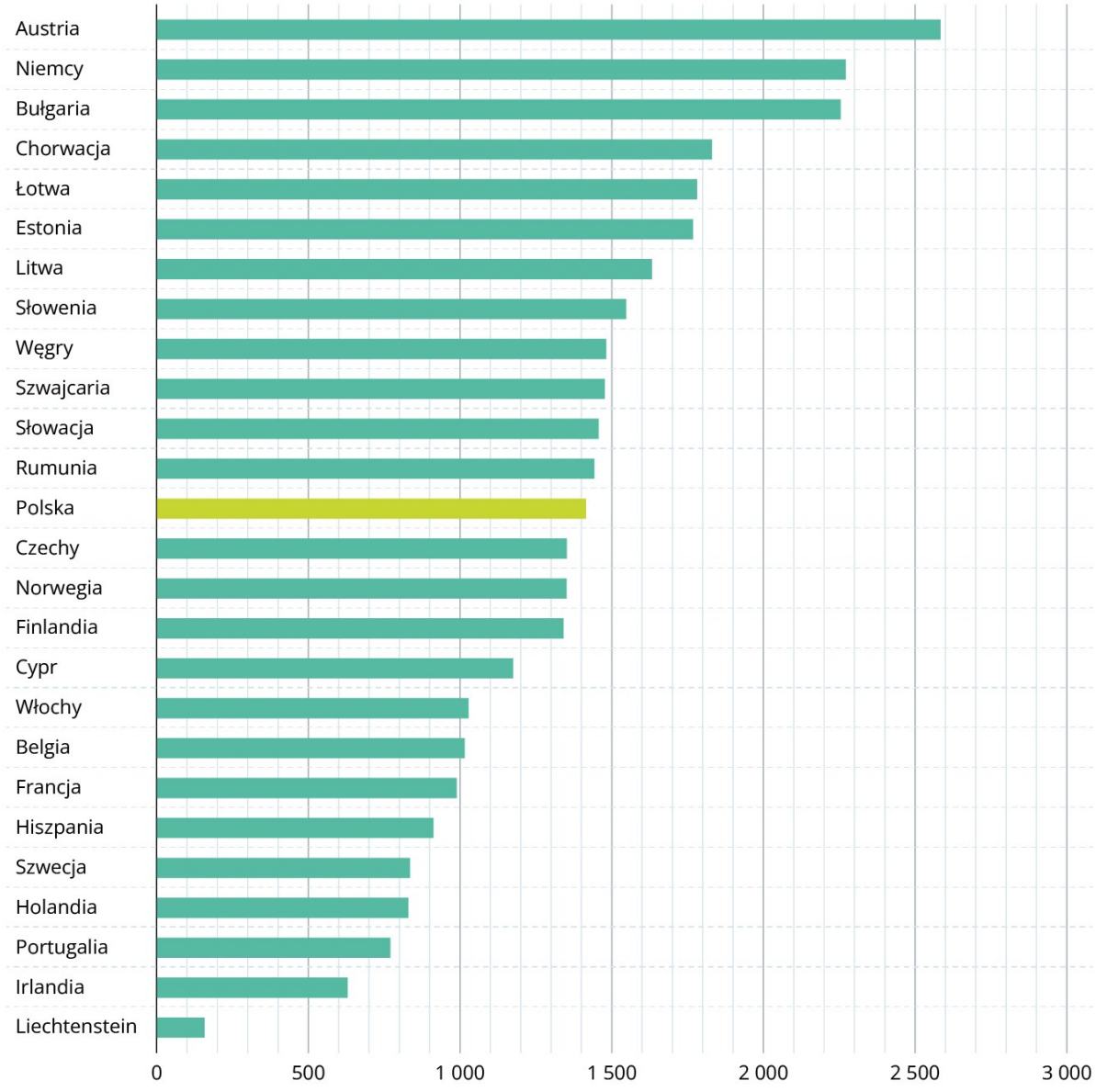
Rysunek 22. Współczynnik hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców z powodu chorób układu krążenia w Europie w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych Eurostatu

Z kolei pod względem wartości współczynnika hospitalizacji z powodu nowotworów w 2021 r. RP znajdowała się w środku zestawienia. Współczynnik hospitalizacji na 100 tys. ludności wyniósł ponad 1,4 tys., podobnie jak w Czechach i Rumunii.

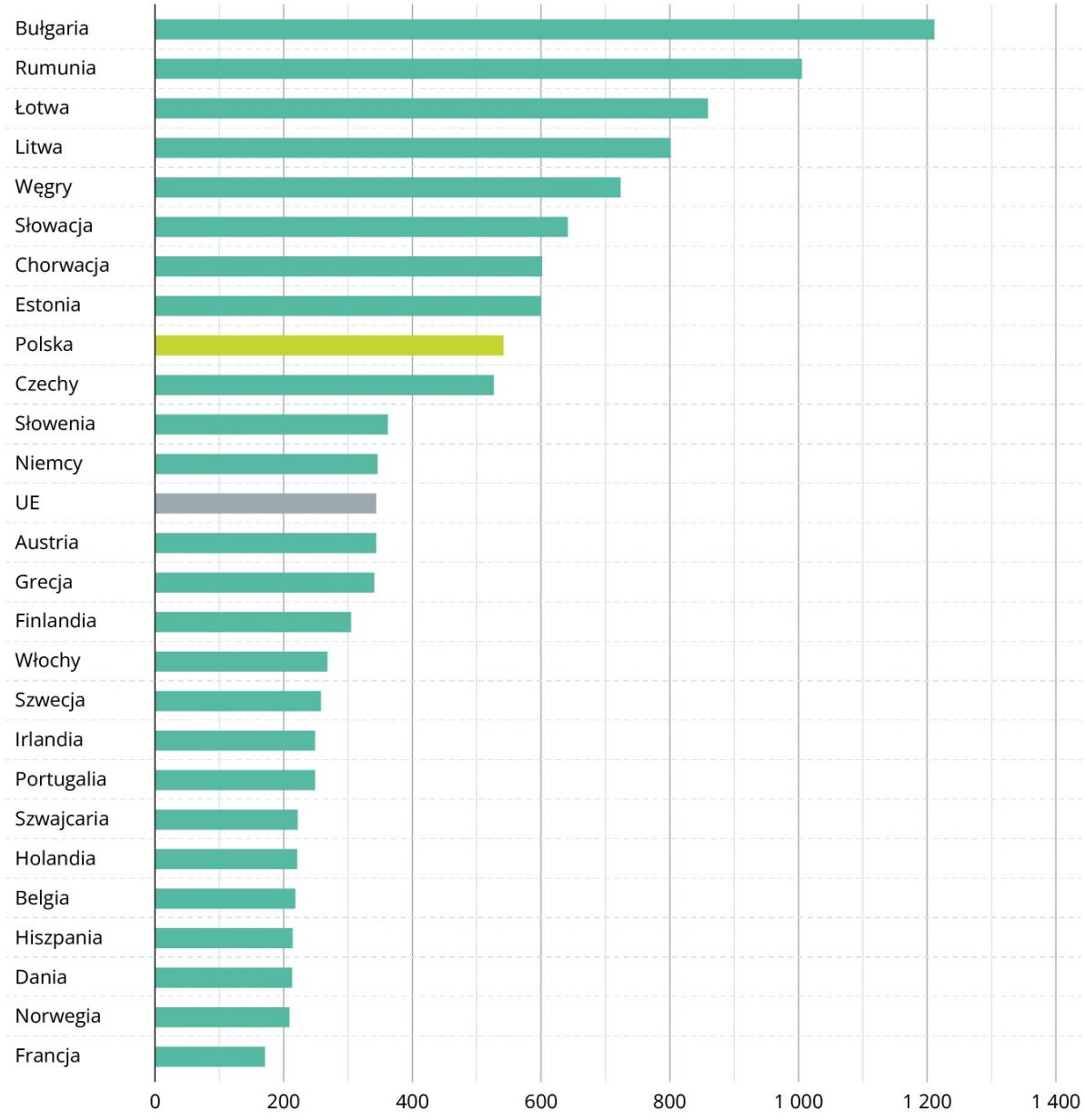
Rysunek 23. Współczynnik hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców z powodu nowotworów w Europie w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych Eurostatu

Pod względem zgonów z powodu chorób układu krążenia, RP w 2021 r. znalazła się wśród dziesięciu krajów UE o najwyższym wskaźniku. Współczynnik zgonów z tego powodu wyniósł 541 na 100 tys. ludności, podobnie jak w Czechach i Estonii, podczas gdy dla 27 krajów UE 343 zgony na 100 tys. ludności.

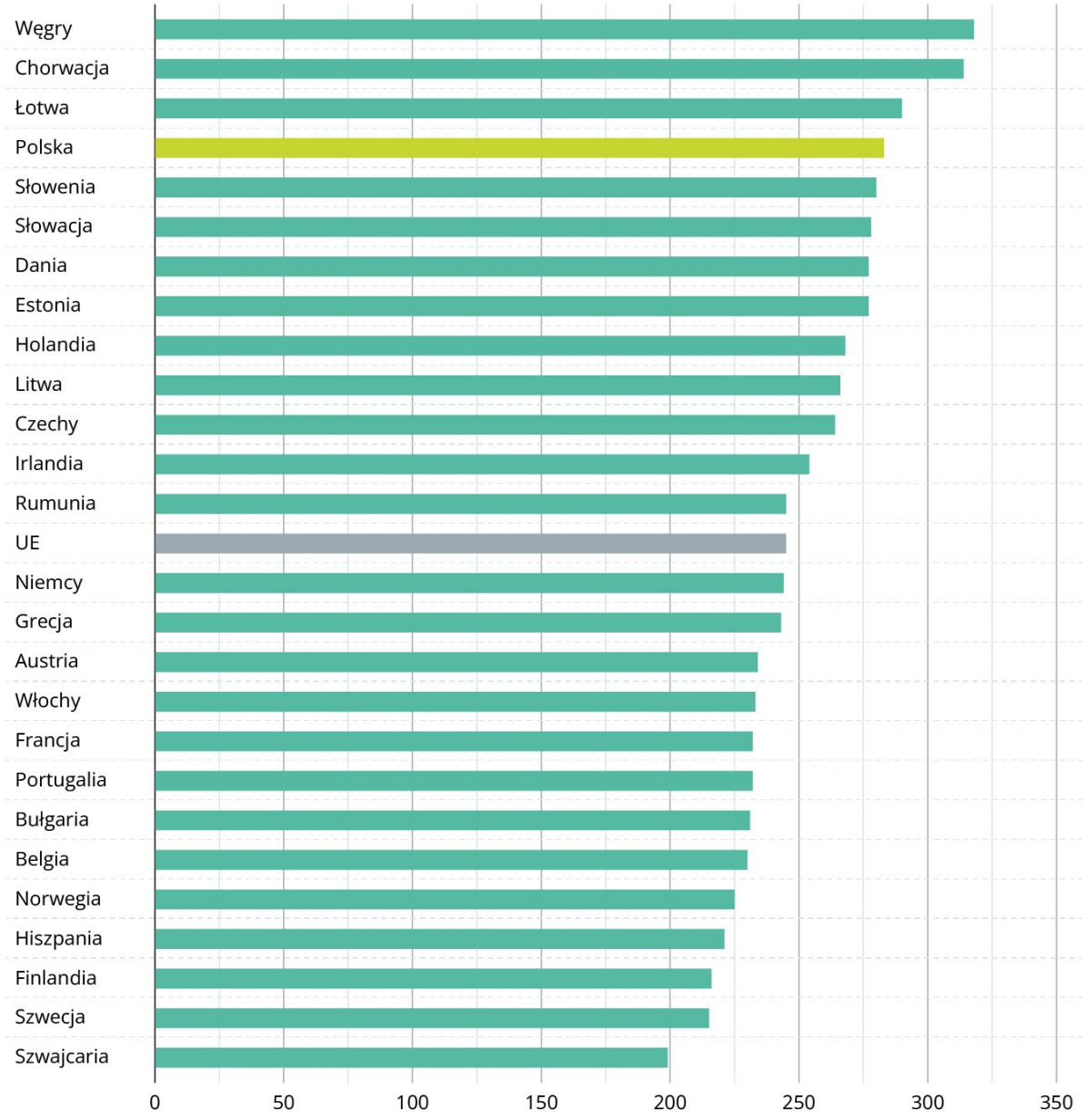
Rysunek 24. Współczynnik zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu chorób układu krążenia w wybranych krajach europejskich i w UE w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych Eurostatu

Pod względem współczynnika zgonów z powodu nowotworów w 2021 r. RP znalazła się w czołówce zestawienia. Współczynnik zgonów z tego powodu wyniósł w naszym kraju 283 zgony na 100 tys. ludności, podobnie jak w Słowenii i Słowacji. Dla 27 krajów UE współczynnik był niższy i równał się 245 zgonów na 100 tys. ludności.

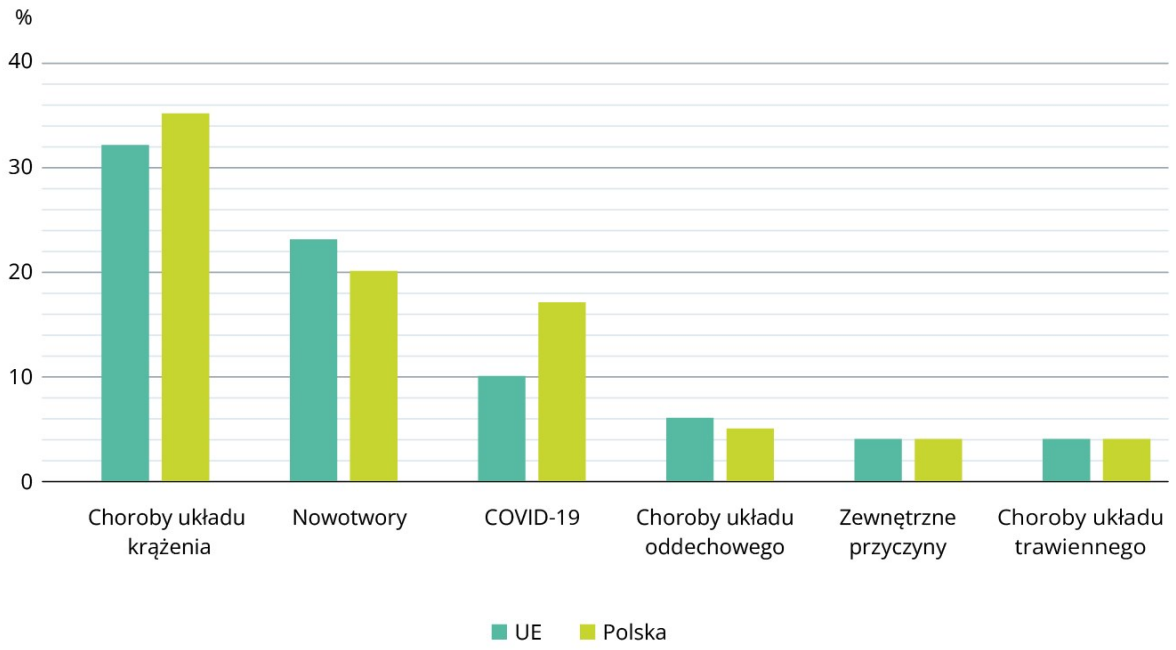
Rysunek 25. Współczynnik zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu nowotworów w wybranych krajach europejskich i UE w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych Eurostatu

W RP oraz w UE głównymi przyczynami zgonów są choroby układu krążenia i nowotwory. W RP choroby układu krążenia były jednak częstszą przyczyną zgonów niż w UE (w 2021 r. ta grupa chorób stanowiła 35% zgonów, w UE 32%). Dodatkowo w 2021 r. RP w porównaniu z innymi krajami UE znalazła się wśród państw z najwyższą liczbą zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. mieszkańców. Współczynnik zgonów z powodu COVID-19 w RP w 2021 r. wyniósł 256 zgonów na 100 tys. populacji, podczas gdy w UE 113 zgonów na 100 tys.

Rysunek 26. Udział 6 najważniejszych przyczyn zgonów w RP i UE w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych Eurostatu

Analiza porównawcza sytuacji w RP i Europie – wskaźnik DALY

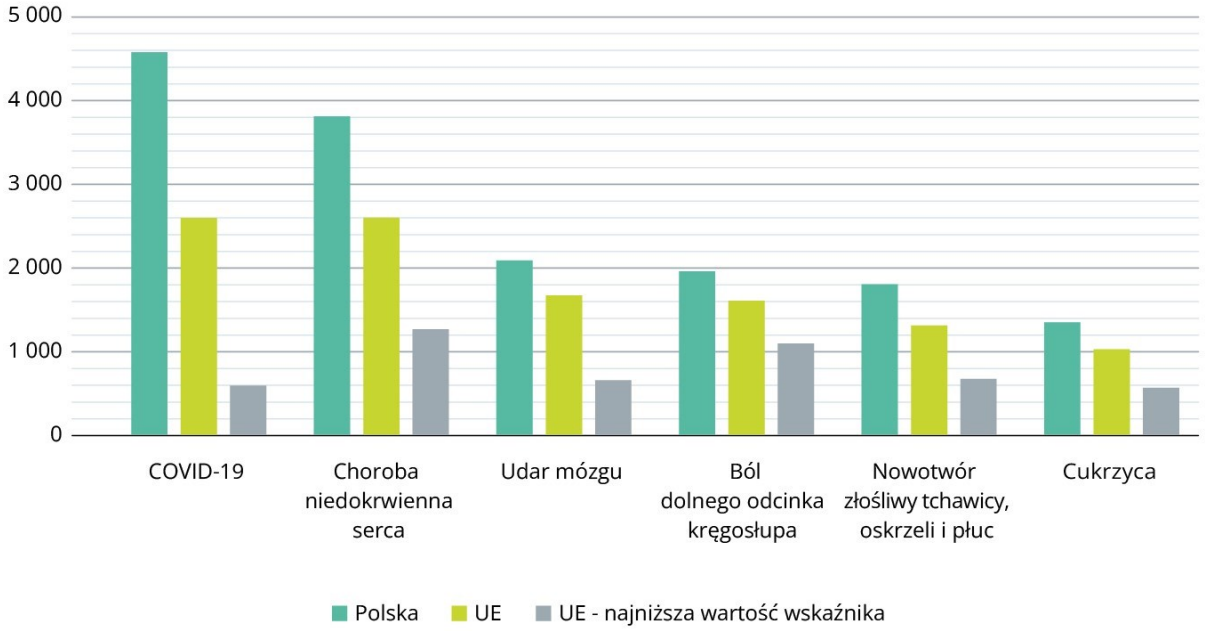
Przeprowadzono również analizę porównawczą RP i UE oraz krajów członkowskich w zakresie problemów zdrowotnych na podstawie ich wartości DALY[34] na 100 tys. ludności w 2021 r. Wybrano po sześć problemów zdrowotnych, które odznaczały się najwyższymi wartościami wskaźnika DALY. W przypadku RP były to:

- COVID-19,
- choroba niedokrwienna serca,
- udar mózgu,
- ból dolnego odcinka kręgosłupa,
- nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc,
- cukrzyca.

W UE zbiór sześciu najważniejszych problemów zdrowotnych był podobny do zbioru dla RP. Różnica dotyczyła cukrzycy, która w zestawieniu dla UE nie znalazła się wśród sześciu najważniejszych problemów (w tym przypadku była to choroba Alzheimera).

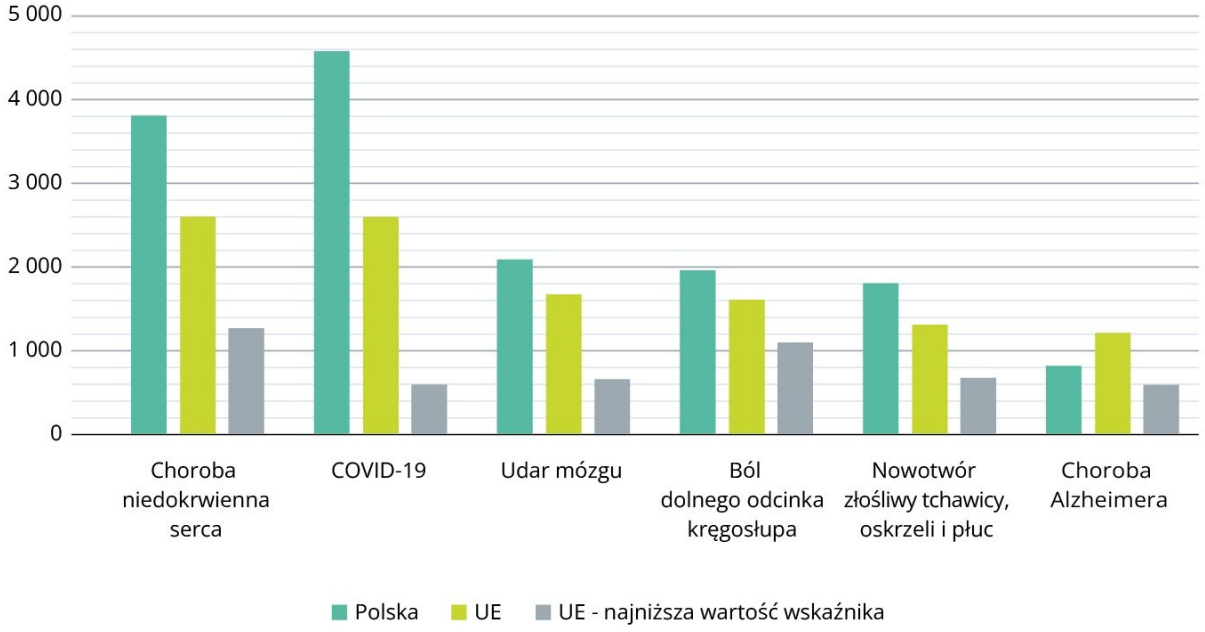
[34] GBD Results, https://www.healthdata.org/data-tools-practices/interactive-visuals/gbd-results, dostęp 14.02.2025.

Rysunek 27. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla sześciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w RP z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla UE w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 28. Porównanie wartości wskaźnika DALY na 100 tys. ludności dla sześciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w UE z wartościami dla najlepszego kraju w UE i wartościami dla RP w 2021 r.



Źródło: MZ na podstawie danych GBD IHME

W 2021 r. największy wpływ na wartość DALY w RP miał COVID-19. Wskaźnik DALY wyniósł 4,6 tys. na 100 tys. ludności i był wyższy o ponad 76% w porównaniu do UE. Z kolei w UE największy wpływ na wartość DALY w 2021 r. miała choroba niedokrwienna serca. W RP pod względem wartości wskaźnika zajęła ona 2. miejsce (DALY wyniosło ponad 3,8 tys. na 100 tys. ludności i było o 47% wyższe niż w UE).

W 2021 r., zarówno w RP, jak i w UE, na trzecim miejscu w rankingu znalazł się udar mózgu. W RP wartość DALY wyniosła prawie 2,1 tys. na 100 tys. ludności i była wyższa niż w UE o około 25%. Kolejnym najdotkliwszym problemem w UE i w RP był ból dolnego odcinka kręgosłupa. Pod względem wartości wskaźnika DALY dla tego problemu RP znajdowała się wśród innych krajów o najwyższych wartościach w 2021 r. (m.in. Węgry: 2,2 tys. na 100 tys. ludności, Czechy: 2 tys. na 100 tys. ludności, RP: 1,9 tys. na 100 tys. ludności). Z kolei piąte miejsce zarówno w UE, jak i w RP, dotyczyło raka tchawicy, oskrzeli i płuc. Wartość DALY w UE wyniosła w 2021 r. ponad 1,3 tys. na 100 tys. ludności. Cukrzyca jest ostatnim z sześciu najbardziej dotkliwych problemów zdrowotnych w RP. W porównaniu do Irlandii, która miała najniższe DALY wśród krajów UE, wartość wskaźnika w RP w 2021 r. była prawie 1,5 razy wyższa. W UE szóstym najbardziej znaczącym problemem była z kolei choroba Alzheimera. Wskaźnik DALY w UE wyniósł 1,2 tys. na 100 tys. ludności, a w RP 817 na 100 tys.

2.2. Prognoza epidemiologiczna w RP

W pierwszym podrozdziale opisano prognozę epidemiologiczną dla RP w oparciu o prognozę demograficzną GUS[35]. Założono, że to jak będzie kształtować się chorobowość i zapadalność na najważniejsze problemy zdrowotne w RP w kolejnych latach, zależeć będzie od obecnej jak i przyszłej struktury demograficznej. W drugim podrozdziale opisano prognozę epidemiologiczną nowotworów na podstawie danych ECIS[36]. Wartości wskaźników dla RP porównano ze wskaźnikami dla innych krajów UE. Ostatecznie przeanalizowano prognozę wskaźnika DALY na 100 tys. ludności w RP w 2050 r., opracowaną w ramach projektu GBD.

Prognoza epidemiologiczna na podstawie prognozy demograficznej GUS

Rosnąca liczba osób starszych oraz niska dzietność istotnie wpłyną na system ochrony zdrowia, który będzie musiał stawić czoła większym wymaganiom opiekuńczym i finansowym. Starzenie się społeczeństwa spowoduje przede wszystkim wzrost liczby osób przewlekle chorych. Wraz z wiekiem rośnie ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego, nowotworów, chorób neurodegeneracyjnych (np. choroby Alzheimera), zaćmy, utraty słuchu czy choroby zwyrodnieniowej stawów. Na podstawie prognozy ludności GUS na lata 2023-2060[37], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę

[35] GUS, Prognoza ludności na lata 2023 – 2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html, dostęp 03.03.2025.

[36] European Commission, ECIS, https://ecis.jrc.ec.europa.eu/, dostęp 03.03.2025.

[37] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

osób, które zachorują na nowotwory złośliwe i choroby układu krążenia w RP i województwach do 2060 r. Oszacowania wskazują, że w nadchodzących latach można spodziewać się dalszego wzrostu zapadalności na najczęstsze problemy zdrowotne w RP, takie jak choroba niedokrwienna serca (do 2060 r. wzrost zapadalności w RP o 26%), nowotwór złośliwy oskrzeli, płuc i tchawicy (wzrost zapadalności o 40%) czy nowotwór jelita grubego (wzrost zapadalności o 35%).

Starszy wiek charakteryzuje się również występowaniem wielu, trudnych do leczenia chorób przewlekłych jednocześnie (tzw. zespoły geriatryczne). Oprócz wymienionych chorób przewlekłych zalicza się do nich również m.in. zaburzenia równowagi, zespoły otępienne czy odleżyny. Wielochorobowość prowadzi często w późniejszym czasie do problemów z poruszaniem się osób starszych lub nawet ich niepełnosprawności[38]. Dodatkowo, może wiązać się z występowaniem problemów psychicznych i obniżeniem samopoczucia, co jeszcze bardziej utrudnia codzienne funkcjonowanie osób starszych. Demencja jest uważana za jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności wśród starszej populacji. Przewiduje się, że w Europie liczba osób na nią chorujących zwiększy się dwukrotnie do 2030 r.[39]

Dodatkowo zachodzące zmiany klimatu będą coraz bardziej wpływać na stan zdrowia ludności. Populacja w wieku 65 lat i więcej jest szczególnie narażona m.in. na zgony z powodu upałów, ponieważ występuje u niej większe ryzyko wystąpienia udaru cieplnego czy zaostrzenia się występującej choroby przewlekłej. W RP pomiędzy okresami 2000-2004 a 2018-2022 nastąpił 79% wzrost liczby zgonów spowodowanych falami upałów[40].

Ostatecznie, rosnąca liczba uchyleń od szczepień obowiązkowych wśród Polaków w dłuższym czasie może spowodować wystąpienie nowych ognisk chorób zakaźnych. W RP w latach 2019-2023 liczba uchyleń od szczepień obowiązkowych zwiększyła się prawie dwukrotnie, od 48,6 tys. uchyleń w 2019 r. do 87,3 tys. uchyleń w 2023 r.[41]. Dane NIZP PZH – PIB pokazują, że w ostatnich latach skokowo wzrastała również liczba zachorowań na choroby zakaźne, takie jak krztusiec czy odra[42], co oprócz spadającego odsetka dzieci przyjmujących obowiązkowe szczepienia, może wynikać również z deficytu immunologicznego spowodowanego COVID-19 oraz zwiększonymi migracjami w Europie.

Prognoza zapadalności i umieralności na nowotwory – dane ECIS

[38] M. Pabiś, A. Babik, Najczęstsze problemy osób w wieku podeszłym na podstawie analizy „zespołów geriatrycznych", https://www.czytelniamedyczna.pl/466,najczestsze-problemy-osob-w-wieku-podeszlym-na-podstawie-analizy-zespolow-geriat.html, dostęp 04.03.2025.

[39] WHO European Region, European health report 2024, https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2025-10668-50440-76183, dostęp 10.03.2025.

[40] Ibidem

[41] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 10.03.2025.

[42] NIZP PZH – PIB oraz GIS, Choroby zakaźne i zatrucia w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 10.03.2025.

Zgodnie z prognozami ECIS[43], do 2040 r. w 27 krajach UE prognozowany jest wzrost wskaźnika zapadalności na nowotwory o 17% oraz wzrost umieralności z powodu nowotworów o 25%. Wzrost zapadalności i umieralności ma być wyższy wśród mężczyzn niż wśród kobiet.

W RP w 2040 r. wskaźnik zapadalności na nowotwory ma wynieść prawie 670 na 100 tys. ludności. Oznacza to wzrost o 25% w porównaniu do 2022 r. Z kolei wskaźnik umieralności z powodu nowotworów ma wynieść 423 na 100 tys. ludności, co oznacza wzrost umieralności o 34% w porównaniu do 2022 r. Wzrost zapadalności na nowotwory wśród mężczyzn szacowany jest na 29%, natomiast wśród kobiet na 21%. W przypadku umieralności przewidywany wzrost wynosi 37% u mężczyzn, a u kobiet 30%.

Ponadto w 2040 r. nadal najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet ma być nowotwór piersi, a u mężczyzn nowotwór gruczołu krokowego. U obu płci kolejnymi najczęściej diagnozowanymi nowotworami mają być nowotwór jelita grubego oraz nowotwór tchawicy, oskrzeli i płuc. Największy wzrost zapadalności przewidywany jest w przypadku nowotworu nerki (35%), nowotworu pęcherza moczowego (27%) oraz białaczki (26%).

Prognoza wskaźnika DALY – dane GBD

Prognoza wskaźnika DALY na 100 tys. ludności, opracowana w ramach projektu GBD[44], zakłada, że w 2050 r. trzema najważniejszymi grupami problemów zdrowotnych pod względem wartości wskaźnika będą nowotwory, choroby układu krążenia oraz zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego. Na pierwszym miejscu ma znaleźć się choroba niedokrwienna serca (spadek wskaźnika DALY o 21% w porównaniu do 2021 r.), na drugim rak tchawicy, oskrzeli i płuc (wzrost wskaźnika DALY o 43% w porównaniu do 2021 r.), a na trzecim ból dolnej części pleców (wzrost wskaźnika DALY o 12% w porównaniu do 2021 r.). Na znaczeniu ma zyskać również cukrzyca (wzrost wskaźnika DALY o 44% w porównaniu do 2021 r.).

2.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Przyglądając się sytuacji epidemiologicznej w RP, na pierwszy plan wysuwają się choroby układu krążenia i nowotwory. Wskazane wyżej choroby w 2023 r. odpowiadały sumarycznie za 64% wszystkich zgonów. Dodatkowo w RP odnotowuje się wyższe współczynniki zgonów na 100 tys. ludności z powodu chorób układu krążenia i nowotworów niż w innych krajach UE.

Wśród chorób układu krążenia, problemami które najbardziej obciążają społeczeństwo są choroba nadciśnieniowa, choroba niedokrwienna serca oraz udar. Z kolei spośród nowotworów największy udział w zapadalności i umieralności w RP mają nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy oraz nowotwór skóry. Wśród kobiet istotną przyczynę zgonów stanowi również nowotwór złośliwy sutka, a wśród mężczyzn nowotwór złośliwy gruczołu krokowego.

[43] European Commission, ECIS, https://ecis.jrc.ec.europa.eu/, dostęp 03.03.2025.

[44] GBD Foresight Visualization, https://vizhub.healthdata.org/gbd-foresight/, dostęp 11.03.2025.

Ważnym problemem zdrowotnym w ostatnich latach w RP był także COVID-19. RP w porównaniu z innymi krajami UE znalazła się wśród państw ze stosunkowo wysokim poziomem zgonów z powodu COVID-19 na 100 tys. mieszkańców.

Pandemia COVID-19 w 2020 r. znacząco wpłynęła na epidemiologię chorób zakaźnych, powodując spadek liczby przypadków wielu innych chorób zakaźnych. Wynikało to z ograniczeń społecznych i sanitarnych, takich jak noszenie maseczek, dystans społeczny i praca zdalna, które zmniejszyły transmisję także innych zakażeń. Pandemia spowodowała zaburzenia w standardowej dostępności do świadczeń w wielu obszarach systemu opieki w porównaniu do sytuacji przedpandemicznej. Biorąc pod uwagę powyższe, analizując wskaźniki epidemiologiczne w latach 2020-2023, należy mieć na uwadze potencjalny wpływ pandemii na ich wartości.

Postępujące starzenie się społeczeństwa spowoduje najprawdopodobniej wzrost liczby osób przewlekle chorych m.in. na choroby układu sercowo-naczyniowego, nowotwory czy choroby neurodegeneracyjne takie jak choroba Alzheimera i demencja. Przewiduje się, że w Europie liczba osób chorujących na demencję zwiększy się dwukrotnie do 2030 r.

Według prognoz ECIS w RP w 2040 r. wskaźnik zapadalności na nowotwory ma wynieść prawie 670 na 100 tys. ludności (wzrost o 25% w porównaniu do 2022 r.), a wskaźnik umieralności z powodu nowotworów 423 na 100 tys. ludności (wzrost umieralności o 34% w porównaniu do 2022 r.). Ponadto w 2040 r. nadal najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet ma być nowotwór piersi, a u mężczyzn nowotwór gruczołu krokowego. U obu płci kolejnymi najczęściej diagnozowanymi nowotworami mają być nowotwór jelita grubego oraz nowotwór tchawicy, oskrzeli i płuc.

W odpowiedzi na rosnące obciążenie chorobami cywilizacyjnymi, szczególne znaczenie mają programy strategiczne takie jak NPChUK oraz NSO, które mają na celu poprawę profilaktyki, wczesnej diagnostyki oraz skuteczności leczenia najczęstszych chorób przewlekłych.

Ponadto zachodzące zmiany klimatu mogą coraz bardziej wpływać na stan zdrowia ludności w RP, w szczególności implikując wzrost liczby zgonów spowodowanych falami upałów.

Rosnąca liczba uchyleń od szczepień obowiązkowych wśród Polaków w dłuższym czasie może spowodować wystąpienie nowych ognisk chorób zakaźnych. Istotne jest zatem promowanie i prowadzenie ogólnopolskiej, szeroko zakrojonej kampanii szczepień w RP w celu minimalizacji zachorowań na choroby zakaźne w przyszłości.

3. Czynniki ryzyka i profilaktyka

Jednym z elementów monitorowania stanu zdrowia populacji, a także skutecznego zapobiegania chorobom, jest ocena wpływu czynników ryzyka. Możliwość eliminacji lub zmniejszenia narażenia na czynnik związany z wystąpieniem danego problemu zdrowotnego powoduje obniżenie zachorowalności, a w rezultacie wpływa na długość i jakość życia. Analiza danych ze względu na czynniki ryzyka pomaga kierować polityką zdrowotną w zakresie prewencji pierwotnej i wtórnej poprzez identyfikację narażonych jednostek i grup oraz umożliwienie podjęcia interwencji na możliwie najwcześniejszym etapie[45]. Analizie poddano najważniejsze czynniki ryzyka w RP, przedstawiając ich empiryczny wpływ na DALY i zgony, oraz zaprezentowano zróżnicowanie w kraju. Odpowiedzią na negatywny wpływ czynników są działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym programy profilaktyczne i badania przesiewowe, które poddano analizie ilościowej i jakościowej.

3.1. Czynniki ryzyka

Czynnik ryzyka to stan, cecha lub zachowanie wpływające na prawdopodobieństwo wystąpienia danego problemu zdrowotnego. Czynniki ryzyka często analizowane są indywidualnie, ale w praktyce zwykle ze sobą współistnieją i wchodzą w interakcje. Analiza czynników ryzyka odgrywa istotną rolę w badaniu GBD prowadzonym przez IHME. Aby lepiej zmierzyć stan zdrowia ludności na świecie, systematycznie analizuje się czynniki ryzyka w populacji, co umożliwia optymalne ukierunkowanie działań w zakresie przeciwdziałania najbardziej obciążającym problemom zdrowotnym[46].

Czynniki ryzyka dzieli się na trzy główne grupy:

- behawioralne – związane z zachowaniami i działaniami człowieka. Wśród nich wyróżnia się np. tytoń, spożywanie alkoholu i niską aktywność fizyczną;
- metaboliczne – wynikają z fizjologii człowieka. Mogą na nie mieć wpływ czynniki genetyczne, a także styl życia. Są nimi np. wysokie ciśnienie krwi, wysoki BMI i wysoki poziom cholesterolu LDL;
- środowiskowe/zawodowe – obejmują szeroki zakres tematów, takich jak czynniki społeczne, ekonomiczne, kulturowe, a także czynniki fizyczne, chemiczne i biologiczne. Przykładowymi czynnikami z tej grupy są: zanieczyszczone powietrze i woda, niska higiena i brak mycia rąk.

Według badania ankietowego przeprowadzonego przez NIZP PZH-PIB, które dotyczyło samooceny stanu zdrowia i rozpowszechnienia czynników ryzyka chorób niezakaźnych, 40% respondentów zadeklarowało brak znajomości pojęcia „czynnik ryzyka albo czynnik sprzyjający zachorowaniu (na przykład na zawał serca, chorobę wieńcową, udar mózgu, nowotwór)”.

[45] R. Topór-Mądry, A. Gilis-Januszewska, *Szacowanie potrzeb zdrowotnych*, Kraków 2002, s. 47; 97.

[46] https://www.healthdata.org/research-analysis/library/changing-life-expectancy-european-countries-1990-2021-subanalysis-causes; dostęp w dniu 12.03.2025 r.

Ankietowani, którzy deklarowali znajomość pojęcia, zazwyczaj nie potrafili wskazać czynników zwiększających ryzyko wystąpienia zawału serca lub udaru mózgu, a tylko połowa badanych osób (w bardzo zbliżonym stopniu mężczyźni i kobiety) wskazała własne zachowanie jako najważniejszy czynnik decydujący o stanie swojego zdrowia[47]. Wyniki badania wskazują na ograniczoną świadomość społeczną w zakresie czynników ryzyka oraz ich wpływu na stan zdrowia.

Główne czynniki ryzyka na świecie i w UE w latach 1990-2021[48]

W skali globalnej główną grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY są czynniki behawioralne. W latach 1990-2021 udział czynników behawioralnych w DALY w UE zmniejszył się o ok. 27,7%, a na świecie o ok. 47,5%. W ujęciu globalnym odnotowano również spadek udziału pozostałych grup czynników ryzyka w całkowitym obciążeniu zdrowotnym – udział czynników środowiskowych/zawodowych zmniejszył się o ok. 51%, a metabolicznych ok. 22%. Dla porównania w RP w analizowanym okresie udział czynników behawioralnych zmniejszył się o ok. 22%, środowiskowych/zawodowych o ok. 39%, a metabolicznych o ok. 15%.

Z perspektywy szczegółowej analizy, jednym z głównych czynników ryzyka generujących najwyższą utratę lat życia w zdrowiu na świecie jest niedożywienie kobiet w ciąży. W 1990 r. czynnik ten miał prawie dwukrotnie wyższy udział w DALY niż zanieczyszczenia powietrza, znajdujące się na drugim miejscu. Natomiast w 2021 r. wpływał o ok. 15% bardziej na DALY niż zanieczyszczenie powietrza, które było drugie w rankingu oraz o ok. 20% bardziej niż wysokie ciśnienie krwi, które było na trzecim miejscu. Należy zwrócić uwagę, że jest to podejście globalne, dotyczące krajów o różnym poziomie rozwoju. W odniesieniu do RP, najbardziej obciążającym czynnikiem ryzyka pozostaje tytoń znajdujący się od 1990 r. na pierwszym miejscu. W 2021 r. czynnik ten miał o około 36% większy wpływ na utratę lat życia w zdrowiu w RP niż średnio na świecie. Mimo to jego znaczenie zmniejszyło się w RP o około 34% na przestrzeni lat, podczas gdy na świecie – o około 26%.

W 2021 r. w UE czynnikami ryzyka mającymi największy wpływ na utratę lat życia w zdrowiu były: wysokie ciśnienie krwi, tytoń oraz ryzyka żywieniowe. Dla porównania w RP te same czynniki ryzyka najbardziej wpływały na DALY, ale w innej konfiguracji. Tytoń zajął pierwsze miejsce, następnie wysokie ciśnienie krwi oraz ryzyka żywieniowe. Udział tych czynników w DALY w RP przewyższał wartości obserwowane w UE odpowiednio o około 36% (tytoń), 19% (wysokie ciśnienie krwi) oraz 40% (czynniki żywieniowe). W latach 1990-2021 udział tytoniu, jako czynnika ryzyka, w UE zmniejszył się o ok. 34%[49].

[47] B. Wojtyniak i in., *Samoocena stanu zdrowia dorosłych Polaków - wyniki badania terenowego*, [w:] *Sytuacja zdrowotna ludności Rzeczypospolitej Polskiej i jej uwarunkowania*, NIZP-PZH, red. B. Wojtyniak, P. Goryński, Warszawa 2018, s. 368-386.

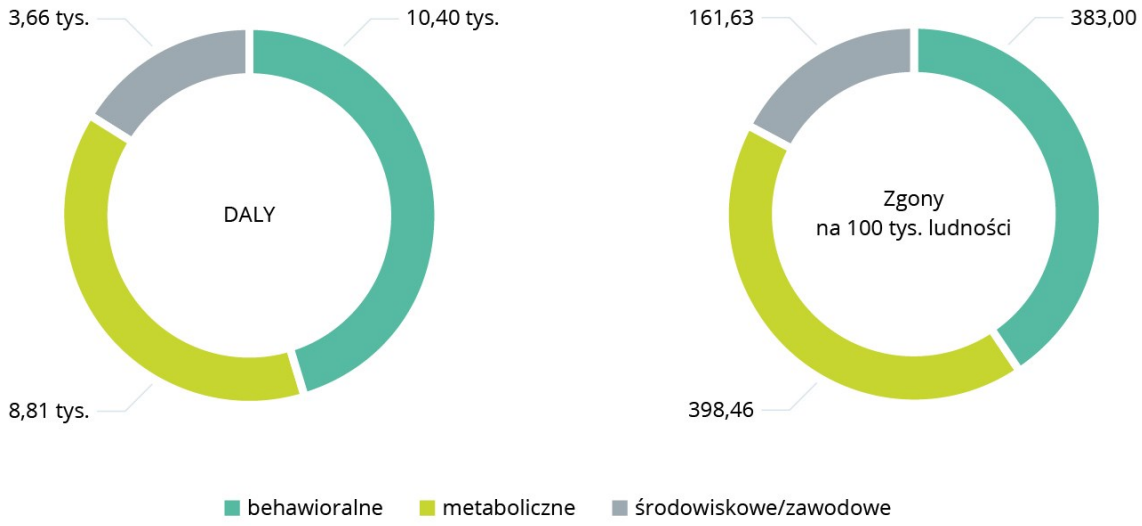
[48] Przy porównaniach międzynarodowych posłużono się wartościami wystandaryzowanymi do populacji światowej.

[49] https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/, dostęp w dniu 12.03.2025 r.

Czynniki ryzyka w RP[50]

W RP dominującą grupą czynników ryzyka są czynniki behawioralne. Wśród nich najbardziej obciążającymi był tytoń, ryzyka żywieniowe oraz spożycie alkoholu. Inne istotne czynniki ryzyka, wskazane w NPZ na lata 2021-2025, to choroby zakaźne oraz czynniki wpływające na zdrowie psychiczne (w tym uzależnienia) oraz zdrowie środowiskowe.

Rysunek 29. Udział głównych grup czynników ryzyka w RP w 2021 r. (kobiety i mężczyźni łącznie) (DALY i zgony na 100 tys. ludności)

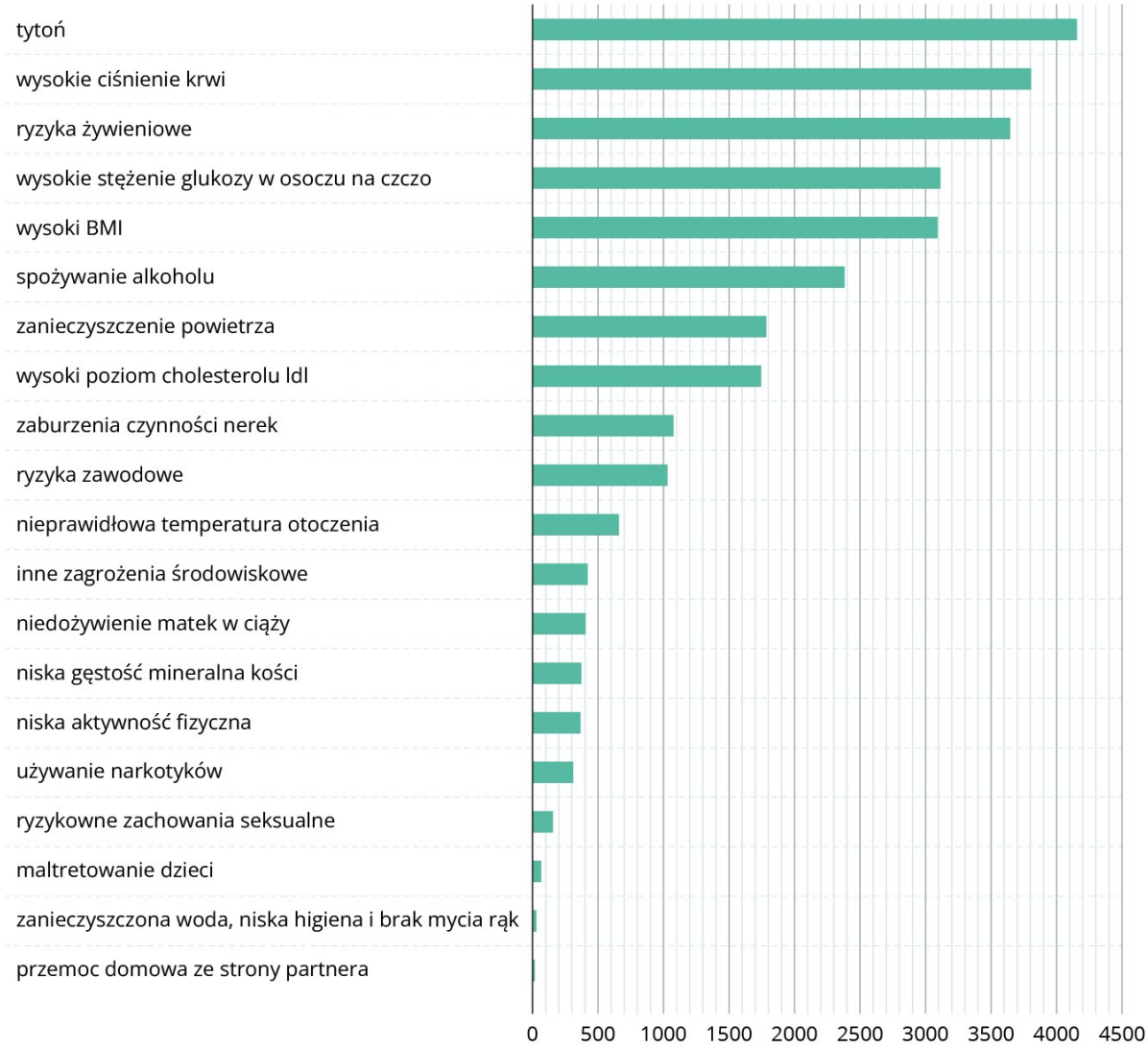


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Czynnikami ryzyka odpowiadającymi za zgony oraz utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu w RP dla kobiet i mężczyzn łącznie są: tytoń, wysokie ciśnienie krwi oraz ryzyka żywieniowe.

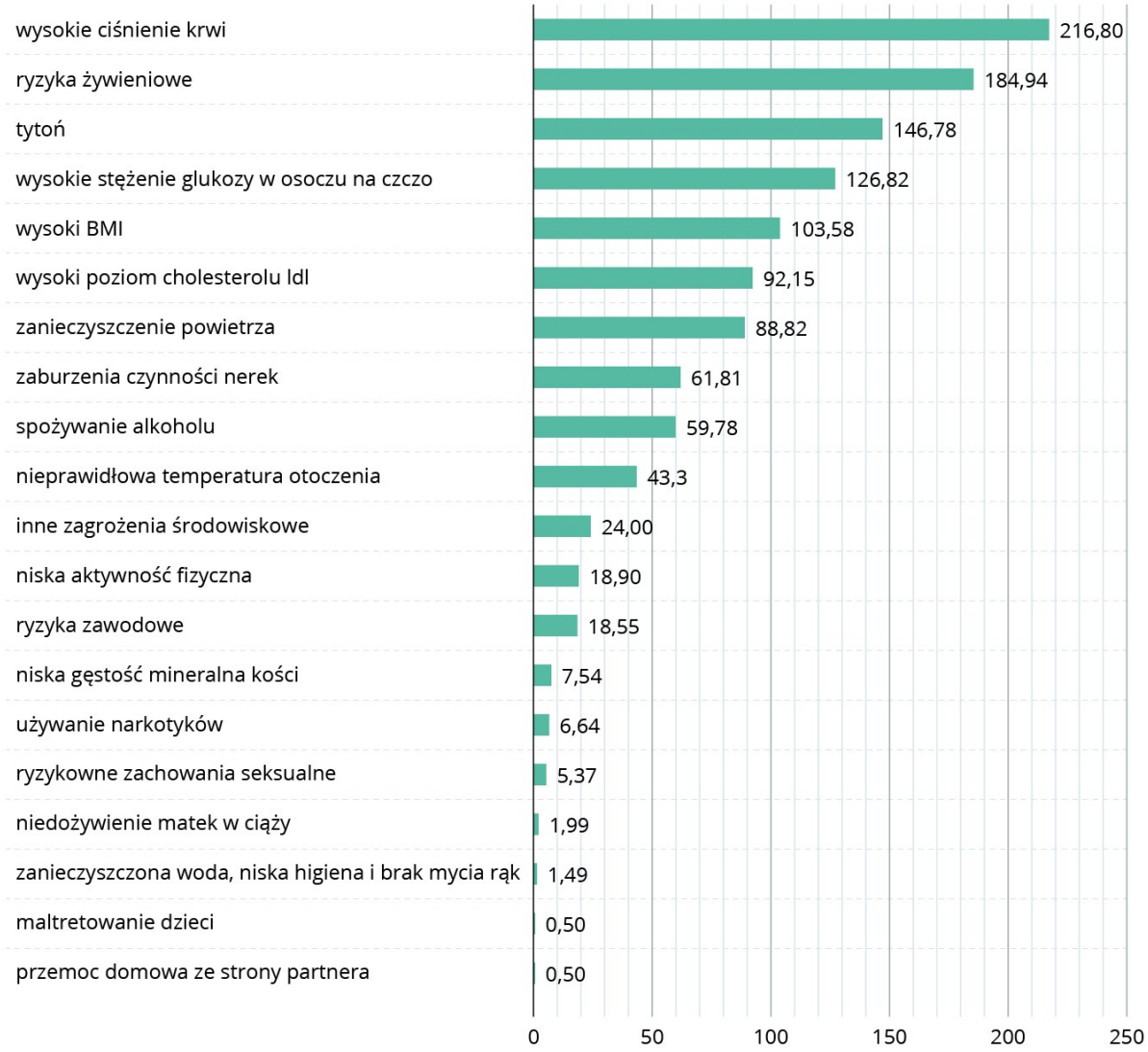
[50] Analizy opracowano na podstawie współczynników surowych.

Rysunek 30. Udział czynników ryzyka w RP dla kobiet i mężczyzn łącznie w 2021 r. (DALY na 100 tys. ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Rysunek 31. Udział czynników ryzyka w RP dla kobiet i mężczyzn łącznie w 2021 r. (zgony na 100 tys. ludności)



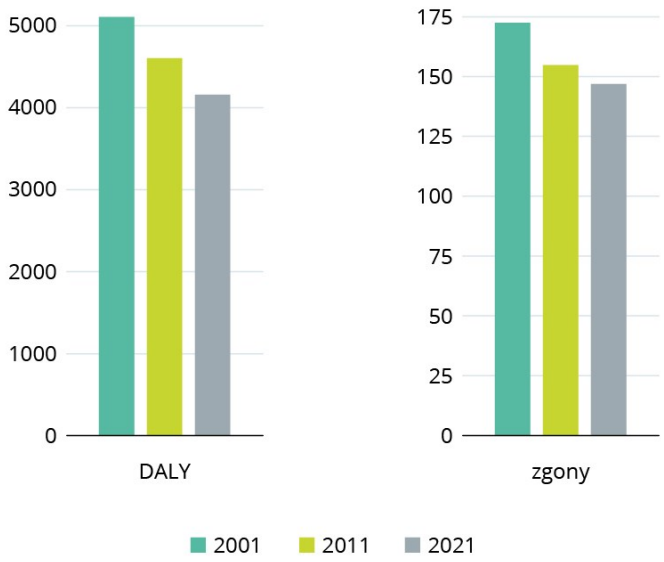
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z GBD IHME

Istotna część czynników metabolicznych wpływających na stan zdrowia, takich jak podwyższone ciśnienie tętnicze krwi, nadmierna masa ciała (BMI) czy wysokie stężenie glukozy we krwi na czczo, pozostaje powiązana z czynnikami behawioralnymi, w szczególności z niewłaściwą dietą. W związku z tym, czynniki żywieniowe stanowią znaczący obszar ryzyka dla zdrowia publicznego. Zgodnie z metodyką GBD, są one drugą najczęstszą przyczyną zgonów oraz trzecią pod względem udziału w całkowitym obciążeniu zdrowotnym (DALY). Wartości DALY związane z czynnikami żywieniowymi są wyższe w populacji mężczyzn niż kobiet, natomiast w przypadku nadmiernej masy ciała (wysokiego BMI) obserwuje się odwrotną tendencję – wskaźnik ten ma większe znaczenie wśród kobiet niż wśród mężczyzn.

Zmiany udziałów głównych czynników ryzyka na przestrzeni lat

W RP w latach 2001-2021 (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie) zmniejszył się wpływ tytoniu na wskaźnik DALY i zgony (odpowiednio o ok. 18% i 15%).

Rysunek 32. Zmiana wpływu tytoniu na DALY (wykres po lewej) i zgony (wykres po prawej) w RP dla kobiet i mężczyzn łącznie (wartości na 100 tys. ludności)



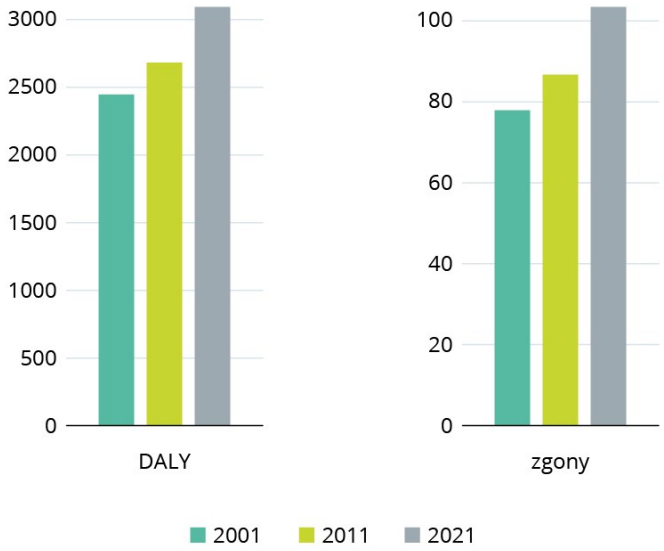
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Znaczące zmiany nastąpiły w przypadku mężczyzn, u których wpływ tytoniu na DALY w tym przedziale czasowym zmniejszył się o ok. 23%. Dla porównania u kobiet w tym samym okresie było to ok. 5%.

Od 2011 r. obserwuje się osłabienie tendencji spadkowej dotyczącej wpływu tytoniu na zgony wśród kobiet, a w niektórych latach odnotowano nawet niewielki wzrost udziału tego czynnika (o około 0,3% w latach 2011–2021). Wysokie ciśnienie krwi w latach 2001-2021 zmniejszyło swój udział w DALY o ok. 20%, a w zgonach o ok. 11% (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie).

W analizowanym okresie 2001–2021 odnotowano spadek udziału ryzyk żywieniowych w całkowitym obciążeniu zdrowotnym (DALY) o około 7%. Biorąc pod uwagę, że czynniki żywieniowe zajmują trzecie miejsce pod względem wpływu na DALY, obserwowany trend spadkowy należy uznać za istotny. Jednocześnie udział tej grupy czynników w ogólnej liczbie zgonów w tym samym okresie wzrósł o około 3,5%. Wysoki poziom BMI według danych GBD był na 3. miejscu wśród metabolicznych czynników ryzyka w RP wpływających na DALY. W 2021 r. (dla kobiet i mężczyzn łącznie) był odpowiedzialny za 3,1 tys. DALY na 100 tys. ludności oraz 103,6 zgonów na 100 tys. ludności. Od 2001 r. do 2021 r. wpływ wysokiego BMI na DALY oraz zgony w RP zwiększył się odpowiednio o 26% oraz 33%.

Rysunek 33. Zmiana wpływu wysokiego BMI na DALY (wykres po lewej) i zgony (wykres po prawej) w RP dla kobiet i mężczyzn łącznie (wartości na 100 tys. ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Spożywanie alkoholu jako czynnik ryzyka, było na 3. miejscu wśród behawioralnych czynników ryzyka w RP. W latach 2001 – 2021 wpływ spożycia alkoholu na DALY i zgony (dla kobiet i mężczyzn łącznie) zwiększyło się, odpowiednio o 22% i 39%.

Rysunek 34. Zmiana wpływu spożycia alkoholu na DALY (wykres po lewej) i zgony (wykres po prawej) w RP dla kobiet i mężczyzn łącznie (wartości na 100 tys. ludności)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GBD IHME

Dodatkowo warto wspomnieć, że w RP na przestrzeni ostatnich 20 lat (w przypadku kobiet i mężczyzn łącznie) znacząco zwiększył się wpływ używania narkotyków na DALY i zgony (odpowiednio o ok. 23% i ok. 52%).

W kontekście profilaktyki chorób zakaźnych od kilku lat obserwuje się zwiększenie liczby osób uchylających się od obowiązkowych szczepień ochronnych w RP, co w perspektywie najbliższych lat grozi nawrotem epidemii chorób, które udało się zwalczyć za pomocą szczepień. W ostatnich latach WHO wskazuje na alarmujący wzrost liczby zachorowań na odrę w regionie europejskim: w 2023 r. odnotowanych zostało 42 200 przypadków w porównaniu z 941 potwierdzonymi zachorowaniami w 2022 r. (niemal 45-krotny wzrost)[51]. W RP w 2024 r. odnotowano łącznie 279 przypadków odry, podczas gdy w 2023 r. potwierdzonych zostało 35 zachorowań (co oznacza prawie 8-krotny wzrost zachorowalności rok do roku)[52]. Powyższe trendy epidemiologiczne są związane przede wszystkim ze spadkiem wyszczepialności oraz dużą skalą migracji ludności. Należy zaznaczyć, że w przypadku odry zachowanie odporności populacyjnej wymaga utrzymania odsetka osób zaszczepionych/uodpornionych na poziomie 95%[53] .

Zróżnicowanie regionalne występowania czynników ryzyka w RP

Województwem, w którym w 2021 r. czynniki ryzyka ogółem miały największy wpływ na DALY i zgony, było województwo śląskie, natomiast najmniejszy w województwie podkarpackim. Województwem, w którym behawioralne czynniki ryzyka miały największy wpływ na utratę DALY i zgony jest województwo dolnośląskie (odpowiednio ok. 12% i ok. 13% więcej niż średnio w Polsce). Najmniejszy udział czynników ryzyka na utratę DALY i w zgonach występuje w województwie podkarpackim (odpowiednio ok. 15% i ok. 12% mniej niż średnio w Polsce).

Analizując zróżnicowanie regionalne, istotny jest przegląd województw pod kątem czynników ryzyka, które najbardziej przyczyniają się do utraty lat życia w zdrowiu. W przypadku tytoniu najwyższy wpływ na DALY (u kobiet i mężczyzn łącznie) występuje w województwie zachodniopomorskim i osiąga wartość o ok. 19% wyższą od wartości dla kraju. Najniższy udział czynników żywieniowych w całkowitym obciążeniu zdrowotnym (DALY) odnotowano w województwie podkarpackim, gdzie wartość wskaźnika była o 19% niższa niż średnia dla kraju. Wysokie ciśnienie krwi ma najwyższy udział w DALY w województwie świętokrzyskim (o ok. 28% wartość wyższa od wartości dla kraju), a najmniejszy w województwie wielkopolskim (o ok. 13% mniej niż średnio w RP). Największe obciążenie zdrowotne (DALY) związane z czynnikami żywieniowymi odnotowano w województwie świętokrzyskim, gdzie

[51] UN Regional Information Centre for Western Europe: https://unric.org/en/who-alarming-rise-of-measles-cases-in-europe/.

[52] Zachorowania na wybrane choroby zakaźne w RP od 1 stycznia do 31 grudnia 2024 r. oraz w porównywalnym okresie 2023 r., Zakład Epidemiologii Chorób Zakaźnych i Nadzoru NIZP PZH - PIB Departament Zapobiegania i Kontroli Chorób Zakaźnych GIS, zestawienie dostępne na stronie: https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2024/INF_24_12B.pdf.

[53] Zapis przebiegu Komisji Zdrowia Sejmu RP z dnia 25.04.2024 r., https://www.sejm.gov.pl/sejm10.nsf/biuletyn.xsp?documentId=FAE2A66033B0C1F1C1258B1F004B867D

jego wartość była o około 20% wyższa niż średnia krajowa. Najniższą wartość wskaźnika zarejestrowano w województwie mazowieckim – o około 15% niższą niż średnia dla całego kraju.

Analizując zróżnicowanie regionalne czynników ryzyka, warto zwrócić uwagę na spożycie alkoholu. Województwem, gdzie czynnik ten ma największy wpływ na DALY, jest województwo łódzkie (o ok. 30% więcej niż w RP i o ok. 14% więcej niż w województwie śląskim, znajdującym się na drugim miejscu). Sytuacja wygląda podobnie w przypadku zgonów – największy wskaźnik występuje w województwie łódzkim i jest o ok. 29% wyższy od wartości dla kraju. Najmniejszy wpływ spożycia alkoholu na DALY i zgony jest w województwie małopolskim (wartości odpowiednio o ok. 26% i ok. 31% niższe od wartości dla kraju).

3.2. Działania z zakresu zdrowia publicznego w celu poprawy, promowania, ochrony i przywracania zdrowia społeczeństwa

Istotny wpływ na funkcjonowanie społeczeństwa ma prowadzenie spójnej i efektywnej polityki państwa w zakresie zdrowia publicznego. To dziedzina nauki i praktyki, która do realizacji celu wydłużania i poprawy jakości życia obywateli wymaga zbiorowego wysiłku społecznego i współpracy międzysektorowej. Warto podkreślić, że działania z zakresu medycyny naprawczej, czyli zapewnienie dostępu do systemu ochrony zdrowia polegające na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej, mogą przyczynić się w ograniczonym stopniu do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa. Istotne jest zmniejszenie oddziaływania głównych czynników ryzyka, wczesne wykrywanie stanów chorobowych, kształtowanie właściwych zachowań prozdrowotnych, kreowanie warunków umożliwiających zachowanie i poprawę zdrowia. Interwencje w zakresie zdrowia publicznego to nie tylko programy polityki zdrowotnej, programy zdrowotne oraz kampanie społeczne, lecz także zmiany dotyczące środowiska pracy, nauki i odpoczynku, przyczyniające się do prozdrowotnego stylu życia. Istotne jest zachęcanie do zachowań poprawiających stan zdrowia oraz zmniejszanie narażenia na czynniki ryzyka. Oprócz edukacji i promocji zdrowia znaczącą rolę odgrywają działania regulacyjne, czyli wszelkie zakazy i nakazy oraz rozwiązania o charakterze fiskalnym. Kluczowa jest jakość tych działań i monitorowanie ich skuteczności w niwelowaniu szkód zdrowotnych, społecznych i ekonomicznych powodowanych przez następstwa problemów zdrowotnych.

W związku z tym, że zdrowie publiczne jest dziedziną interdyscyplinarną, konieczne jest prowadzenie dialogu i uzyskanie konsensusu różnych środowisk i interesariuszy w uzgodnieniu polityki na rzecz zdrowia. Z powyższych powodów działania z zakresu zdrowia publicznego mają szerszy charakter w porównaniu ze świadczeniami zdrowotnymi realizowanymi przez podmioty lecznicze.

Narodowy Program Zdrowia

Jednym z głównych założeń ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz. U. z 2024 r. poz. 1670, z późn. zm.) było przyjęcie NPZ. NPZ na lata 2021-2025 jest w dużej mierze kontynuacją programu realizowanego w latach 2016-2020. Jest to podstawowy dokument strategiczny wyznaczający kierunki zdrowia publicznego oraz określający główne cele strategiczne – zwiększenie liczby lat przeżytych w zdrowiu oraz zmniejszenie społecznych

nierówności w zdrowiu.[54] NPZ zakłada realizację celów z uwzględnieniem zapewnienia dostępności, zgodnie z koncepcją uniwersalnego projektowania zawartej w art. 2 Konwencji o prawach osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2012 r. poz. 1169 oraz z 2018 r. poz. 1217) sporządzonej w Nowym Jorku dnia 13 grudnia 2006 r. W celach programu uwzględniono potrzeby osób z niepełnosprawnościami i osób ze szczególnymi potrzebami zgodnie z przepisami ustawy z dnia 19 lipca 2019 r. o zapewnieniu dostępności osobom ze szczególnymi potrzebami (Dz. U. z 2024 r. poz. 1411, z późn. zm.).

Cele operacyjne NPZ obejmują profilaktykę nadwagi i otyłości, profilaktykę uzależnień, promocję zdrowia psychicznego, zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne oraz wyzwania demograficzne.

Pakiet zmian w obszarze zdrowia kobiet

1 czerwca 2024 r. rozpoczęła się realizacja programu polityki zdrowotnej pn. „Leczenie niepłodności obejmujące procedury medycznie wspomaganej prokreacji, w tym zapłodnienie pozaustrojowe prowadzone w ośrodku medycznie wspomaganej prokreacji na lata 2024-2028". Jego głównym celem jest zapewnienie parom dotkniętym niepłodnością równego dostępu do procedury in vitro oraz umożliwienie osobom przed lub w trakcie leczenia onkologicznego o potencjale upośledzającym płodność zabezpieczenia materiału rozrodczego (oocytów lub nasienia) na przyszłość. Program jest realizowany przez 58 ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji zlokalizowanych na terenie całej RP[55].

Od 1 lipca 2025 r.[56] pacjentki będą miały dostęp do świadczenia „Kompleksowa opieka specjalistyczna nad świadczeniobiorcą z endometriozą". Endometrioza jest chorobą narządów płciowych kobiety charakteryzującą się obecnością komórek błony śluzowej trzonu macicy (endometrium) poza jamą macicy. Ze względu na brak specyficznego biochemicznego markera nie można w jednoznaczny sposób ocenić częstości występowania endometriozy. Szacuje się jednak, że choroba dotyka około 10% populacji kobiet w wieku rozrodczym.

Przygotowywany model opieki jest odpowiedzią na potrzebę zapewnienia kompleksowej opieki adekwatnej do potrzeb zdrowotnych pacjentek z endometriozą, poprawy nadzoru nad procesem diagnostyczno-leczniczym, a także zapewnienia możliwości szczegółowego określenia struktury populacji, uwzględniającej stopnie zaawansowania choroby.

Mając na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324),

[54] https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-zdrowia1 dostęp z dnia 07.03.2025 r.

[55] Mapa placówek oraz informacje dotyczące czasu oczekiwania na udział w Programie dostępne są pod adresem: https://pacjent.gov.pl/artykul/program-wsparcia-vitro dostęp z dnia 20.05.2025 r.

[56] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 maja 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2025 r., poz. 743)

NFZ wprowadził w drodze zarządzenia[57] zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury. Premia finansowa dla szpitali przyznawana jest w zależności od udziału porodów zakończonych drogami natury w znieczuleniu zewnątrzoponowym lub w przypadkach uzasadnionych medycznie w znieczuleniu podpajęczynówkowym (maksymalny współczynnik korygujący wynosi 21%, kiedy udział tych porodów we wszystkich porodach zakończonych siłami natury przekracza 35%). Jednocześnie szpitale, które nie osiągną minimalnego progu udziału znieczuleń w porodach siłami natury, otrzymają niższe o 5% wynagrodzenie za poród.

Monitorowanie zadań z zakresu zdrowia publicznego

Zgodnie z obowiązującym ustawodawstwem, organy administracji rządowej i państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze (poza wojewodą) do 30 kwietnia każdego roku przekazują informację o zrealizowanych lub podjętych w ubiegłym roku działaniach w zakresie zdrowia publicznego do Ministra Zdrowia. JST z kolei do 31 marca każdego roku przekazują sprawozdania do właściwego wojewody, który po weryfikacji przekazuje zbiorczą informację do Ministra Zdrowia. Od 2022 r. sprawozdanie z zadań zdrowia publicznego jest przekazywane za pomocą systemu ProfiBaza. NIZP PZH –PIB opracowuje raport z monitoringu tych zadań. Zgodnie z nim[58], w 2023 r. organy administracji rządowej i państwowe jednostki organizacyjne, w tym agencje wykonawcze (poza wojewodą), zrealizowały łącznie 14 594 interwencji, w tym 39 525 działań, z czego największa część była zrealizowana przez stacje sanitarno-epidemiologiczne. Najwięcej działań było realizowanych w ramach celu operacyjnego „Zdrowie środowiskowe i choroby zakaźne". Działania najczęściej trwały rok i realizowane były na poziomie powiatu lub kilku powiatów. Obejmowały grupy docelowe o liczebności pomiędzy 100 a 499 osób. Ścieżki interwencji dotyczyły różnorodnych działań, jednak w przeważającej części sklasyfikowane były jako działania prozdrowotne (ok. 84%). Podmiotem finansującym były najczęściej organy PIS (ok. 95% działań), a źródłem finansowania wskazywanym w większości przypadków był budżet państwa (ok. 91%). Jednostki finansujące najczęściej sprawozdawały zerowe koszty realizacji interwencji (ok. 96%). Całkowity koszt realizacji oszacowano na ponad 2,5 mld zł w 2023 r., zaś najwięcej środków finansowych wydatkowano w ramach celu operacyjnego „Wyzwania demograficzne".

JST zrealizowały łącznie 13 475 interwencji, które obejmowały 19 998 działań. Najczęściej realizatorem interwencji były urzędy miast oraz urzędy gminy. Przeważnie działania dotyczyły celu operacyjnego „Profilaktyka uzależnień". Trwały najczęściej cały rok i były skierowane zarówno do kobiet, jak i do mężczyzn. W tym przypadku również ścieżki interwencji najczęściej obejmowały działania prozdrowotne. Głównym wymienianym podmiotem finansującym (zarówno dla interwencji, jak i działań) były urzędy gminy i urzędy miast. Średni koszt realizacji

[57] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[58] M. Pajewska i in., *Raport z monitoringu zadań z zakresu zdrowia publicznego za 2023 rok*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, rec. R. Kozłowski, Warszawa 2024,

jednej interwencji wynosił 250 174 zł. Całkowity koszt wszystkich interwencji podjętych przez samorządy wyniósł ponad 3,3 mld zł.

W raporcie NIZP PZH-PIB zwrócono uwagę na małą liczbę interwencji i działań dotyczących celu „Promocja zdrowia psychicznego", realizowanych przez jednostki administracji centralnej i JST, zwłaszcza w kontekście wzrostowego trendu liczby prób samobójczych i utrzymującego się na zbliżonym poziomie wskaźnika liczby osób, których próby samobójcze zakończyły się zgonem. Istnieje potrzeba prowadzenia szkoleń zarówno w odniesieniu do stosowanego prawa, jak i merytorycznego przygotowania oraz realizacji zadań z zakresu zdrowia publicznego, w tym programów polityki zdrowotnej czy sprawozdawczości. Regularne szkolenia ułatwią jednostkom planowanie, prowadzenie i sprawozdawanie zadań z zakresu zdrowia publicznego.

Proces monitorowania i ewaluacji wyżej analizowanych działań, za który odpowiedzialne jest MZ, prowadzony jest z wykorzystaniem wskaźników dostępnych w ramach systemu statystyki publicznej, przygotowanych w oparciu o dokumenty międzynarodowe. W NPZ wskazano listę wskaźników uniwersalnych, gdzie niektóre z nich zostały przyporządkowane do konkretnego celu operacyjnego[59].

3.3. Programy profilaktyczne

Działania profilaktyczne prowadzone w RP uwzględniają zarówno założenia i priorytety instytucji międzynarodowych, jak i zdiagnozowane wewnętrznie problemy oraz potrzeby naszego kraju. Profilaktyka w RP jest realizowana przez wiele struktur rządowych i samorządowych. Na poziomie centralnym jest zadaniem administracji rządowej oraz instytucji o zasięgu ogólnokrajowym, takich jak: NIZP PZH – PIB, KCPU, ORE, Krajowe Centrum ds. AIDS, IPiN, GIS. Na poziomie regionalnym za realizację działań odpowiadają samorządy województw. PIS stanowi kluczowy element systemu zdrowia publicznego w RP. GIS wraz ze stacjami sanitarno-epidemiologicznymi realizują liczne zadania związane z ochroną, profilaktyką i promocją zdrowia, w tym przeciwdziałanie czynnikom środowiskowym negatywnie wpływającym na zdrowie ludzkie, zwalczanie chorób zakaźnych u ludzi oraz nadzór nad bezpieczeństwem żywności i żywienia. Również oddziały wojewódzkie NFZ realizują zadania z zakresu zdrowia publicznego, w tym działania profilaktyczne. Działania z zakresu profilaktyki na szczeblu lokalnym realizowane są poprzez gminne programy profilaktyki i rozwiązywania problemów alkoholowych oraz przeciwdziałania narkomanii. W realizację zadań z zakresu profilaktyki uzależnień zaangażowane są organizacje pozarządowe (fundacje, stowarzyszenia), specjalistyczne placówki opiekuńczo-wychowawcze (świetlice socjoterapeutyczne), poradnie profilaktyki i terapii uzależnień, organizacje kościelne, grupy samopomocy oraz rodziny osób uzależnionych.

Mając na uwadze znaczenie behawioralnych czynników ryzyka, kluczowa jest realizacja działań obejmujących m.in. poprawę sposobu żywienia, stanu aktywności fizycznej społeczeństwa, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami od substancji psychoaktywnych i uzależnieniami behawioralnymi.

[59] NPZ na lata 2021-2025 dostęp z dnia 12.03.2025 r.

Tytoń

Analiza danych z lat 2018 i 2022 pokazuje tendencję spadkową w odsetku osób regularnie palących wyroby tytoniowe lub elektroniczne, przy czym zmiany te różnią się w zależności od wieku i płci. Wśród mężczyzn największy spadek w analizowanym okresie odnotowano w grupie 20–29 lat (z 39,2% do 31,8%), a także w grupie 30–39 lat (z 43,4% do 36,0%). Jednocześnie, w grupach wieku 40–49 i 70–79 lat zauważalny był wzrost odsetka palących – odpowiednio z 40,5% do 43,3% oraz z 17,7% do 24,0%. Wśród kobiet również zaobserwowano spadki w młodszych grupach, szczególnie wśród osób w wieku 20–29 lat (z 23,2% do 19,0%) i 30–39 lat (z 28,9% do 23,2%). Jednakże, w grupie 60–69 lat wskaźnik ten wzrósł z 20,6% do 22,0%. Ostatecznie, mimo pozytywnych zmian w młodszych grupach wiekowych, wzrost odsetka palących w starszych kategoriach wieku, szczególnie wśród mężczyzn, wskazuje na potrzebę kontynuacji działań profilaktycznych i edukacyjnych skierowanych do dorosłych i starszych.

W ramach NPZ na lata 2021-2025, realizowany jest cel operacyjny „Profilaktyka uzależnień". Na jego podstawie sporządzony został wykaz zadań, który obejmuje realizację zintegrowanych działań przeciwdziałających uzależnieniom oraz działań skupionych na poszczególnych rodzajach uzależnień. Poniżej przedstawione są działania nakierowane na przeciwdziałanie uzależnieniom od tytoniu:

- ograniczanie dostępności fizycznej i ekonomicznej wyrobów tytoniowych i powiązanych,
- realizacja szkoleń personelu medycznego w zakresie leczenia uzależnienia od nikotyny oraz prowadzenie Telefonicznej Poradni Pomocy Palącym,
- ułatwianie wychodzenia z nałogu używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów przez zapewnienie dostępu do świadczeń specjalistycznych,
- prowadzenie współpracy międzynarodowej dotyczącej polityki ograniczania następstw zdrowotnych używania wyrobów tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobów tytoniowych i elektronicznych papierosów oraz płynów do ponownego ich napełniania,
- prowadzenie nadzoru nad zawartością składników w wyrobach tytoniowych, w tym nowatorskich wyrobach tytoniowych oraz płynach do ponownego ich napełniania,
- zapewnienie skutecznego przestrzegania przepisów obowiązującego prawa w zakresie polityki antynikotynowej[60].

W RP na przestrzeni ostatnich lat podejmowany jest szereg działań profilaktycznych dotyczących palenia tytoniu, skierowanych zarówno do osób dorosłych oraz dzieci i młodzieży. Były to zarówno wydarzenia o charakterze sportowym jak np. "Bieg po zdrowie – profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z paleniem tytoniu", ale również działania edukacyjne

[60] https://bip.aotm.gov.pl/assets/files/ppz/2023/RPT/23.05.02_RAPORT_48aa_Tyton.pdf, dostęp: 24.02.2025 r.

o charakterze warsztatowym, jak np. “Program edukacyjny w zakresie profilaktyki palenia tytoniu oraz szkodliwości biernego palenia pt. “Nie pal przy mnie proszę” oraz “Czyste powietrzę wokół nas”. Poza tym, co roku 31 maja obchodzony jest Światowy Dzień Bez Tytoniu. Misją wydarzenia jest podnoszenie świadomości o niebezpieczeństwach związanych z używaniem tytoniu, praktykach biznesowych firm tytoniowych oraz działaniach WHO w walce z epidemią tytoniu. Z tej okazji w całej RP organizowane są różne wydarzenia o charakterze profilaktyki tytoniowej, rozdawane są ulotki promujące nieużywanie wyrobów tytoniowych.

Spożywanie alkoholu

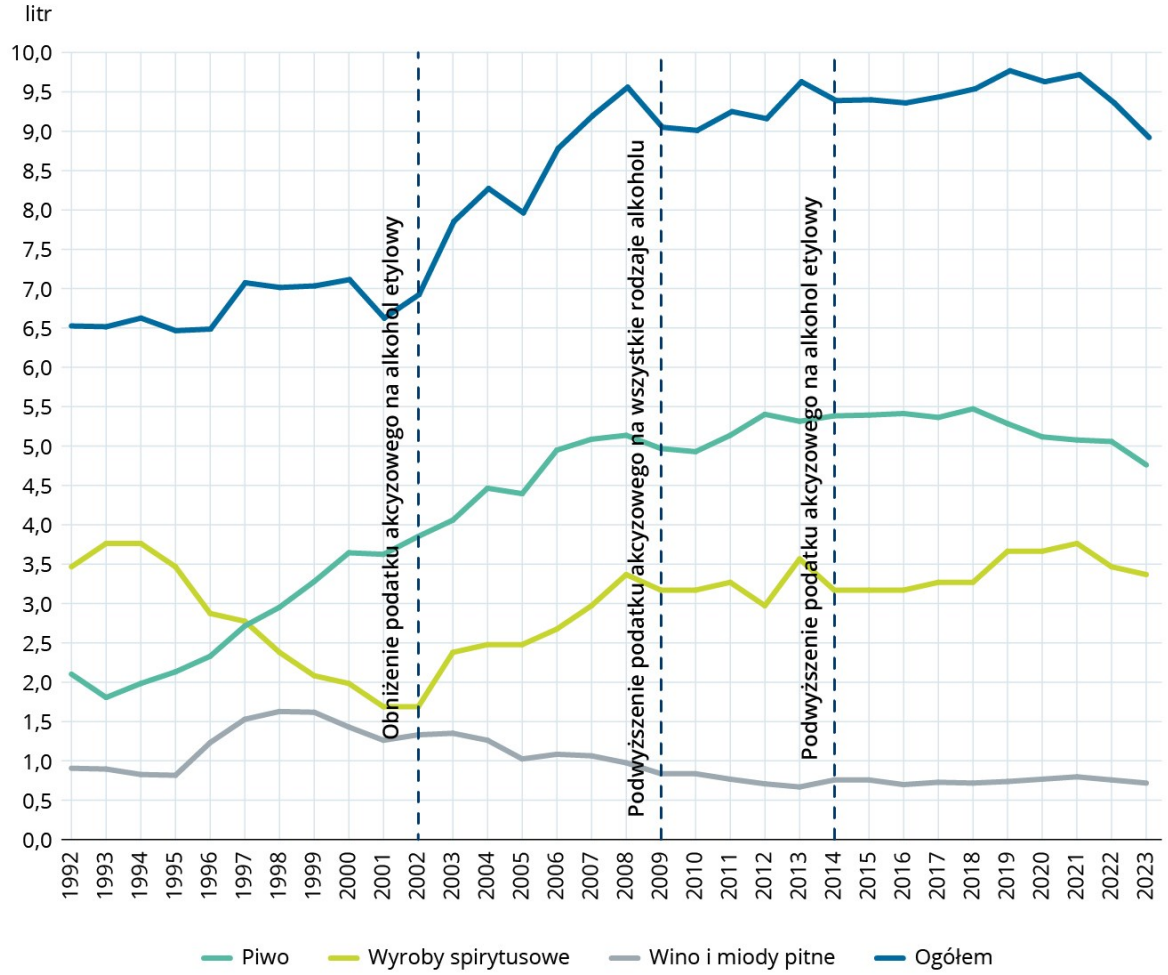
Według WHO alkohol znajduje się na trzecim miejscu wśród czynników ryzyka dla zdrowia populacji, a jego spożywanie wiąże się z wieloma problemami zdrowotnymi[61]. Wysokie spożycie alkoholu jest głównym czynnikiem ryzyka chorób serca i udarów mózgu, marskości wątroby i niektórych nowotworów.

Badanie EZOP II wykazało, że jest to najczęściej występujące zaburzenie psychiczne wśród dorosłych: 7,1% badanych doświadczyło go w ciągu życia (26,5% badanych doświadczyło jakiegokolwiek zaburzenia psychicznego). Dane KCPU pokazują, że 6,3% badanych spożywało alkohol codziennie lub prawie codziennie.

Od 2022 r. obserwuje się tendencję spadkową w ilości spożywanego czystego alkoholu na osobę z 9,73 litra w 2021 r. do 8,93 litra w 2023 r., z czego w postaci wyrobów spirytusowych spożyto 3,4 l (38%), w postaci wina 0,72 l (8%), a w postaci piwa 4,81 l (54%).

[61] Raport WHO *Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders* (2024), Dostęp online: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/377960/9789240096745-eng.pdf?sequence=1; dostęp 07.03.2025 r.

Rysunek 35. Spożycie poszczególnych rodzajów napojów alkoholowych w przeliczeniu na 100% alkohol wyrażone w litrach na osobę



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych GUS[62]

Raport z badania ankietowego przeprowadzonego w 2022 r. przez KCPU wskazuje, że:

- około 20% osób deklaruje całkowitą abstynencję alkoholową,
- abstynencja jest częstsza wśród kobiet (26,5%), niż mężczyzn (12,6%),
- osoby powyżej 65. r.ż. najczęściej rezygnują z alkoholu (38,3% badanych),
- najwyższy odsetek osób spożywających alkohol odnotowano wśród osób w wieku 35-49 lat (92% respondentów),
- codzienne lub prawie codzienne spożywanie alkoholu zadeklarowało 7,8% badanych,
- 31,6% osób sięgało po alkohol co najmniej raz w tygodniu.

Instytucją odpowiedzialną za przeciwdziałanie skutkom nadużywania alkoholu w RP jest KCPU powołane zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym. Na jego

[62] https://kcpu.gov.pl/wp-content/uploads/2024/09/Spozycie-napojow-alkoholowych-na-jednego-mieszkanca2023.pdf; dostęp z dnia 12.03.2025 r.

działalność składają się aktywności związane z profilaktyką nałogów: inicjowanie, wspieranie i prowadzenie działań edukacyjnych i kampanii społecznych. KCPU bierze udział w kampaniach edukujących na temat negatywnego wpływu alkoholu na zdrowie człowieka, rozpowszechniających wiedzę o FASD. Współtworzy aplikację wspierającą samoleczenie osób pijących problemowo oraz aplikacje do szacowania poziomu alkoholu we krwi (np. aplikacja „Znaj ryzyko", „Alkoholowe liczydełko", „E-POP program ograniczania picia", „Krzywo weszło – zmień ustawienia").

Działania profilaktyczne przeciw uzależnieniu od alkoholu realizowane przez KCPU na przestrzeni ostatnich lat to m.in.:

- rozbudowa sytemu wsparcia, interwencji i pomocy dla osób doznających przemocy domowej, w szczególności związanej z używaniem substancji psychoaktywnych oraz uzależnieniami behawioralnymi;
- programy profilaktyki selektywnej dla dzieci i młodzieży oraz ich rodzin;
- zapewnienie bezpiecznego schronienia osobom z Ukrainy będącym w kryzysie uchodźczym, z uwzględnieniem interwencji i wsparcia psychologicznego, realizowany w placówkach „Monar";
- telefon „Pomarańczowa linia";
- współpraca ze stowarzyszeniami i fundacjami, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, z samorządami, z Centralnym Biurem Śledczym Policji, Ministerstwem Spraw Zagranicznych, Instytutem Psychiatrii i Neurologii, NFZ, ORE ME;
- Pol'and'Rock: namiot warsztatowy;
- szerzenie świadomości i przeciwdziałanie FAS i FASD;
- prowadzenie kilku serwisów internetowych: madraochrona.pl, niebotak.pl, niebieskalinia.info, pa-niesłyszący.info, ciazabezalkoholu.pl, siu.praesterno.pl, programfred.pl, uzaleznieniabehawioralne.pl, programyrekomendowane.pl;
- wydawanie czasopism: „Remedium", „Eleuteria", „Świat Problemów" i iporadników.

Działania realizowane przez inne podmioty w kraju:

- zakaz reklamy alkoholu, czyli wszelkiego rodzaju komunikacji marketingowej, której celem jest promowanie konsumpcji napojów alkoholowych (z wyjątkiem piwa). Wynika to z ustawy z dnia z dnia 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi (Dz. U. z 2023 r. poz. 2151). Reklama napojów, takich jak: wino, wódka lub brandy jest zabroniona. Reklama piwa podlega natomiast określonym ograniczeniom;
- ograniczenia w sprzedaży: rada gminy może ustalić ograniczenia w godzinach nocnej sprzedaży napojów alkoholowych przeznaczonych do spożycia poza miejscem sprzedaży (artykuł 12 ust. 4 ustawy o wychowaniu w trzeźwości). Ograniczenia mogą dotyczyć sprzedaży prowadzonej między godziną 22:00 a 6:00. Około 10 proc. polskich gmin skorzystało z takiej możliwości. W niektórych przypadkach nocna prohibicja obowiązuje na terenie całego miasta, w innych tylko w obrębie wybranych dzielnic;

- część środków z opłat za sprzedaż napojów alkoholowych w opakowaniach do 300 ml jest przeznaczana na działania profilaktyczne i pomoc osobą uzależnionym;
- dla osób wzrastających w rodzinie z problemami alkoholowymi dostępne są w RP bezpłatne formy pomocy oferowane między innymi przez Powiatowe Centra Pomocy Rodzinie.

Gminy są zobowiązane do podejmowania działań zmierzających do ograniczania spożycia napojów alkoholowych. Ponadto powinny dążyć do:

- zmiany struktury spożywania alkoholu,
- inicjowania i wspierania przedsięwzięć mających na celu zmianę obyczajów w zakresie sposobu spożywania tych napojów,
- inicjowania działań na rzecz trzeźwości w miejscu pracy,
- przeciwdziałania powstawaniu i usuwania następstw nadużywania alkoholu,
- wspierania działalności w tym zakresie organizacji społecznych i zakładów pracy,
- popierania tworzenia i rozwoju organizacji społecznych, których celem jest krzewienie trzeźwości i abstynencji, oddziaływanie na osoby nadużywające alkoholu oraz udzielanie pomocy ich rodzinom, jak również zapewniania warunków sprzyjających działaniom tych organizacji,
- wprowadzenia prelekcji w szkołach dla dzieci, młodzieży oraz rodziców na temat zagrożenia jakie niesie spożywanie alkoholu.

Otyłość i nadwaga

Diagnozę nadwagi i otyłości przeprowadza się poprzez pomiar masy ciała i wzrostu oraz wskaźnik masy ciała (BMI). BMI jest zastępczym wskaźnikiem otłuszczenia. Dodatkowe pomiary, takie jak obwód talii, klatki piersiowej czy uda mogą pomóc w diagnozie typu otyłości (np. brzusznej lub pośladkowo-udowej)[63].

W populacji dorosłych Polaków (20 lat i więcej) nadwagę stwierdzono u 52% badanych, z czego 13,6% spełniało kryteria otyłości. Problem ten był bardziej rozpowszechniony wśród mężczyzn (62,1% nadwagi, 15,7% otyłości) niż kobiet (odpowiednio 42,6% i 11,7%). Względem okresu przed pandemią COVID-19 sytuacja pogorszyła się, szczególnie wśród mężczyzn, gdzie rozpowszechnienie nadwagi wzrosło o 2,6 p.p., a otyłości o 3 p.p.[64].

[63] NFZ o zdrowiu. Otyłość i jej konsekwencje (HYPERLINK "https://ezdrowie.gov.pl/pobierz/otylosc-2024"https://ezdrowie.gov.pl/pobierz/otylosc-2024); dostęp: 12.03.2025 r.

[64] Sytuacja Zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania,2022, NIZP PZH – PIB (https://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacjhttps://www.pzh.gov.pl/raport-sytuacja-zdrowotna-ludnosci-polski-i-jej-uwarunkowania); dostęp: 12.03.2025 r.

W World Obesity Atlas 2023[65] wskazano, że w 2035 r. ponad 35% dorosłych mężczyzn (w wieku 20 lat lub więcej) i ponad 25% dorosłych kobiet w RP będzie zmagało się z otyłością. Otyłość wśród dzieci i młodzieży także będzie się pogłębiać z roku na rok. Szacuje się, że w 2035 r. w RP koszty związane z nadwagą i otyłością będą wynosić ponad 32 mln dolarów, co będzie stanowić około 3,5% PKB RP.

W RP odpowiedzialność za profilaktykę, diagnostykę oraz wybór metody leczenia otyłości spoczywa w pierwszej kolejności na lekarzach POZ. Jednak jak wskazują kontrole NIK, lekarze nie czują się kompetentni, aby leczyć osoby cierpiące na otyłość, dlatego często odsyłają pacjentów do poradni specjalistycznych zajmujących się leczeniem powikłań otyłości. NIK wskazuje na problem braku raportowania przez lekarzy POZ w dokumentacji medycznej wyników pomiarów masy ciała i wzrostu (dane te odnotowano jedynie w 30% skontrolowanych dokumentacji medycznych w placówkach POZ objętych kontrolą). Od 2020 r. podmioty lecznicze realizujące świadczenia POZ mają prawny obowiązek raportowania powyższych danych do NFZ.

Przykładowe programy wieloletnie

W kontekście krajowej profilaktyki zdrowotnej kluczowe znaczenie mają NPChUK[66] oraz NSO[67], ukierunkowane na najpoważniejsze zagrożenia zdrowotne społeczeństwa. Oba programy odpowiadają za główne wyzwania zdrowotne w Polsce – choroby układu krążenia i choroby nowotworowe – będące głównymi przyczynami zgonów w populacji.

NPChUK koncentruje się na zmniejszeniu obciążenia społeczeństwa chorobami sercowo-naczyniowymi poprzez profilaktykę pierwotną i wtórną, promocję zdrowego stylu życia, kontrolę czynników ryzyka (takich jak nadciśnienie, hipercholesterolemia, cukrzyca czy otyłość), a także wczesne wykrywanie i usprawnienie leczenia tych schorzeń. Program ten wspiera edukację zdrowotną i inicjatywy zwiększające świadomość społeczną w zakresie prewencji chorób układu krążenia.

Na podstawie krajowych badań epidemiologicznych opracowano ideę „10 dla serca". Wskazuje ona dziesięć kluczowych obszarów, których utrzymanie w dobrym stanie zdrowia, znacząco zmniejsza ryzyko wystąpienia zarówno chorób sercowo-naczyniowych, jak i nowotworów. Są to:

1) optymalne ciśnienie tętnicze,
2) optymalne stężenie cholesterolu,
3) optymalne stężenie glukozy,
4) prawidłowa masa ciała,
5) niepalenie tytoniu,

[65] World Obesity Atlas 2023, Report, 2024, World obesity (https://s3-eu- https://s3-eu-west-1.amazonaws.com/wof-files/World_Obesity_Atlas_2023_Report.pdf); dostęp 12.03.2025 r.

[66] https://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowy-program-chorob-ukladu-krazenia2; dostęp: 3.06.2025 r.

[67] http://www.gov.pl/web/zdrowie/narodowa-strategia-onkologiczna-nso; dostęp: 3.06.2025 r.

6) zdrowe żywienie,

7) regularna aktywność fizyczna,

8) unikanie spożycia alkoholu,

9) zdrowy sen,

10) ograniczanie stresu.

Włączenie tej koncepcji do działań edukacyjnych i programów zdrowia publicznego może przyczynić się do poprawy stanu zdrowia populacji i zmniejszenia obciążenia chorobami cywilizacyjnymi. Z uwagi na wspólne czynniki ryzyka, działania te mają znaczenie nie tylko w prewencji chorób sercowo-naczyniowych, ale także nowotworów.

NSO obejmuje szeroki zakres działań z obszaru profilaktyki nowotworów, w tym promocję zachowań prozdrowotnych, eliminację czynników ryzyka (palenie tytoniu, zła dieta, niska aktywność fizyczna), a także rozwój programów badań przesiewowych (cytologia, mammografia, kolonoskopia). NSO przewiduje także działania edukacyjne oraz systemowe rozwiązania zwiększające dostępność i jakość opieki onkologicznej w Polsce.

3.4. Badania przesiewowe

Szczególnie ważnym rodzajem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe, które polegają na wczesnym wykrywaniu chorób w celu powstrzymania ich rozwoju. Są to m.in. badania w kierunku raka piersi (mammografia), szyjki macicy (cytologia) oraz jelita grubego (kolonoskopia), które zostały przeanalizowane poniżej[68].

Cytologia

Rak szyjki macicy to znaczący problem zdrowotny na całym świecie. Pomimo znajomości etiologii choroby, dynamiki jej rozwoju, czynników ryzyka, metod diagnostycznych i leczniczych w zbyt wielu przypadkach nowotwór ten jest wykrywany w późnym stadium zaawansowania klinicznego, kiedy leczenie jest mało skuteczne[69].

W RP program profilaktyki raka szyjki macicy adresowany jest do kobiet w wieku 25-64 lat, które nie wykonały badania cytologicznego w ciągu ostatnich 3 lat (populacja osób uprawnionych do uczestnictwa w programie w 2023 r. została rozszerzona o kobiety w przedziale wiekowym 60-64 w porównaniu do lat ubiegłych.). U kobiet, które są obciążone czynnikami ryzyka, tj. zakażonych wirusem HIV, przyjmujących leki immunosupresyjne, zakażonych HPV – typem wysokiego ryzyka, badanie wykonuje się co 12 miesięcy[70]. Od 2025 r. program profilaktyki raka szyjki macicy został poszerzony o dwa nowoczesne badania: test

[68] https://www.pzh.gov.pl/profilaktyka-chorob-definicja/, dostęp w dniu 12.03.2025 r.

[69] O. Adamczyk-Gruszka i in., *Rola badań cytologicznych w profilaktyce raka szyjki macicy*, [w:] *Studia Medyczne*, Uniwersytet Jana Kochanowskiego, red. S. Głuszka, Kielce 2012, s. 31.

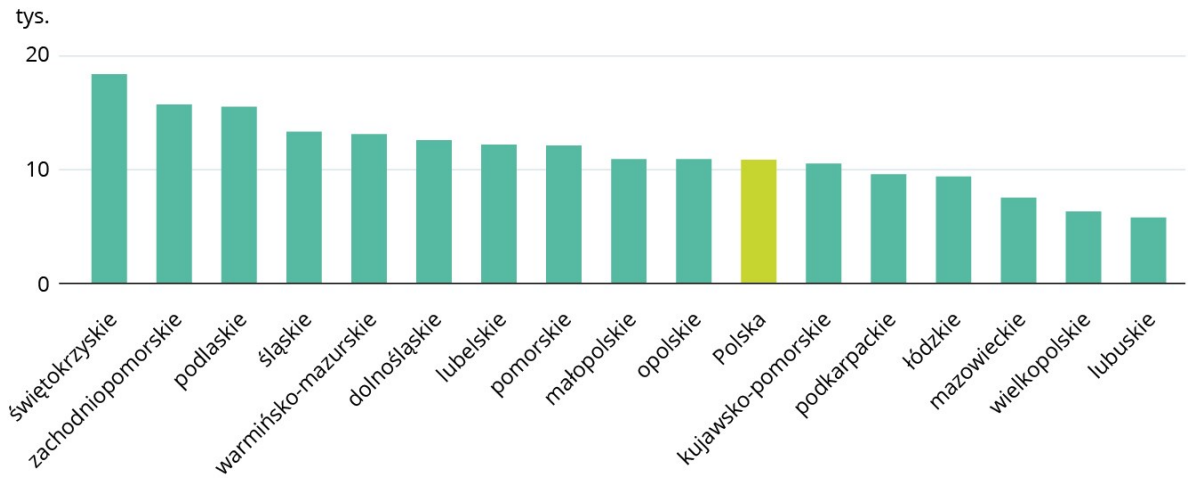
[70] Profilaktyka na NFZ / Dla Pacjenta / Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) – finansujemy zdrowie Polaków dostęp w dniu 19.02.2025 r.

HPV HR oraz cytologię na podłożu płynnym (LBC). Test HPV HR pomaga wykryć wywołujące raka szyjki macicy szczepy wirusa brodawczaka ludzkiego (HPV 16 i 18). Natomiast cytologia na podłożu płynnym charakteryzuje się tym, że jest dokładniejsza i pozwala lepiej ocenić stan zdrowia szyjki macicy. Oba badania zostały dołączone do koszyka świadczeń gwarantowanych[71].

W 2023 r. w RP, w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy, zostało poddanych badaniom 10,8% rocznej populacji do przebadania w kierunku raka szyjki macicy. Od 2020 r. wartość ta zwiększyła się o 0,5 p.p. W 2023 r. do etapu pogłębionej diagnostyki skierowano 27% mniej kobiet niż 3 lata wcześniej (wartości te wynosiły: 2020 r. – 550 na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem; 2023 r. – 401 na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem).

W 2023 r. największy odsetek kobiet przebadanych występował w województwie świętokrzyskim (ok. 18 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) – było to ok. 69% więcej niż średnia krajowa. Najmniej kobiet przebadano w województwie lubuskim - ponad 3 razy mniej niż w świętokrzyskim i ok. 86% mniej niż średnia ogólnopolska. Najwięcej kobiet skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki w województwie śląskim (ok. 1 tys. kobiet na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem) i było to ok. 2,5 razy więcej niż średnia w RP, a najmniej w województwie podlaskim (ok. 6 kobiet na 100 tys. przebadanych ogółem)[72]. Analiza danych epidemiologicznych ukazuje, że najwyższą zapadalność na raka szyjki macicy w 2022 r. zaobserwowano w województwie opolskim (15,4 na 100 tys.), natomiast najwyższą umieralność w województwie lubuskim (8,9 na 100 tys.).

Rysunek 36. Liczba kobiet przebadanych ogółem (wartość na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) w kierunku raka szyjki macicy w województwach w 2023 r.

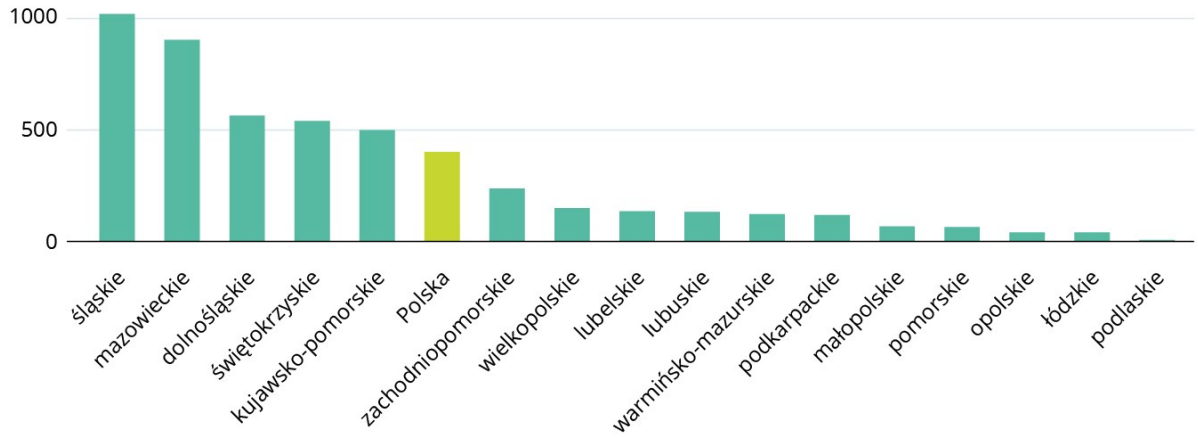


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

[71] https://www.gov.pl/web/zdrowie/dwa-nowoczesne-badania---hpv-hr-oraz-cytologia-na-podlozu-plynnym-decyzja-ministry-zdrowia-izabeli-leszczyny-wchodza-do-programu-profilaktyki-raka-szyjki-macicy, dostęp: 02.06.2025 r.

[72] SIMP NFZ.

Rysunek 37. Liczba kobiet przebadanych w kierunku raka szyjki macicy w województwach w 2023 r. - pogłębiona diagnostyka (wartość na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

Mammografia

Mammografia jest badaniem umożliwiającym rozpoznanie zmian patologicznych w piersi, co pozwala na wykrycie nowotworu we wczesnym etapie rozwoju. W RP prowadzony jest program profilaktyki raka piersi, który adresowany jest do kobiet w wieku 45-74 lat, które nie korzystały z programu w ciągu ostatnich 2 lat. Populacja osób uprawnionych do uczestnictwa w programie profilaktyki raka piersi w 2023 r. została rozszerzona o kobiety w przedziale wiekowym 45-49 i 70-74 lata w porównaniu do lat ubiegłych. Kobiety, które pozostają w trakcie uzupełniającej hormonoterapii, po 5 latach od leczenia chirurgicznego raka piersi oraz kobiety, które zakończyły leczenie raka piersi i 5-letni proces monitorowania po zakończonym leczeniu mogą wykonywać mammografię w programie co 12 miesięcy. Program realizowany jest w dwóch trybach: w trybie ambulatoryjnym lub w trybie mobilnym (mammobusy)[73].

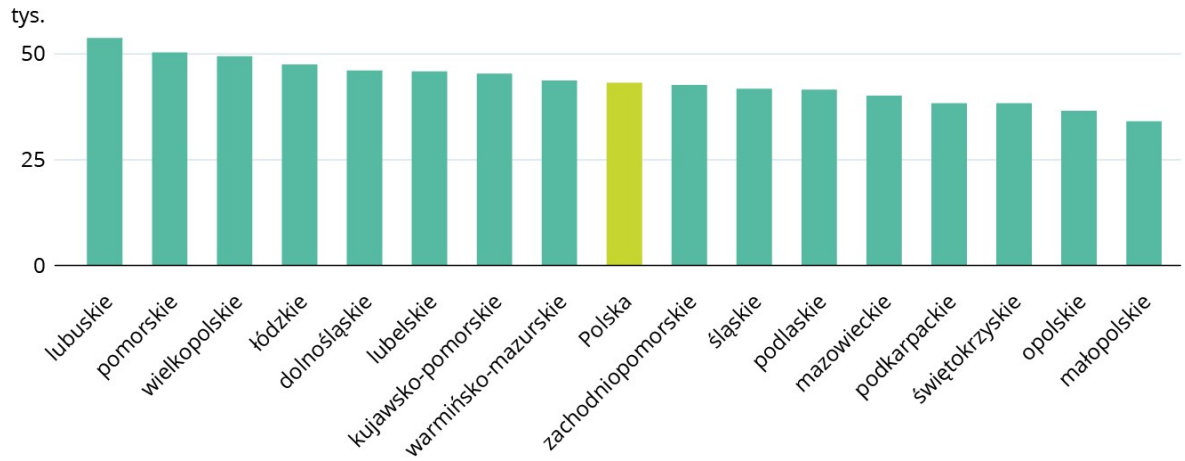
W 2023 r. w kierunku nowotworu piersi – w ramach programu profilaktyki raka piersi - przebadano ok. 43% rocznej populacji klasyfikowanej do przebadania (odsetek zgłaszalności wyższy niż w przypadku badań cytologicznych). W 2020 r. wartość ta wynosiła ok. 46%. W 2023 r. do etapu pogłębionej diagnostyki skierowano o ok. 7,5% mniej przebadanych niż 3 lata wcześniej (wartości te wynosiły: 2020 r. - 3,3 tys. na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem; 2023 r. – 3,1 tys. na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem).

Na poziomie województw w 2023 r. najwięcej kobiet zgłosiło się do screeningu w województwie lubuskim (53,8 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) i jest to

[73] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. poz. 2167) wprowadziło zmiany w kryteriach kwalifikacji do programu

wartość o ok. 24% wyższa od średniej dla kraju. Najmniej kobiet przebadano w województwie małopolskim (34,1 tys. na 100 tys. rocznej populacji do przebadania) – ok. 27% mniej niż średnio w RP i ok. 57% mniej niż w województwie lubuskim. Najwięcej kobiet skierowano do etapu pogłębionej diagnostyki w województwie podkarpackim (ok. 4 tys. kobiet na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem) i było to ok. 30% więcej niż średnia krajowa, a najmniej w województwie pomorskim (ok. 2,2 tys. kobiet na 100 tys. przebadanych ogółem, co stanowi wartość o ok. 41% mniejszą niż średnio w kraju i prawie 2 razy mniejszą niż w województwie podkarpackim)[74]. Dane epidemiologiczne wskazują, że najwyższą zapadalność na nowotwór złośliwy sutka w 2022 r. zaobserwowano w województwie kujawsko-pomorskim (ok. 129,8 przypadków na 100 tys.), a najniższą w województwie lubuskim (ok. 81,5 przypadków na 100 tys.). Największy odsetek zgonów wystąpił w województwie śląskim (ok. 39 przypadków na 100 tys.), a najmniejszy w województwie podkarpackim (ok. 25,5 przypadków na 100 tys.)[75].

Rysunek 38. Liczba kobiet przebadanych w kierunku raka piersi w województwach w 2023 r. ogółem (wartość na 100 tys. rocznej populacji do przebadania)

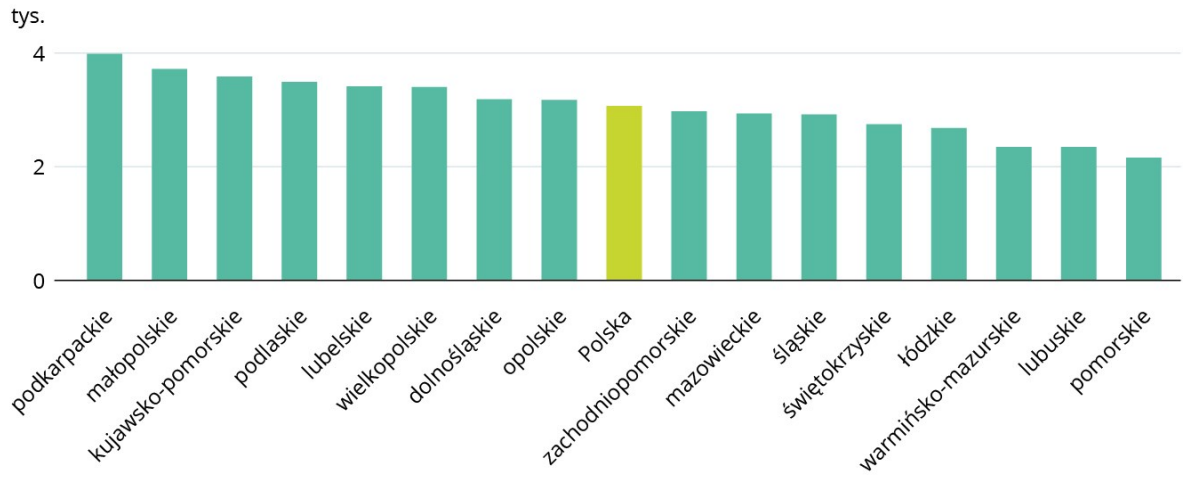


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

[74] SIMP NFZ.

[75] https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp: 24.02.2025

Rysunek 39. Liczba kobiet badanych w etapie pogłębionej diagnostyki w województwach w 2023 r. (wartość na 100 tys. kobiet przebadanych ogółem)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SIMP NFZ

Kolonoskopia

Rak jelita grubego jest trzecim najczęściej występującym nowotworem złośliwym wśród mieszkańców RP i drugim w grupie onkologicznych przyczyn zgonów. Jest więc jednym z najistotniejszych epidemiologicznie problemów w populacji, a także dużym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej.

Realizując założenia NSO w 2022 r. do koszyka świadczeń gwarantowanych, włączono Program badań przesiewowych raka jelita grubego, w ramach którego osoby z grupy docelowej mogą wykonać przesiewową kolonoskopię finansowaną przez NFZ[76]. Wcześniej program realizowany był w ramach NPChUK i NSO. Założeniem i celem programu jest poprawa jakości i efektywności wykrycia nowotworu jelita grubego u świadczeniobiorców. Program opiera się na wykonywaniu co 10 lat kolonoskopii przesiewowej w populacji osób z ryzykiem zapadalności na raka jelita grubego. Program adresowany jest do osób w wieku 50–65 lat oraz 40–49 lat w przypadku pacjenta posiadającego krewnego pierwszego stopnia, u którego rozpoznano nowotwór jelita grubego.

3.5. Podsumowanie

Istotne jest podjęcie odpowiednich działań mających na celu ograniczenie udziału czynników behawioralnych w DALY i zgonach. Działania te powinny obejmować m.in. propagowanie zdrowego stylu życia, poprawę sposobu odżywiania, zwiększenie aktywności fizycznej, a także profilaktykę i rozwiązywanie problemów związanych z uzależnieniami. Ważnym elementem jest efektywna edukacja zdrowotna polskiego społeczeństwa – należy uświadamiać, jakie

[76] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (Dz. U. z 2022 r. poz. 1366).

zachowania mogą pozytywnie wpłynąć na stan zdrowia, a które mogą zwiększyć prawdopodobieństwo wystąpienia danego problemu zdrowotnego.

Pozostałe grupy czynników ryzyka mają również bardzo istotny wpływ na stan zdrowia. Występuje szereg powiązań pomiędzy różnymi rodzajami czynników, np. wysokie ciśnienie krwi czy wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo jest związane z czynnikami behawioralnymi. Tym samym należy podjąć interwencje ukierunkowane również na grupę metabolicznych i środowiskowo/zawodowych czynników ryzyka. W analizach szczegółowych należy przede wszystkim zwrócić uwagę na problem palenia tytoniu. Pomimo realizacji znacznej liczby programów profilaktyki jest to czynnik, który w dalszym ciągu odpowiada za największą część utraconych lat życia w zdrowiu Polaków.

Kluczowymi problemami są także spożywanie alkoholu (szczególnie przez mężczyzn) oraz otyłość i nadwaga, które znacząco wpływają na utratę lat życia w zdrowiu. Odpowiedzią na negatywny wpływ czynników ryzyka są działania z zakresu zdrowia publicznego, polegające na profilaktyce oraz promocji zdrowia, których cele sprowadzają się do wydłużenia życia i życia w zdrowiu polskiego społeczeństwa. Przykładem takich działań są prawidłowo rozlokowane i dopasowane do potrzeb zdrowotnych programy profilaktyczne. Ważnym elementem profilaktyki wtórnej są badania przesiewowe, które zapobiegają konsekwencjom chorób poprzez ich wczesne wykrycie i leczenie. W zakresie cytologii i mammografii analiza wskazała, że konieczne jest podjęcie działań, które poprawią zgłaszalność kobiet na badania. Pozwoliłoby to na częstsze diagnozowanie nowotworów piersi oraz szyjki macicy we wczesnych stadiach i tym samym zwiększyłoby szansę kobiet na powrót do zdrowia.

3.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Dominującą grupą czynników ryzyka wpływającą na DALY i zgony w RP są czynniki behawioralne, które związane są ze stylem życia. Ich negatywny wpływ na zdrowie może zostać ograniczony przez działania człowieka. Badania pokazują, że społeczeństwo nie jest w pełni świadome, że własna postawa zdrowotna jest najważniejszym czynnikiem decydującym o stanie zdrowia. W 2021 r. czynniki behawioralne miały o 26% mniejszy wpływ na DALY w UE niż w RP. Natomiast w RP w 2021 r. grupa tych czynników odpowiadała za utratę ok. 45% lat przeżytych w zdrowiu oraz ok. 41% zgonów.

Oddziaływanie czynników ryzyka jest zróżnicowane regionalnie, dlatego wyzwaniem jest dopasowanie działań z zakresu zdrowia publicznego do potrzeb zdrowotnych danego regionu oraz monitorowanie ich skuteczności. W szczególności należy zwrócić uwagę na województwa, w których wskaźniki znacząco odbiegają od średniej dla kraju. Ze względu na to, że działanie większości czynników ryzyka można określić jako wielowymiarowe, istotne jest ograniczenie wpływu dwóch pozostałych grup, tj. czynników metabolicznych oraz środowiskowych lub zawodowych.

Problem palenia tytoniu jest jednym z najistotniejszych wyzwań dla zdrowia publicznego. Tytoń jest czynnikiem ryzyka najbardziej wpływającym na DALY – jego udział jest o ok. 9% wyższy niż udział wysokiego ciśnienia krwi, znajdującego się na drugim miejscu. Stanowi też znaczny udział w zgonach (na trzecim miejscu w rankingu, odpowiada za ok. 146 zgonów na 100 tys. ludności). W porównaniu do UE udział tytoniu w DALY w 2021 r. był o ok. 37% wyższy.

W RP w przypadku mężczyzn tytoń powoduje 164% więcej DALY i 189% więcej zgonów niż w przypadku kobiet. Udział tego czynnika w DALY wśród kobiet od 2011 r. zmniejszył o ok. 6,9%, natomiast dla zgonów wzrósł o ok. 0,3%. Alkohol jest trzecim dominującym behawioralnym czynnikiem ryzyka w DALY u mężczyzn – jego udział jest prawie pięciokrotnie wyższy niż w przypadku kobiet. Kluczowymi czynnikami ryzyka są również nieprawidłowa dieta oraz wysoki BMI, które istotnie przyczyniają się do wystąpienia lub nasilenia licznych problemów zdrowotnych.

W obszarze zdrowia publicznego podejmowanych jest wiele działań przez instytucje administracji rządowej, jak i samorządowej. Podmioty je realizujące określają te zadania jako trudne w realizacji, najczęściej z powodu ograniczonych środków finansowych, a następnie z powodu niewystarczających zasobów ludzkich i braku zainteresowania ze strony grupy docelowej.

Zgłaszalność na badania przesiewowe utrzymuje się na niskim poziomie, w szczególności na badania cytologiczne. Dodatkowo występuje duże zróżnicowanie pomiędzy województwami w stopniu uczestnictwa w badaniach.

3.7. Rekomendowane kierunki działań

→ Promowanie zdrowego stylu życia zgodnego z obowiązującą i potwierdzoną naukowo wiedzą medyczną. Podejmowanie aktywnych działań ukierunkowanych na czynniki ryzyka, które mają największy wpływ na stan zdrowia populacji, w tym w szczególności:

1) działania mające na celu ograniczenie spożycia alkoholu oraz palenia tradycyjnych wyrobów tytoniowych, wyrobów nowatorskich i papierosów elektronicznych. Ograniczenie dostępności tych produktów m.in. poprzez zwiększanie obciążeń podatkowych, ograniczenie reklam i promocji, a także prowadzenie kampanii społecznych i programów edukacyjnych;

2) promowania prawidłowego sposobu odżywiania, a także działania upowszechniające wiedzę na temat żywności o wysokiej wartości odżywczej oraz roli zbilansowanej diety w profilaktyce chorób cywilizacyjnych. Istotne jest budowanie właściwych nawyków żywieniowych od najmłodszych lat;

3) upowszechnianie aktywności fizycznej poprzez podejmowanie działań mających na celu zmianę nawyków jak największej liczby osób w tym zakresie. Istotne jest wprowadzenie zmian w sposobie organizacji szkolnych zajęć wychowania fizycznego, a także wspieranie aktywności dzieci i młodzieży poza szkołą. Poza tym należy ułatwić dostęp do obiektów sportowych finansowanych z funduszy publicznych dla wszystkich grup wiekowych.

→ Podjęcie działań o charakterze profilaktycznym, ukierunkowanych na osoby starsze w celu promowania ruchu, dostosowanego do potrzeb danej grupy wiekowej oraz wsparcie edukacyjno-informacyjne w zakresie profilaktyki zdrowotnej, ergonomii w czynnościach dnia codziennego, prewencji dysfunkcji psycho-ruchowych oraz zmiany stylu życia.

→ Upowszechnianie i monitorowanie programu profilaktycznego „Moje zdrowie”[77]. Działanie te ma na celu podniesienie świadomości zdrowotnej społeczeństwa, wczesne wykrywanie chorób, identyfikację indywidualnych zagrożeń dla zdrowia, a także zwiększenie zgłaszalności na badania profilaktyki wtórnej oraz profilaktyki pierwotnej. Przeprowadzanie systematycznych bilansów zdrowia społeczeństwa pozwala oceniać trendy epidemiologiczne, zaplanować profilaktykę i obserwować, jak zmieniają się zachowania zdrowotne społeczeństwa.

→ Działania promujące i informacyjne dotyczące realizacji szczepień, a także działania walczące z dezinformacją na temat ich szkodliwości, co pozytywnie wpłynie na większą wyszczepialność w populacji. Ułatwienie dostępu do szczepień np. poprzez wyznaczenie godzin popołudniowych dla szczepień obowiązkowych.

→ Wzmacnianie działań podejmowanych przez PIS oraz JST oraz tworzenie mechanizmów systemowych pozwalających na koordynowanie działań prozdrowotnych realizowanych w powiatach i gminach.

→ Zapewnienie odpowiedniego finansowania działań z zakresu zdrowia publicznego, łączącego istniejące, rozproszone źródła finansowania tych działań.

→ Wsparcie podmiotów realizujących działania z zakresu zdrowia publicznego, w szczególności JST, w procesie planowania i przeprowadzania działań, a także ewaluacji wyników. Może się to odbywać np. poprzez dostarczenie gotowych do wdrożenia programów z różnych zakresów zdrowia publicznego, opartych o podstawy naukowe i przynoszących pozytywne wyniki w oparciu o pilotaże.

→ Szkolenia dla kadry medycznej i personelu medycznego biorącego udział w realizacji działań profilaktycznych w zakresie efektywnej realizacji tych działań.

→ Podjęcie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe. Przede wszystkim należy poprawić zgłaszalność kobiet na badania cytologiczne, ale również mammograficzne. Ważne, aby badania były wykonywane regularnie, co w połączeniu z profilaktyką raka szyjki macicy i raka piersi pozytywnie wpłynęłoby na wskaźniki epidemiologiczne. Dzięki temu zmniejszyłby się również odsetek kobiet kierowanych do etapu pogłębionej diagnostyki.

→ Zwiększenia dostępu do szczepień przeciw wirusowi HPV, zarówno dla kobiet jak i mężczyzn, aby zminimalizować ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy i inne nowotwory.

→ Zachęcanie do wykonywania badań kolonoskopowych, które odgrywają istotną rolę w wykrywaniu raka jelita grubego we wczesnym stadium.

[77] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 584), które stanowi podstawę prawną dla uruchomienia programu „Moje Zdrowie” w miejsce programu „Profilaktyka 40+”.

→ Zapewnienie dostępu do programów odpowiadających na problem niepłodności, w tym dla osób w trakcie leczenia o potencjale upośledzającym płodność.

→ Realizacja działań w zakresie ochrony zdrowia kobiet m.in.: promowanie efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej.

→ Realizacja i rozszerzenia pozostałych programów profilaktycznych, a także wdrażanie kolejnych, które będą ukierunkowane na najbardziej obciążające społeczeństwo problemy zdrowotne.

→ Wzmocnienie realizacji NPChUK poprzez rozwój opieki koordynowanej, wdrażanie zintegrowanych ścieżek pacjenta oraz zwiększenie dostępności do diagnostyki i leczenia chorób sercowo-naczyniowych, w tym nadciśnienia tętniczego, choroby niedokrwiennej serca i udarów.

→ Realizacja koncepcji „10 dla serca" jako elementu zintegrowanych działań profilaktycznych w ramach NPChUK.

→ Kontynuacja i rozwój NSO, w szczególności poprzez zwiększenie dostępności do badań przesiewowych, rozwój nowoczesnych technologii diagnostycznych i terapeutycznych oraz poprawę jakości opieki onkologicznej w całym kraju.

4. Podstawowa opieka zdrowotna

POZ pełni kluczową rolę w systemie ochrony zdrowia jako pierwszy jego poziom. To właśnie tu pacjent zazwyczaj rozpoczyna swoją ścieżkę diagnostyczno-terapeutyczną, z wyjątkiem przypadków nagłych lub sytuacji, w których nie jest wymagane skierowanie. POZ pełni nie tylko funkcję leczniczą, ale również profilaktyczną i koordynującą. Obejmuje dostęp do badań diagnostycznych, leczenia schorzeń powszechnych, działań zapobiegawczych, pielęgnacji oraz edukacji zdrowotnej. Lekarz rodzinny lub lekarz POZ to nie tylko osoba udzielająca pomocy w chorobie, ale także przewodnik pacjenta w systemie – decyduje o dalszych etapach leczenia, kierując go np. do specjalisty czy na rehabilitację.

Główne cele POZ to:

- zapewnienie opieki zdrowotnej nad pacjentem i jego rodziną;
- koordynacja opieki zdrowotnej nad pacjentem w systemie ochrony zdrowia;
- identyfikacja potrzeb zdrowotnych populacji objętej opieką oraz realizacja działań profilaktycznych;
- rozpoznawanie i minimalizowanie zagrożeń dla zdrowia fizycznego i psychicznego;
- promocja zdrowia i dostarczanie opieki profilaktycznej dostosowanej do specyfiki różnych grup społecznych;
- edukacja pacjentów w zakresie odpowiedzialności za własne zdrowie i kształtowania postaw prozdrowotnych.

Każda osoba pełnoletnia, objęta ubezpieczeniem zdrowotnym, ma prawo wyboru lekarza, pielęgniarki oraz położnej POZ spośród osób świadczących usługi w ramach systemu. Wybór ten potwierdza się poprzez złożenie deklaracji – każdą z osobna, także w różnych placówkach. Bezpłatnie można tego dokonać dwa razy w roku kalendarzowym; kolejne zmiany są odpłatne.

Lekarz POZ odpowiada za kompleksową opiekę lekarską nad pacjentem, rozpoznawanie problemów zdrowotnych, leczenie, kierowanie na badania specjalistyczne i do leczenia szpitalnego oraz koordynację procesu terapeutycznego. Świadczenia mogą być udzielane zarówno w gabinecie, jak i w domu pacjenta.

Pielęgniarka POZ realizuje opiekę pielęgniarską w zakresie promocji zdrowia, profilaktyki, zabiegów diagnostycznych i leczniczych oraz opieki nad osobami chorymi i zdrowymi. Na zlecenie lekarza wykonuje zabiegi w gabinecie lub w domu. Od 1 stycznia 2016 r., pielęgniarka POZ posiadając odpowiednie uprawnienia, może również ordynować wybrane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia oraz wyroby medyczne, co odciąża lekarzy i zwiększa dostępność świadczeń.

Położna POZ zapewnia opiekę w zakresie ginekologii, położnictwa i neonatologii, obejmując edukację w zakresie planowania rodziny, opiekę nad kobietą w ciąży, po porodzie, nad noworodkiem i niemowlęciem, jak również nad kobietami z chorobami ginekologicznymi. Podejmuje działania profilaktyczne ukierunkowane m.in. na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania sprawuje opiekę zdrowotną nad uczniami realizującymi obowiązek szkolny – od obligatoryjnego rocznego przygotowania przedszkolnego aż do szkoły ponadpodstawowej (nie dłużej niż do ukończenia 18. r.ż.). W przypadku uczniów niepełnosprawnych, niedostosowanych społecznie lub zagrożonych niedostosowaniem społecznym opieka pielęgniarki szkolnej może być wydłużona do 20. r.ż. w przypadku szkoły podstawowej bądź 24. r.ż. w przypadku szkoły ponadpodstawowej. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania prowadzi przesiewowe badania zdrowotne, wspiera uczniów z chorobami przewlekłymi, udziela pomocy doraźnej w nagłych sytuacjach oraz uczestniczy w realizacji edukacji zdrowotnej.

Model finansowania POZ oparty jest na kapitacyjnym systemie płatności, w którym świadczeniodawca otrzymuje miesięczną stawkę ryczałtową za każdą osobę zapisaną na liście pacjentów. Dodatkowe źródła finansowania obejmują budżet powierzony diagnostyczny, budżet opieki koordynowanej, opłatę zadaniową oraz dodatek motywacyjny za wyniki leczenia i jakość opieki.

W ostatnich latach wprowadzono szereg zmian systemowych regulujących zakres oraz sposób udzielania i finansowania świadczeń POZ. Nowe rozwiązania mają na celu wzmocnienie roli POZ w systemie ochrony zdrowia, poprzez zwiększenie dostępności do procedur diagnostycznych oraz podniesienie jakości i efektywności świadczonej opieki medycznej. Celem wdrażanych zmian są m.in. przyspieszenie procesu diagnostycznego i skrócenie kolejek do lekarzy specjalistów (odciążenie AOS).

Przepisy, które weszły w życie 5 listopada 2019 r., umożliwiły lekarzom, pielęgniarkom i położnym POZ udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie teleporad[78]. Na początku teleporady nie były szeroko stosowane, jednak pandemia COVID-19 spowodowała znaczący wzrost ich liczby. Od 20 marca 2020 r., wprowadzenie stanu epidemii w Polsce sprawiło, że teleporady stały się powszechną formą udzielania opieki, z której korzystało aż 80% pacjentów w pierwszych miesiącach epidemii[79]. Teleporady umożliwiły m.in. wystawianie e-recept, e- skierowań oraz e-zwolnień, zapewniając ciągłość opieki zdrowotnej i zmniejszając ryzyko zakażenia dla pacjentów i personelu medycznego.

W odpowiedzi na rosnącą popularność telemedycyny i konieczność zapewnienia odpowiedniej jakości udzielanych świadczeń, MZ we współpracy z Konsultantem Krajowym w dziedzinie medycyny rodzinnej, opracowało standardy organizacyjne oraz wytyczne dotyczące teleporad w POZ. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (Dz. U. z 2022 r. poz. 1194) określono m.in. zasady dotyczące rejestracji pacjentów, potwierdzania ich tożsamości oraz wymogów zachowania poufności podczas teleporad. Zostały również określone sytuacje, w których

[78] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2120).

[79] Raport z badania satysfakcji pacjentów korzystających z teleporad u lekarza POZ w okresie epidemii Covid-19, Departament Obsługi Pacjenta NFZ, raport dostępny na stronie internetowej: https://www.nfz.gov.pl/aktualnosci/aktualnosci-centrali/teleporady-zbior-zasad-i-dobrych-praktyk-dla-lekarzy-poz,7788.html.

teleporada nie może zastąpić wizyty osobistej, np. w przypadku zaostrzenia chorób przewlekłych, podejrzenia chorób nowotworowych czy w leczeniu dzieci do 6. r.ż. [80] [81].

Od 1 lipca 2022 r. POZ dysponuje tzw. budżetem powierzonym, w ramach którego lekarze mogą zlecać szeroki zakres badań diagnostycznych, w tym te, które wcześniej były dostępne wyłącznie w AOS. Pakiet ten obejmuje m.in. badania biochemiczne, immunochemiczne, testy diagnostyczne na H. pylori oraz testy w kierunku alergii[82]. Z kolei, od 1 listopada 2023 r., lekarze POZ mogą zlecać badania diagnostyczne w kierunku alergii wziewnych i pokarmowych[83,84].

Model opieki koordynowanej w placówkach POZ, wprowadzony 1 października 2022 r., ma na celu poprawę diagnostyki i zapewnienie kompleksowej opieki zdrowotnej pacjentom z przewlekłymi chorobami[85]. Od 1 lipca 2023 r. z opieki koordynowanej mogą korzystać również pacjenci poniżej 18. r.ż. w uzasadnionych przypadkach. Początkowo model obejmował cztery główne obszary:

1) diagnostyka i leczenie nadciśnienia tętniczego, niewydolności serca, przewlekłej choroby niedokrwiennej serca oraz migotania przedsionków (kardiologia);
2) diagnostyka i leczenie cukrzycy (diabetologia);
3) diagnostyka i leczenie astmy oskrzelowej oraz przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (pulmonologia);
4) diagnostyka i leczenie niedoczynności tarczycy oraz diagnostyka guzków pojedynczych i mnogich tarczycy (endokrynologia).

[80] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach POZ (Dz. U. poz. 427).

[81] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 sierpnia 2020 r. w sprawie standardu organizacyjnego teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2022 r., poz. 1194).

[82] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (Dz. U. poz. 1293).

[83] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (Dz. U. poz. 2226).

[84] Badania w kierunku alergii obejmują: immunoglobuliny E całkowite (IgE),immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 10-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych i pokarmowych oraz immunoglobuliny E swoiste (IgE) z panelem 20-punktowych oznaczeń dotyczącym alergii wziewnych i pokarmowych.

[85] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 września 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu Podstawowej Opieki Zdrowotnej (Dz. U. poz. 1965).

Od 1 listopada 2023 r. rozszerzono opiekę o diagnostykę i leczenie przewlekłej choroby nerek (nefrologia) oraz poszerzono zakres diabetologii o stany przedcukrzycowe i endokrynologii o nadczynność tarczycy[86].

W ramach opieki koordynowanej pacjenci otrzymują roczną poradę kompleksową, obejmującą wywiad, badanie przedmiotowe, analizę wyników badań i leczenia, zalecenie konsultacji oraz opracowanie IPOM. Świadczenia realizowane są przez interdyscyplinarny zespół terapeutyczny, w skład którego wchodzą lekarz, pielęgniarka, dietetyk i, w razie potrzeby, specjalista. Koordynator odpowiada za organizację procesu opieki, w tym monitorowanie dokumentacji, kontakt z pacjentem i ustalanie harmonogramu wizyt[87]. Program opieki koordynowanej jest dobrowolny, a placówki POZ mogą świadczyć usługi w zakresie jednej lub kilku specjalizacji. W 2024 r. około 40% placówek POZ oferuje tę formę opieki. Świadczenia finansowane są z osobnego budżetu powierzonego opieki koordynowanej, który stanowi dodatkowe źródło finansowania.

Wdrożenie opieki koordynowanej w ramach POZ pozwala na zapewnienie pacjentom kompleksowej i zindywidualizowanej opieki medycznej, skrócenie czasu oczekiwania na konsultacje i badania diagnostyczne oraz podniesienie wiedzy dzięki edukacji zdrowotnej. Z perspektywy systemu ochrony zdrowia, realizacja opieki koordynowanej znacząco wzmacnia rolę POZ. MZ przewiduje, że w najbliższych latach kolejne placówki POZ będą sukcesywnie dołączać do programu. Planowane jest także poszerzenie opieki koordynowanej o nowe zakresy dziedzinowe, takie jak: leczenie otyłości, leczenie zespołu bólowego grzbietu oraz zaangażowanie POZ w ścieżkę onkologiczną.

4.1. Wyniki analiz

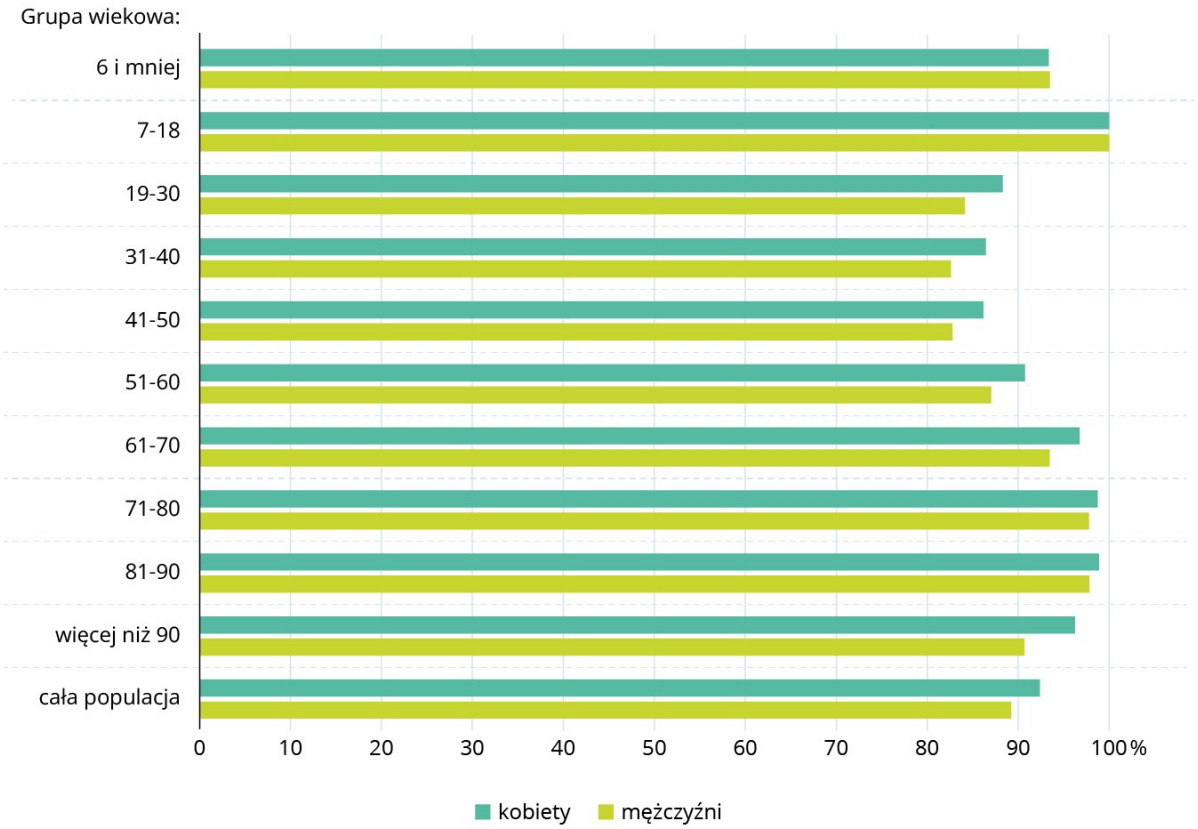
Listy aktywne

W 2023 r. na listach aktywnych znajdowało się 34,2 mln osób, co stanowiło 90,86% populacji RP. Dla porównania, w 2019 r. liczba ta wynosiła 34,09 mln, co odpowiadało 88,82% ogółu mieszkańców. Struktura demograficzna osób zapisanych do POZ wskazuje na wyraźne zróżnicowanie pod względem płci i wieku. Kobiety stanowią większy odsetek zapisanych pacjentów we wszystkich kategoriach wiekowych. W grupie osób w wieku 30-40 lat nastąpił wzrost poziomu rejestracji – do 82,61% wśród mężczyzn oraz 86,45% wśród kobiet. Z kolei w grupie wiekowej 18-50 lat zauważalny jest spadek liczby pacjentów pozostających na liście aktywnej. Najwyższy odsetek dorosłych osób objętych opieką POZ odnotowano w przedziale wiekowym 80-90 lat – odpowiednio 97,82% w przypadku mężczyzn oraz 98,89% w przypadku kobiet.

[86] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2023 r. poz. 2226).

[87] Zgodnie z §14 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (Dz. U. z 2025 r. poz. 515), świadczeniodawca jest zobowiązany do wyznaczenia osoby odpowiedzialnej za organizację procesu udzielania świadczeń zdrowotnych.

Rysunek 40. Struktura ludności zapisanej na listach aktywnych według płci i grupy wiekowej w 2023 r.

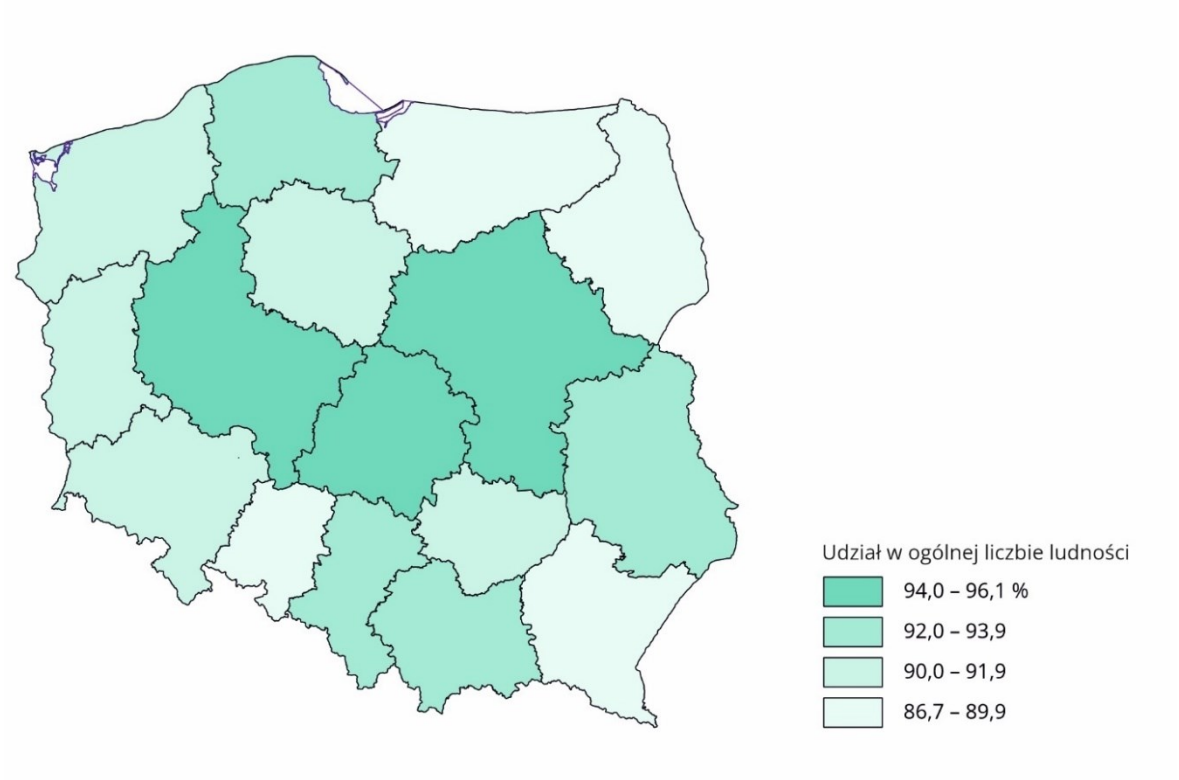


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz danych GUS

Analiza liczby ludności zapisanej do POZ z uwzględnieniem podziału terytorialnego na obszary miejskie i wiejskie wskazuje na istotne różnice. Na listach aktywnych POZ figurowało 93,79% mieszkańców miast oraz 85,63% ludności zamieszkującej tereny wiejskie. W ujęciu wojewódzkim odsetek kobiet zapisanych do POZ wahał się od 86,69% (województwo opolskie) do 96,11% (województwo łódzkie), natomiast w przypadku mężczyzn – od 83,46% do 92,94% odpowiednio w tych samych województwach.

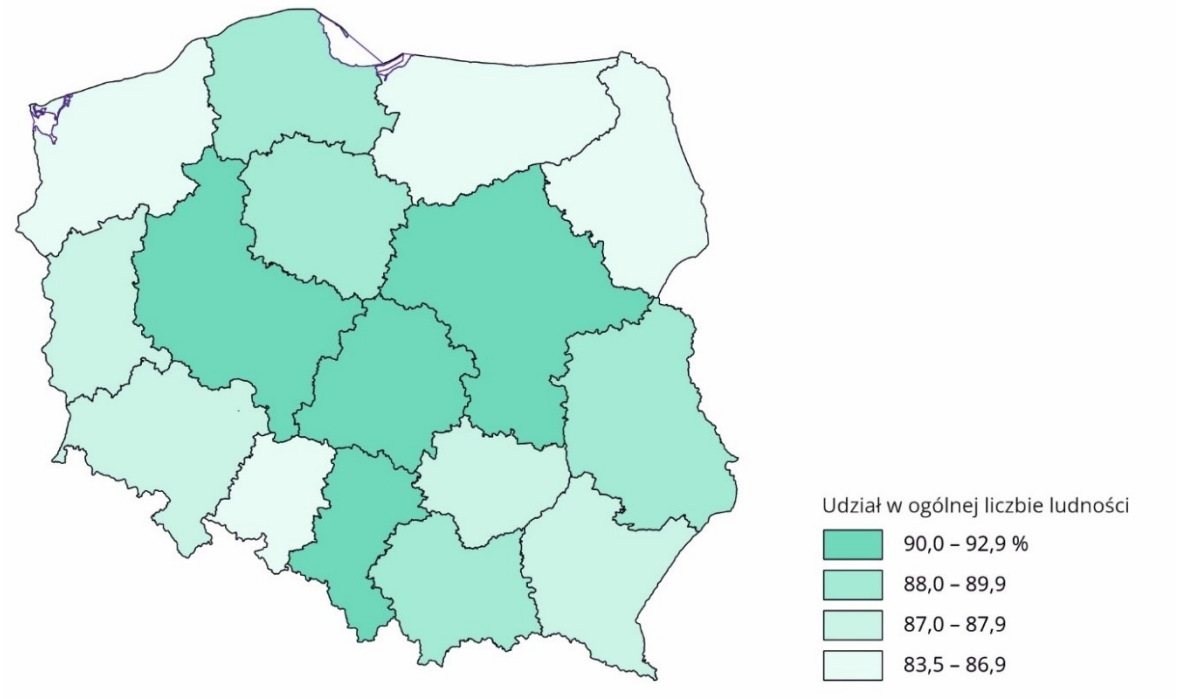
W miastach na prawach powiatu, które pełnią jednocześnie funkcję siedzib powiatów obwarzankowych, odnotowano szczególnie wysoką liczbę zapisanych pacjentów. W skrajnych przypadkach liczba osób na listach aktywnych przewyższa liczbę mieszkańców danego miasta nawet o 44%, jak miało to miejsce w Zamościu (województwo lubelskie).

Rysunek 41. Kobiety zapisane na listach aktywnych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz danych GUS

Rysunek 42. Mężczyźni zapisani na listach aktywnych w 2023 r.



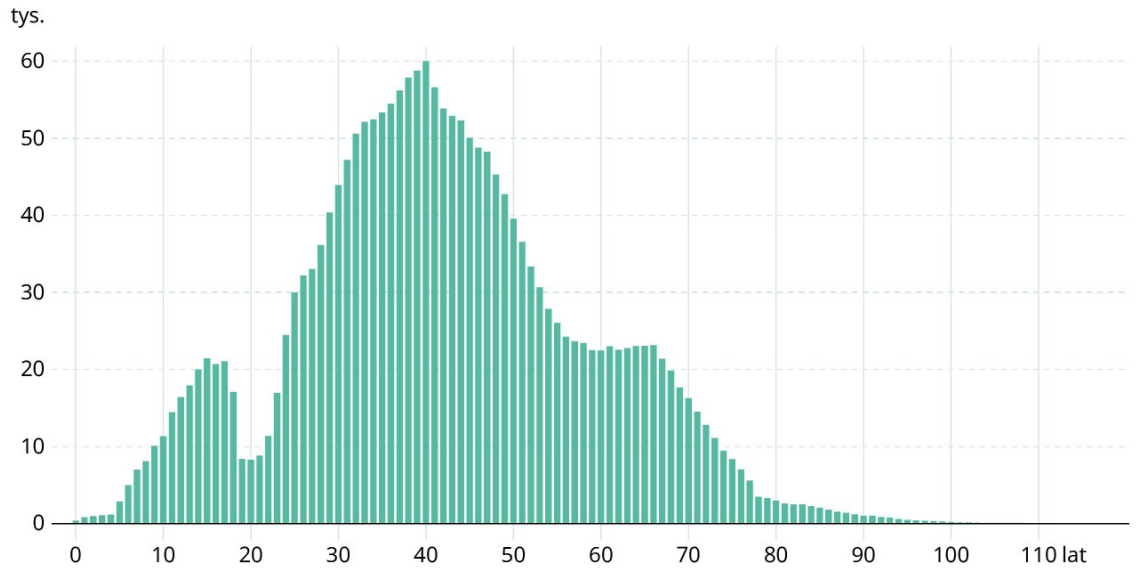
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz danych GUS

Analizy porównawcze pomiędzy listami aktywnymi a populacją określaną przez wskaźniki demograficzne GUS wskazały na obecność procesów migracyjnych. W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywała demografia GUS. W okolicznych gminach wiejskich tendencja była z kolei odwrotna. Procesy te były istotnie mniej widoczne w najstarszych grupach wiekowych, co wskazuje na to, że osoby starsze są relatywnie bardziej skłonne do korzystania z lokalnie dostępnych placówek POZ.

Pacjenci w POZ

Świadczenia w ramach POZ powinny obejmować nie tylko sytuacje nagłego pogorszenia stanu zdrowia lub złego samopoczucia spowodowanego chorobami przewlekłymi, ale także działania profilaktyczne i edukacyjne. W związku z tym, kluczowe jest monitorowanie wskaźników dotyczących pacjentów, którzy w ogóle nie korzystają z POZ lub robią to bardzo rzadko (pacjenci *out-of-care*). Z danych NFZ wynika, że w 2023 r. w całej populacji kraju 6,2% pacjentów zapisanych do POZ (7,8% mężczyzn i 4,7% kobiet) nie skorzystało z żadnej wizyty w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego w latach 2019-2023.

Rysunek 43. Rozkład liczby pacjentów (w zależności od ich wieku), którzy nie korzystali z POZ w okresie 5 lat wstecz w 2023 r.



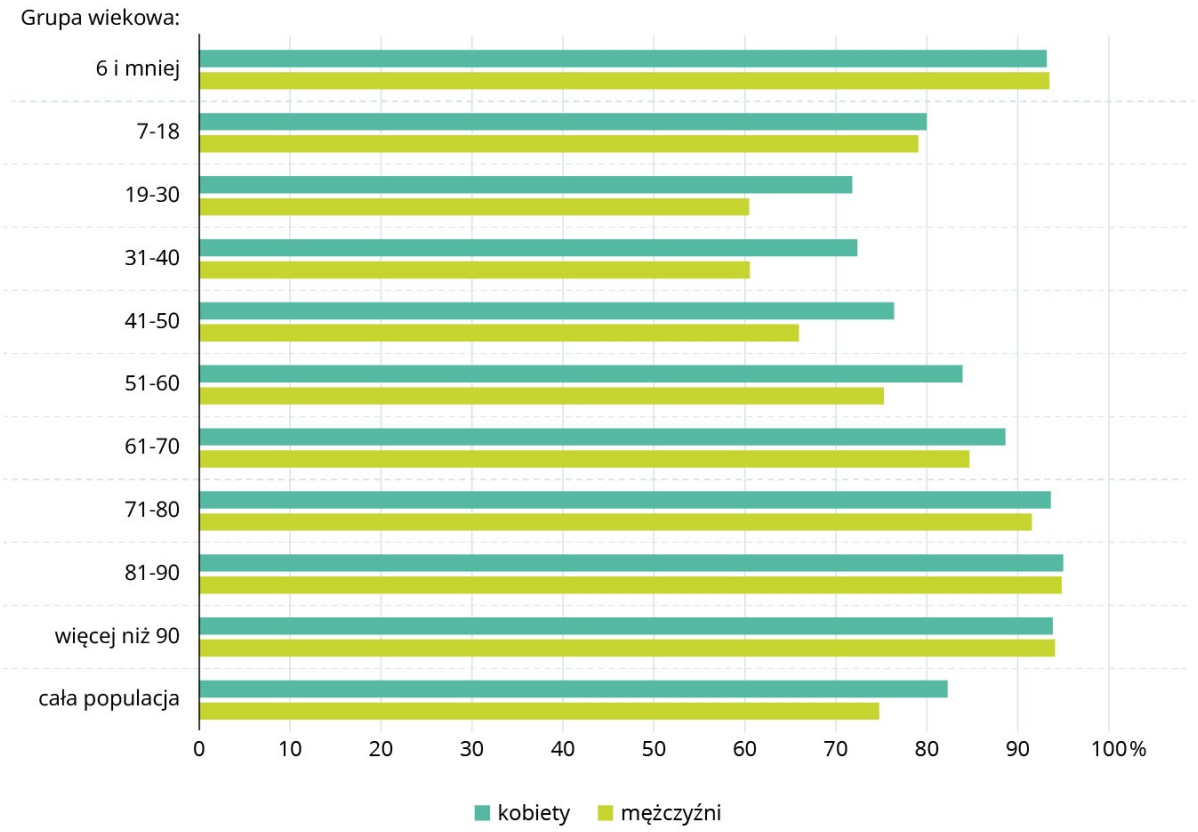
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. 78,85% spośród 34,2 mln osób zapisanych do POZ skorzystało z co najmniej jednej wizyty w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Wskaźnik ten wzrósł w porównaniu do 2019 r., kiedy wynosił 77,58%. Zdecydowanie najwyższy poziom aktywności odnotowano wśród osób starszych – około 95% kobiet i mężczyzn w wieku 80-90 lat odbyło wizytę w POZ w ciągu danego roku. Z kolei najniższy udział odnotowano wśród mężczyzn w wieku 18-30 lat (60,57%) oraz 30-40 lat (60,64%), co potwierdza, że młodsze grupy wiekowe, zwłaszcza mężczyźni, zdecydowanie rzadziej korzystają ze świadczeń POZ. W ujęciu ogólnym, najwyższy odsetek pacjentów niekorzystających z usług POZ w okresie ostatnich pięciu lat występuje właśnie w grupie wiekowej 30-40 lat. Udział osób, które nie zgłosiły się do POZ

w ciągu pięciu lat, wzrasta do około 40. r.ż., z punktowym spadkiem w wieku 19-20 lat, a następnie maleje w starszych grupach wiekowych, osiągając poziom około 1,5% w przedziale 80-90 lat. Wśród dzieci w wieku do 5 lat odsetek pacjentów, którzy nigdy nie odbyli wizyty w POZ, wyniósł zaledwie 0,52%.

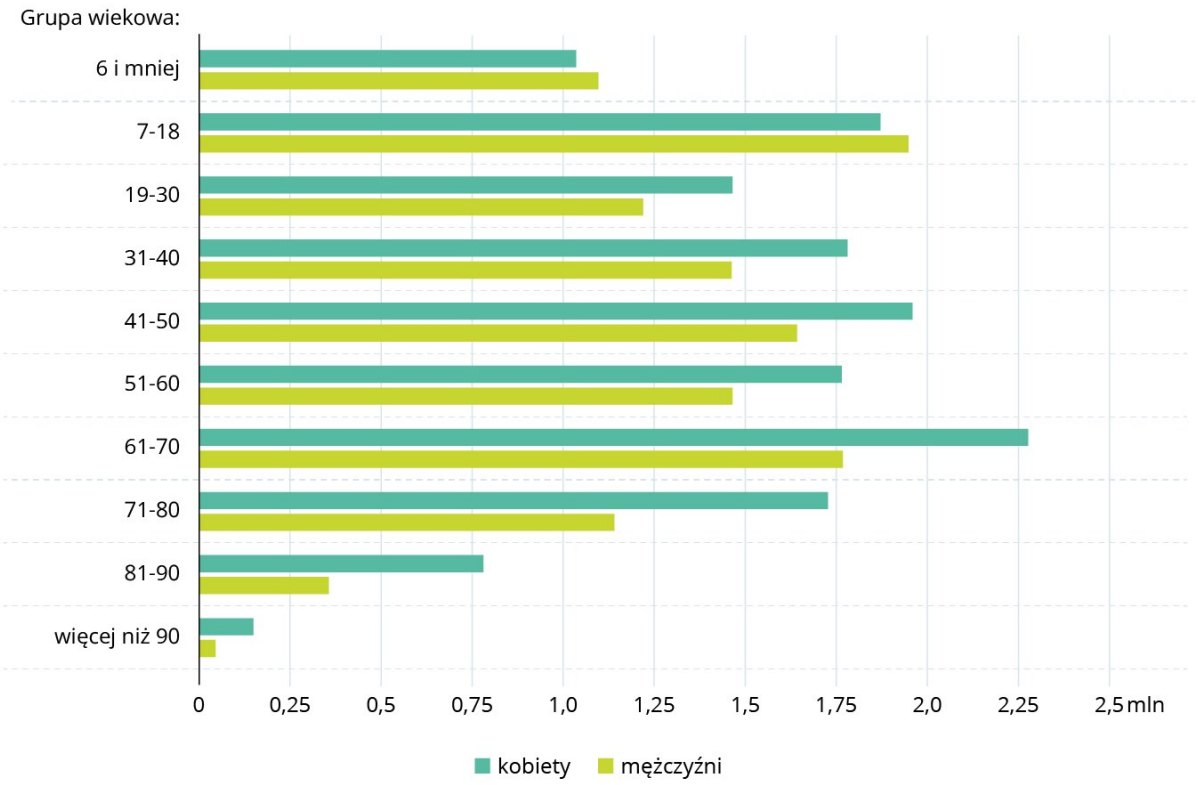
Różnice w korzystaniu z POZ widoczne są także w ujęciu terytorialnym. W miastach co najmniej jedną wizytę w 2023 r. odbyło 78,16% pacjentów zapisanych do POZ, natomiast na obszarach wiejskich wskaźnik ten był nieco wyższy i wyniósł 80,03%. Analizując dane według województw, zauważalne są istotne różnice między regionami. Wśród kobiet najniższy poziom korzystania z POZ odnotowano w województwie mazowieckim (79,84%), a najwyższy w lubelskim (86,61%). W przypadku mężczyzn najniższy odsetek wystąpił również w województwie mazowieckim (69,14%), natomiast najwyższy – ponownie w województwie lubelskim (78,01%).

Rysunek 44. Struktura ludności korzystającej z POZ według płci i grupy wiekowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rysunek 45. Rozkład liczby pacjentów korzystających z POZ według płci i grupy wiekowej w 2023 r.



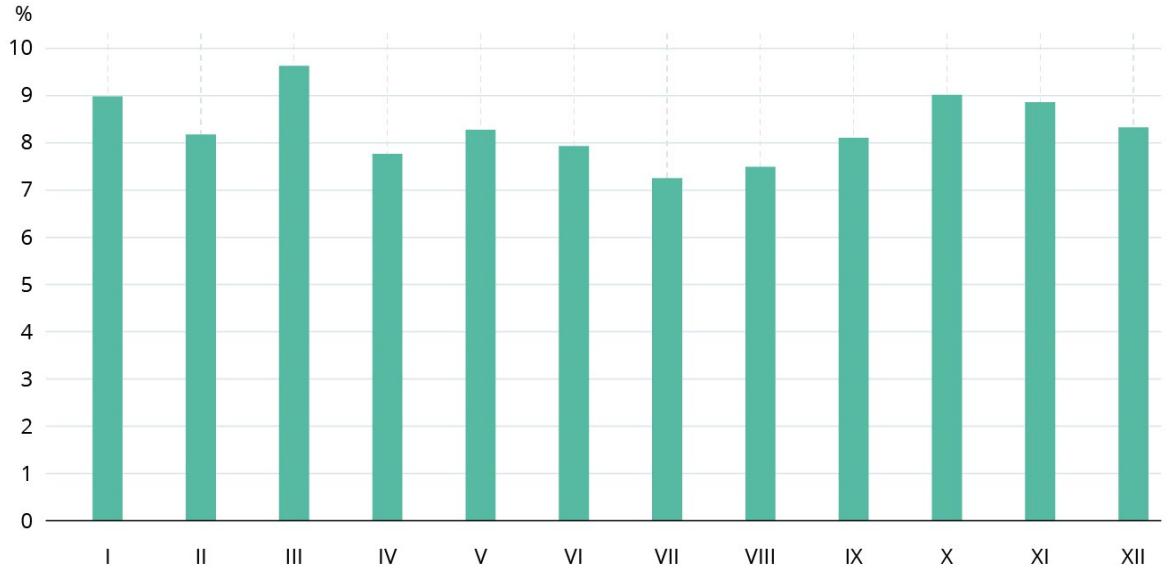
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Podstawowe statystyki i sezonowość

W 2023 r. zrealizowano ponad 174 mln wizyt w ramach POZ. Najwięcej wizyt na jednego pacjenta odnotowano w województwie lubelskim (6,59 wizyty), a najmniej w województwie mazowieckim (5,7 wizyty). Również w przypadku wizyt realizowanych w ramach NiŚOZ zauważalne są różnice pomiędzy województwami. Najwięcej wizyt na jednego pacjenta zrealizowano w województwie podkarpackim (1,94 wizyty), natomiast najmniej w województwie łódzkim (1,59). Średnio na jednego obywatela RP przypadało 4,64 wizyty w POZ. Wartość ta różni się w zależności od województwa - najniższy wskaźnik odnotowano w województwie mazowieckim (4,04 wizyty), natomiast najwyższy w województwie lubelskim (5,23 wizyty).

W 2023 r. zaobserwowano również sezonowość świadczeń zdrowotnych. Najmniejsza liczba wizyt miała miejsce w lipcu (7,26% wszystkich wizyt), a największa w marcu (9,65% wszystkich wizyt). Jest to zgodne z wieloletnią tendencją – średnia dla lat 2016-2023 również wskazuje na marzec jako miesiąc z największą liczbą wizyt (9,39%), a lipiec jako miesiąc z najmniejszą (7,41%).

Rysunek 46. Procentowy udział świadczeń zdrowotnych zrealizowanych w poszczególnych miesiącach 2023 r.

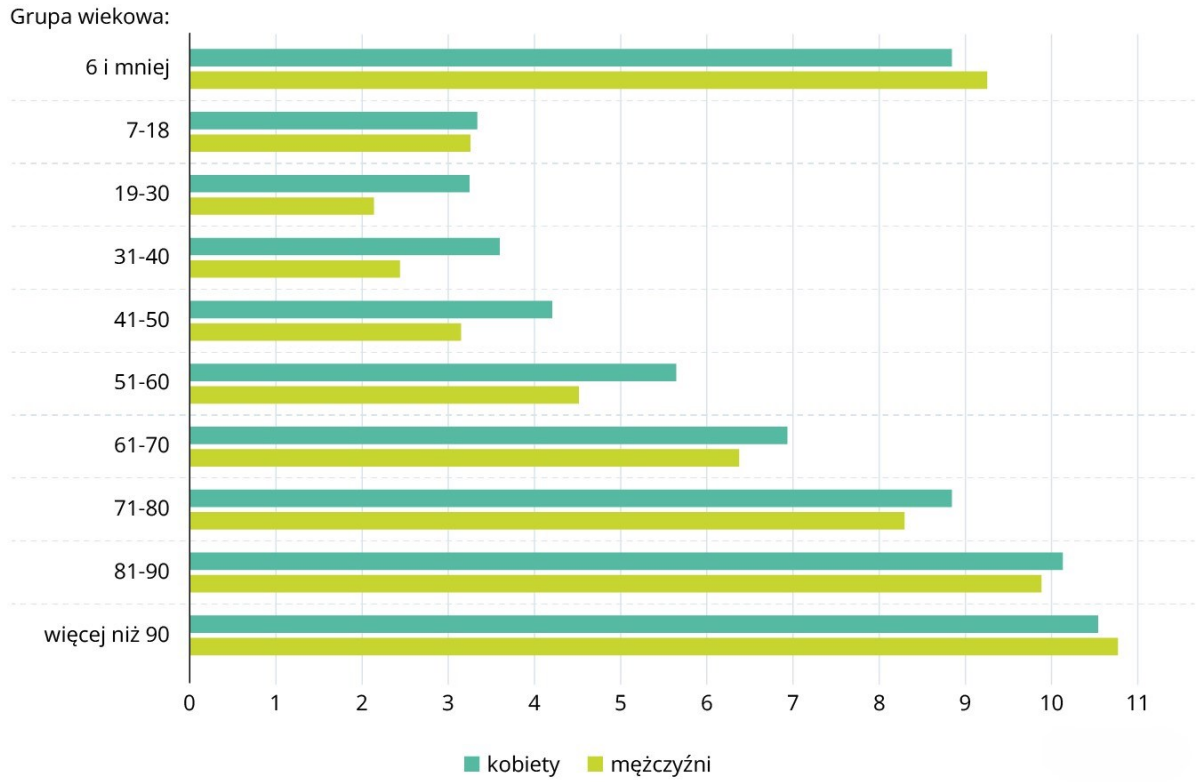


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Zaobserwowano istotne zróżnicowanie liczby wizyt w zależności od wieku i płci pacjentów. Najczęściej ze świadczeń POZ korzystają kobiety w wieku 61-70 lat — grupa ta liczy 2,29 mln osób, co odpowiada 89% tej populacji. W analizowanym okresie kobiety te odbyły łącznie 17,87 mln wizyt, co daje średnio 6,92 wizyty na jedną osobę.

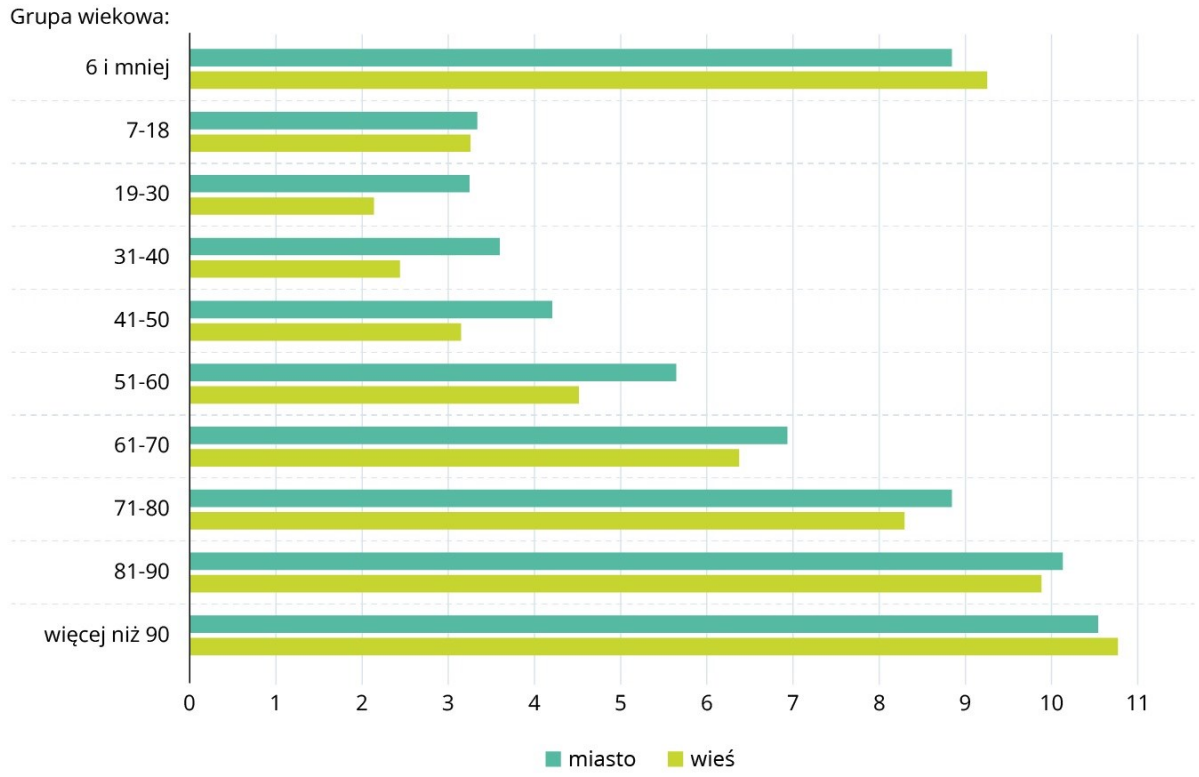
Wśród dorosłych mężczyzn najwyższy odsetek korzystających również przypada na przedział wiekowy 61-70 lat. Liczba korzystających w tej grupie wyniosła 1,79 mln osób, co stanowi 85% zapisanych na listach aktywnych. Mężczyźni ci zrealizowali łącznie 13,45 mln wizyt, co przekłada się na średnio 6,37 wizyty na jednego pacjenta zapisanego na listach aktywnych.

Rysunek 47. Rozkład średniej liczby wizyt według grup wiekowych z uwzględnieniem podziału na płeć w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rysunek 48. Rozkład średniej liczby wizyt według grup wiekowych z uwzględnieniem podziału na obszar zamieszkania w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Raportowane problemy zdrowotne

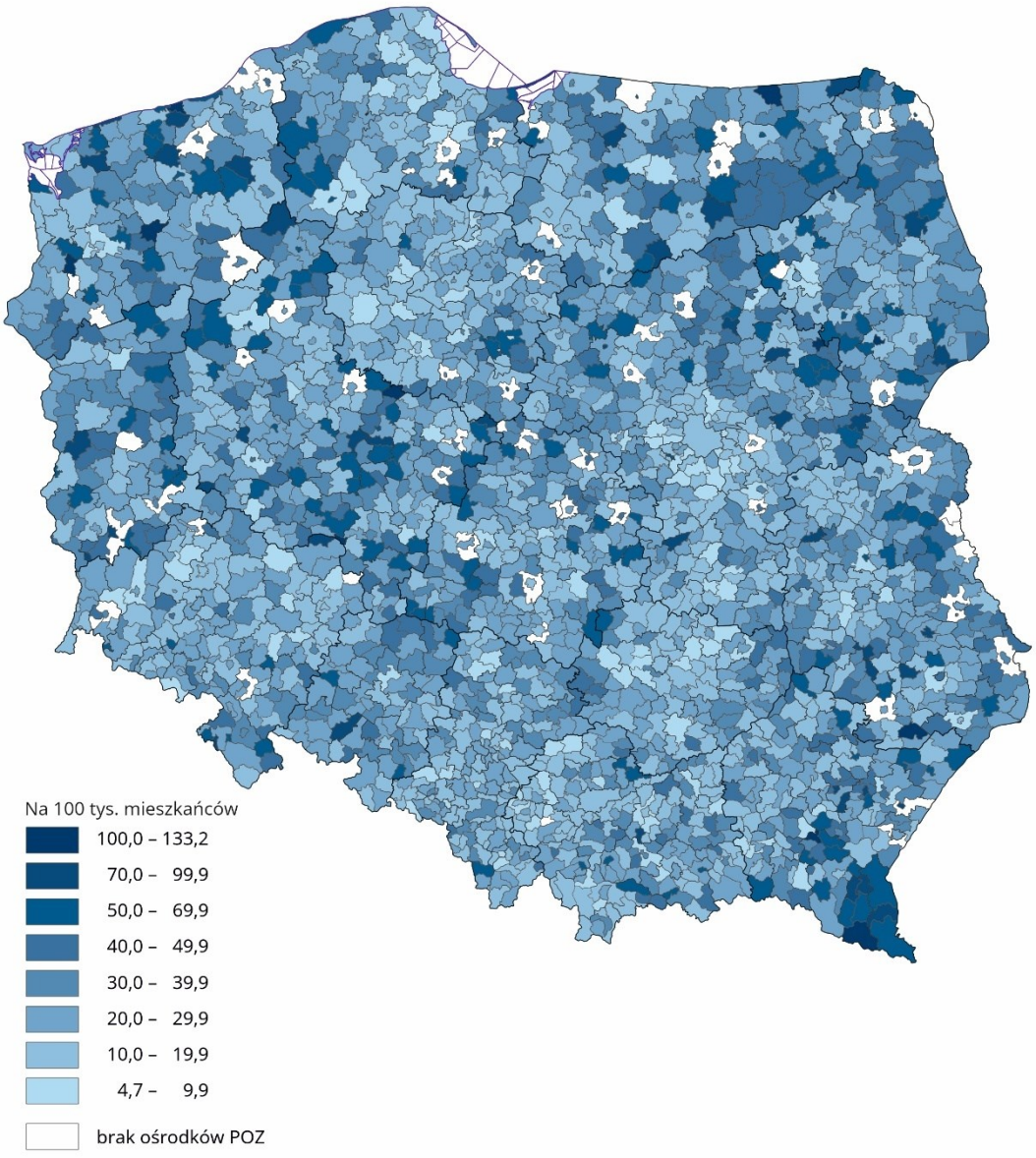
W 2023 r. największy odsetek wizyt w ramach POZ został zaklasyfikowany przy użyciu kodu „Z" według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób ICD-10. Kody te, obejmujące łącznie 35,6% wszystkich świadczeń udzielonych w POZ, odnoszą się głównie do czynności niemających charakteru bezpośredniego leczenia, takich jak powtórne wystawianie recept, kontrole okresowe czy inne, niesprecyzowane konsultacje o charakterze administracyjno-medycznym. W przypadku wizyt, które sprawozdano z kodem innym niż „Z", najczęściej raportowanymi jednostkami chorobowymi były: samoistne (pierwotne) nadciśnienie tętnicze – 14,92 mln wizyt (8,58% ogółu), ostre zakażenia górnych dróg oddechowych – 9,08 mln wizyt (5,22%), a także ostre zapalenie nosa i gardła (potocznie: przeziębienie) – 6,36 mln wizyt (3,66%).

Dominujące rozpoznania wykazują zróżnicowanie w zależności od wieku pacjentów. W najmłodszych grupach wiekowych (0-6 lat oraz 6-18 lat) najczęściej odnotowywanym rozpoznaniem było ostre zapalenie nosa i gardła, natomiast wśród dzieci starszych i młodych dorosłych (6-18 oraz 18-30 lat) dominowały ostre zakażenia górnych dróg oddechowych o nieokreślonej lokalizacji. W populacji powyżej 30. r. ż., poza kodami „Z", najczęściej rozpoznawaną jednostką chorobową było nadciśnienie tętnicze pierwotne, przy czym struktura rozpoznań w tych grupach wykazuje dodatkowe różnice zależne od płci pacjenta.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

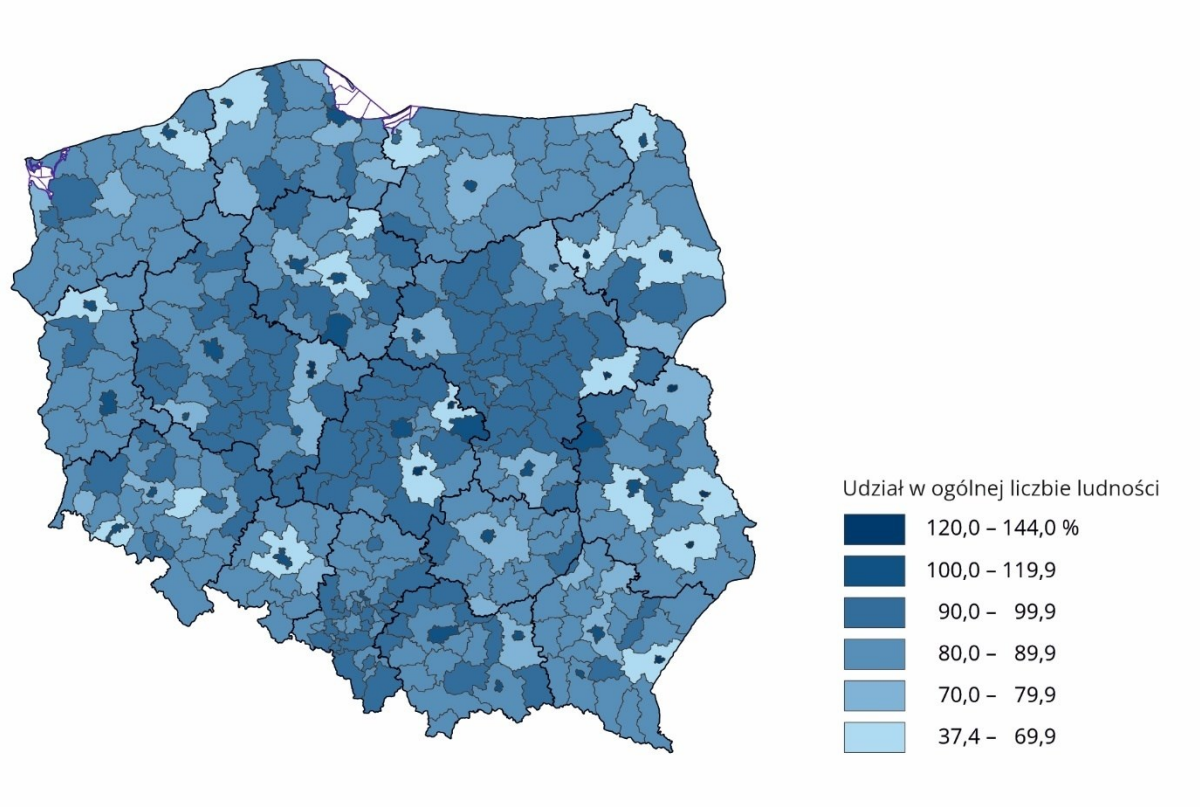
Mając na uwadze, że POZ stanowi pierwszy i kluczowy element systemu ochrony zdrowia, zapewnienie swobodnego i nieograniczonego dostępu do placówek świadczących te usługi jest kwestią fundamentalną. Dane dotyczące odsetka pacjentów zapisanych do placówek POZ w miejscu zamieszkania, analizowane na poziomie powiatów i gmin, wskazują na istnienie 12 powiatów (3,16% ogółu), w których co najmniej 25% pacjentów odbywa wizyty w POZ poza miejscem zamieszkania. Ponadto, w 2023 r. odnotowano 56 gmin (2,26% wszystkich jednostek tego szczebla), w których nie funkcjonowała żadna placówka POZ — co stanowi wzrost o 7 gmin w porównaniu do 2019 r.

Rysunek 49. Ośrodki realizujące świadczenia POZ w gminach w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

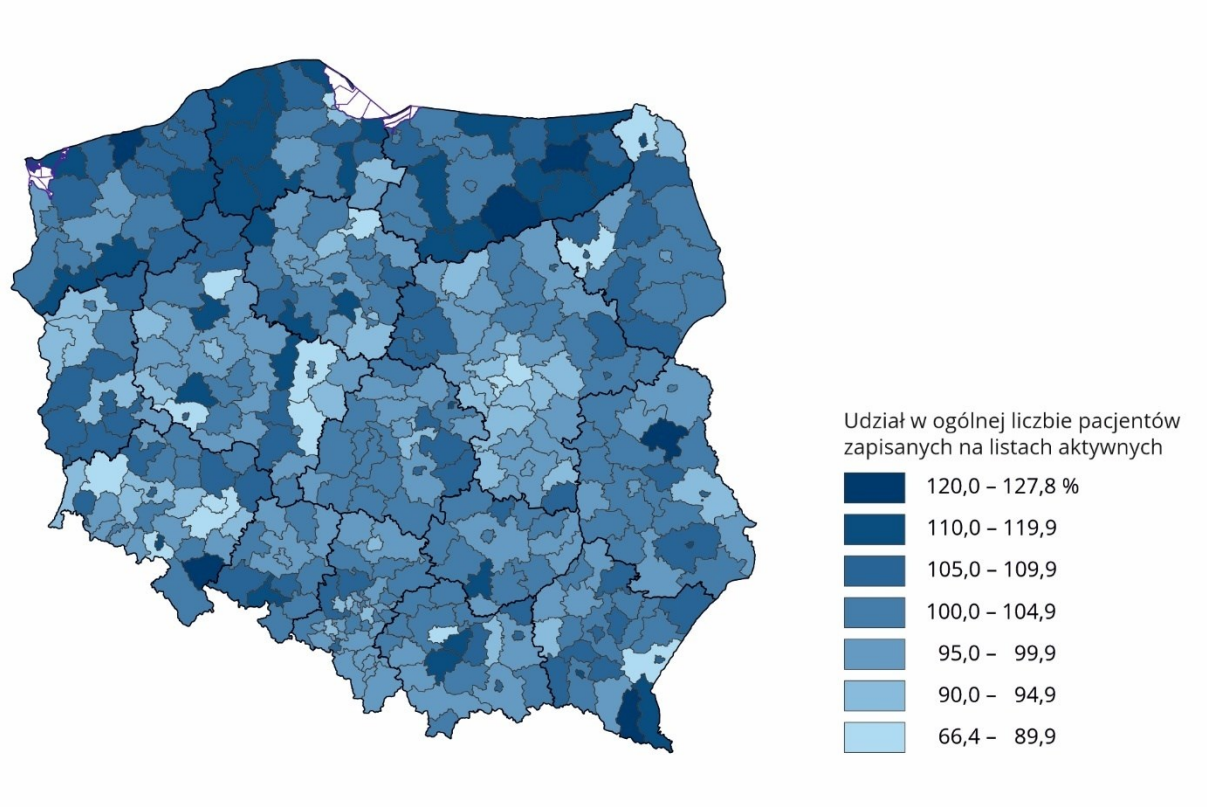
Rysunek 50. Pacjenci zapisani na listach aktywnych POZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza danych na poziomie gmin wskazuje na występowanie tzw. „gmin obwarzankowych" – obszarów otaczających większe ośrodki miejskie, z których znaczna część pacjentów udaje się do sąsiednich miast w celu skorzystania ze świadczeń w ramach POZ. W powiatach nadmorskich obserwuje się natomiast zjawisko podwyższonej liczby jednorazowych wizyt, co skutkuje sytuacją, w której rzeczywista liczba pacjentów korzystających ze świadczeń przekracza liczbę osób zapisanych na listach aktywnych – nierzadko powyżej 100%. Podobne tendencje, choć na mniejszą skalę, występują również w wybranych powiatach górskich.

Rysunek 51. Pacjenci korzystający ze świadczeń POZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Opieka nad dziećmi i młodzieżą

W dniu 12 kwietnia 2019 r. Sejm uchwalił ustawę o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz. U. poz. 1078), która reguluje kwestie związane z zapewnieniem kompleksowej i systematycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży. Ustawa ta określa rolę pielęgniarki/higienistki szkolnej jako osoby koordynującej, wskazując jednocześnie obszary współpracy między wszystkimi podmiotami i osobami odpowiedzialnymi za sprawowanie opieki nad uczniami, w tym pielęgniarką/higienistką szkolną, lekarzem dentystą, lekarzem POZ, a także dyrektorem szkoły, organem prowadzącym szkołę, rodzicami, nauczycielami oraz innymi pracownikami szkoły, takimi jak pedagog szkolny. Współpraca ta opiera się na wymianie informacji oraz podejmowaniu wspólnych działań, szczególnie w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. W części dotyczącej opieki stomatologicznej ustawa ta się nie przyjęła.

Zgodnie z ustawą, organ prowadzący szkołę ma obowiązek zapewnienia uczniom dostępu do gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole. W przypadku, gdy szkoła nie dysponuje takim gabinetem, pielęgniarka/higienistka szkolna świadczy usługi w ramach umowy z NFZ, w miejscu takim jak poradnia POZ. Ponadto ustawa nakłada na organ prowadzący szkołę obowiązek zapewnienia uczniom dostępu do gabinetu dentystycznego. W przypadku braku gabinetu dentystycznego w szkole, organ ten zobowiązany jest do zawarcia porozumienia z podmiotem świadczącym publiczne usługi stomatologiczne dla dzieci, tzw. podmiotem

współpracującym. Dodatkowo, w celu zapewnienia dostępności świadczeń stomatologicznych, wykorzystywane są dentobusy.

W ramach usprawnienia pracy pielęgniarki/higienistki szkolnej oraz współpracy z lekarzami POZ, zostały podjęte działania zmierzające do informatyzacji opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym wdrożenie EDM.

Od 1 czerwca 2023 r. realizowany jest Powszechny Program Szczepień przeciw wirusowi HPV, obejmujący dziewczęta oraz chłopców w wieku 9 – 14 lat. Początkowo programem objęci byli 12- i 13-latkowie, jednak od września 2024 r. szczepienia dotyczą dzieci od ukończenia 9. r. ż. Program szczepień jest dobrowolny i bezpłatny, a pełny schemat szczepienia wymaga przyjęcia dwóch dawek szczepionki. Badanie kwalifikacyjne, w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia ochronnego u dzieci powyżej 9. r.ż., przeprowadzają lekarze, pielęgniarki lub położne. Szczepienia są wykonywane w placówkach POZ, a od września 2024 r. mogą być także realizowane w szkołach podstawowych (każda szkoła niezależnie podejmuje decyzję, czy będzie realizować szczepienia w swojej placówce). Szczepienia są przeprowadzane w odpowiednio przystosowanych pomieszczeniach, takich jak gabinet profilaktyki zdrowotnej. Koordynację szczepień w szkołach przejmuje dyrektor szkoły lub wskazana przez niego osoba (koordynator szkolny), a całość realizowana jest we współpracy z kuratorami oświaty i powiatowymi stacjami sanitarno-epidemiologicznymi.

Równocześnie do przeprowadzania zalecanych szczepień u dziewcząt i chłopców od ukończenia 14. r.ż. do ukończenia 18. r.ż. (osób poza NSO) dostępna jest bezpłatnie szczepionka przeciw wirusowi HPV.

Pacjenci POZ w szpitalu i AOS

Efektywna współpraca POZ z innymi formami opieki zdrowotnej, w szczególności z AOS, stanowi kluczowy element kompleksowej opieki nad pacjentem. W 2023 r. 55% pacjentów zapisanych do POZ skorzystało również z wizyt w AOS, co stanowi minimalny spadek w porównaniu do 2019 r., kiedy to odsetek ten wynosił 56%. Natomiast w obszarze leczenia szpitalnego, zarówno w 2019, jak i w 2023 r., 22% pacjentów POZ zostało skierowanych na leczenie szpitalne, co wskazuje na stabilność tego wskaźnika w obu analizowanych latach.

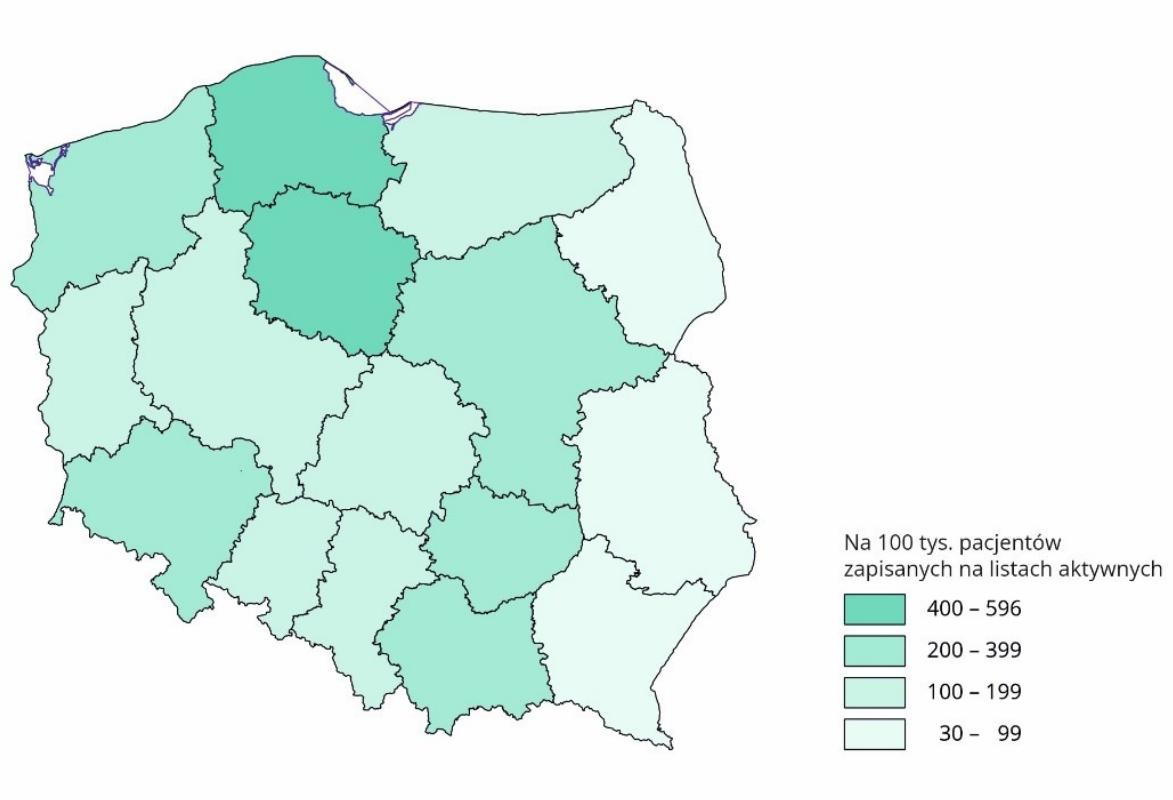
Rola POZ w diagnostyce nowotworowej

W 2015 r. wprowadzono pakiet onkologiczny, którego głównym celem było skrócenie czasu oczekiwania od podejrzenia choroby nowotworowej do rozpoczęcia leczenia oraz zapewnienie kompleksowej opieki pacjentom na każdym etapie choroby. Istotną rolę w realizacji tego pakietu odgrywa lekarz POZ, który, na podstawie przeprowadzonego wywiadu, badania przedmiotowego oraz podstawowej diagnostyki, otrzymał uprawnienia do wystawiania karty DiLO w przypadku podejrzenia choroby nowotworowej.

W 2023 r. zaobserwowano zróżnicowanie w liczbie kart DiLO wydanych w ramach POZ na 100 tys. pacjentów zapisanych na listach aktywnych, w zależności od województwa. Najwyższe wartości wskaźnika odnotowano w województwach pomorskim (596) oraz kujawsko-pomorskim (559), które także w 2019 r. zajmowały pierwsze i drugie miejsce pod względem

liczby wydanych kart. Z kolei najniższą liczbę kart na 100 tys. pacjentów zarejestrowano w województwach podkarpackim (30), podlaskim (47) oraz lubelskim (62), przy średniej krajowej wynoszącej 231. Podobnie jak w 2019 r., te trzy województwa charakteryzowały się najniższym wskaźnikiem wydanych kart DiLO, chociaż w 2023 r. zauważono zmiany w liczbie kart wydanych w każdym z tych województw.

Rysunek 52. Liczba kart DiLO wydanych w POZ w 2023 r.

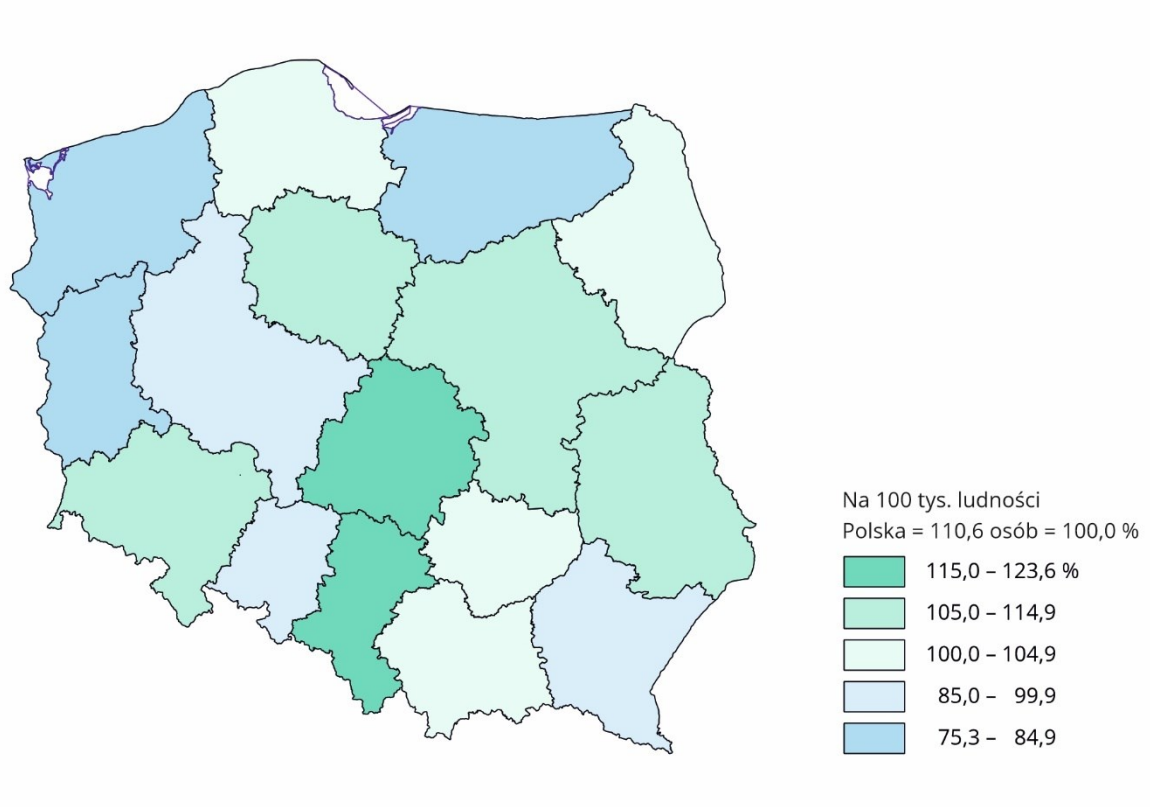


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Kadry

W 2023 r. w POZ pracowało 41,6 tys. lekarzy, 37,9 tys. pielęgniarek i 6,7 tys. położnych. Rozkład liczby lekarzy na 100 tys. ludności według województw wskazuje na duże różnice między województwami. Najmniej lekarzy pracowało w województwach warmińsko-mazurskim (83,3 na 100 tys. ludności) i zachodniopomorskim (91,4 na 100 tys. ludności). Najwięcej lekarzy było zatrudnionych w województwie łódzkim (136,7 na 100 tys. ludności) oraz śląskim (130,8 na 100 tys. ludności).

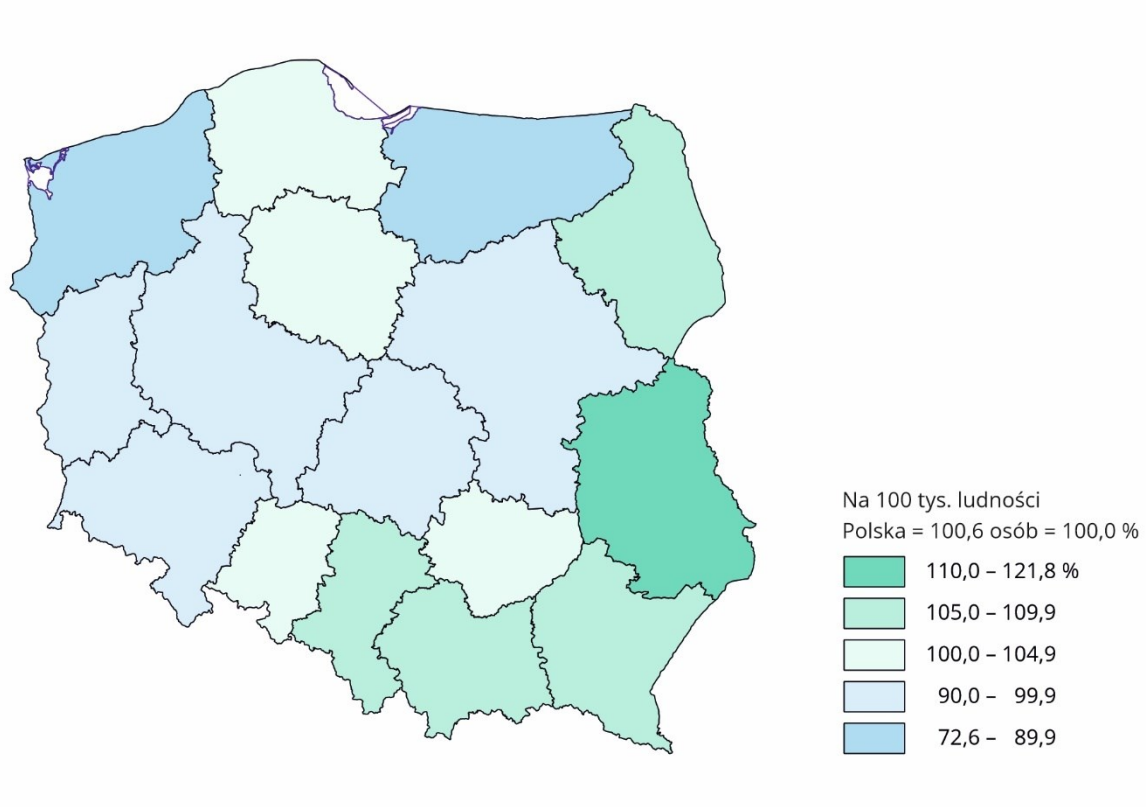
Rysunek 53. Lekarze POZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Liczba pielęgniarek i położnych na 100 tys. ludności także była zróżnicowana wśród województw. Najwięcej pielęgniarek pracowało w województwie lubelskim (122,5 na 100 tys. ludności), a najmniej w zachodniopomorskim (73 na 100 tys. ludności).

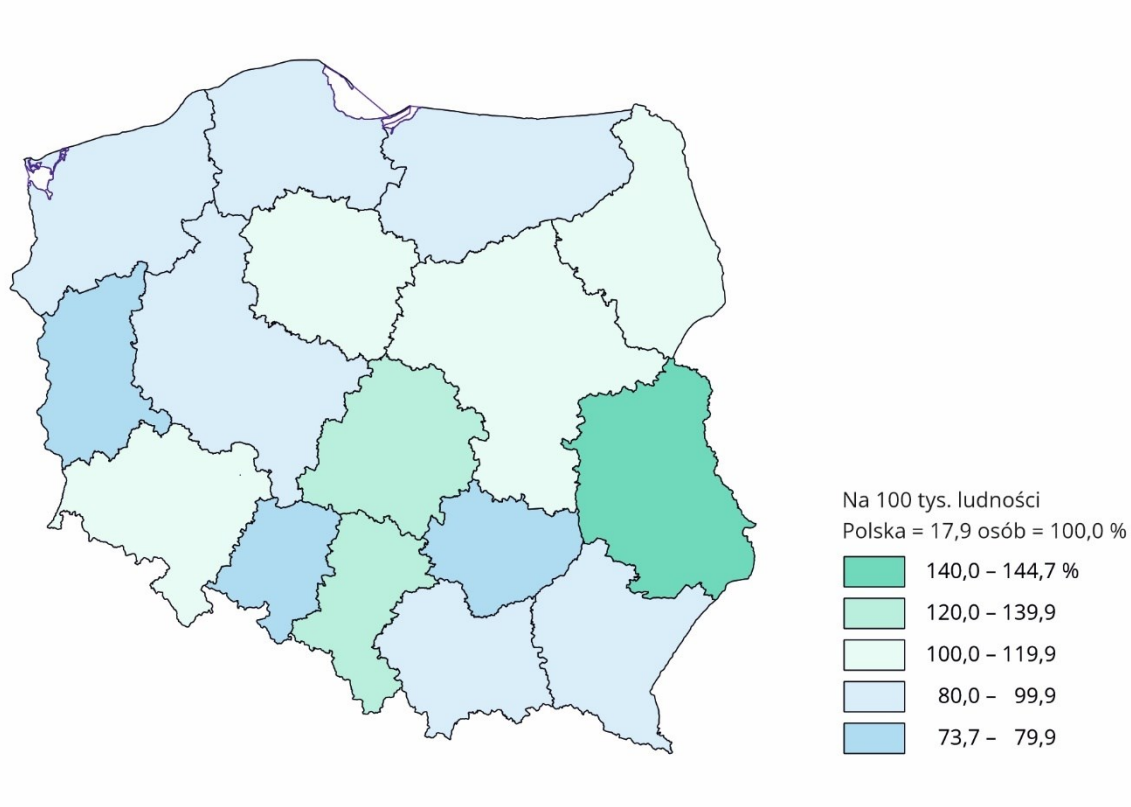
Rysunek 54. Pielęgniarki POZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W przypadku położnych POZ najwięcej pracowało w województwie lubelskim (25,9 na 100 tys. ludności), a najmniej w opolskim (13,2 na 100 tys. ludności).

Rysunek 55. Położne POZ w 2023 r.

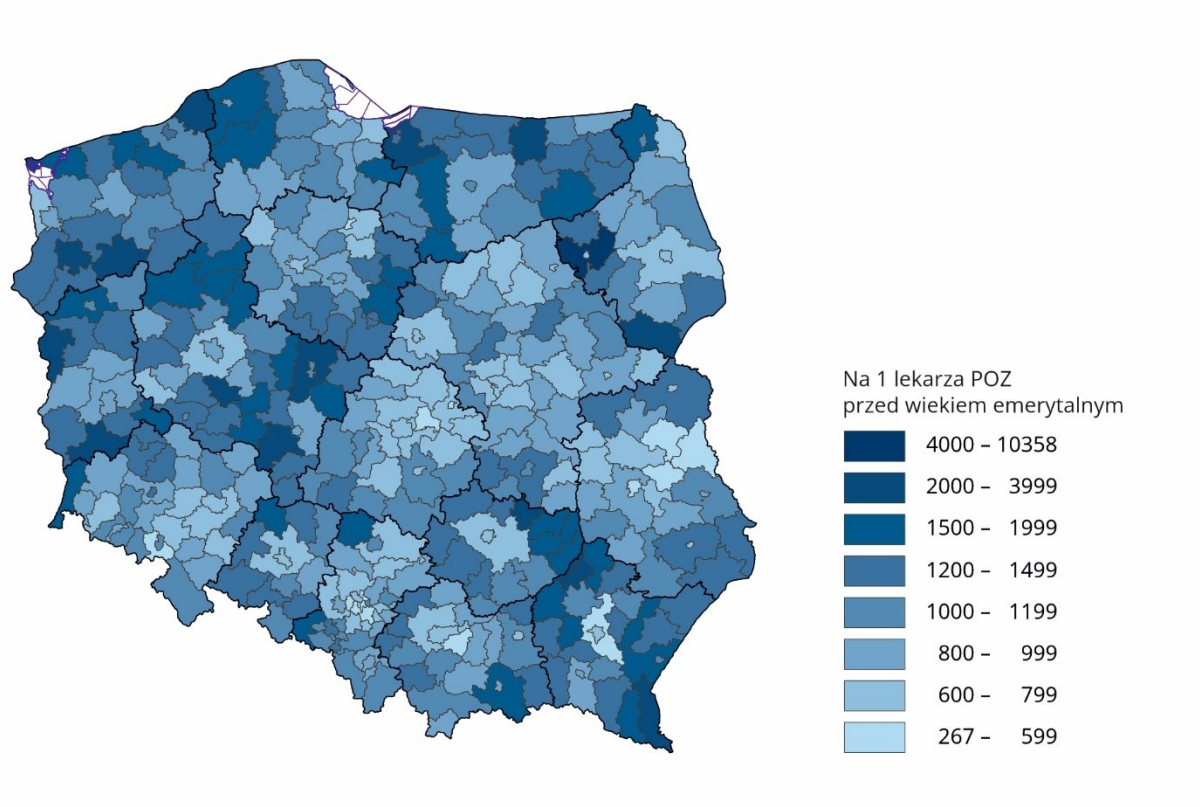


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Zróżnicowanie liczby pacjentów przypadających na jednego lekarza w POZ

Lekarze pracujący w POZ są obciążeni w różnym stopniu liczbą pacjentów do nich przypisanych. W poniższej analizie zidentyfikowano powiaty, gdzie w 2023 r. na lekarza, który nie osiągnął wieku emerytalnego, przypadała największa liczba pacjentów.

Rysunek 56. Pacjenci w 2023 r.



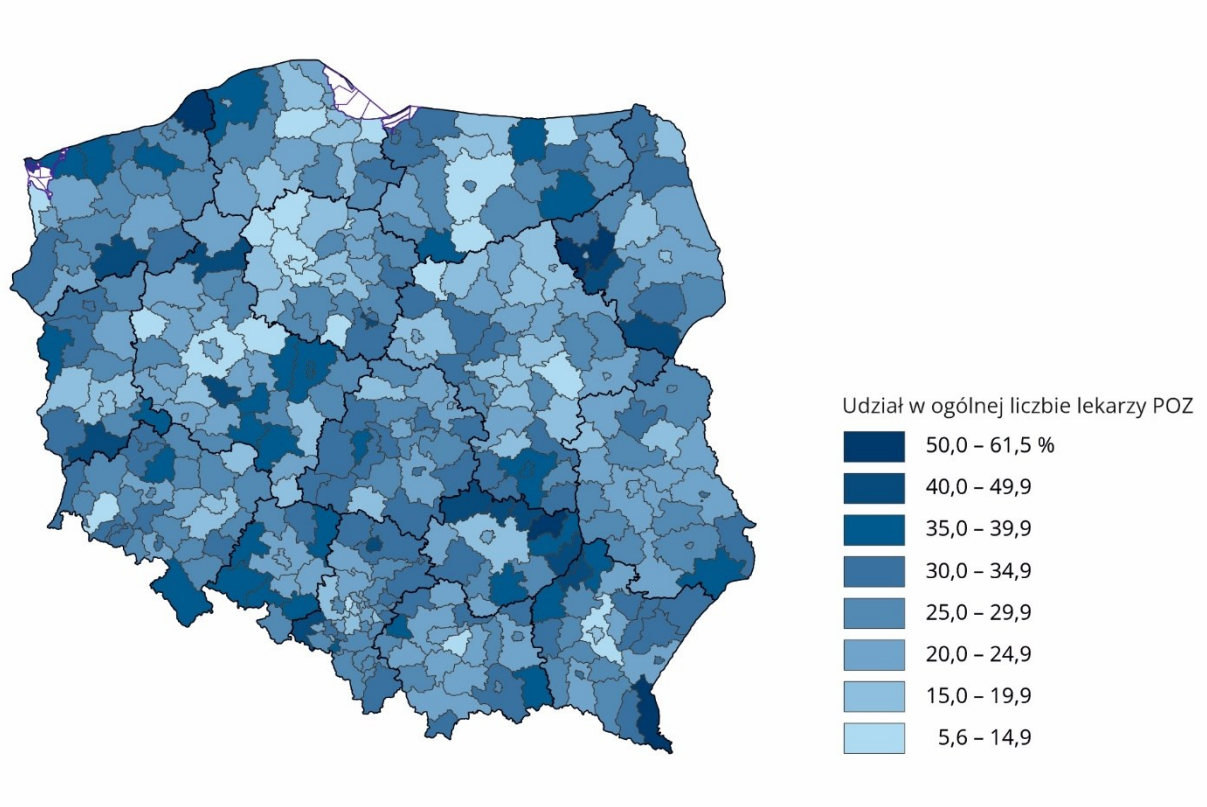
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Obciążenie lekarzy liczbą pacjentów jest silnie zróżnicowane pomiędzy powiatami. Najmniejsza liczba pacjentów na lekarza POZ (lekarz, który zawarł umowę na udzielanie świadczeń w POZ) w wieku przedemerytalnym w 2023 r. wystąpiła w miastach Grudziądz (267), Sopot (444) oraz w powiecie brzezińskim (469). Z kolei lekarze najbardziej obciążeni byli w powiatach łomżyńskim (10 358), sławieńskim (3 297) i bieszczadzkim (2 932). Wartość średnia dla kraju wynosi 1 149.

W wieku emerytalnym znajdowało się w 2023 r. 10 833 lekarzy POZ, co stanowi ok. 26% wszystkich. Największa ich liczba pracowała w Warszawie (538), oraz kolejno w Łodzi (280) i Krakowie (259).

Analizując liczbę lekarzy w wieku emerytalnym w stosunku do tych przed osiągniętym wiekiem emerytalnym, najwyższa dysproporcja znajduje się w powiecie łomżyńskim (8 lekarzy w wieku emerytalnym, 5 przed, co stanowi łącznie 62% wszystkich lekarzy POZ w powiecie), sławieńskim (stosunek 19 do 14, co stanowi łącznie 57,6% lekarzy POZ w powiecie) oraz bieszczadzkim (stosunek 8 lekarzy w wieku emerytalnym wobec 6 przed osiągnieciem tego wieku, co stanowi łącznie 57% wszystkich lekarzy POZ w powiecie). Warto zauważyć, że są to powiaty wskazane jako te najbardziej obciążone liczbą pacjentów na lekarza w wieku przedemerytalnym.

Rysunek 57. Lekarze POZ w wieku emerytalnym w 2023 r.

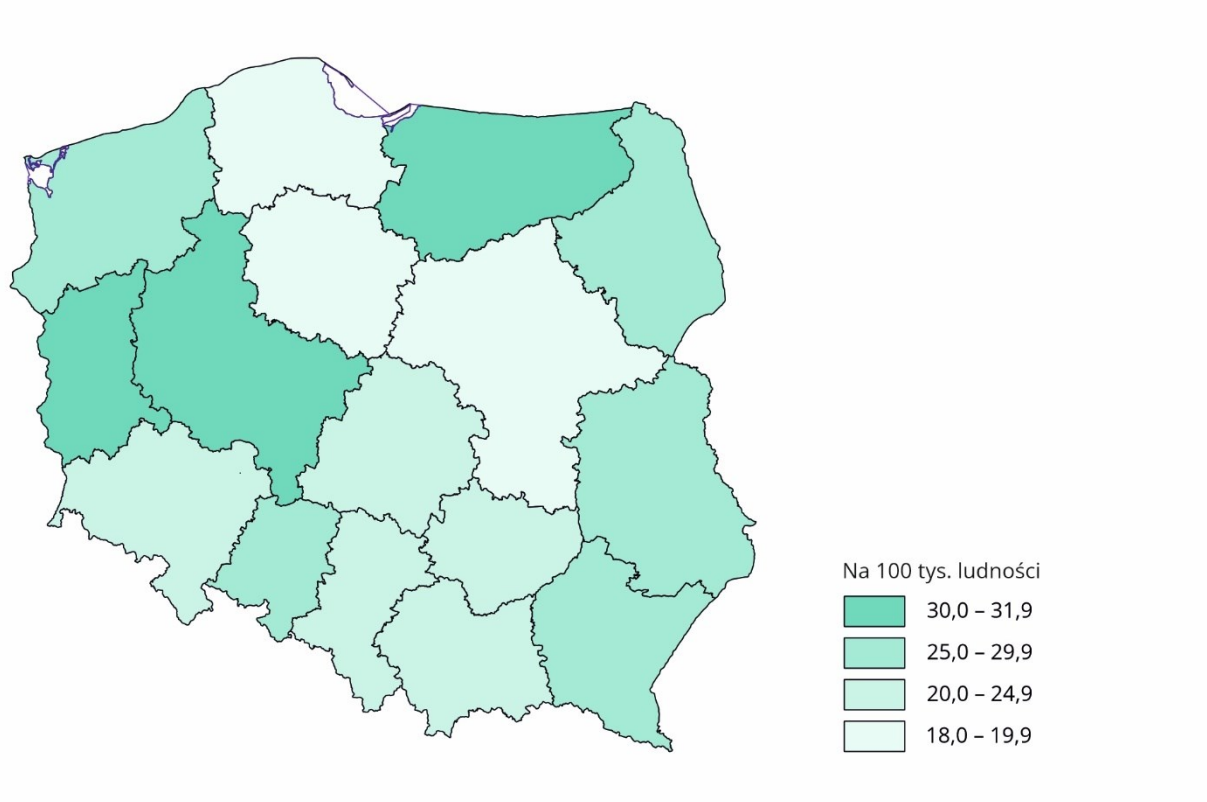


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ oraz GUS

Podmioty lecznicze

W 2023 r. w RP funkcjonowało około 8 750 podmiotów leczniczych realizujących świadczenia POZ, co odpowiada średnio 23,25 ośrodka na 100 tys. mieszkańców. Średnio na jeden podmiot POZ przypadało 3,9 tys. pacjentów, jednakże dane te cechują się znacznym zróżnicowaniem regionalnym. Najmniejsze obciążenie jednostek liczbą pacjentów odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (2,84 tys. pacjentów na podmiot), natomiast największe w województwie mazowieckim (5,12 tys.).

Rysunek 58. Ośrodki realizujące świadczenia POZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

We wszystkich województwach ponad 98% osób znajdujących się na aktywnych listach POZ zamieszkuje województwo, w którym zlokalizowany jest podmiot leczniczy. Odmienna sytuacja występuje na poziomie powiatów — jedynie 91,6% pacjentów zadeklarowanych do POZ korzystało ze świadczeń w placówkach znajdujących się na terenie swojego powiatu.

Profilaktyka

Wśród kluczowych wyzwań zdrowotnych w Polsce dominują choroby przewlekłe i niezakaźne, których rozwój w znacznym stopniu można ograniczyć poprzez systematyczne działania edukacyjne oraz skuteczną profilaktykę. Choć POZ realizuje kilka programów profilaktycznych, takich jak profilaktyka chorób układu krążenia, raka szyjki macicy czy gruźlicy ich zasięg w populacji pozostaje ograniczony — jedynie niewielki odsetek osób kwalifikujących się do udziału rzeczywiście z niego korzysta.

W odpowiedzi na potrzebę zwiększenia efektywności działań profilaktycznych oraz objęcia nimi szerszego grona pacjentów, z dniem 5 maja 2025 r. wprowadzono nowy, kompleksowy program pn. „Moje Zdrowie", który zastępuje dotychczasowy program „Profilaktyka 40 PLUS". Nowa inicjatywa ma na celu zintegrowane podejście do oceny stanu zdrowia osób dorosłych, obejmujące nie tylko diagnostykę w kierunku najczęstszych chorób cywilizacyjnych, ale także indywidualne planowanie działań prozdrowotnych oraz intensyfikację edukacji zdrowotnej w ramach POZ.

Równolegle, POZ odgrywa istotną rolę w realizacji programu szczepień ochronnych, obejmujących zarówno obowiązkowe szczepienia dzieci i młodzieży, jak i szczepienia zalecane w związku z przesłankami epidemiologicznymi, medycznymi czy indywidualnymi, np. szczepienia przeciw grypie, COVID-19, pneumokokom, krztuścowi, HPV, RSV czy półpaścowi.

Z punktu widzenia zdrowia publicznego szczególne zaniepokojenie budzi dynamiczny wzrost zachorowań na krztusiec. W 2024 r. odnotowano ponad 32 tys. przypadków w porównaniu do niespełna 1 tys. w roku poprzednim. Ponad 35-krotny wzrost zachorowalności jest skutkiem m.in. spadku poziomu wyszczepialności wśród dzieci oraz zaniku odporności u osób, które przebyły chorobę lub były szczepione we wcześniejszych latach. Zjawisko to wskazuje na konieczność wzmacniania działań informacyjnych i profilaktycznych w celu odbudowy zaufania społecznego do szczepień. Od 15 października 2024 r. MZ wprowadziło darmowe szczepienia przeciw krztuścowi dla kobiet w ciąży (szczepienia zalecane, bezpłatne). Działanie ma na celu redukcję ryzyka zachorowań na krztusiec noworodkowy oraz hospitalizacji i zgonów niemowląt w pierwszych miesiącach życia z powodu krztuśca. Wprowadzenie szczepienia do wykazu szczepień zalecanych finansowanych ze środków ministra właściwego ds. zdrowia zapewnia dostęp do świadczenia w ramach POZ i w szpitalach. W odpowiedzi na rosnące potrzeby zdrowotne populacji dzieci i młodzieży, od 1 czerwca 2023 r. realizowany jest także Powszechny Program Szczepień przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV), skierowany zarówno do dziewcząt, jak i chłopców powyżej 9. r.ż. Szczepienie to, uznawane za jedno z najbardziej skutecznych działań profilaktycznych, pozwala z ponad 90% skutecznością zapobiegać infekcjom HPV oraz związanym z nimi zmianom przedrakowym i nowotworom narządów płciowych oraz odbytu, zarówno u kobiet, jak i u mężczyzn. Zakażenia wirusem HPV wiązane są również z nowotworami głowy i szyi (jamy ustnej, gardła, krtani, zatok przynosowych). Przypuszcza się również, że HPV może mieć udział w powstawaniu raka płaskonabłonkowego przełyku i płuc.

Koordynacja i współpraca

Kolejnym wyzwaniem w POZ jest koordynacja opieki zdrowotnej nad świadczeniobiorcą. Polega ona na zintegrowaniu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej obejmujących wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji i może odbywać się wewnątrz POZ, jak i z pozostałymi elementami systemu opieki zdrowotnej (AOS, lecznictwem szpitalnym, rehabilitacją, lecznictwem uzdrowiskowym itp.). Koordynację w obrębie POZ zapewnia lekarz POZ we współpracy z pielęgniarką POZ i położną POZ.

Realizacja opieki koordynowanej w POZ określonej w ustawie z dnia 27 października 2017 r. o POZ (Dz. U. z 2022 r. poz. 2527, z późn. zm.) początkowo odbywała się w ramach projektu POZ PLUS. Był on pilotażem poprzedzającym wprowadzenie modelu opieki koordynowanej do POZ.

Istotą opieki koordynowanej jest prowadzenie przez świadczeniodawcę aktywnej opieki nad pacjentem w zdrowiu i chorobie. Pacjent staje się aktywnym partnerem we wspólnym podejmowaniu decyzji w oparciu o wypracowany razem z nim IPOM. W realizacji planu opieki pacjent uzyskuje wsparcie zespołu profesjonalistów medycznych, w skład którego wchodzą,

oprócz lekarza i pielęgniarki, również dietetycy i edukatorzy zdrowotni (w pilotażu POZ PLUS również fizjoterapeuci).

Pilotaż programu POZ PLUS prowadzony był w 47 wybranych placówka POZ, trwał od lipca 2018 r. do końca września 2021 r., wzięło w nim udział ponad 70 tys. pacjentów i obejmował 11 wybranych chorób przewlekłych.

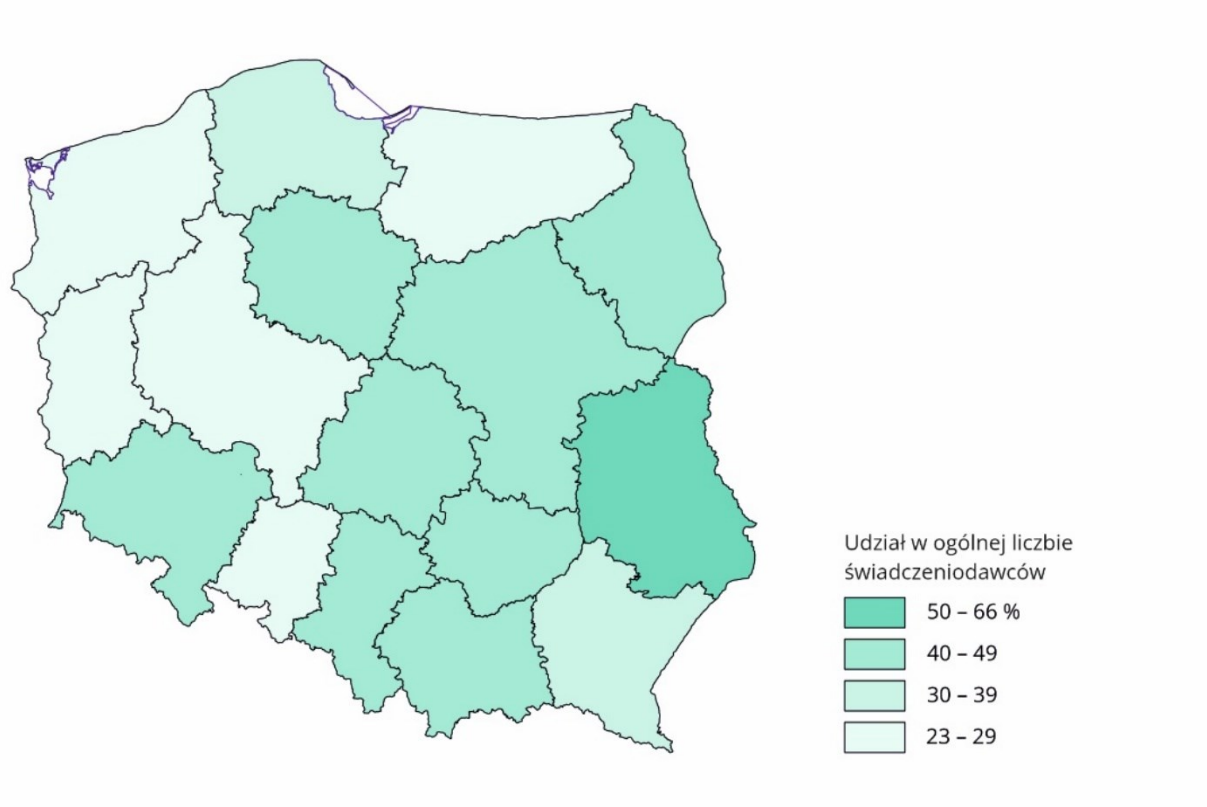
Model opieki koordynowanej w POZ wprowadzony 1 października 2022 r. jest następstwem pilotażu[88]. Wprowadzenie do POZ dwóch dodatkowych źródeł finansowania w postaci budżetu powierzonego diagnostycznego (dostępny dla wszystkich świadczeniodawców) oraz budżetu powierzonego opieki koordynowanej (dostępnego dla świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres koordynacji) w znaczący sposób poszerzyło kompetencje lekarza POZ, a tym samym pozwoliło mu na lepsze oraz efektywniejsze monitorowanie i leczenie pacjentów z chorobami przewlekłymi ze stabilną postacią choroby.

Koordynacja systemu w ramach POZ oraz AOS jest nieodłącznym elementem sprawnego działania całego systemu ochrony zdrowia. Rola POZ w tym aspekcie powinna sprowadzać się do okresowego badania tych pacjentów i prowadzenia pacjentów ustabilizowanych według zaleceń lekarzy specjalistów. Mechanizm ten pozwala kontrolować stan zdrowia pacjenta tak, aby uniknąć jego drastycznego pogorszenia, co często wiąże się z uruchomieniem leczenia szpitalnego.

W oparciu o dane z bazy umów w RP, w 2023 r. było 6 195 świadczeniodawców mających umowę na zakres lekarza POZ i 1 839 świadczeniodawców z umową na zakres opieki koordynowanej (30% wszystkich świadczeniodawców POZ). Według danych posiadanych na dzień 1 grudnia 2024 r., świadczeniodawców z umową na lekarza POZ jest 5 927, a 2 318 z umową na zakres koordynacji (co stanowi 39% wszystkich świadczeniodawców POZ).

[88] Zarządzenie Prezesa NFZ Nr 124/2022/DSOZ z dnia 29 września 2022 r.

Rysunek 59. Świadczeniodawcy posiadający umowę na opiekę koordynowaną w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Z danych CBU NFZ wynika, że największy odsetek świadczeniodawców realizujących opiekę koordynowaną w ramach POZ funkcjonuje w województwie lubelskim, gdzie obejmuje ona 66% podmiotów. Najniższy poziom wdrożenia tego modelu odnotowano w województwie opolskim – jedynie 23% placówek realizuje tam świadczenia w ramach opieki koordynowanej. W 2023 r. najczęściej udzielanymi świadczeniami finansowanymi z budżetu powierzonego w ramach opieki koordynowanej były: porada edukacyjna (stanowiąca 37% wszystkich świadczeń), porada kompleksowa (27%) oraz konsultacja dietetyczna (9%).

W zakresie badań diagnostycznych, najczęściej realizowane były badania:

- 24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego - Holter RR (21% wszystkich wykonanych badań),
- echo serca przezklatkowe (16% wszystkich badań),
- UACR (wskaźnik albumina/kreatynina w moczu) (10% wszystkich badań)
- BNP (NT-PRO-BNP) (10% wszystkich badań)[89].

Jednym z istotnych wyzwań w realizacji opieki koordynowanej pozostaje niewystarczająca integracja POZ z innymi segmentami systemu ochrony zdrowia, w szczególności z medycyną pracy. Współpraca pomiędzy lekarzami POZ a lekarzami medycyny pracy jest marginalna, co ogranicza możliwości wczesnego wykrywania czynników ryzyka zdrowotnego, szczególnie

[89] Na podstawie danych rozliczeniowych NFZ

u osób aktywnych zawodowo. Usprawnienie tej współpracy mogłoby znacząco przyczynić się do skuteczniejszej profilaktyki oraz wcześniejszego rozpoznawania chorób przewlekłych, zwłaszcza tych, które rozwijają się w wyniku długotrwałego obciążenia organizmu czynnikami środowiskowymi i zawodowymi.

Informatyzacja

W ostatnich latach obserwuje się dynamiczny rozwój cyfryzacji systemu ochrony zdrowia, obejmujący również POZ. Postępująca informatyzacja placówek medycznych znajduje odzwierciedlenie w rosnącej dostępności usług online, takich jak elektroniczna rejestracja, teleporady czy konsultacje w formule telemedycyny. Kamieniami milowymi w tym procesie było wprowadzenie e-zwolnień lekarskich w 2016 r. (początkowo w formie pilotażowej), a następnie wdrożenie e-skierowań i e-recept w 2018 r., co stanowiło istotny krok w kierunku digitalizacji dokumentacji medycznej i usprawnienia obiegu informacji.

Znaczącego przyspieszenia proces ten nabrał w czasie pandemii COVID-19, kiedy to konieczność ograniczenia kontaktów bezpośrednich z pacjentem wymusiła zastosowanie rozwiązań umożliwiających świadczenie usług zdrowotnych na odległość. W odpowiedzi na tę potrzebę umożliwiono świadczenie usług w ramach POZ z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, co przyczyniło się do zwiększenia zainteresowania technologiami z zakresu e-zdrowia.

W 2023 r. udział teleporad w ogólnej liczbie świadczeń udzielanych w POZ wyniósł 8,73%. Ograniczony udział wynika m.in. z niedostatecznego przygotowania legislacyjnego i infrastrukturalnego, braku jasno określonych mechanizmów finansowania, a także niewystarczających kompetencji cyfrowych wśród personelu medycznego. Bariery te stanowią istotne wyzwanie dla dalszej transformacji cyfrowej w sektorze ochrony zdrowia.

W celu wsparcia procesu informatyzacji, NFZ w 2020 r. uruchomił program dofinansowania dla świadczeniodawców POZ, umożliwiający pokrycie do 80% kosztów związanych z zakupem sprzętu, oprogramowania oraz usług niezbędnych do prowadzenia EDM. EDM stanowi kluczowy element cyfrowego systemu ochrony zdrowia – obejmuje m.in. opisy wizyt lekarskich, diagnoz, wyników badań, wypisów szpitalnych, IPOM oraz inne istotne dane kliniczne. Od 1 lipca 2021 r. każdy świadczeniodawca ma obowiązek raportowania zdarzeń medycznych, a każdy kontakt pacjenta z systemem jest odnotowywany jako odrębne zdarzenie. Pacjenci oraz lekarze POZ mają dostęp do EDM. Lekarze specjaliści mogą uzyskać wgląd w EDM po nadaniu odpowiednich uprawnień przez pacjenta.

Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

NiŚOZ zapewnia świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu POZ udzielane przez świadczeniodawców poza godzinami pracy określonymi w umowach o udzielanie świadczeń POZ. Świadczenia NiŚOZ są realizowane przez zespół lekarsko-pielęgniarski w wyznaczonych w tym celu punktach albo w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy. Pacjenci w sytuacji pogorszenia stanu zdrowia w nocy (w godzinach 18:00 – 8:00) oraz w dni wolne od pracy i święta mają prawo bezpłatnie skorzystać z tych świadczeń, bez skierowania. Pacjenci mogą skorzystać z pomocy dowolnego punktu NiŚOZ. Świadczenia NiŚOZ udzielane są w

przypadku nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, a jego stan nie pozwala na oczekiwanie na ponowne otwarcie placówek POZ. W przypadku stwierdzenia u pacjenta stanu nagłego odpowiednio lekarz lub pielęgniarka zapewniają mu opiekę do czasu przyjazdu ZRM lub przekazania świadczeniobiorcy pod opiekę SOR lub Izby Przyjęć. Jeśli jest taka potrzeba, poradnia NiŚOZ wydaje pacjentowi zwolnienie lekarskie.

Wyniki kontroli NIK w zakresie funkcjonowania systemu ratownictwa medycznego wykazały, że znaczna część pacjentów, którzy zgłaszali się do SOR działającego w strukturze szpitali lub ZRM, nie znajdowała się w stanie zagrożenia zdrowotnego, a tylko ta grupa pacjentów kwalifikuje się do udzielenia im świadczeń ratowniczych. Skala tego zjawiska została uznana za istotną. Według analiz NIK, w SOR w skrajnych przypadkach dotyczyło ono nawet 80% wszystkich zgłaszających się pacjentów, a w odniesieniu do ZRM – 30%. Osobom tym powinny być udzielone świadczenia zdrowotne w ramach POZ, poradni specjalistycznych lub NiŚOZ.

Problem przeciążenia systemu ratownictwa medycznego oraz możliwość odciążenia go poprzez świadczenia NiŚOZ został podjęty przez Ministra Zdrowia w rozporządzeniu z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie SOR. Zobowiązano SOR do organizacji miejsca udzielania świadczeń NiŚOZ. Nadal nie wszystkie oddziały SOR zorganizowały takie miejsca, a termin realizacji został przedłużony (obecnie 31 grudnia 2026 r.[90]). Jednym z celów wprowadzenia powyższego rozwiązania było stworzenie takiego systemu, aby pacjenci w stanach nagłego, lecz niezagrażającego życiu pogorszenia się stanu zdrowia lub w innych przypadkach klinicznych, możliwych do leczenia w ramach POZ, byli przyjmowani w NiŚOZ zamiast w SOR. Istnieje możliwość odesłania pacjenta z SOR do NiŚOZ lub POZ, jako jednego z elementów reorganizacji współpracy na różnym poziomie medycznego zabezpieczenia pacjenta oraz minimalizacji pacjentów SOR. Zgodnie bowiem z rozporządzeniem w sprawie SOR po przeprowadzeniu segregacji medycznej personel SOR może skierować osoby, które zostały przydzielone do kategorii pilności oznaczonej kolorem zielonym lub niebieskim, do miejsc udzielania świadczeń z zakresu POZ.

Innym problemem jest kwestia zgłaszania się do NiŚOZ pacjentów z dolegliwościami, które nie powstały w czasie, gdy inne formy pomocy medycznej są zamknięte i trwały już od dłuższego czasu. Głównym powodem takiego zachowania pacjentów jest niemożność uzyskania świadczenia zdrowotnego w POZ czy AOS ze względu na długi czas oczekiwania.

W kontroli NIK przytoczono wyniki badań ankietowych pacjentów, którzy korzystali z tego rodzaju świadczeń zdrowotnych. Część z nich (27,7%) zgłosiła się do NiŚOZ z przyczyn niezwiązanych ze zdarzeniem nagłym. Dolegliwości trwały niekiedy powyżej tygodnia i mogły być leczone przez lekarza POZ w trakcie normalnego dnia roboczego.

NFZ wymienia sytuacje, w których w ramach NiŚOZ nie można uzyskać świadczenia. Są to:

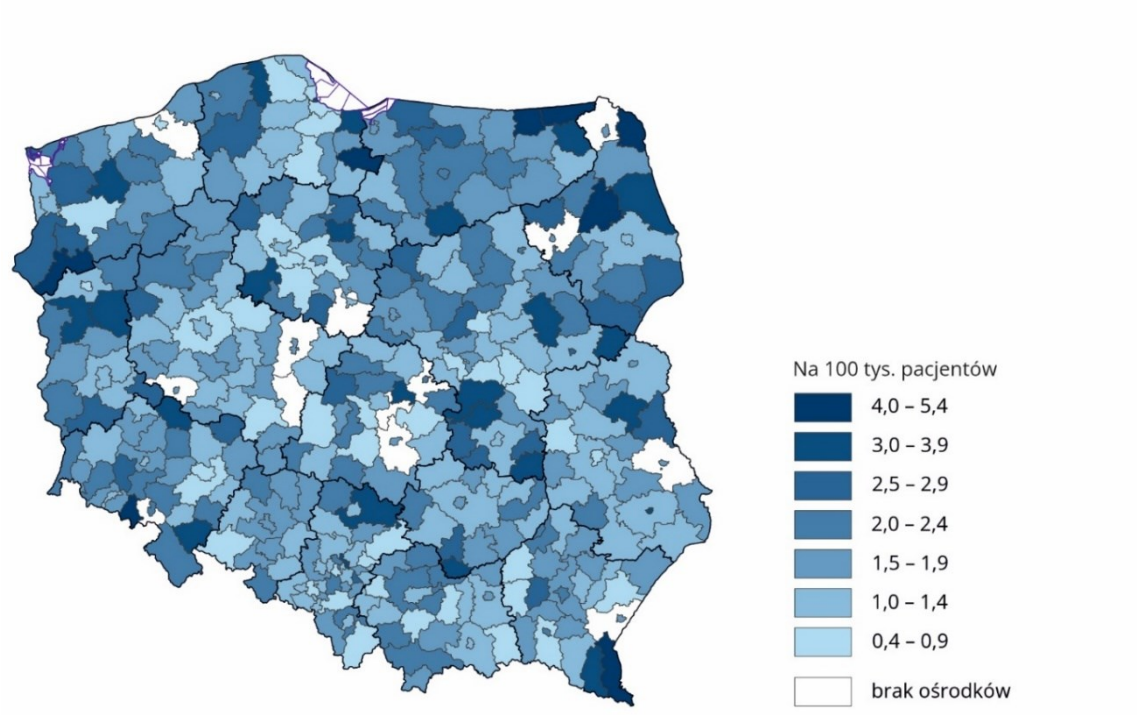
- wizyty kontrolne w związku z wcześniej rozpoczętym leczeniem,
- uzyskanie recepty na stosowane stale leki w związku ze schorzeniem przewlekłym,
- uzyskanie rutynowego zaświadczenia o stanie zdrowia.

[90] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 grudnia 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz. U. poz. 1877)

Od listopada 2023 r. lekarz udzielający świadczeń NiŚOZ może wystawiać skierowania na badania laboratoryjne. Zakres diagnostyki obejmuje 21 badań: morfologia krwi 8-parametrowa, glukoza z krwi żylnej, kreatynina, potas, sód, białko c-reaktywne (CRP), badanie ogólne moczu, aminotransferaza asparaginianowa (AST), aminotransferaza alaninowa (ALT), mocznik, bilirubina całkowita, test antygenowy w kierunku: SARS-CoV-2 / grypy A+B / RSV, odczyn opadania krwinek czerwonych (OB), wskaźnik protrombinowy (INR), kinaza fosfokreatynowa izoenzym CK-MB (CKMB), kwas moczowy, czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) - czas kaolinowo-kefalinowy, wapń zjonizowany, amylaza, fibrynogen oraz gamma glutamylotranspeptydaza (GGTP)[91].

W RP w 2023 r. funkcjonowało 556 placówek udzielających świadczeń NiŚOZ. Liczba tych ośrodków zmalała o 6 w porównaniu z 2019 r. W 13 powiatach nie było ani jednego podmiotu leczniczego funkcjonującego w ramach NiŚOZ, a najwięcej znajdowało się w Warszawie (26). Od 2020 r. obserwuje się systematyczny wzrost udziału świadczeń NiŚOZ w ogólnej liczbie świadczeń realizowanych w ramach POZ. Warto zaznaczyć, iż świadczenia NiŚOZ nie są kontraktowane na powiat, lecz na spójny terytorialnie obszar (powiat/powiaty, gmina/gminy, dzielnica/dzielnice, osiedle/osiedla lub inny obszar jednoznacznie określony) wyodrębniony ze względu na konieczność właściwego zabezpieczenia świadczeń NiŚOZ.

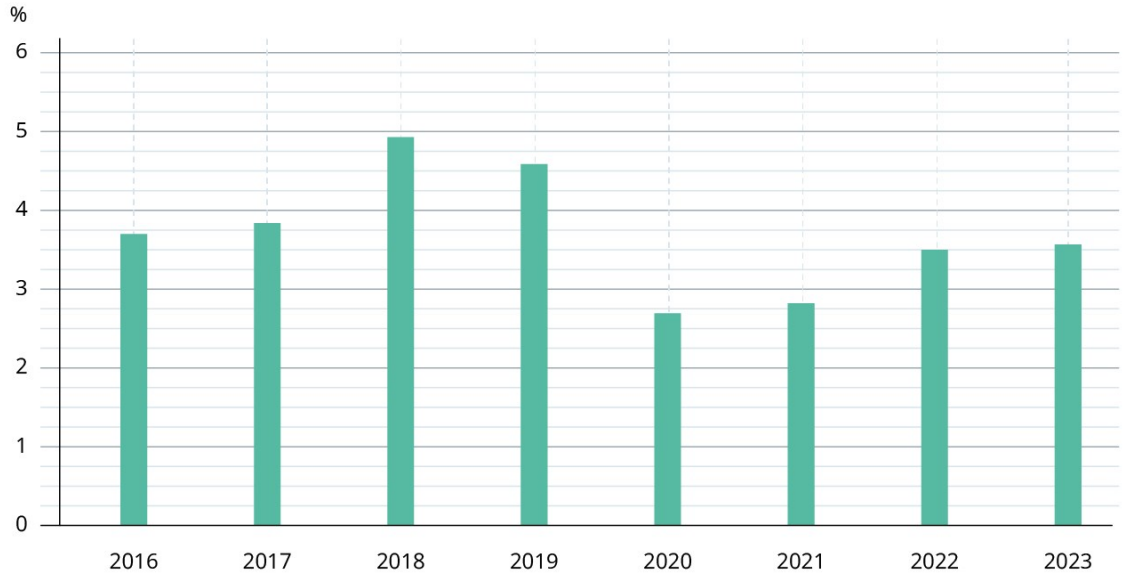
Rysunek 60. Ośrodki NiŚOZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

[91] Podstawa prawna: rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 2226).

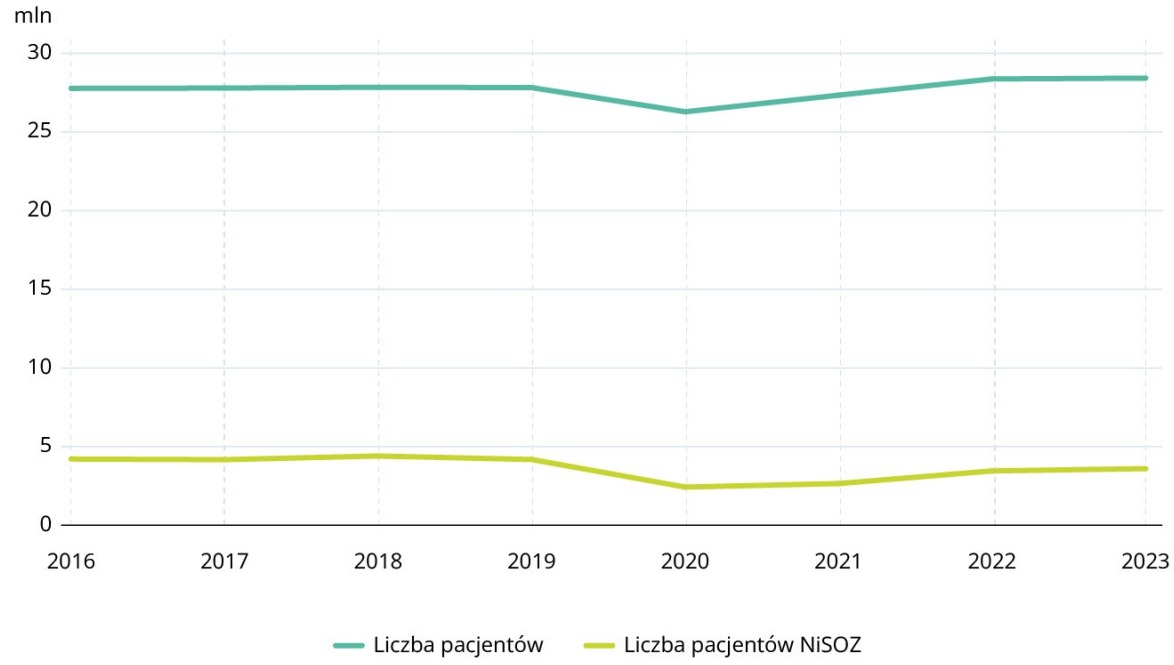
Rysunek 61. Procentowy udział świadczeń NiŚOZ wśród wszystkich świadczeń POZ w latach 2016-2023



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Do 2020 r. liczba pacjentów korzystających z NiŚOZ pozostawała na względnie stabilnym poziomie, wynoszącym około 4 mln osób rocznie. W wyniku znaczącego spadku odnotowanego w 2020 r., liczba ta uległa obniżeniu, jednak od tego czasu obserwuje się stopniowy wzrost – w 2023 r. z NiŚOZ skorzystało 3,6 mln pacjentów.

Rysunek 62. Liczba pacjentów POZ oraz liczba pacjentów NiŚOZ w latach 2016-2023

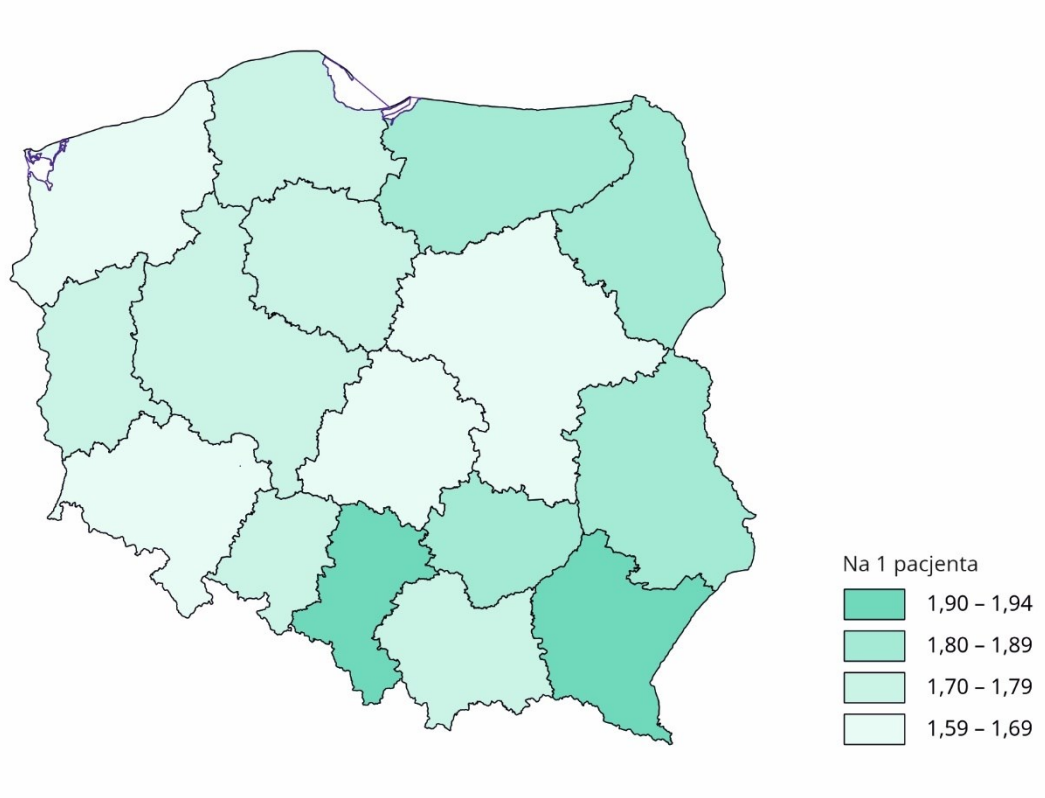


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2023 r. średnia liczba świadczeń NiŚOZ przypadająca na jednego pacjenta w skali kraju wyniosła 1,76. Wartość tego wskaźnika różniła się w zależności od regionu – najwyższy poziom odnotowano w województwach: podkarpackim (1,94), śląskim (1,91) oraz warmińsko-mazurskim (1,89), natomiast najniższy w województwach: łódzkim (1,59), mazowieckim (1,63) i zachodniopomorskim (1,67). Zróżnicowanie to może wynikać zarówno z dostępności placówek NiŚOZ, jak i z odmiennych wzorców korzystania z opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach.

Analiza demograficzna wskazuje, że najczęściej z NiŚOZ korzystają osoby w wieku 71-80 lat – w tej grupie średnia liczba świadczeń na pacjenta wyniosła 2,06, co może być związane z większym zapotrzebowaniem na pomoc medyczną w godzinach wieczornych i nocnych ze względu na stan zdrowia. Ponadto zauważalna jest przewaga pacjentów zamieszkujących tereny miejskie w strukturze korzystających ze świadczeń NiŚOZ, co może być efektem łatwiejszego dostępu do tego typu usług w miastach oraz innych preferencji w zakresie korzystania z opieki zdrowotnej poza godzinami pracy tradycyjnych placówek POZ.

Rysunek 63. Świadczenia NiŚOZ w 2023 r.

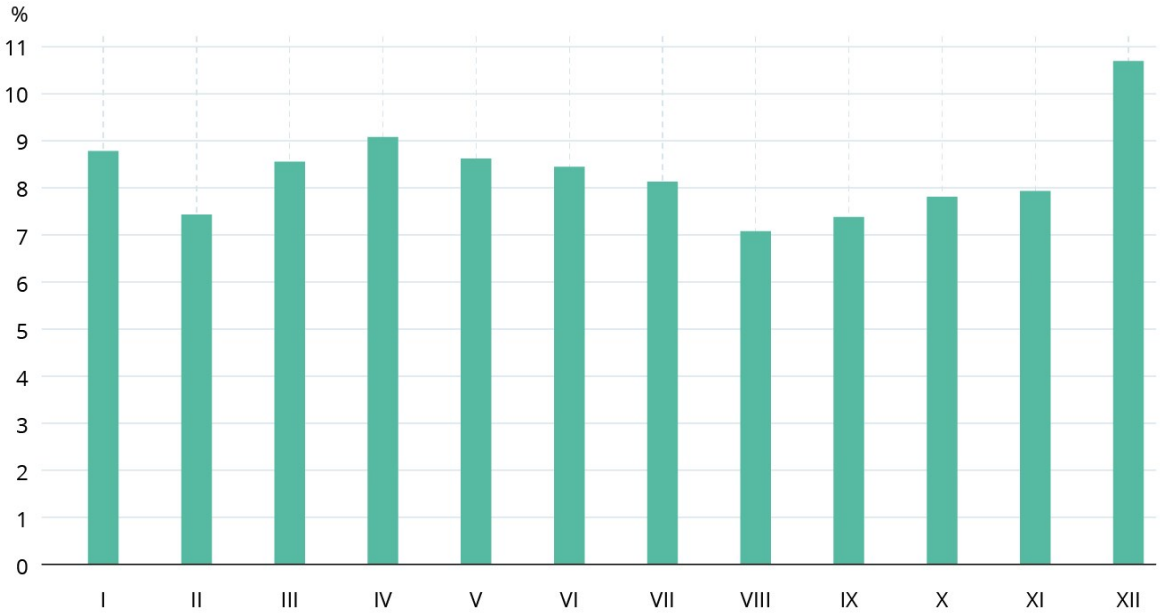


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Analiza udziału świadczeń NiŚOZ udzielonych w poszczególnych miesiącach 2023 r. wskazuje na obecność wyraźnej sezonowości w korzystaniu z tych usług. Największy wzrost liczby świadczeń odnotowano w miesiącach: styczniu, kwietniu oraz grudniu. Zjawisko to jest prawdopodobnie związane z intensyfikacją występowania infekcji sezonowych, takich jak grypa czy przeziębienie, które w tych okresach osiągają szczytową liczbę zachorowań. Takie wzorce korzystania z opieki zdrowotnej mogą również wynikać z ogólnej potrzeby konsultacji

medycznych w wyniku pogorszenia stanu zdrowia pacjentów w okresach zimowych oraz wiosennych.

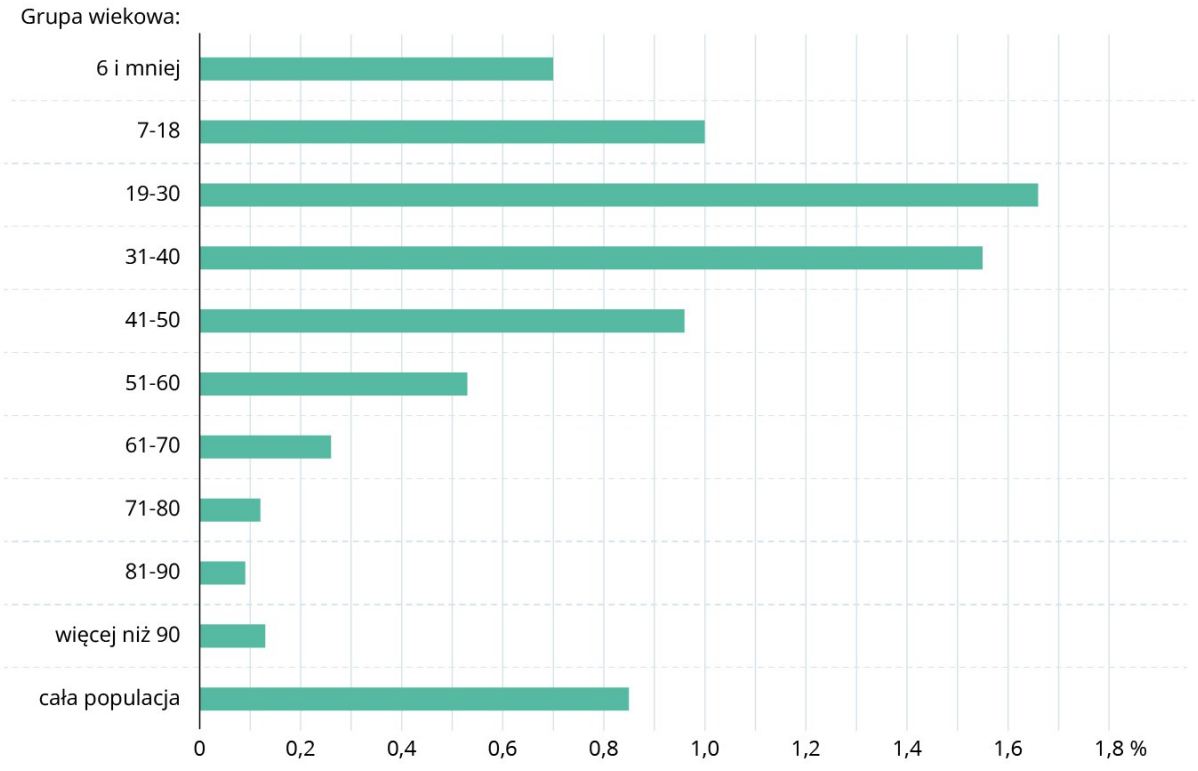
Rysunek 64. Zmienność sezonowa w zakresie świadczeń NiŚOZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2023 r. najwyższy odsetek pacjentów korzystających z NiŚOZ odnotowano w grupie wiekowej 18-30 lat, w której 1,66% pacjentów zapisanych do POZ skorzystało z tych świadczeń. Kolejną grupą wiekową, charakteryzującą się stosunkowo wysokim wskaźnikiem korzystania z NiŚOZ, byli pacjenci w wieku 30-40 lat, gdzie 1,55% zapisanych do POZ skorzystało z tego typu opieki. W skali całego kraju z NiŚOZ w 2023 r. skorzystało 0,85% pacjentów zapisanych do POZ, co stanowi spadek w porównaniu do 2019 r., kiedy wskaźnik ten wynosił 1,14%.

Rysunek 65. Procentowy udział pacjentów korzystających z NiŚOZ wśród zapisanych do POZ w 2023 r., zależności od grup wiekowych



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Dostępność Plus dla POZ

Celem projektu Dostępność Plus dla zdrowia było dostosowanie placówek POZ oraz szpitali do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami. W jego ramach zostały opracowane Standardy Dostępności POZ i szpitali, które obejmują trzy zakresy:

- architektoniczny: ma kluczowe znaczenie w zapewnieniu swobodnego poruszania się po budynku oraz jego otoczeniu osobom ze szczególnymi potrzebami. Również wśród personelu placówki mogą być osoby z niepełnosprawnościami, którym należy zapewnić właściwe i samodzielne funkcjonowanie;
- cyfrowy: polega na dostosowaniu stron internetowych i aplikacji, wyposażeniu w infrastrukturę IT umożliwiającą prowadzenie elektronicznej dokumentacji pacjenta i udzielanie świadczeń zdrowotnych w formule telemedycznej;
- informacyjno-komunikacyjny: realizowany przez wykorzystanie odpowiedniego sprzętu (np. pętle indukcyjne, systemy FM, IR i Bluetooth), kanałów komunikacji, opracowanych sposobów postępowania, standardów i procedur oraz przez rozwój kompetencji personelu, ukierunkowanych na poprawę komunikowania się i realizacji świadczeń medycznych i okołomedycznych;

– organizacyjna: polega na sformułowaniu odpowiednich dokumentów organizacyjnych wskazujących w jaki sposób placówka przygotowana jest na zapewnienie komfortu pobytu pacjentów ze szczególnymi potrzebami.

Wdrażanie projektu zakończyło się w grudniu 2023 r. i objęło 272 grantobiorców spośród placówek POZ. Mogli oni finansować takie działania jak budowa lub wymiana wind i podjazdów, dostosowanie pomieszczeń, rejestracji i gabinetów lekarskich, stworzenie nowych miejsc postojowych, zakup nowego sprzętu i łatwiejszy dostęp do alternatywnych sposobów komunikacji pacjentów z placówkami medycznymi.

4.2. Podsumowanie

Zgodnie z danymi NFZ, 90,86% populacji RP znajdowało się na listach aktywnych POZ, co oznacza, że zadeklarowali oni wybór lekarza, pielęgniarki lub położnej POZ. Spośród nich, 78,85% skorzystało co najmniej raz ze świadczeń POZ w 2023 r. Szczególną uwagę zwraca jednak fakt, że największą grupę osób niekorzystających z usług POZ w ostatnich pięciu latach stanowią osoby w wieku 30-40 lat. Może to świadczyć o istotnej luce w dostępie do profilaktyki zdrowotnej oraz stałej opieki medycznej dla tej grupy, co w dłuższej perspektywie może prowadzić do opóźnionego rozpoznania chorób przewlekłych. Z drugiej strony, zjawisko to może częściowo wynikać z faktu, że osoby te w istotnym stopniu korzystają z komercyjnych usług medycznych, co nie znajduje odzwierciedlenia w danych dotyczących publicznego systemu ochrony zdrowia.

Analiza dostępności geograficznej ujawnia, że w 56 gminach w RP brak jest świadczeniodawców POZ. W przeważającej większości są to tzw. „gminy obwarzankowe", czyli jednostki administracyjne otaczające większe ośrodki miejskie. W związku z tym, mieszkańcy tych gmin często korzystają ze świadczeń zdrowotnych w sąsiednich miastach, co minimalizuje faktyczne ograniczenia w dostępie do opieki. Niemniej jednak, nierównomierne rozmieszczenie placówek POZ może wpływać na poziom komfortu korzystania z usług zdrowotnych oraz skuteczność działań profilaktycznych w skali lokalnej.

Na koniec 2024 r. 38% świadczeniodawców POZ posiadało zawartą umowę z NFZ na realizację świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej. Jest to istotny element rozwoju nowoczesnych modeli opieki skoncentrowanych na pacjencie i stanowi jeden z filarów transformacji systemu POZ w kierunku opieki kompleksowej i zintegrowanej.

Choć POZ w RP w dużej mierze realizuje swój główny cel, jakim jest zapewnienie opieki nad pacjentem i jego rodziną, inne istotne funkcje, takie jak profilaktyka, wczesne wykrywanie chorób oraz koordynacja leczenia, pozostają nadal w niedostatecznym stopniu zintegrowane z codzienną praktyką. W związku z tym, kluczowe wydaje się dalsze ukierunkowanie rozwoju POZ na działania zapobiegawcze, poprawę komunikacji między poziomami systemu oraz aktywne wspieranie pacjenta w poruszaniu się po ścieżce diagnostyczno-terapeutycznej. Osiągnięcie tych celów wymaga wzmocnienia współpracy między POZ, AOS oraz opieką szpitalną, a także pełniejszego wykorzystania potencjału opieki koordynowanej.

4.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Współczesny system opieki zdrowotnej w Polsce stoi przed wyzwaniem zwiększenia realnej dostępności i skuteczności działań profilaktycznych, zwłaszcza w odniesieniu do populacji rzadko korzystającej z usług POZ. Pomimo że ponad 90% obywateli jest formalnie zarejestrowanych w POZ, znacznie mniejszy odsetek – nieco poniżej 79% – faktycznie korzysta z opieki przynajmniej raz w roku. Zjawisko to wykazuje wyraźną zależność wiekową – osoby starsze zgłaszają się do placówek POZ znacznie częściej niż osoby młodsze, co wskazuje na potrzebę działań ukierunkowanych na mobilizację młodych dorosłych do składania deklaracji wyboru lekarza POZ oraz korzystania z dostępnych świadczeń profilaktycznych. Dodatkowo, dane wskazują na niższe zaangażowanie zdrowotne mężczyzn – w niemal wszystkich grupach wiekowych odnotowuje się u nich mniejszą liczbę wizyt niż u kobiet. Wymaga to zintensyfikowania działań edukacyjnych oraz promowania proaktywnego podejścia do zdrowia wśród mężczyzn, zanim pojawią się poważne objawy chorobowe.

Dotychczasowa praktyka POZ koncentruje się przede wszystkim na opiece nad pacjentami z już rozpoznanymi jednostkami chorobowymi, zwłaszcza o charakterze przewlekłym. Tymczasem skuteczna profilaktyka – w tym działania w ramach programu „Moje Zdrowie" – wymaga przesunięcia akcentu z leczenia na prewencję, zwłaszcza pierwotną, zorientowaną na identyfikację czynników ryzyka i zapobieganie ich konsekwencjom zdrowotnym. Kluczowym zadaniem w kontekście wdrażania programu „Moje Zdrowie" jest zatem nie tylko zapewnienie odpowiedniego przygotowania organizacyjnego i kadrowego placówek POZ, ale także skuteczne zaangażowanie społeczeństwa – w tym grup dotychczas marginalnie korzystających z opieki – w systematyczne uczestnictwo w działaniach profilaktycznych. Realizacja tego celu będzie miała zasadnicze znaczenie dla długofalowego ograniczenia obciążenia chorobami cywilizacyjnymi oraz poprawy zdrowia publicznego w Polsce.

Wyzwania organizacyjne, z jakimi mierzy się POZ, obejmują także nierównomierne rozmieszczenie świadczeniodawców. Brak placówek POZ w 56 gminach oraz koncentracja pacjentów w gminach obszarów podmiejskich („obwarzankowych") wskazują na potrzebę bardziej racjonalnego planowania i redystrybucji zasobów, z uwzględnieniem mobilności pacjentów, lokalnych potrzeb zdrowotnych oraz uwarunkowań demograficznych. Dodatkowo, mimo zatrudnienia ponad 86 tys. pracowników medycznych w POZ (w tym lekarzy, pielęgniarek i położnych), występują istotne dysproporcje kadrowe między regionami, co przekłada się na różnice w dostępności i jakości świadczonej opieki.

W kontekście rosnącego obciążenia SOR przypadkami, które nie wymagają pilnej interwencji w ramach tego oddziału, szczególnego znaczenia nabiera również rozwój NiŚOZ. Niezbędne jest więc wzmocnienia roli informacyjnej i edukacyjnej w zakresie właściwego kierowania pacjentów w zależności od charakteru ich dolegliwości.

4.4. Rekomendowane kierunki działań

→ Realizacja kompleksowego, bezpłatnego programu profilaktycznego "Moje Zdrowie", pozwalającego na wykonanie bilansu zdrowia osób dorosłych.

→ Rozszerzanie modelu opieki koordynowanej na pozostałych świadczeniodawców, którzy takiej umowy jeszcze nie podpisali. Docelowo rekomendowane jest objęcie modelem wszystkich świadczeniodawców POZ. Pozwoli to na odciążenie AOS, skrócenie kolejek oraz ograniczenie liczby pacjentów odsyłanych do lecznictwa szpitalnego w celach diagnostycznych.

→ Wzmocnienie roli pacjenta w planowaniu i podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Pacjent ma być aktywnym partnerem personelu medycznego we wspólnym podejmowaniu decyzji dotyczących działań w chorobie i zdrowiu.

→ Zwiększenie prowadzenia edukacji zdrowotnej w środowisku nauczania i wychowania przez pielęgniarki szkolne.

→ Zwiększenie roli POZ w działaniach profilaktycznych – POZ powinien aktywnie uczestniczyć w realizacji programów profilaktycznych, edukacyjnych oraz promujących zdrowy styl życia. Kluczowym elementem tych działań jest wdrożenie koncepcji „10 dla serca", opracowanej w ramach NPChUK. Z uwagi na wspólne czynniki ryzyka, działania te mają znaczenie nie tylko w prewencji chorób sercowo-naczyniowych, ale także nowotworów.

→ Włączenie POZ w KSK – zgodnie z ustawą przyjętą przez Sejm w maju 2025 r., POZ powinien stanowić pierwszy poziom zabezpieczenia opieki w zakresie chorób układu krążenia. Jego zadaniem jest wczesne wykrywanie schorzeń, kierowanie pacjentów do dalszej diagnostyki oraz monitorowanie stanu zdrowia w ramach opieki koordynowanej.

→ Wdrożenie e-KOK jako narzędzia wspierającego proces diagnostyczno-terapeutyczny, poprawiającego komunikację między poziomami opieki oraz umożliwiającego monitorowanie jakości i efektów leczenia.

→ Utworzenie mechanizmów koordynacyjnych w zakresie współpracy POZ z AOS i lecznictwem szpitalnym, medycyną pracy oraz rehabilitacją. Zapewnienie niezakłóconej wymiany (elektronicznej) dokumentacji medycznej, informacji o stanie pacjenta i jego potrzebach w związku z leczeniem specjalistycznym i hospitalizacją, badaniami na potrzeby pracodawcy. Opracowanie i wdrożenie systemu pozwalającego na rzetelną i efektywną współpracę pomiędzy lekarzem POZ, pielęgniarką lub higienistką szkolną oraz lekarzem dentystą.

→ Zwiększenie roli POZ w opiece nad ustabilizowanymi w AOS przewlekle chorymi pacjentami poprzez promowanie wśród świadczeniodawców modelu opieki koordynowanej, w tym również współpraca z lekarzem psychiatrą, geriatrą nad pacjentem w miejscu ich zamieszkania, współpraca z rodziną pacjenta przewlekle chorego.

→ Wzmocnienie roli i zwiększenie aktywności pielęgniarki POZ i położnej POZ, dalsze przekazywanie kompetencji lekarza POZ personelowi pomocniczemu, zwiększenie liczby pielęgniarek i położnych POZ z ukończonym kursem specjalistycznym „Ordynowanie leków i wypisywanie recept dla pielęgniarek i położnych".

→ Wzmocnienie roli NiŚOZ celem poprawy zgłaszalności pacjentów do tej formy pomocy i odciążenia SOR z przypadków niewymagających ratowania zdrowia i życia, a tym samym skupienia uwagi personelu SOR na tych pacjentach, którzy najbardziej wymagają ich pomocy.

→ Zapewnienie wysokiej jakości danych sprawozdawczych POZ. Usprawnianie działania systemu przekazywania danych do NFZ dzięki rozliczeniom finansowym oraz poprawnemu raportowaniu danych medycznych i epidemiologicznych.

→ Rozwój systemu monitorowania, analizowania stanu zdrowia ludności i jego determinant oraz ewaluacji podejmowanych działań, w oparciu o integrację danych z różnych źródeł.

→ Zwiększenie dostępności nowoczesnych form usług z zakresu telemedycyny, teleopieki oraz e-zdrowia, które zwiększyłyby możliwości wsparcia pacjentów bez potrzeby wychodzenia z domu.

5. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna

AOS obejmuje świadczenia medyczne, tj. porady specjalistyczne, badania diagnostyczne, procedury zabiegowe, które nie są dostępne w POZ. Zaspokaja tym samym potrzeby zdrowotne pacjentów, którzy wymagają kontaktu z lekarzem specjalistą, ale nie wymagają hospitalizacji. Zakres AOS reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 357, z późn. zm.).

W większości przypadków dostęp do świadczeń AOS wymaga skierowania od lekarza POZ. Skierowanie nie jest wymagane w przypadku wizyty m.in. u ginekologa, położnika, wenerologa i onkologa, w poradni dla osób chorych na gruźlicę oraz w poradni dla osób zakażonych wirusem HIV, a także w przypadku innych osób z określonych grup. Lekarz kierujący określa rodzaj poradni, a decyzja o wyborze placówki należy do pacjenta. Lekarz wydający skierowanie kwalifikuje pacjenta jako przypadek pilny lub stabilny (na podstawie dynamiki procesu chorobowego), a placówka AOS wyznacza termin przyjęcia do poradni wpisując na odpowiednią listę osób oczekujących. Jeżeli dla procesu leczenia wystarczy jednorazowa konsultacja, lekarz specjalista odsyła pacjenta do lekarza kierującego (POZ lub innego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego). W przypadku, gdy pacjent zostaje objęty opieką poradni specjalistycznej i wymaga wykonania niezbędnych dla prawidłowego leczenia dodatkowych badań, skierowania na te badania wystawia lekarz specjalista. Od momentu, gdy lekarz specjalista obejmuje opieką pacjenta, to on kieruje i wskazuje miejsce wykonania zleconych badań (laboratoryjnych, diagnostycznych itp.), które są niezbędne w procesie dalszego leczenia. Lekarz specjalista nie odsyła pacjenta w celu wykonania badań do lekarza POZ. Pacjenci wymagający monitorowania leczenia, w ściśle ustalonych terminach wykonywania kolejnych etapów świadczenia zdrowotnego, są przyjmowani zgodnie z planem leczenia[92].

System opieki zdrowotnej w RP charakteryzuje się brakiem równowagi w strukturze świadczeń zdrowotnych: leczenie pacjentów w nadmiernym stopniu opiera się na opiece stacjonarnej zamiast na ambulatoryjnej. Wskaźnik możliwych do uniknięcia hospitalizacji w przypadku chorób przewlekłych, odzwierciedlający dostępność i jakość podstawowej oraz specjalistycznej opieki zdrowotnej w kraju, należy do najwyższych w Europie (1. miejsce wśród 24 krajów UE w 2021 r.)[93]. Zwiększenie udziału AOS w strukturze świadczeń zdrowotnych jest korzystne, zarówno z ekonomicznego punktu widzenia (ze względu na wysokie koszty hospitalizacji), jak i z punktu widzenia bezpieczeństwa pacjenta (ze względu na występowanie lekoopornych bakterii w środowisku szpitalnym[94]). Opieka nad pacjentem w AOS zazwyczaj wiąże się również z krótszym czasem leczenia i lepszą dostępnością w porównaniu do leczenia szpitalnego, jednocześnie proces diagnostyczny w AOS jest dłuży niż leczenie szpitalne. Warto

[92] NFZ, AOS, http://www.nfz-warszawa.pl/dla-pacjenta/co-kazdy-pacjent-wiedziec-powinien/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/, dostęp w dniu 24.03.2024 r.

[93] *Profil systemu ochrony zdrowia 2021*, str.14, OECD and World Health Organization.

[94] *Raport: System ochrony zdrowia w RP – stan obecny i pożądane kierunki zmian*, NIK, Warszawa 2019, https://www.nik.gov.pl/plik/id,20223,vp,22913.pdf, dostęp w dniu 01.10.2020 r.

zaznaczyć, że liczba procedur diagnostycznych i zabiegowych możliwych do przeniesienia z lecznictwa szpitalnego do ambulatoryjnego rośnie wraz z postępem technologicznym.

W 2023 r. najwięcej pacjentów zostało przyjętych w poradni okulistycznej (patrz tabela poniżej) – prawie 3,5 mln. Powyżej 3 mln pacjentów obsłużyła także poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej (3,1 mln) oraz niewiele mniej poradnia ginekologiczno-położnicza (2,9 mln pacjentów).

Tabela 2. 10 typów poradni AOS z największą liczbą pacjentów w 2023 r.

Typ poradni	Liczba pacjentów	Liczba świadczeń
Okulistyczna	3 472 166	6 732 254
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	3 153 403	7 712 444
Położniczo-ginekologiczna	2 923 809	8 168 166
Kardiologiczna	2 653 513	5 655 367
Neurologiczna	2 478 711	4 825 819
Chirurgii ogólnej	2 444 131	6 436 914
Otorynolaryngologiczna	2 224 869	4 103 820
Dermatologiczna	1 950 467	4 068 234
Rezonansu magnetycznego	1 827 630	2 164 253
Urologiczna	1 502 356	3 233 533

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Jednym z istotnych problemów w polskim systemie opieki zdrowotnej jest brak pełnej koordynacji ścieżki pacjenta pomiędzy AOS a POZ, która pozwoliłaby na kontynuację leczenia pacjentów ze stabilnymi postaciami chorób przewlekłych przez lekarzy POZ i dzięki temu odciążenie poradni specjalistycznych. Najczęściej realizowanymi (27%) w poradniach specjalistycznych produktami rozliczeniowymi są produkty W11 świadczenie specjalistyczne 1-ego typu. Są to produkty niewymagające realizacji badań diagnostycznych, wykorzystywane najczęściej do rozliczenia wyłącznie porady lekarskiej. Ponadto, w dużych dziedzinach specjalistycznych, takich jak kardiologia czy endokrynologia, zidentyfikowano, że najczęściej leczonymi w tych poradniach problemami zdrowotnymi były odpowiednio samoistne nadciśnienie tętnicze (ok. 30% wizyt) i inne postacie niedoczynności tarczycy (ok. 40% wizyt).

Są to problemy zdrowotne, które zdaniem środowiska eksperckiego, mogą i powinny być w większości monitorowane w POZ, szczególnie biorąc pod uwagę możliwości oferowane przez opiekę koordynowaną.

W odpowiedzi na wyżej wskazane problemy w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej związanej z AOS i leczeniem szpitalnym, od 2024 r. MZ wraz z NFZ realizują działania zmierzające do reformy systemu ochrony zdrowia (projekt: Odwrócona Piramida Świadczeń). Głównym celem zaplanowanych działań jest poprawa koordynacji opieki nad pacjentem, skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia oraz zwiększenie dostępności do skutecznych metod leczenia. Celem reformy jest przywrócenie procesu, w którym diagnozowanie, leczenie i monitorowanie pacjenta będzie się odbywało na odpowiednim dla tego procesu poziomie opieki medycznej. W projektowanych zmianach punkt ciężkości leczenia zostanie przeniesiony na AOS oraz współpracujący z nim POZ. W ramach leczenia szpitalnego będzie odbywała się terapia tylko tych pacjentów, których ścieżka kliniczna będzie wymagała hospitalizacji.

W MZ trwają obecnie prace polegające na wzmocnieniu roli lekarza POZ i rozszerzeniu jego możliwości diagnostycznych, duże znaczenie ma również wdrażanie opieki koordynowanej, budżety powierzone i diagnostyczne, które się systematycznie poszerzają. Natomiast w przypadku AOS planowane są rozwiązania systemowe pozwalające na wdrożenie mechanizmów skutkujących odejściem od podejmowania decyzji klinicznych w oparciu o motywy ekonomiczne w tym, poprzez zastosowanie pakietów diagnostycznych i terapeutycznych oraz monitorujących, które wynikają ze ścieżki klinicznej pacjenta. Ich celem będzie objęcie leczeniem całego problemu zdrowotnego pacjenta.

Od lat jednym z najbardziej dotkliwych problemów AOS jest długi czas oczekiwania na świadczenia medyczne. Jest on spowodowany wieloma przyczynami, a wynika m.in. z niedostosowania rodzaju interwencji klinicznej pacjenta do poziomu opieki. Lekarz POZ wystawiając skierowanie, może przekierować pacjenta do AOS lub na leczenie szpitalne i podobnie pacjent z AOS może zostać przekierowany na diagnostykę do szpitala mimo faktu, że świadczenie możliwe jest do realizacji na poziomie ambulatoryjnym. Na wskaźnik ten może mieć wpływ wiele czynników leżących zarówno po stronie świadczeniodawców (nieefektywna organizacja pracy w placówce leczniczej), płatnika (niski budżet, wycena świadczeń zdrowotnych), organizatora opieki zdrowotnej (niewystarczające działania restrukturyzacyjne i inwestycyjne, niewystarczające działania na rzecz zwiększenia kadry medycznej o określonej specjalności, brak działań na rzecz informatyzacji centralnego systemu kolejkowego, która ułatwiłaby pacjentom zapisywanie się i odwoływanie wizyt), jak i samych świadczeniobiorców (nieuzasadnione korzystanie ze świadczeń zdrowotnych, zapisywanie się do wielu placówek i nieodwoływanie wizyt, nawyk korzystania ze specjalistów)[95]. Długi czas oczekiwania na świadczenia AOS może powodować odwlekanie leczenia, prowadzić do pogorszenia stanu zdrowia pacjenta, a w konsekwencji do hospitalizacji lub zgonu.

[95] K. Nyczaj, D. Wasilewski, M. Dzięgielewski, *Problematyka pomiaru dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej*, Nauki o Zarządzaniu, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, 2017.

Konieczność długiego oczekiwania na świadczenia zdrowotne realizowane w ramach NFZ skłania też pacjentów o wyższych dochodach do korzystania z usług prywatnej opieki medycznej, co z kolei prowadzi do pogłębiania się różnic w dostępie do świadczeń zdrowotnych i przez to w stanie zdrowia i długości życia między osobami o różnym stopniu zamożności. Według badania opinii publicznej przeprowadzonego w 2023 r. przez CBOS[96], jako główną przyczynę korzystania ze świadczeń zdrowotnych poza systemem powszechnego ubezpieczenia społecznego respondenci wskazywali możliwość uzyskania szybkiego terminu wizyty (79%).

Dużym wyzwaniem dla całego systemu opieki zdrowotnej, w tym również dla AOS, jest proces starzenie społeczeństwa. Prognozowane zmiany w strukturze wiekowej populacji RP należy wiązać się ze zmianami w systemie AOS, w tym ze wzrostem liczby lekarzy (szczególnie geriatrów), liczby ośrodków oferujących leczenie specjalistyczne (poradnie geriatryczne, placówki opieki długoterminowej itp.) oraz nakładów finansowych w specjalnościach medycznych zajmujących się schorzeniami osób w podeszłym wieku.

Wykaz istotnych zmian wprowadzonych w ostatnich latach w AOS

Od maja 2021 r.[97] możliwe jest wykonywanie w znieczuleniu w ramach AOS następujących świadczeń w sytuacji, gdy nie ma wskazań medycznych do hospitalizacji świadczeniobiorcy:

1) gastroskopia diagnostyczna, z testem urazowym,
2) gastroskopia diagnostyczna z biopsją,
3) gastroskopia – inne,
4) fiberokolonoskopia,
5) kolonoskopia z biopsją,
6) esofagogastroduodenoskopia,
7) esofagogastroduodenoskopia z biopsją,
8) kolonoskopia – inne,
9) endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego.

Wprowadzenie powyższych diagnostycznych procedur w znieczuleniu umożliwiło ich realizację w warunkach ambulatoryjnych w komfortowej atmosferze oraz przy zapewnieniu bezpieczeństwa pacjenta.

W lipcu 2022 r.[98] wprowadzono do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenia opieki zdrowotnej:

1) "Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka piersi lub raka jajnika",

[96] Korzystanie ze świadczeń i ubezpieczeń zdrowotnych, Nr 101/2023, komunikat z badań CBOS, str. 6.

[97] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 727).

[98] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 lipca 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1542).

2) "Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego lub raka błony śluzowej trzonu macicy",

3) "Opieka nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na siatkówczaka lub chorobę von Hippel–Lindau (VHL)".

Celem wprowadzonych zmian było zapewnienie prewencji i wczesnego wykrywania nowotworów dziedzicznych.

Każde z tych świadczeń obejmuje dwa etapy:

1) „poradnictwo i badania genetyczne", w ramach którego odbywa się identyfikacja osób posiadających wysokie, dziedzicznie uwarunkowane ryzyko zachorowania na wybrane nowotwory. W przypadku zaistnienia wskazań medycznych, wykonywane są badania genetyczne (w tym metodą NGS);

2) „nadzór i badania diagnostyczne", w ramach którego świadczeniobiorca posiadający wysokie, dziedzicznie uwarunkowane ryzyko zachorowania na wybrany nowotwór zostaje objęty specjalistycznym nadzorem, polegającym na systematycznym przeprowadzaniu badań diagnostycznych (np. mammografia, RM piersi, gastroskopia, kolonoskopia) oraz konsultacji lekarskich.

W grudniu 2022 r.[99] wprowadzono do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie opieki zdrowotnej o nazwie „Nadzór telemetryczny nad pacjentami z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi". Ma ono na celu zapewnienie bezpiecznego, kompleksowego wsparcia dla pacjentów kardiologicznych z implantowanymi urządzeniami wszczepialnymi wyposażonymi w funkcję, która umożliwia zdalne przekazywanie zgromadzonych danych.

W styczniu 2023 r.[100] została poszerzona lista procedur diagnostycznych, które mogą być wykonywane w znieczuleniu, o badania rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej oraz przezskórnej biopsji gruczołu krokowego. Zmiana ta przyczyni się również do zmniejszenia liczby niezasadnych hospitalizacji wynikających z braku możliwości wykonywania TK i RM w znieczuleniu dożylnym w ramach AOS.

W listopadzie 2023 r.[101] wprowadzono do wykazu świadczeń gwarantowanych nowe świadczenie opieki zdrowotnej „Badanie nasienia (seminogram)". Jest ono podstawowym badaniem pierwszego rzutu wykorzystywanym w diagnostyce niepłodności męskiej, która powinna się rozpocząć równolegle z diagnostyką kobiety.

Od kwietnia 2019 r. systematycznie rozszerzano zakres świadczeń AOS niepodlegających limitom w zakresie finansowania przez NFZ. Początkowo bezlimitowym finansowaniem objęto wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego, wykonywane w trybie ambulatoryjnym. Ostatecznie, od 1 lipca 2021 r.

---

[99] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2641).

[100] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 12 grudnia 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2678).

[101] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 października 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 2294).

zniesiono wszystkie dotychczas obowiązujące ograniczenia. Obecnie bezlimitowym finansowaniem objęte jest więc każde świadczenie lekarzy specjalistów we wszystkich dziedzinach medycyny, udzielane każdemu zgłaszającemu się pacjentowi, w tym także wysokokosztowe badania diagnostyczne.

Zwiększenie liczby wykonywanych świadczeń przekłada się na dalszą poprawę dostępności do lekarzy specjalistów przez skrócenie czasów oczekiwania na świadczenia, a w konsekwencji szybsze uruchomienie procesu leczenia.

Istotną zmiana wdrażaną w ramach AOS jest również kwestia udziału realizowanych przez poradnie wizyt pierwszorazowych. Jest to znaczące szczególnie w aspekcie adresowania problemu dostępności do opieki specjalistycznej, który obserwowany jest w postaci długich kolejek na wizytę pierwszorazową. Zwiększanie udziału wizyt pierwszorazowych przekłada się bezpośrednio na krótszy czas oczekiwania na pierwszą wizytę.

Identyfikuje się bardzo duże zróżnicowanie w udziale wizyt pierwszorazowych pomiędzy różnymi typami poradni. Dla poradni kardiologicznej udział ten wynosi ok. 15%, dla poradni gastroenterologicznej ok. 24%, zaś dla poradni diabetologicznej wynosi niecałe 10%. W ramach konkretnych typów poradni, wykazano bardzo duże zróżnicowanie tego udziału wśród indywidualnych świadczeniodawców. W ramach jednej dziedziny odsetek wizyt pierwszorazowych dla konkretnych poradni wynosił od poniżej 5% do ponad 40%. Tak duże zróżnicowanie wskazuje na przestrzeń do wprowadzenia standardów dotyczących wizyt pierwszorazowych oraz na potencjał wśród poradni, które realizują ten wskaźnik znacząco poniżej normy.

Na mocy Zarządzenia nr 23/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 kwietnia 2025 r.[102], poradnie specjalistyczne realizujące udział wizyt pierwszorazowych poniżej mediany dla swojej dziedziny, zobowiązane będą do podnoszenia tego wskaźnika. Rozwiązanie takie wpłynie pozytywnie na zwiększenia dostępności na wizytę pierwszorazową u lekarza specjalisty oraz pośrednio prowadziło będzie do zmniejszenia dysproporcji pomiędzy świadczeniodawcami.

Bodźcem dla zmian w obszarze jakości AOS było również wejście w życie w 2023 r. ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta (Dz. U. poz. 1692). Wdrożyła ona szereg rozwiązań składających się na spójny system jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. W obszarze AOS wskaźniki jakości odnoszą się m.in. do średniej liczby świadczeń udzielanych przez lekarza, średniej liczby świadczeń przypadającej na pacjenta. Z perspektywy wyzwań związanych z potrzebą zwiększania dostępności do świadczeń kluczowym wydaje się również m.in. wskaźnik jakości związany z odsetkiem teleporad w ogólnej liczbie porad.

[102] Zarządzenie nr 23/2025/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 1 kwietnia 2025 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna.

5.1. Diagnoza

Przedmiotem analiz były świadczenia zdrowotne realizowane w ramach umowy zawartej z NFZ w zakresie AOS, opartej o dane z NFZ dotyczące świadczeń zdrowotnych sprawozdanych w latach 2020-2023. Przedstawione w tych rozdziałach statystyki nie uwzględniają porad udzielonych poza NFZ.

Pacjenci

W latach 2020-2023 nastąpił wzrost liczby pacjentów korzystających z AOS. W 2023 r. świadczenia w ramach AOS udzielono 16,9 mln pacjentów, w tym 82,6 mln porad, podczas gdy w 2020 r. było to odpowiednio 14,8 mln i 65,1 mln. Wzrost liczy pacjentów i zrealizowanych świadczeń w porównaniu do stanu w 2020 r. wynika z byłych ograniczeń w zakresie dostępu do świadczeń, co było związane z pandemią COVID-19. W okresie objętym analizą liczba osób korzystających z AOS w przeliczeniu na jednego mieszkańca RP wzrosła z 0,39 na 0,45 (tj. +15,4%), tj. wzrost o 160 osób na 1 tys. mieszkańców. Liczba wizyt przypadająca na jednego mieszkańca kraju wzrosła z 1,7 do 2,19 (+28,8%).

Tabela 3. Liczba pacjentów i liczba wizyt w AOS w latach 2020-2023

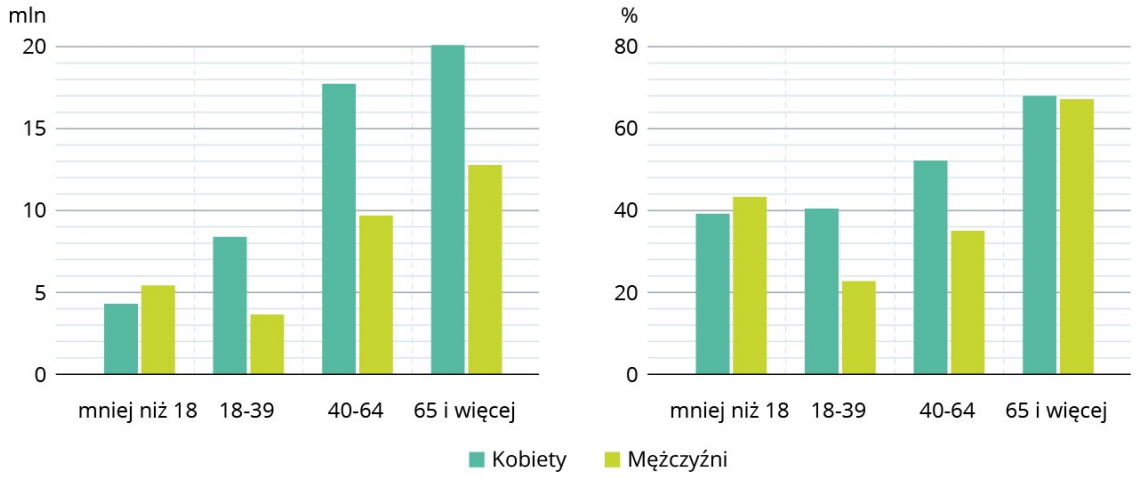
Rok:	**2020**	**2021**	**2022**	**2023**
Liczba porad (tys.)	65 059	73 565	76 765	82 564
Różnica do ubiegłego roku (tys.)		+8 506	+3 200	+5 799
Różnica do ubiegłego roku (%)		+13,1	+4,3	+7,6
Różnica między 2023 r. a 2020 r. (tys.)				+17 505
Różnica między 2023 r. a 2020 r. (%)				+26,9
Liczba pacjentów (tys.)	14 843	15 593	16 305	16 948
Różnica do ubiegłego roku (tys.)		+750	+712	+643
Różnica do ubiegłego roku (%)		+5,1	+4,6	+3,9
Różnica między 2023 r. a 2020 r. (tys.)				+2 105
Różnica między 2023 r. a 2020 r. (%)				+14,2
Porad na mieszkańca	1,70	1,93	2,03	2,19

Różnica do ubiegłego roku (%)		+13,5	+5,2	+7,9
Różnica między 2023 r. a 2020 r. (%)				+28,8
Pacjentów na mieszkańca	0,39	0,41	0,43	0,45
Różnica do ubiegłego roku (%)		+5,1	+4,9	+4,7
Różnica między 2023 r. a 2020 r. (%)				+15,4

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2023 r. największą grupą osób, które skorzystały z AOS były kobiety wieku 65 i więcej lat oraz w wieku 40-64 lat, następnie mężczyźni w wieku 65 i więcej oraz w wieku 40-64 lat. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców z uwzględnieniem ich wieku i płci z AOS korzystały w największym stopniu kobiety i mężczyźni powyżej 65. r.ż. (0,68 pacjenta na jednego mieszkańca kraju z tej samej grupy wiekowo-płciowej dla obu płci), a w najmniejszym stopniu mężczyźni w wieku 18-39 lat (0,23 pacjenta na jednego mieszkańca kraju z tej samej grupy wiekowo-płciowej).

Rysunek 66. Liczba porad (lewy wykres) oraz odsetek mieszkańców korzystających z AOS (prawy wykres) w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Tabela 4. Struktura wieku i płci pacjentów korzystających z AOS w 2023 r.

Grupa wiekowa:	<18		18-39		40-64		powyżej 65. r.ż.		Ogółem
Płeć:	K	M	K	M	K	M	K	M	
Liczba pacjentów (mln)	1,32	1,54	2,03	1,12	3,47	2,28	3,08	2,06	16,95
% wszystkich pacjentów	7,78	9,06	11,98	6,95	20,49	13,42	18,20	12,13	100
Liczba pacjentów w przeliczeniu na mieszkańca	0,39	0,44	0,41	0,23	0,53	0,35	0,68	0,68	0,45
Liczba porad (mln)	4,32	5,46	8,44	3,67	17,85	9,74	20,23	12,86	82,56
% wszystkich porad	5,23	6,61	10,22	4,44	21,62	11,80	24,50	15,57	100
Liczba wizyt w przeliczeniu na mieszkańca	1,29	1,55	1,69	0,71	2,70	1,51	4,49	4,23	2,19
Średnia liczba wizyt na 1 pacjenta	3,28	3,55	4,15	3,11	5,14	4,29	6,56	6,25	4,87

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W latach 2020-2023 nastąpił wzrost liczby pacjentów we wszystkich grupach wiekowych, przy czym w największym stopniu dotyczył on osób w grupach wiekowych powyżej 65. r.ż. oraz 40-64 lata.

Tabela 5. Odsetek świadczeniodawców nieudzielających (lub nie sprawozdających) porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady

Województwo	% świadczeniodawców nieudzielających teleporad
dolnośląskie	36
kujawsko-pomorskie	37
lubelskie	29
lubuskie	43
łódzkie	30
małopolskie	25
mazowieckie	26
opolskie	35
podkarpackie	28
podlaskie	28
pomorskie	23
śląskie	18
świętokrzyskie	35
warmińsko-mazurskie	40
wielkopolskie	35
zachodniopomorskie	36

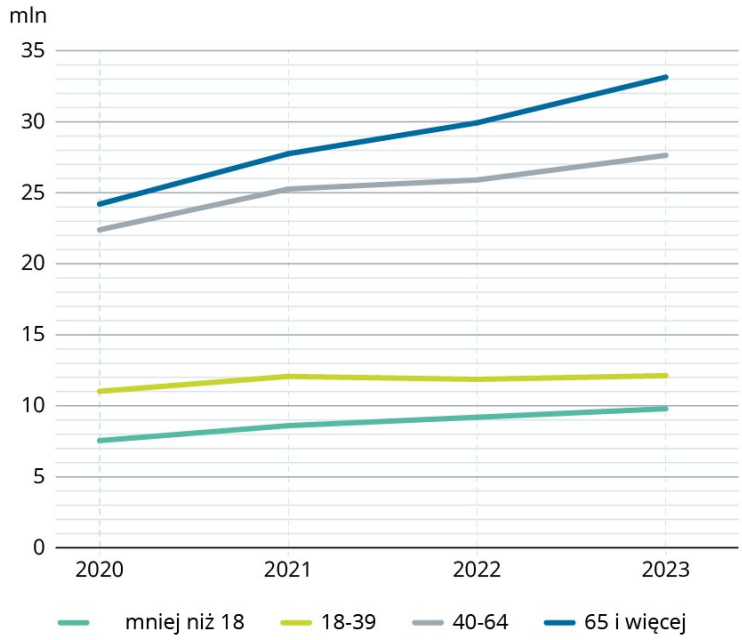
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Procent świadczeniodawców, którzy w 2024 r. nie udzielali porad (lub ich nie sprawozdawali) za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, był zróżnicowany w poszczególnych województwach[103]. Dla RP ogółem wartość zmodyfikowanego wskaźnika (procent

[103] Dane opracowano w oparciu o wybrany wskaźnik jakości w opiece zdrowotnej dla Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej, tj. *Odsetek teleporad w ogólnej liczbie porad w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej.* https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/ (dostęp według stanu na dzień 20 maja 2025 r.)

świadczeniodawców nieudzielających teleporad) wynosi 31%. Wśród województw nie było przypadków odstających, a wartości mieściły się w przedziale ok. +/- 13 p.p.

Rysunek 67. Liczba porad w latach 2020-2023 z uwzględnieniem wieku pacjentów



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Struktura wiekowo-płciowa pacjentów była znacznie zróżnicowana między rodzajami poradni. Do poradni o szczególnie dużym odsetku wizyt pacjentów wiekowej grupie wiekowej 65 i więcej lat należą również m.in. poradnia osteoporozy (89,7%), poradnia urologiczna (69%), poradnia nefrologiczna (69,4%), poradnia chirurgii naczyniowej (69%), poradnia chorób naczyń (67,5%) oraz poradnia kardiologiczna (65,7%). W 2023 r. w poradni geriatrycznej 96,7% wizyt przypadało na osoby w wieku powyżej 65. r.ż.

Z kolei do poradni, z których korzystały głównie osoby w wieku 18-39 lat, należały: pracownia USG (89,3%), poradnie patologii ciąży (80,6%), leczenia niepłodności (60%), endokrynologiczno-ginekologiczne (46%), położniczo-ginekologiczne (42%) oraz ginekologiczne (40,6%).

Wskaźniki jakości publikowane są przez prezesa NFZ zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz. U. z 2025 r. poz. 400).

Tabela 6. Najczęstsze problemy zdrowotne leczone w AOS w latach 2020-2023 zgodnie z międzynarodową klasyfikacją chorób ICD-10[104]

Grupa chorób według ICD-10	Odsetek wszystkich porad
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (M00-M99)	11,1%
Choroby układu krążenia (I00-I99)	9,2%
Nowotwory (C00-D48)	9,1%
Choroby układu moczowo-płciowego (N00-N99)	8,8%
Choroby oka i przydatków oka (H00-H59)	8,0%
Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia (Z00-Z99)	7,8%
Choroby układu oddechowego (J00-J99)	7,2%
Zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywienia i przemian metabolicznych (E00-E90)	6,4%
Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (S00-T98)	6,4%
Choroby układu nerwowego (G00-G99)	5,4%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

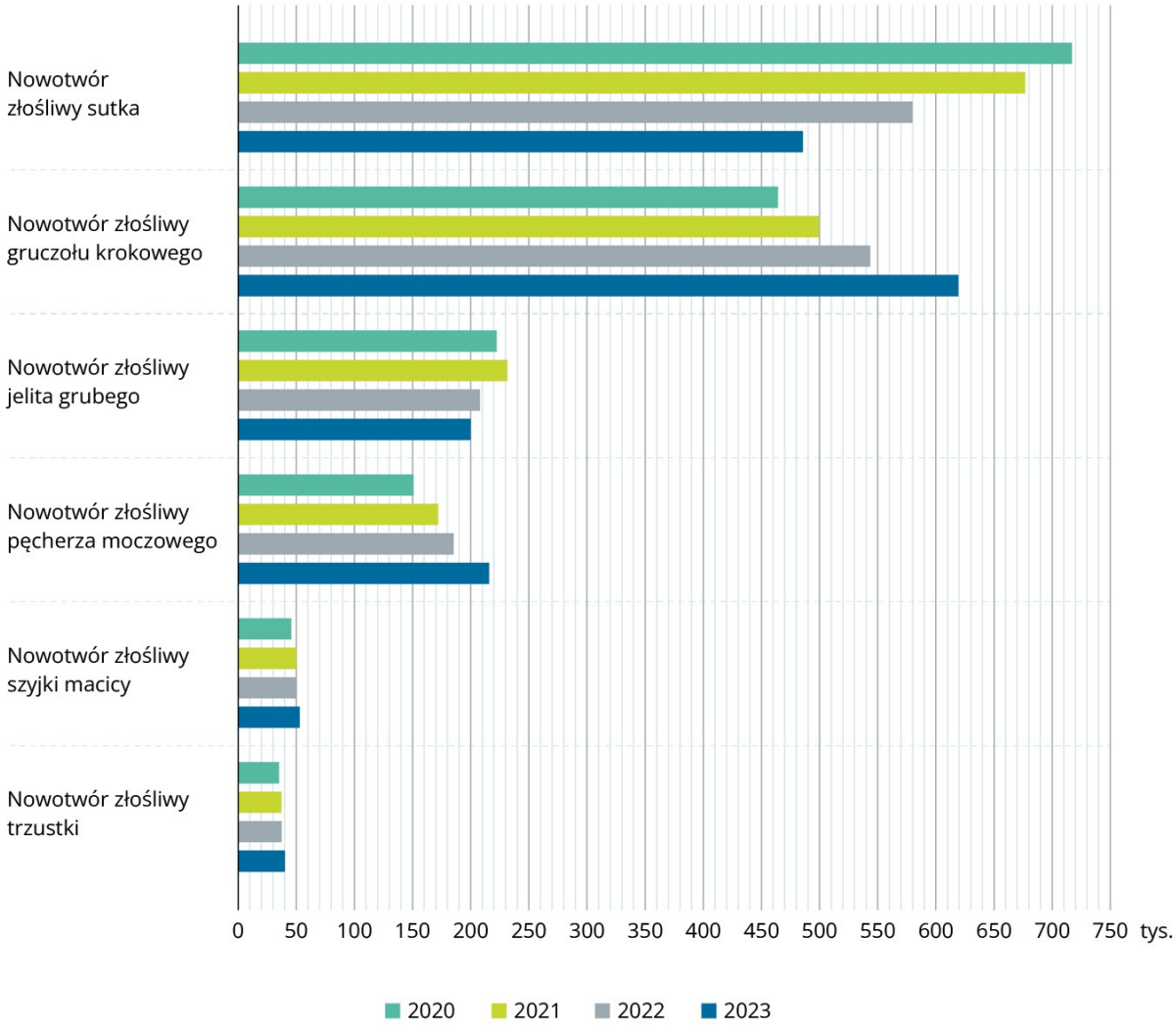
Najczęstszymi problemami zdrowotnymi będącymi przyczyną kontaktu pacjentów z AOS w latach 2020-2023 były choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (11,1% wszystkich porad), choroby układu krążenia (9,2% wszystkich porad) oraz nowotwory (9,1% wszystkich porad).

Pomiędzy 2020 r. a 2023 r. nastąpił duży spadek liczby porad związanych z nowotworem złośliwym sutka (-32%) oraz nowotworem złośliwym jelita grubego (-10%). Dla nowotworu złośliwego gruczołu krokowego wystąpił wzrost liczby porad w AOS o 33%, a dla nowotworu złośliwego pęcherza moczowego o 43%. W przypadku nowotworu złośliwego trzustki wzrost ten był mniejszy (o 22%), zaś dla nowotworu złośliwego szyjki macicy jest on najmniejszy spośród wybranych rodzajów nowotworów (wzrost o 16%). Obserwowane spadki w liczbie porad były związane z wprowadzeniem opieki koordynowanej nad pacjentem z nowotworem złośliwym jelita grubego (KON-Jelito) oraz piersi (KON-Pierś)) i są sprawozdawane jako świadczenia w poradniach w ramach zakresu leczenie szpitalne. Postępujące zwiększenie liczby porad związanych z nowotworami wynika z wdrożonych zmian w diagnostyce i leczeniu

[104] W tabeli pokazano tylko problemy zdrowotne będące przyczyną co najmniej 2% wszystkich porad, które odpowiadają w sumie za ok. 85% wszystkich porad w AOS.

onkologicznym (w tym m.in. zniesienia limitów świadczeń tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego).

Rysunek 68. Zmiany w liczbie porad związanych z wybranymi nowotworami w AOS w latach 2020-2023



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

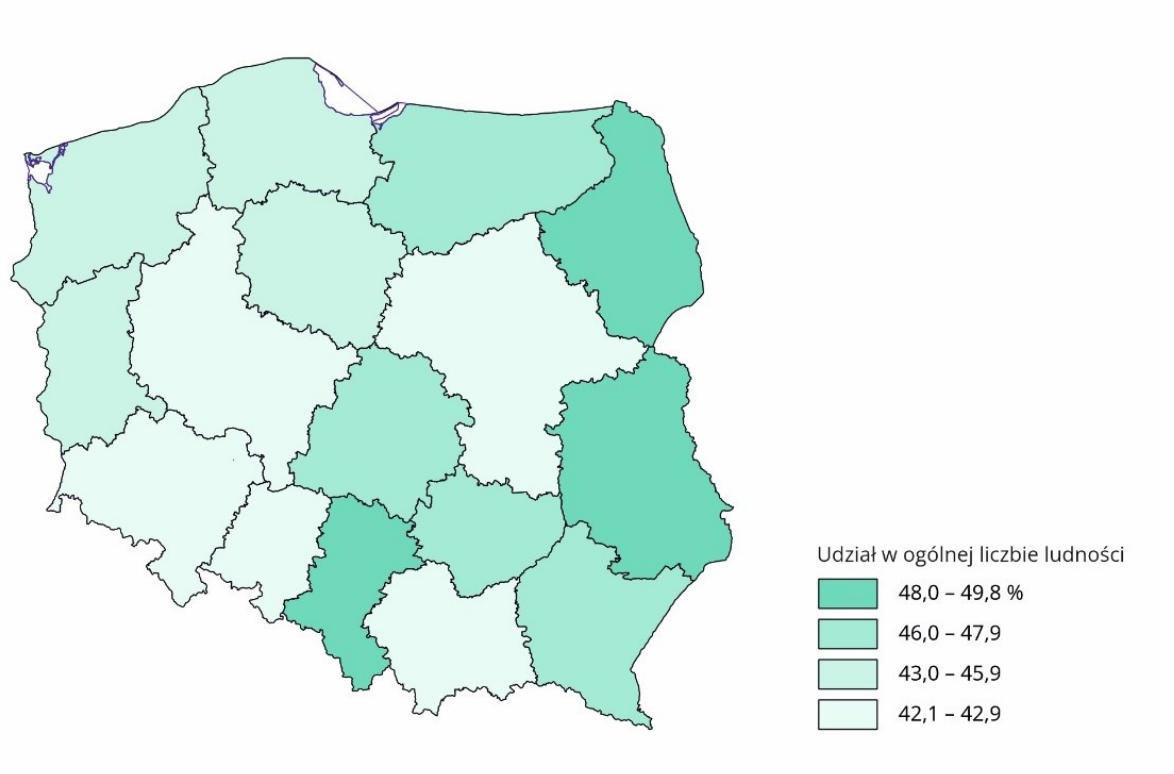
Wzrost liczby porad dotyczył chorób: dróg oddechowych (J30-J39 według ICD-10) z 2,44 mln porad w 2020 r. do 3,2 mln w 2023 r. (wzrost o 32%), zwyrodnieniowych stawów (M15-M19) z 1,87 mln porad w 2020 r. do 2,51 mln w 2023 r. (wzrost o 34%) oraz innych chorób grzbietu (M50-M54) z 1,31 mln porad w 2020 r. do 1,83 mln w 2023 r. (wzrost o 40%).

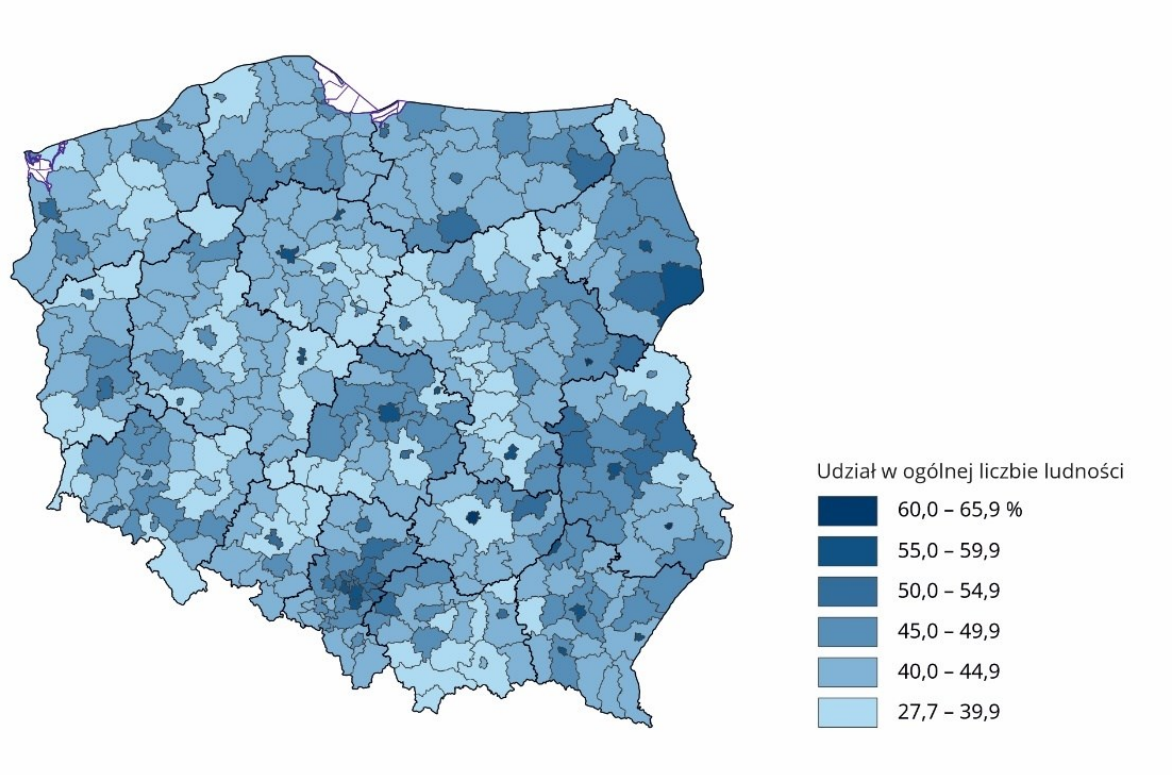
W latach 2020-2023 nastąpił spadek porad osób wymagających opieki zdrowotnej w okolicznościach związanych z rozrodem (Z30-Z39) z 1,38 mln porad w 2020 r. do 1,19 mln w 2023 r. (spadek o 14%), innymi zaburzeniami u ciężarnej związane głównie z ciążą (O20-O29) z 1,14 mln porad w 2020 r. do 0,97 mln porad w 2023 r. (spadek o 15%) oraz wrodzonych wad rozwojowych i zniekształceniem układu mięśniowo-szkieletowego (Q65-Q79) z 242 tys. porad w 2020 r. do 228 tys. w 2023 r. (spadek o 6%).

Na poziomie województw realizacja świadczeń w ramach AOS przez mieszkańców miała zróżnicowanych charakter. Największy odsetek osób korzystających z AOS wystąpił w województwie podlaskim i śląskim (odpowiednio 49,8% i 49,3% ogólnej liczby mieszkańców), najmniejszy natomiast w województwie mazowieckim (42,1%).

Na poziomie powiatów największy odsetek pacjentów zgłaszał się do AOS w miastach na prawach powiatu (powiaty grodzkie). W 2023 r. największy odsetek pacjentów AOS wystąpił w powiatach: m. Siedlce w województwie mazowieckim (65,9% ogólnej liczby mieszkańców), m. Kielce w województwie świętokrzyskim (64,5%), m. Zamość w województwie lubelskim (61,6%). Powiatem o najmniejszym odsetku pacjentów w 2023 r. był powiat średzki w województwie dolnośląskim (27,7%).

Rysunek 69. Mieszkańcy, którzy skorzystali z AOS w 2023 r.





Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Wzrost liczby pacjentów i udzielonych porad w latach 2021-2023 nastąpił we wszystkich województwach, przy czym największy w województwie lubelskim, a najmniejszy w dolnośląskim.

Tabela 7. Zmiana w liczbie pacjentów i porad w przeliczeniu na liczbę ludności w latach 2021-2023 w województwach

	Udział mieszkańców korzystających z AOS				Liczba porad na 1 mieszkańca			
Województwo:	**2021**	**2022**	**2023**	**2021 vs. 2023***	**2021**	**2022**	**2023**	**2021 vs. 2023**
lubelskie	42,7%	46,6%	48,9%	14,5%	2,05	2,25	2,5	0,45
świętokrzyskie	41,2%	44,8%	47,0%	14,1%	1,91	2,09	2,31	0,40
łódzkie	42,0%	44,8%	47,2%	12,4%	2,00	2,15	2,37	0,37
lubuskie	39,7%	42,6%	44,3%	11,6%	1,72	1,83	1,95	0,23
podlaskie	44,7%	47,8%	49,8%	11,4%	2,25	2,42	2,63	0,38
warmińsko-mazurskie	41,6%	44,4%	46,3%	11,3%	1,92	2,06	2,21	0,29

kujawsko-pomorskie	40,7%	43,2%	45,1%	10,8%	1,84	1,94	2,07	0,23
śląskie	44,5%	47,3%	49,3%	10,8%	2,28	2,43	2,6	0,32
podkarpackie	42,3%	44,8%	46,8%	10,6%	1,99	2,11	2,31	0,32
opolskie	38,7%	41,2%	42,7%	10,3%	1,66	1,78	1,90	0,24
zachodniopomorskie	40,4%	42,9%	44,5%	10,1%	1,86	1,95	2,08	0,22
mazowieckie	38,5%	40,0%	42,1%	9,4%	1,81	1,89	2,05	0,24
pomorskie	41,6%	43,5%	45,2%	8,7%	2,03	2,11	2,26	0,23
wielkopolskie	39,4%	40,8%	42,5%	7,9%	1,75	1,77	1,9	0,15
małopolskie	39,5%	40,9%	42,6%	7,8%	1,95	2,01	2,15	0,20
dolnośląskie	39,6%	41,1%	42,4%	7,1%	1,71	1,75	1,87	0,16

**zmiana procentowa wartości udziału mieszkańców korzystających z AOS w latach 2021-2023*

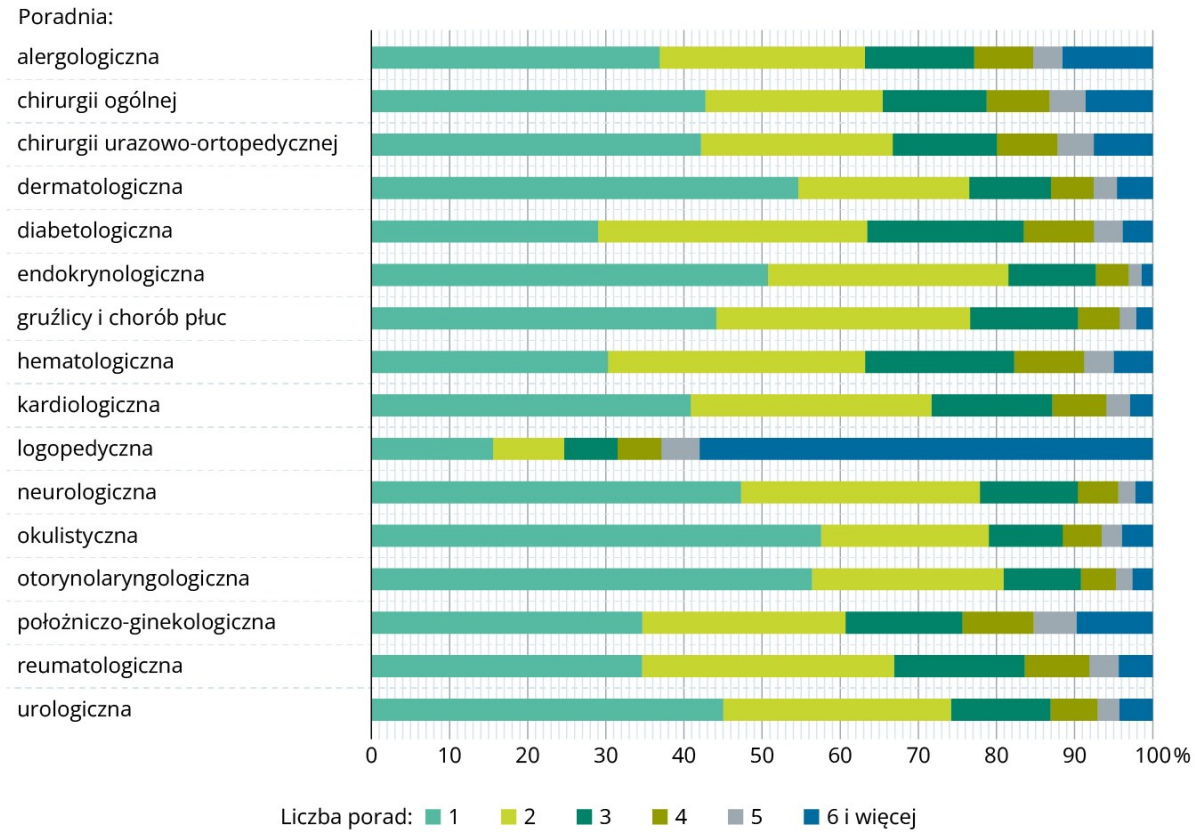
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Świadczenia zdrowotne

Pomiędzy 2020 r. a 2023 r. liczba poradni udzielających świadczenia w ramach NFZ była do siebie zbliżona (odpowiednio 23 476 i 23 477 placówek). W 2023 r. największa liczba poradni udzielających świadczeń finansowanych w ramach NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców była w województwach śląskim (7,87) i świętokrzyskim (7,05), a najmniejsza w województwach pomorskim (4,78) i małopolskim (5,16).

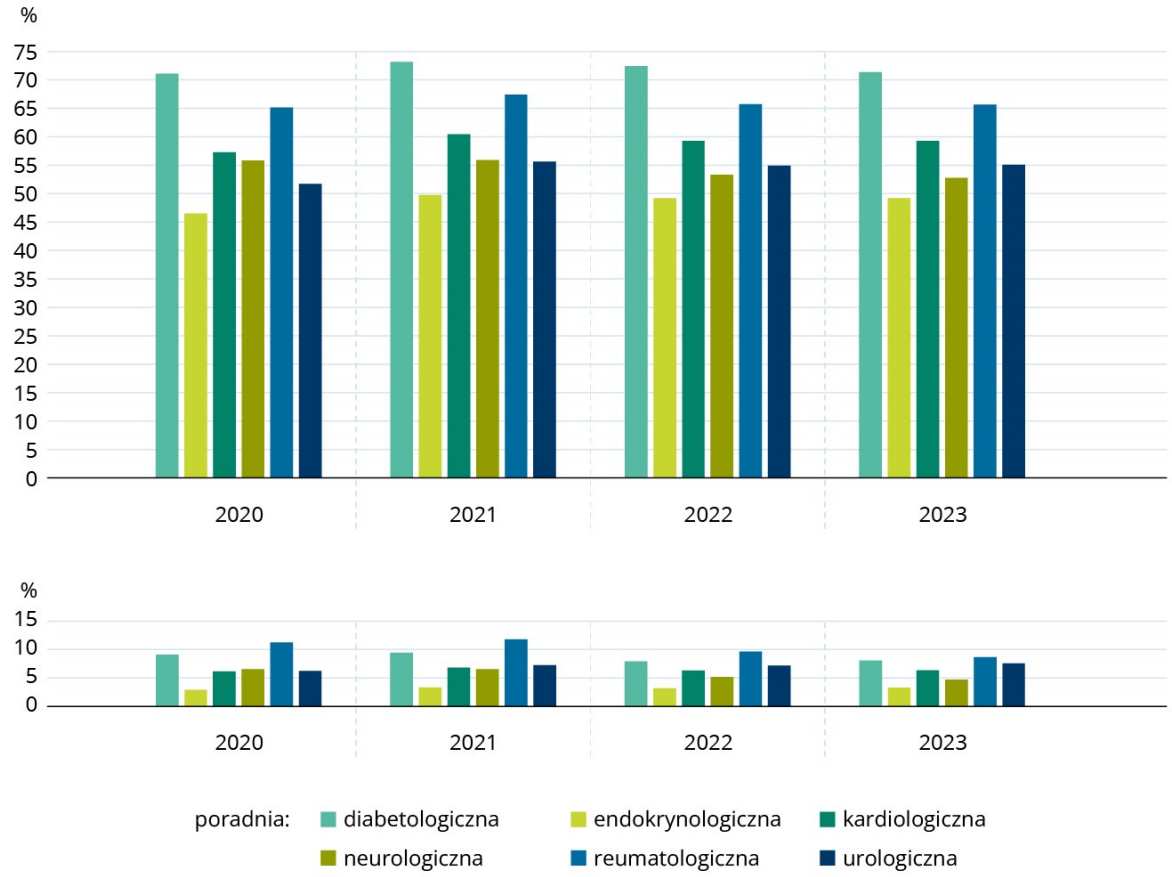
W analizowanym okresie największy spadek liczby poradni specjalistycznych (pomiędzy 2020 r. a 2023 r.) dotyczył poradni: położniczo-ginekologicznych (odpowiednio z 2 574 do 2 421 placówek, spadek o 5,9%), dermatologicznych (odpowiednio z 1 224 do 1 107 placówek, spadek o 9,6%) oraz otorynolaryngologicznych (odpowiednio z 1 509 do 1 429 placówek, spadek o 5,3%). W tym samym okresie największy wzrost liczy placówek dotyczył pracowni rezonansu magnetycznego (z 340 do 415, wzrost o 22,1%), poradni kardiologicznych (z 1 117 do 11 92, wzrost o 6,7%) oraz pracowni tomografii komputerowej (z 507 do 574, wzrost o 13,2%).

Rysunek 70. Odsetek pacjentów z uwzględnieniem liczby porad, w podziale na typy poradni AOS w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 71. Odsetek pacjentów, którzy pojawili się w danym rodzaju poradni ponad dwa razy (górny wykres) lub ponad pięć razy (dolny wykres) w ciągu roku



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. większości pacjentów w wybranych poradniach specjalistycznych (zgodnie z Rysunek 71) udzielono między jedną a dwoma poradami. Do poradni AOS o wyjątkowo dużym odsetku pacjentów, którym udzielono porady więcej niż 2 razy w ciągu roku, należą: logopedyczne (najczęściej było to 6 lub więcej porad w ciągu roku, co dotyczyło 58% pacjentów), diabetologiczne, hematologiczne, reumatologiczne, kardiologiczne i położniczo-ginekologiczne (w każdym przypadku było to co najmniej 15% pacjentów). Różnice w liczbie porad udzielanych pojedynczym pacjentom są związane ze specyfiką leczenia chorób, z którymi zgłaszają się pacjenci. W latach 2020-2023 odsetek pacjentów korzystających z 2 lub więcej porad nieznacznie rósł, ale już z kolei odsetek pacjentów korzystających z 5 lub więcej porad utrzymuje się na zbliżonym poziomie. W przypadku niektórych poradni dużą część pacjentów stanowią osoby z chorobami przewlekłymi, których leczenie może być w sposób bezpieczny i skuteczny kontynuowane przez lekarzy POZ. Dość wysoki odsetek porad udzielonych pacjentom, którzy pojawili się w poradni 3 lub więcej razy w danym roku, może świadczyć o zbyt małym udziale POZ w leczeniu pacjentów z przewlekłymi postaciami choroby i jednocześnie o zbyt dużej liczbie porad w ramach AOS, po których następuje diagnostyka i całościowy proces leczenia.

Biorąc pod uwagę udział wizyt pierwszorazowych wśród wszystkich wizyt zrealizowanych w poradniach specjalistycznych, był on najniższy w przypadku hematologii oraz diabetologii zarówno na poziomie kraju (mniej niż 10%), jak i w przypadku większości województw. Obszary hematologii i diabetologii znajdowały się wśród trzech obszarów świadczeń o najniższym odsetku wizyt pierwszorazowych odpowiednio w 14 i 13 województwach. Najniższy udział wizyt pierwszorazowych w obszarze hematologii był obserwowany w województwie świętokrzyskim (3,9%), a w przypadku diabetologii w województwie podlaskim (6,4%).

Tabela 8. Zestawienie 10 wybranych obszarów świadczeń o najmniejszym udziale wizyt pierwszorazowych w ogólnej liczbie wizyt w 2023 r.

Obszar świadczeń	Odsetek wizyt pierwszorazowych
Hematologia	9,4%
Diabetologia	9,6%
Endokrynologia	11,7%
Nefrologia	13,8%
Kardiologia	14,7%
Reumatologia	14,7%
Alergologia	16,1%
Choroby metaboliczne	16,2%
Hepatologia	17,0%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	17,2%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Tabela 9. Zestawienie 3 wybranych obszarów świadczeń o najmniejszym udziale wizyt pierwszorazowych w ogólnej liczbie wizyt w podziale na województwa w 2023 r.

Województwo	Obszar świadczeń o najniższym odsetku wizyt pierwszorazowych	Odsetek wizyt pierwszorazowych w danym województwie	Odsetek wizyt pierwszorazowych w kraju
dolnośląskie	Hematologia	9,4%	9,4%
	Choroby metaboliczne	10,4%	16,2%
	Diabetologia	15,0%	9,6%
kujawsko-pomorskie	Diabetologia	10,2%	9,6%

	Hematologia	12,3%	9,4%
	Endokrynologia	13,8%	11,7%
lubelskie	Nefrologia	9,70%	13,8%
	Choroby metaboliczne	10,4%	16,2%
	Diabetologia	10,6%	9,6%
lubuskie	Hematologia	12,6%	9,4%
	Alergologia	13,4%	16,1%
	Nefrologia	13,4%	13,8%
łódzkie	Diabetologia	9,8%	9,6%
	Endokrynologia	13,2%	11,7%
	Hematologia	13,2%	9,4%
małopolskie	Hematologia	5,5%	9,4%
	Diabetologia	8,79%	9,6%
	Endokrynologia	10,6%	11,7%
mazowieckie	Hematologia	6,1%	9,4%
	Diabetologia	9,9%	9,6%
	Endokrynologia	11,1%	11,7%
opolskie	Geriatria	8,1%	17,5%
	Endokrynologia	10,8%	11,7%
	Alergologia	10,9%	16,1%
podkarpackie	Hematologia	7,39%	9,4%
	Geriatria	8,4%	17,5%
	Endokrynologia	9,2%	11,7%
podlaskie	Hepatologia	1,5%	17,0%
	Hematologia	5,60%	9,4%
	Diabetologia	6,4%	9,6%
pomorskie	Diabetologia	8,20%	9,6%

	Hematologia	9,2%	9,4%
	Choroby metaboliczne	10,1%	16,2%
śląskie	Diabetologia	7,3%	9,6%
	Endokrynologia	10,4%	11,7%
	Hematologia	11,3%	9,4%
świętokrzyskie	Hematologia	3,9%	9,4%
	Diabetologia	9,9%	9,6%
	Endokrynologia	11,0%	11,7%
warmińsko-mazurskie	Hematologia	8,1%	9,4%
	Nefrologia	10,1%	13,8%
	Diabetologia	10,5%	9,6%
wielkopolskie	Diabetologia	9,1%	9,6%
	Hematologia	11,4%	9,4%
	Endokrynologia	13,5%	11,7%
zachodniopomorskie	Diabetologia	10,5%	9,6%
	Endokrynologia	10,9%	11,7%
	Hematologia	11,4%	9,4%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2023 r. na terenie kraju poradnie ginekologiczno-położnicze (w tym ginekologiczno-położnicze dla dziewcząt, ginekologii onkologicznej, patologii ciąży, okresu przekwitania, profilaktyki chorób piersi oraz planowania rodziny) funkcjonowały w 378 powiatach (tylko w 2 powiatach nie było zlokalizowanych tego rodzaju poradni). W przypadku poradni otorynolaryngologicznych, kardiologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej i neurologicznych pozbawionych choćby jednej poradni było kilkanaście powiatów (były to głównie powiaty obwarzankowe, tj. położone wokół miast na prawach powiatu). Braki na powiatowej mapie RP występowały w przypadku poradni alergologicznych oraz endokrynologicznych – w wielu powiatach tego typu poradnie specjalistycznych nie funkcjonowały. Najmniej liczne w skali całego kraju były poradnie geriatryczne, które były zlokalizowane w 72 powiatach (brak tego typu poradni w pozostałych 308 powiatach).

Tabela 10. Wybrane poradnie AOS według powiatów oraz liczby świadczeń w 2023 r.

Rodzaj poradni	Udział powiatów z minimum 1 poradnią	Liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców
położniczo-ginekologiczna	99	2 158
chirurgii ogólnej	96	1 964
kardiologiczna	95	1 555
onkologiczna	59	490
geriatryczna	19	79*

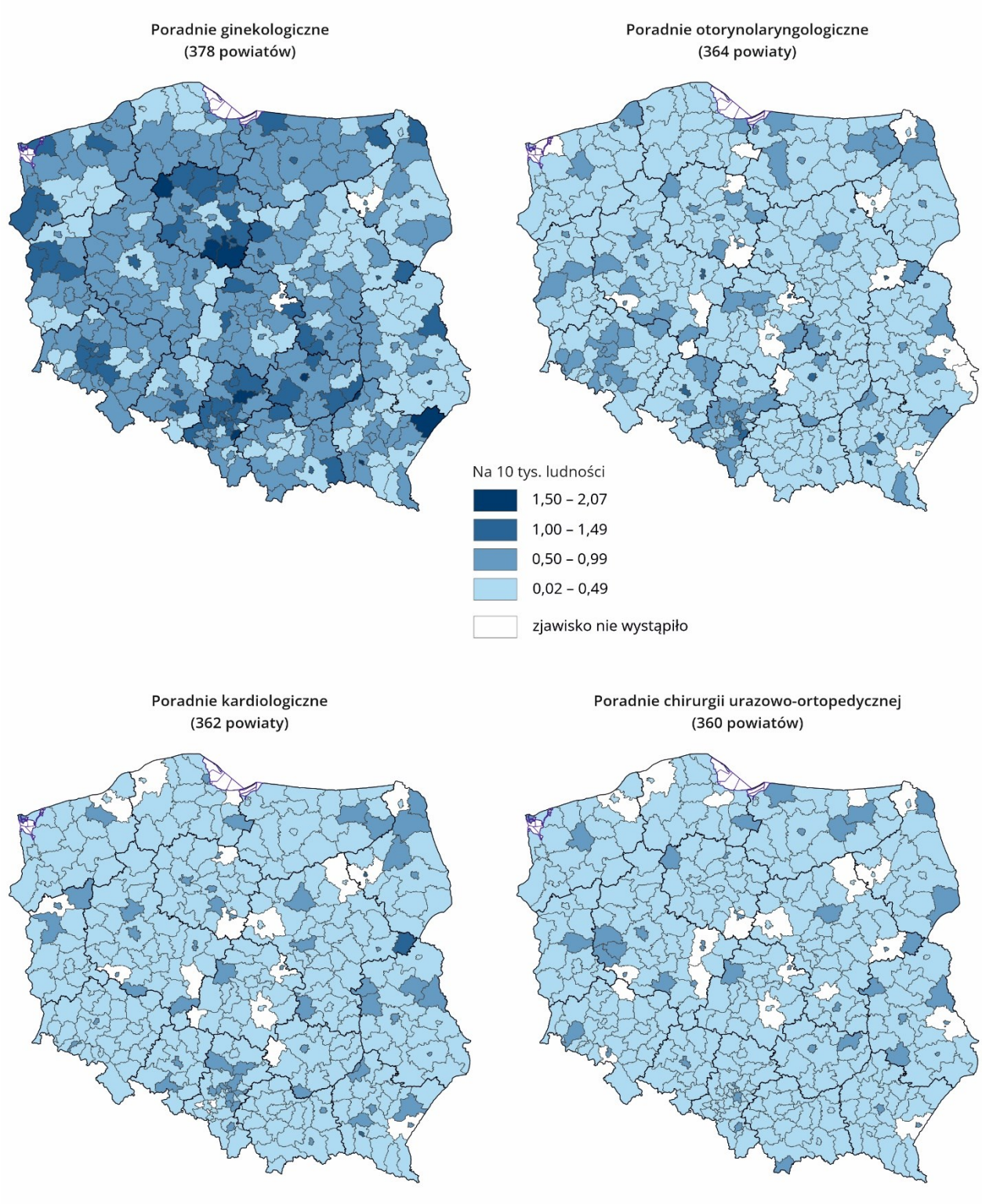
**Liczba porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat*

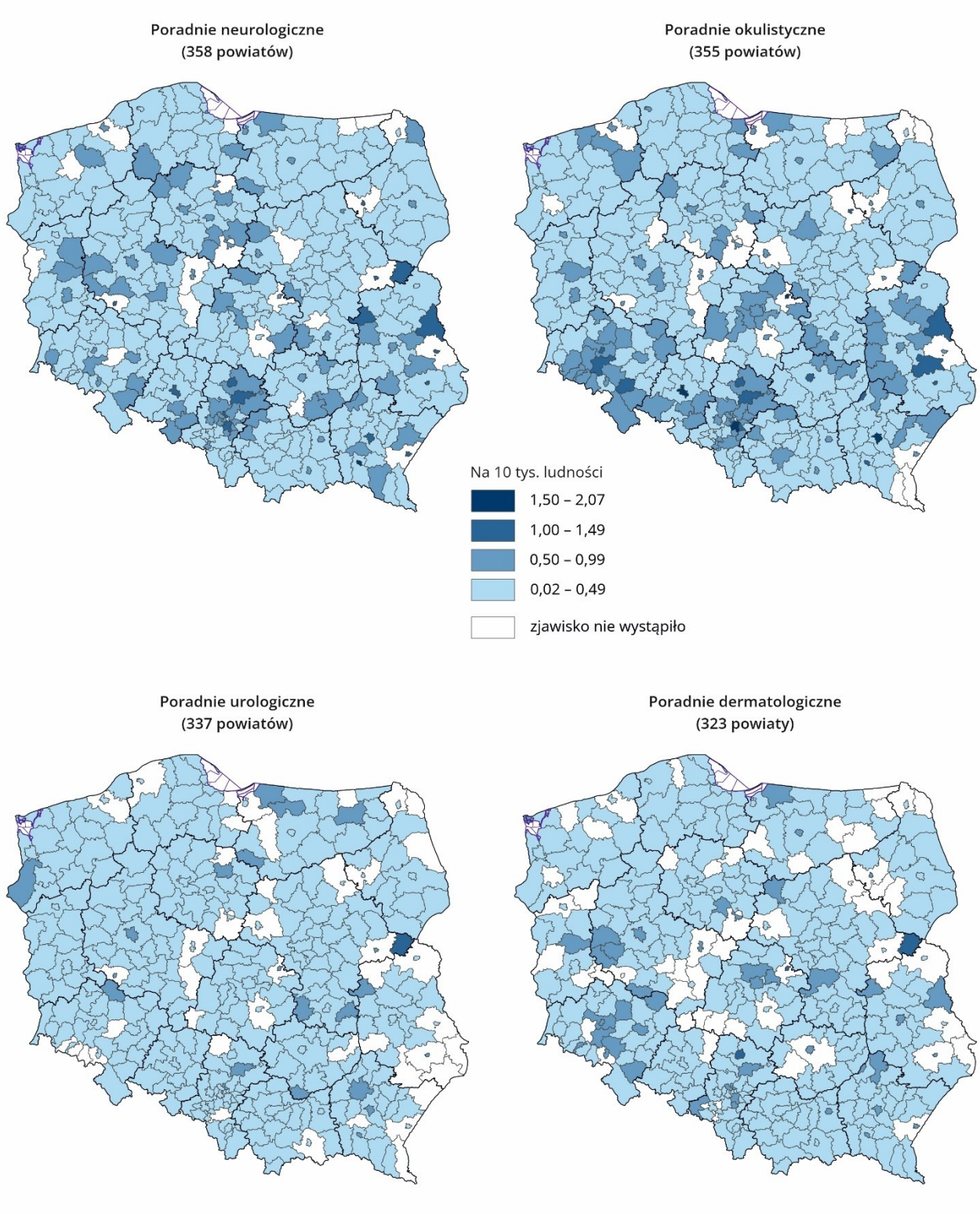
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

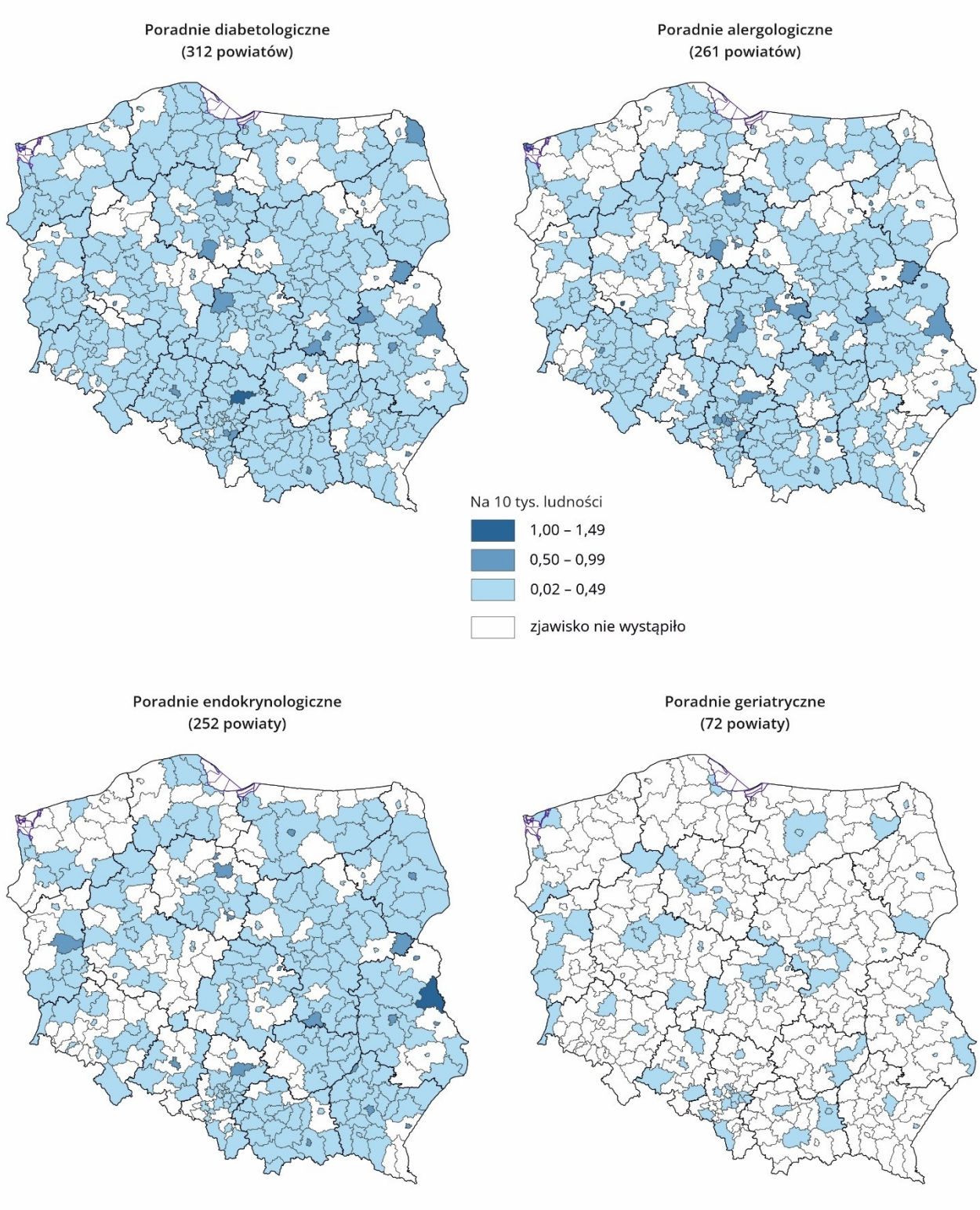
Dostęp do istotnych z punktu widzenia zabezpieczenia powiatu świadczeń w ramach AOS tj. poradni: położniczo-ginekologicznych, chirurgii ogólnej, kardiologicznych, onkologicznych oraz geriatrycznych był zróżnicowany. Najwyższy poziom dostępności przestrzennej charakteryzował poradnie położniczo-ginekologiczne. Jednocześnie, w porównaniu do pozostałych poradni objętych analizą w ramach tego rodzaju poradni w 2023 r. zrealizowano największą liczbę porad przypadającą na 10 tys. mieszkańców. Korzystnie sytuacja w zakresie dostępności dotyczyła również poradni chirurgii-ogólnej oraz ginekologicznych.

W kontekście zachodzących procesów starzenia się społeczeństwa oraz zwiększającej się zapadalności na choroby nowotworowe należy zwrócić uwagę na potrzebę zwiększania dostępności do poradni onkologicznych oraz geriatrycznych zarówno w skali RP i regionalnej.

Rysunek 72. Poradnie wybranych specjalności w 2023 r.




Poradnie neurologiczne
(358 powiatów)
Poradnie okulistyczne
(355 powiatów)
Na 10 tys. ludności
1,50 – 2,07
1,00 – 1,49
0,50 – 0,99
0,02 – 0,49
zjawisko nie wystąpiło
Poradnie urologiczne
(337 powiatów)
Poradnie dermatologiczne
(323 powiaty)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne

W analizie porównano czas oczekiwania na poszczególne świadczenia zdrowotne i wizyty w poradniach w województwach na podstawie średniego przeciętnego czasu oczekiwania raportowanego przez świadczeniodawców, ważonego liczbą osób oczekujących.

Tabela 11. Przeciętny czas oczekiwania oraz liczba osób oczekujących na wizytę w wybranej poradni/świadczenie AOS, stan na marzec 2023 r.

Poradnia/ świadczenie	Kat.*	Liczba osób oczekujących (tys.) **	Średnia przeciętnych czasów oczekiwania sprawozdawanych przez świadczeniodawców, ważona liczbą osób oczekujących (w dniach)		
			RP	Województwo o najdłuższym czasie oczekiwania	Województwo o najkrótszym czasie oczekiwania
Poradnia położniczo-ginekologiczna	P	1	25	mazowieckie (38)	podkarpackie /świętokrzyskie (0)
	S	171	38	podlaskie (63)	świętokrzyskie (19)
Poradnia okulistyczna	P	26	80	małopolskie (119)	lubelskie (15)
	S	461	128	warmińsko-mazurskie (195)	lubelskie (65)
Poradnia otolaryngologiczna	P	18	47	mazowieckie (72)	świętokrzyskie (18)
	S	189	55	mazowieckie (100)	podkarpackie (33)
Poradnia neurologiczna	P	44	82	mazowieckie (113)	podkarpackie (42)
	S	269	89	mazowieckie (125)	świętokrzyskie (41)
Poradnia dermatologiczna	P	10	53	małopolskie (73)	świętokrzyskie (14)
	S	167	68	małopolskie (107)	świętokrzyskie (28)
Świadczenia z zakresu kardiologii w poradni kardiologicznej	P	102	35	świętokrzyskie (153)	lubelskie (33)
	S	147	206	opolskie (324)	lubelskie (73)
Poradnia urologiczna	P	14	58	małopolskie (97)	lubuskie (27)

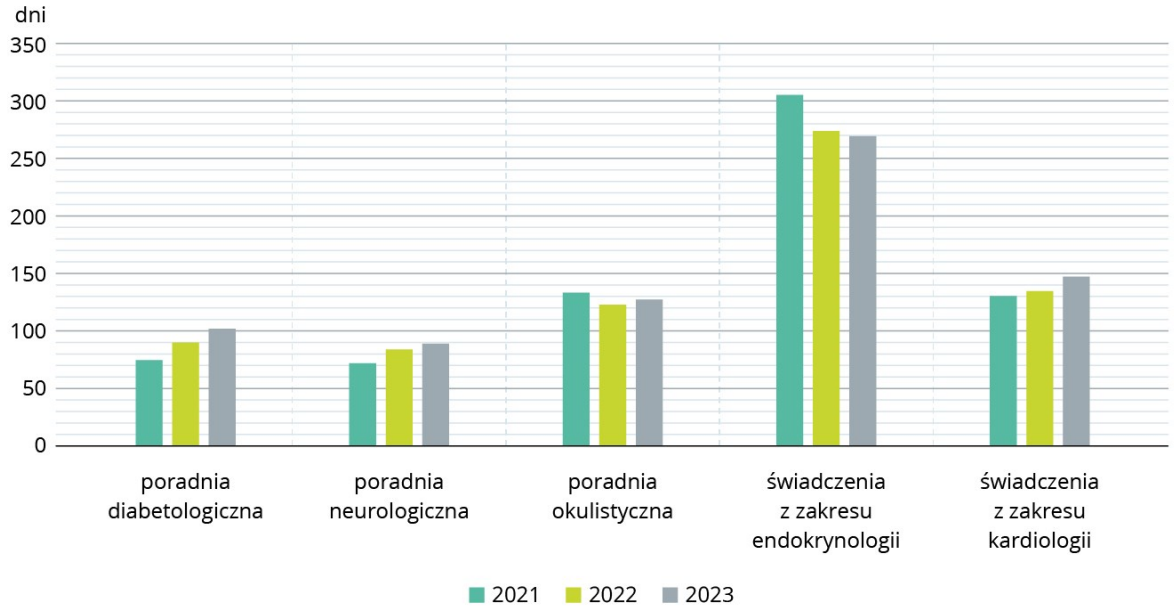
	S	114	91	małopolskie (137)	lubuskie (54)
Poradnia diabetologiczna	P	6	79	lubuskie (116)	pomorskie (36)
	S	74	102	lubuskie (217)	świętokrzyskie (57)
Świadczenia z zakresu ortopedii i traumatologii w poradni chirurgii urazowo-ortopedycznej	P	35	58	mazowieckie (77)	podkarpackie (29)
	S	192	72	mazowieckie (103)	podkarpackie (49)
Świadczenia z zakresu endokrynologii w poradni endokrynologicznej	P	16	143	opolskie (217)	lubelskie (42)
	S	110	268	dolnośląskie (721)	lubelskie (114)

* Kat. - kategoria medyczna (P – przypadek pilny, S – przypadek stabilny), ** Suma osób oczekujących za marzec 2023 r.

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Przeciętnie powyżej trzech miesięcy oczekiwania w marcu 2023 r. mieli przed sobą pacjenci w stanie stabilnym, chcący skorzystać ze świadczeń z zakresu endokrynologii (268 dni), kardiologii (147 dni), poradni okulistycznej (128 dni), urologicznej (91 dni) oraz neurologicznej (89 dni). Ponad dwa miesiące musieli oczekiwać pacjenci zakwalifikowani jako przypadki pilne na realizację świadczeń z zakresu endokrynologii (143 dni), kardiologii (102), do poradni diabetologicznej (79 dni), neurologicznej (82 dni) oraz okulistycznej (80 dni).

Rysunek 73. Przeciętny czas oczekiwania na wizytę w marcu 2021 r., 2022 r. i 2023 r. dla przypadków stabilnych, dla wybranych świadczeń i poradni



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W analizowanych okresie, tj. od 2021 r. do 2023 r., wydłużeniu uległ czas oczekiwania do poradni diabetologicznej, na świadczenia z zakresu kardiologii oraz do poradni neurologicznej dla przypadków stabilnych. Nieznacznemu skróceniu uległ czas oczekiwania na świadczenia z zakresu endokrynologii, jednak nadal pozostawał on na wysokim poziomie.

Stosując czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne do oceny dostępności, należy pamiętać o jego istotnych ograniczeniach. Przede wszystkim czas oczekiwania na to samo świadczenie zdrowotne może różnić się pomiędzy poszczególnymi placówkami leczniczymi, nawet położonymi w tym samym mieście. W wielu przypadkach pacjenci decydują się na dłuższe oczekiwanie pomimo dostępności placówki o krótszym czasie, kierując się renomą placówki, opinią na temat lekarza, czy odległością od miejsca zamieszkania. Po drugie, dane użyte do powyższej analizy opierają się na danych sprawozdawanych przez placówki medyczne bezpośrednio i w sposób częściowo automatyczny, bez dodatkowej weryfikacji. Należy też pamiętać, że czas oczekiwania na świadczenie dotyczy pacjentów pierwszorazowych, którzy zostali wpisani na listę oczekujących. Odbywa się to na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2019 r. w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 610 z późn. zm.). Zgodnie z nim czas oczekiwania jest mierzony na podstawie czasu oczekiwania pacjentów obsłużonych przez daną placówkę medyczną. W sytuacji, gdy dany świadczeniodawca nie przyjmował pacjentów, sprawozdaje on czas oczekiwania wynoszący zero dni, co zaniża wyniki, na podstawie których analizuje się czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne.

Kadry

W 2023 r. najwięcej lekarzy miało podpisaną umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w poradniach położniczo-ginekologicznych (3,53 tys.), następnie poradniach okulistycznych (2,90 tys.) oraz poradniach chirurgii ogólnej 2,08 tys.).

Tabela 12. Liczba lekarzy z podpisaną umową na udzielanie świadczeń w ramach NFZ w wybranych poradniach w 2023 r.

Typ komórki	Liczba kadry
Poradnia położniczo-ginekologiczna	3 539
Poradnia okulistyczna	2 905
Poradnia chirurgii ogólnej	2 084
Poradnia kardiologiczna	2 079
Poradnia chirurgii urazowo-ortopedycznej	1 947
Poradnia otorynolaryngologiczna	1 915
Poradnia neurologiczna	1 914
Pracownia rezonansu magnetycznego	1 350
Poradnia dermatologiczna	1 229
Pracownia endoskopii	1 069
Poradnia urologiczna	998
Pracownia tomografii komputerowej	980
Poradnia diabetologiczna	795
Poradnia alergologiczna	650
Poradnia reumatologiczna	638
Poradnia endokrynologiczna	603
Poradnia pediatryczna	555
Poradnia chorób wewnętrznych	490

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W celu sprawdzenia, w jakim stopniu wydłużony czas oczekiwania na świadczenie może być spowodowany niedoborem lekarzy określonej specjalności, zestawiono przeciętny czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii z liczbą lekarzy w poradniach endokrynologicznych. Najdłużej na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii w marcu

2023 r. musieli oczekiwać pacjenci w województwie dolnośląskim (669 dni – 169% więcej niż średnia dla wszystkich województw), które charakteryzowało się liczbą 2,1 lekarzy na 100 tys. ludności, co jest wartością poniżej średniej z wszystkich województw (średnia 3,2 na 100 tys. ludności). Długi czas oczekiwania dotyczył również województw: opolskiego oraz zachodniopomorskiego, które charakteryzowały się liczbą lekarzy na 100 tys. mieszkańców, wynoszącą odpowiednio 2,8 i 3,1. Najkrócej na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii musieli czekać mieszkańcy województwa lubelskiego, które charakteryzowało się drugą najwyższą liczbą lekarzy (4,6 na 100 tys. ludności). Wyjątkiem jest tutaj województwo podkarpackie, które odnotowało taki sam czas oczekiwania, jak województwo lubelskie, natomiast charakteryzowało liczbą lekarzy w granicach średniej dla kraju (3,3 na 100 tys. ludności).

Tabela 13. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu endokrynologii w marcu 2023 r. a liczba lekarzy w poradni endokrynologicznej na 100 tys. ludności danego województwa w 2023 r.

Województwo	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
dolnośląskie	669	2,1
opolskie	305	3,3
zachodniopomorskie	301	2,6
pomorskie	277	3,3
łódzkie	256	3,8
śląskie	253	3,1
wielkopolskie	250	2,4
kujawsko-pomorskie	234	3,0
mazowieckie	227	4,0
małopolskie	222	3,6
lubuskie	208	1,7
świętokrzyskie	196	2,4
warmińsko-mazurskie	194	3,1
podlaskie	142	4,7
lubelskie	120	4,6
podkarpackie	120	3,3

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Największą liczbą lekarzy zakresu kardiologii w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców charakteryzowały się województwa mazowieckie, śląskie i lubelskie. Województwo lubelskie znalazło się na 1. miejscu wśród województw z najkrótszym czasem oczekiwania (81 dni przy średniej 145,9), a mazowieckie na 4. miejscu wśród województw z najdłuższym czasem oczekiwania (154 dni). Województwami z najmniejszą liczbą lekarzy było kolejno warmińsko-mazurskie, lubuskie i wielkopolskie. Województwo lubuskie mimo drugiej najmniejszej liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców, charakteryzuje się trzecim najkrótszym czasem oczekiwania na świadczenie z zakresu kardiologii w kraju (109 dni).

Tabela 14. Czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii w marcu 2023 r. a liczba lekarzy w poradni kardiologicznej na 100 tys. mieszkańców danego województwa w 2023 r.

Województwo	Średni czas oczekiwania (w dniach)	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
opolskie	313	11,3
dolnośląskie	176	10,6
kujawsko-pomorskie	171	10,9
mazowieckie	154	15,8
śląskie	151	15,6
pomorskie	149	12,6
wielkopolskie	149	9,6
warmińsko-mazurskie	148	7,1
zachodniopomorskie	146	9,9
małopolskie	131	13,2
podlaskie	129	13,4
łódzkie	120	12,2
świętokrzyskie	115	10,3
lubuskie	109	9,1
podkarpackie	93	11,0
lubelskie	81	15,6

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Brak bezpośredniej korelacji pomiędzy czasem oczekiwania, a liczbą lekarzy może wynikać z tego, że na czas oczekiwania składają się również inne czynniki, takie jak np. organizacja pracy w placówkach medycznych, chorobowość w regionie i liczba pacjentów. Oba te wskaźniki mają

także swoje istotne ograniczenia – np. liczba lekarzy mających podpisaną umowę na realizację świadczeń opieki zdrowotnej w ramach NFZ w danej poradni nie zawsze jest ściśle związana z liczbą wykonywanych świadczeń zdrowotnych ze względu na różne formy zatrudnienia lekarzy.

5.2. Podsumowanie

AOS pełni ważną rolę w systemie opieki zdrowotnej, umożliwiając pacjentom leczenie specjalistyczne niedostępne w ramach POZ, ale niewiążące się z tak dużymi nakładami finansowymi, jakie towarzyszą leczeniu szpitalnemu. Wzmocnienie AOS i jednocześnie odciążenie leczenia szpitalnego jest od lat wskazywane jako priorytet w reformie polskiego systemu ochrony zdrowia.

W latach 2021-2023 obserwujemy dwukrotny wzrost wydatków na AOS w liczbach bezwzględnych[105] (z 7,6 mld zł w 2021 r. do 15,4 mld zł w 2023 r.) oraz wzrost o 3,2 p.p. udziału wydatków na AOS w kosztach świadczeń zdrowotnych (6,7% vs 9,9%). W tym samym czasie wydatki na leczenie szpitalne wzrosły w liczbach bezwzględnych z 53,5 mld zł do 80,6 mld zł, ale ich udział procentowy w kosztach świadczeń nieznacznie zmalał.

Pomiędzy 2020 r. a 2023 r. odnotowano wzrost liczby porad w AOS o 29,6%, liczby pacjentów o 14,2% oraz liczby porad na mieszkańca o 28,9%.

5.3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Jednym z głównych wyzwań w kontekście AOS jest długi czas oczekiwania na świadczenia zdrowotne. W przypadku czterech poradni (kardiologicznej, endokrynologicznej, diabetologicznej oraz okulistycznej) przeciętne czasy oczekiwania na świadczenie zdrowotne w marcu 2023 r. były jednymi z najdłuższych i przekraczały 100 dni dla przypadków stabilnych. Dla przypadków pilnych przeciętny czas oczekiwania powyżej 50 dni wystąpił również w poradniach neurologicznych i diabetologicznych. Długi czas oczekiwania dotyczył również pacjentów chcących skorzystać ze świadczeń zdrowotnych w poradni endokrynologicznej – osoby zakwalifikowane jako przypadki stabilne musiały oczekiwać 215 dni (245 dni w województwie dolnośląskim), a przypadki zakwalifikowane jako pilne 146 dni.

Wyzwaniem są również zachodzące zmiany w strukturze wiekowo-płciowej pacjentów korzystających z AOS, które odzwierciedlają proces starzenia się ludności. Liczba porad udzielanych osobom powyżej 65 r. ż. wzrosła w latach 2020-2023 o 36,9% co towarzyszyło wzrostowi, już nie tak silnemu, liczby wizyt pacjentów z pozostałych grup wiekowych.

Kolejnym wyzwaniem dla AOS będzie tak jak i dotychczas sprostanie procesom epidemiologicznym związanymi z chorobami onkologicznymi i kardiologicznymi. W latach 2020-2023 nastąpiły znaczne zmiany w obszarze liczby porad związanych z nowotworami złośliwymi: spadkowi liczby porad dla nowotworu złośliwego sutka towarzyszył wzrost liczby porad dla nowotworu złośliwego gruczołu krokowego. Równocześnie w latach 2021-2023

[105] Część zakresów świadczeń realizowanych w ramach AOS dot. np. KON-Jelito, KON-Pierś, KOS-Zawał w sprawozdaniach finansowych NFZ jest przypisana do lecznictwa szpitalnego.

zaobserwowano wzrost odsetka mieszkańców poszczególnych województw RP korzystających z AOS (od + 7,1% dla woj. dolnośląskiego do + 14,5% dla woj. lubelskiego).

5.4. Rekomendowane kierunki działań

→ Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału wizyt pierwszorazowych w ogólnej liczbie wizyt pacjentów w poradniach AOS, w celu poprawy dostępności do specjalisty i skrócenia czasu oczekiwania na pierwszą wizytę.

→ Zapewnienie większej koordynacji podstawowej i specjalistycznej opieki nad pacjentami z przewlekłymi chorobami (w tym poprzez wprowadzenie EDM, opracowanie rozwiązań teleinformatycznych usprawniających komunikację), w celu odciążenia AOS i zwiększenia roli POZ w systemie ochrony zdrowia.

→ Zapewnienie systemu finansowania świadczeń motywującego do wykonywania w AOS większej liczby świadczeń, które nie wymagają hospitalizacji, a stanowią często podstawę skierowania na leczenie szpitalne (dotyczy to w szczególności pogłębionej diagnostyki i mniej skomplikowanych zabiegów).

→ Zapewnienie na poziomie powiatu lub terenie kraju dostępności do poradni AOS zabezpieczających podstawowe potrzeby obywateli, w tym w szczególności: ginekologiczno-położniczych, chirurgicznych, pediatrycznych, kardiologicznych.

→ Podejmowanie działań mających na celu zapewnienie równego dostępu do diagnostyki i leczenia kardiologicznego w ramach AOS zgodnie z założeniami KSK.

→ Podejmowanie działań mających na celu zapewnienie równego dostępu do diagnostyki i leczenia onkologicznego w ramach AOS zgodnie z założeniami KSO.

→ Ze względu na zachodzące procesy demograficzne oraz epidemiologiczne zwiększanie dostępności (m.in. poprzez liczbę placówek, liczbę świadczeń, nowe formy świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych, tzw. „teleporady” zwłaszcza w przypadku kolejnych porad związanych np. omówieniem wyników badania, na wyraźne życzenie pacjenta) do poradni geriatrycznych, kardiologicznych oraz związanych z leczeniem nowotworów.

→ Zintegrowanie działań AOS z profilaktyką opartą na koncepcji „10 dla Serca”, promowanej w ramach NPCHUK. Poradnie kardiologiczne, diabetologiczne i dietetyczne mogą pełnić istotną rolę w edukacji pacjentów oraz monitorowaniu czynników ryzyka takich jak nadciśnienie, hipercholesterolemia, otyłość czy brak aktywności fizycznej. Utrzymanie tych obszarów w optymalnym stanie pozwala na znaczące zmniejszenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz nowotworów.

→ Zapewnienie większego dostępu do poradni w pozostałych specjalnościach charakteryzujących się wyjątkowo wysokim czasem oczekiwania na świadczenie zdrowotne (np. urologia, okulistyka, diabetologia) oraz dla których prognozuje się zwiększony popyt ze względu na postępujące choroby cywilizacyjne.

→ Dostosowanie sieci poradni AOS (w tym ich specjalności) w województwach do potrzeb wynikających z lokalnych uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznymi.

→ Wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia.

→ Rozwijanie narzędzi ułatwiających zapisywanie i wypisywanie pacjentów z listy oczekujących na wizytę oraz wprowadzenie rozwiązań motywujących pacjentów do informowania podmiotów leczniczych o odwoływaniu wizyt.

→ Wspieranie prowadzenia szerokiej sprawozdawczości przez podmioty lecznicze udzielające świadczeń zdrowotnych niefinansowanych ze środków publicznych w celu monitorowania wszystkich elementów systemu ochrony zdrowia w Polsce.

6. Leczenie szpitalne

Opieka szpitalna stanowi integralną i niezbędną część każdego funkcjonującego systemu opieki zdrowotnej w Europie i na świecie. Zakres leczenia szpitalnego reguluje rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.).

Wyróżnia się trzy tryby leczenia w szpitalu:

- hospitalizacja - całodobowe udzielanie świadczeń gwarantowanych w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia świadczeniobiorcy do chwili jego wypisu albo zgonu;
- hospitalizacja planowa - hospitalizację wykonywaną w trybie planowym;
- leczenie jednego dnia - udzielanie świadczeń gwarantowanych świadczeniobiorcy z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin[106].

Od 2017 r. funkcjonuje system PSZ. Zgodnie z obowiązującymi przepisami[107] sieć szpitali tworzą szpitale podzielone na sześć poziomów systemu zabezpieczenia. Pierwszy, drugi oraz trzeci poziom obejmuje szpitale o zasięgu lokalnym lub regionalnym. Czwarty poziom tworzą szpitale specjalistyczne o profilu onkologicznym oraz pulmonologicznym, piąty poziom to szpitale pediatryczne. Ostatni, najwyższy poziom, jest przeznaczony dla szpitali klinicznych oraz instytutów badawczych. Szpital może zostać zakwalifikowany tylko do jednego poziomu.

MZ prowadzi systematyczne działania nad zwiększeniem dostępności do nowych świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia szpitalnego.

6.1. Wykaz istotnych zmian wprowadzonych w ostatnich latach w systemie opieki zdrowotnej w ramach leczenia szpitalnego

Zmiany w wykazie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego

W kwietniu 2021 r.[108] do systemu ochrony zdrowia została wprowadzona kompleksowa opieka onkologiczna nad pacjentem z nowotworem jelita grubego. Jej celem było zwiększenie wykrywalności nowotworów jelita grubego we wczesnych stadiach oraz obniżenie

[106] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870, z późn. zm.).

[107] Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

[108] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 542) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 marca 2021 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 543).

umieralności, a także wprowadzenie jednolitych standardów diagnostyki i leczenia, niezależnie od miejsca zamieszkania pacjenta, w celu uzyskania poprawy rokowania i jakości życia.

Nowotwory jelita grubego stanowią obecnie drugą pozycję wśród wszystkich zachorowań na nowotwory w populacji polskiej i drugą w grupie onkologicznych przyczyn zgonów. Proponowane rozwiązanie organizacyjne w zakresie kompleksowej opieki onkologicznej w nowotworze jelita grubego zakłada koordynację działań jednostek zaangażowanych w opiekę nad pacjentem onkologicznym, mając na celu wdrożenie efektywnej, sprawnej i skutecznej diagnostyki oraz leczenia, a w rezultacie poprawę wyników zastosowanego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego i jakości życia pacjentów. Zmiana wyznacza standard i jakość opieki, do czego zobowiązani są świadczeniodawcy realizujący lub współrealizujący świadczenie kompleksowej opieki onkologicznej nad pacjentami z nowotworem jelita grubego.

Od kwietnia 2022 r.[109] w ramach leczenia szpitalnego dostępne jest świadczenie zdrowotne „Leczenie chirurgiczne z zastosowaniem systemu robotowego nowotworu złośliwego gruczołu krokowego” a od sierpnia 2023 r. są dostępne świadczenia zdrowotne „Leczenie chirurgiczne raka błony śluzowej macicy z zastosowaniem systemu robotowego" oraz „Leczenie chirurgiczne raka jelita grubego z zastosowaniem systemu robotowego”.

Świadczenie ma na celu poprawę wyników leczenia i jakości życia pacjentów z nowotworem złośliwym gruczołu krokowego przez zapewnienie pacjentom dostępu do postępowania chirurgicznego z wykorzystaniem systemu robotowego w leczeniu nowotworów złośliwych gruczołu krokowego.

Analiza doniesień naukowych wskazała, że przeprowadzenie zabiegu z zastosowaniem systemu robotowego w porównaniu do operacji klasycznych prowadzi do istotnych statystycznie różnic w odniesieniu do części pierwszorzędowych punktów końcowych. Ponadto odnotowano istotne statystycznie różnice na korzyść operacji z zastosowaniem systemu robotowego w odniesieniu do parametrów związanych z czasem trwania operacji, długością pobytu pacjenta w szpitalu oraz występowania śródoperacyjnych zdarzeń niepożądanych.

W październiku 2023 r. do systemu ochrony zdrowia został wprowadzony nowy model kompleksowej opieki onkologicznej nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi[110]. Należy podkreślić, iż sam model opieki nad świadczeniobiorcą z nowotworem piersi został wprowadzony jeszcze w 2019 r. Jednak warunki formalne, określone w stosownych rozporządzeniach, uniemożliwiały znacznej liczbie świadczeniodawców zawieranie umów na

[109] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 stycznia 2022 r (Dz. U. poz. 245) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lipca 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1477).

[110] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 1955) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń. gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. poz. 1953) oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 25 sierpnia 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. poz. 1954).

przedmiotowy zakres świadczeń opieki zdrowotnej. W związku z powyższym projektodawca zdecydował się na nowelizację rozporządzeń „koszykowych" z zakresu AOS, leczenia szpitalnego oraz rehabilitacji, których celem było wyeliminowanie wątpliwości interpretacyjnych oraz zwiększenie transparentności obowiązujących w tym zakresie przepisów.

Nowy model opieki zakłada, że ścieżka postępowania ze świadczeniobiorcą w ramach kompleksowej diagnostyki i leczenia nowotworów piersi opiera się na skoordynowanych działaniach jednego ośrodka, zapewniającego wymaganą infrastrukturę do realizacji świadczeń w ramach opieki kompleksowej oraz wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego, planującego i koordynującego cały proces leczenia. Specjaliści z zakresu diagnostyki i leczenia raka piersi świadczą kompleksową opiekę nad świadczeniobiorcą obejmującą każdy etap procesu leczenia, tj. diagnostykę, leczenie zabiegowe, leczenie systemowe (farmakoterapię), ewentualną rekonstrukcję, radioterapię, rehabilitację pozabiegową, w tym wsparcie i opiekę psychologiczną, oraz opiekę paliatywną. Każdorazowo ustalany jest optymalny plan postępowania diagnostyczno-terapeutycznego, dostosowany do indywidualnych potrzeb świadczeniobiorcy. Zintegrowanie systemu diagnostyczno-leczniczego umożliwia znaczne podniesienie skuteczności walki z nowotworami piersi i zaproponowanie świadczeniobiorcy szerszych możliwości leczenia, zwłaszcza operacyjnego – od małoinwazyjnych zabiegów oszczędzających gruczoł piersiowy, przez klasyczne amputacje, aż po chirurgię rekonstrukcyjną.

W 2023 r. wprowadzono nowe świadczenie gwarantowane wysokospecjalistyczne: Mechaniczne wspomaganie serca pompą wspomagającą lewą komorę serca u pacjentów z ciężką niewydolnością serca niekwalifikujących się do transplantacji serca jako terapia docelowa (LVAD).

Od stycznia 2024 r. dostępne są nowe świadczenia gwarantowane kardiologiczne: wszczepienie przezcewnikowe bezelektrodowego systemu do stymulacji jednojamowej, przezcewnikowa naprawa niedomykalności zastawki trójdzielnej metodą brzeg-do-brzegu za pomocą klipsa oraz monitorowanie zdarzeń arytmicznych przy użyciu wszczepialnych rejestratorów zdarzeń (ILR): u chorych po kryptogennym udarze mózgu oraz po nawracających utratach przytomności, których przyczyny nie udało się ustalić pomimo rozszerzonej diagnostyki.[111]

W lipcu 2024 r. [112] do wykazu świadczeń gwarantowanych wprowadzono nowe świadczenie zdrowotne „Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych". Udar mózgu to obumarcie części tego narządu wskutek zatrzymania dopływu krwi do tkanki mózgowej. Wyróżnia się dwa główne typy udaru: niedokrwienny i krwotoczny. Udary niedokrwienne mózgu stanowią ok. 80% przypadków udaru. W przypadku udarów niedokrwiennych w ostrej

[111] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 listopada 2023 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 2610).

[112] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. poz. 961).

fazie stosuje się dwie metody leczenia: leczenie trombolityczne i trombektomię mechaniczną. Trombektomia mechaniczna jest uważana za jedną z najnowocześniejszych metod leczenia udaru niedokrwiennego mózgu. Zabieg ten polega na usunięciu wewnątrznaczyniowym zatoru z tętnicy mózgu. Zabieg jest przeprowadzany w specjalistycznym ośrodku zabiegowym zaraz po stwierdzeniu w badaniach neuroobrazowych obecności zatorów w dużym naczyniu, w ciągu 6 godzin od początku udaru i ma na celu przywrócenie krążenia krwi.

Leczenie ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej realizowane było w ramach programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwiennego za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych do 30 czerwca 2024 r. Wstępna ewaluacja programu pilotażowego i opinia konsultanta krajowego w dziedzinie neurologii wskazały na zasadność utrzymania dostępności do procedur ratujących życie świadczeniobiorców z udarem mózgu, także z uwagi na poprawę ich stanu zdrowia w zakresie oceny stopnia niepełnosprawności i aktywności, w porównaniu ze świadczeniobiorcami, u których zastosowano jedynie standardowe postępowanie.

Dzięki zastosowaniu przedmiotowego leczenia za pomocą przezcewnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych, świadczeniobiorcy po udarze mózgu szybciej wracają do pełnej sprawności, co ma niebagatelny wpływ na jakość ich życia i samodzielność w codziennych czynnościach.

Dostępność Plus dla leczenia szpitalnego

Celem projektu Dostępność Plus dla zdrowia było dostosowanie placówek POZ oraz szpitali do wymagań osób ze szczególnymi potrzebami. Udział w projekcie dał uczestniczącym w nim placówkom szansę na rozwój i stworzenie przyjaznej przestrzeni dla tych osób. Było to możliwe dzięki takim działaniom jak budowa lub wymiana wind i podjazdów, dostosowanie pomieszczeń, rejestracji i gabinetów lekarskich, stworzenie nowych miejsc postojowych, zakup nowego sprzętu i łatwiejszy dostęp do alternatywnych sposobów komunikacji pacjentów z placówkami medycznymi.

Grant otrzymało 78 szpitali. W każdym z nich nastąpiła poprawa dostępności. Największe potrzeby związane były z poprawą dostępności architektonicznej.

W tym zakresie placówki realizowały zadania związane z remontami: strefy wejścia – remont schodów (właściwa geometria stopni, antypoślizgowa nawierzchnia, balustrady, pochwyty, oznakowanie) pochylni, wymianą drzwi wejściowych, zapewnieniem prawidłowego wiatrołapu. W istotny sposób poprawiona została komunikacja pionowa dzięki montażom wind oraz podnośników pionowych. Przeprowadzane zostały remonty ciągów komunikacyjnych (wymiana nawierzchni na antypoślizgową i kontrastową względem ścian), rejestracji i gabinetów. Powstawały pokoje dla matki i dziecka, pomieszczenia z przewijakami dla dorosłych. W większości placówek została dostosowana toaleta do potrzeb osób z niepełnosprawnościami. Istotnym elementem poprawy dostępności było także właściwe oznakowanie placówek, wyposażenie w sprzęt do ewakuacji. Wyznaczane były też miejsca parkingowe dla osób z niepełnosprawnościami w pobliżu wejścia głównego.

W zakresie dostępności cyfrowej dostosowywano przede wszystkim strony internetowe do zgodności ze do standardem WCAG 2.1. Istotna część zadań dotyczyła poprawy infrastruktury IT (zakup serwerów, komputerów stacjonarnych, laptopów, telefonów) i infrastruktury informacyjnej, tj. kioski multimedialne, automaty biletowe, wyświetlacze, moduły do telemedycyny.

W zakresie informacyjno-komunikacyjnym najważniejszym zadaniem z punktu widzenia zapewnienia dostępności były szkolenia, np. z komunikacji z osobami ze szczególnymi potrzebami, z zatrudniania osób z niepełnosprawnościami, z wdrażania standardu dostępności. Każda placówka nawiązała współpracę z organizacją pozarządową działającą w obszarze dostępności. W zakresie informacyjno-komunikacyjnym placówki kupowały także sprzęt poprawiający dostępność, m.in.: pętle indukcyjne, tablety z programem „Mówik", usługi tłumacza PJM, wózki bariatryczne, regulowane fotele ginekologiczne, regulowane leżanki, wagi krzesełkowe bądź najazdowe, pionizatory, podnośniki, łóżka szpitale z wbudowaną wagą, parawany medyczne, lupy, USG mobilne, holtery EKG, holtery ciśnieniowe, ciśnieniomierze z kompletem mankietów, torby medyczne (lekarskie i pielęgniarskie) do wizyt domowych, skanery żył, lampy bezcieniowe jezdne.

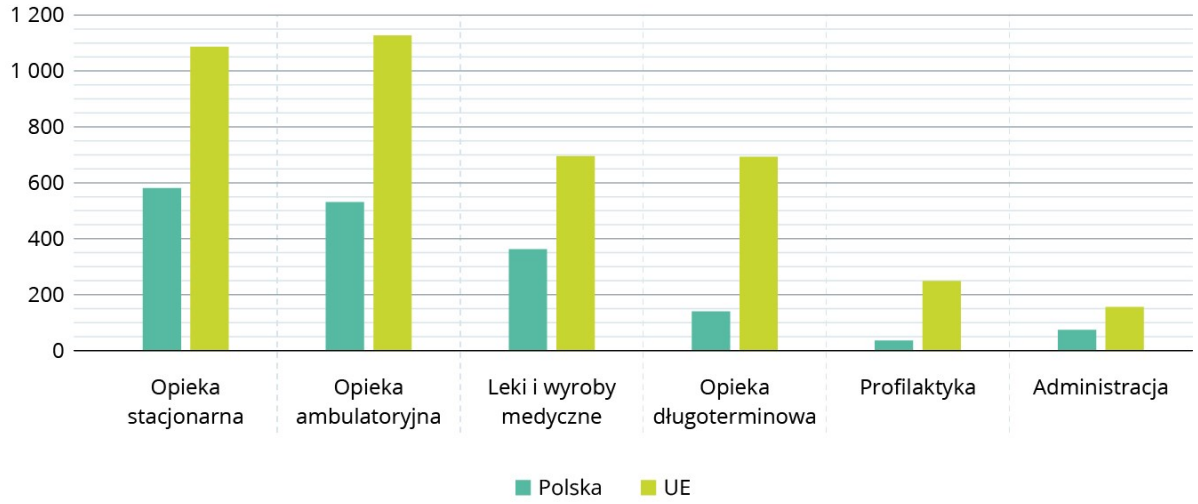
Wydatki na opiekę szpitalną w RP i UE

Wydatki na opiekę stacjonarną stanowią znaczną część budżetu przeznaczanego na zdrowie. Według raportu *Health at a Glance 2023. OECD indicators* 34% wydatków publicznych na ochronę zdrowia w naszym kraju była przeznaczona na opiekę stacjonarną, co stanowi czwartą najwyższą pozycję wśród krajów OECD (średnia dla państw OECD wynosi 28%).
W porównaniu do innych krajów europejskich, które mają podobny wskaźnik SDI (Słowacja 28%, Włochy 32%[113]), w RP znacznie więcej funduszy przeznacza się na opiekę szpitalną. Porównując wydatki na opiekę stacjonarną w przeliczeniu na mieszkańca w 2021 r., wydatki w RP wynoszą 584 EUR na mieszkańca i są poniżej średniej UE 1 092 EUR na mieszkańca[114].

[113] *Health at a Glance* 2023 OECD INDICATORS, s. 161.

[114] State of Health in the EU. Polska, Profil systemu ochrony zdrowia, OECD, 2021.

Rysunek 74. Wydatki na leczenie szpitalne i inne rodzaje świadczeń w 2023 r. (PPP EUR na mieszkańca)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie statystyk OECD dotyczących ochrony zdrowia

Spośród państw UE największy udział PKB w wydatkach na lecznictwo szpitalne i rehabilitację odnotowuje się w Austrii, Francji oraz Grecji, najniższy zaś w Luksemburgu, na Łotwie oraz w Estonii. RP plasuje się w połowie stawki, na równi z Hiszpanią.

W związku z wprowadzeniem systemu PSZ zmienił się sposób finansowania szpitali w RP. Finansowanie jest oparte przede wszystkim na ryczałcie wypłacanym przez NFZ. Wysokość ryczałtu jest uzależniona m.in. od rodzaju i liczby świadczeń udzielonych przez konkretną placówkę w poprzednim okresie rozliczeniowym.

W ramach systemu PSZ wartość świadczeń w 2022 r. wynosiła 57,6 mld zł, zaś w 2023 r. już 82,2 mld zł. Tym samym wzrost wydatków w sieci wyniósł w skali rok do roku 43%. Za tak dużą zmianę odpowiada poziom wskaźnika inflacji w 2022 r. Zgodnie z danymi GUS wzrost cen towarów i usług konsumpcyjnych w 2022 r. w stosunku do roku poprzedniego wyniósł 14,4%[115].

Tabela 15. Realizacja świadczeń w ramach systemu PSZ w 2023 r. w porównaniu do realizacji analogicznych świadczeń w 2022 r. według poziomu PSZ (w zł)

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Wartość świadczeń 2022	Wartość świadczeń 2023	Zmiana %
Szpital I stopnia	9 849 233 045	13 738 279 786	39%
Szpital II stopnia	10 173 602 075	13 788 478 991	36%
Szpital III stopnia	12 684 077 642	18 591 728 154	47%
Szpital ogólnopolski	19 228 477 459	28 066 437 026	46%

[115] Wskaźniki cen towarów i usług konsumpcyjnych w grudniu 2022 r. GUS 2023.

Szpital onkologiczny	3 705 350 188	5 308 209 721	43%
Szpital pediatryczny	780 573 261	1 253 257 361	61%
Szpital pulmonologiczny	1 147 677 489	1 495 315 221	30%
Ogółem	**57 568 991 159**	**82 241 706 260**	**43%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Analiza wartości świadczeń zrealizowanych w ramach systemu PSZ wskazuje, że NFZ najwięcej środków finansowych w 2023 r. przeznaczył na szpitale ogólnopolskie, tj. ok. 34% całego budżetu, najmniej zaś na szpitale pediatryczne (1,5%). Największy wzrost nakładów w porównaniu do 2022 r. odnotowano w szpitalach pediatrycznych, III stopnia, ogólnopolskich i onkologicznych, (odpowiednio o 61%, 47%, 46% i 43%).

Podstawowe wskaźniki

W RP w 2023 r. ze świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego skorzystało ponad 8,5 mln pacjentów (22,7% populacji).

W 2023 r. świadczenia w lecznictwie szpitalnym zostały udzielone ponad 4,5 mln kobiet oraz ponad 4 mln mężczyzn. Rozkład wieku pacjentów w podziale na płeć pokazuje różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami korzystającymi ze świadczeń.

Stosując międzynarodową klasyfikację chorób ICD-10, kobiety i mężczyźni różnili się w zakresie zachorowalności. Kobiety najczęściej hospitalizowano ze względu na:

- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych – 1 065 tys. pacjentek;
- objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej– 582 tys. pacjentek;
- choroby układu krążenia– 522 tys. pacjentek;
- nowotwory – 491 tys. pacjentek;
- choroby układu moczowo-płciowego – 490 tys. pacjentek.

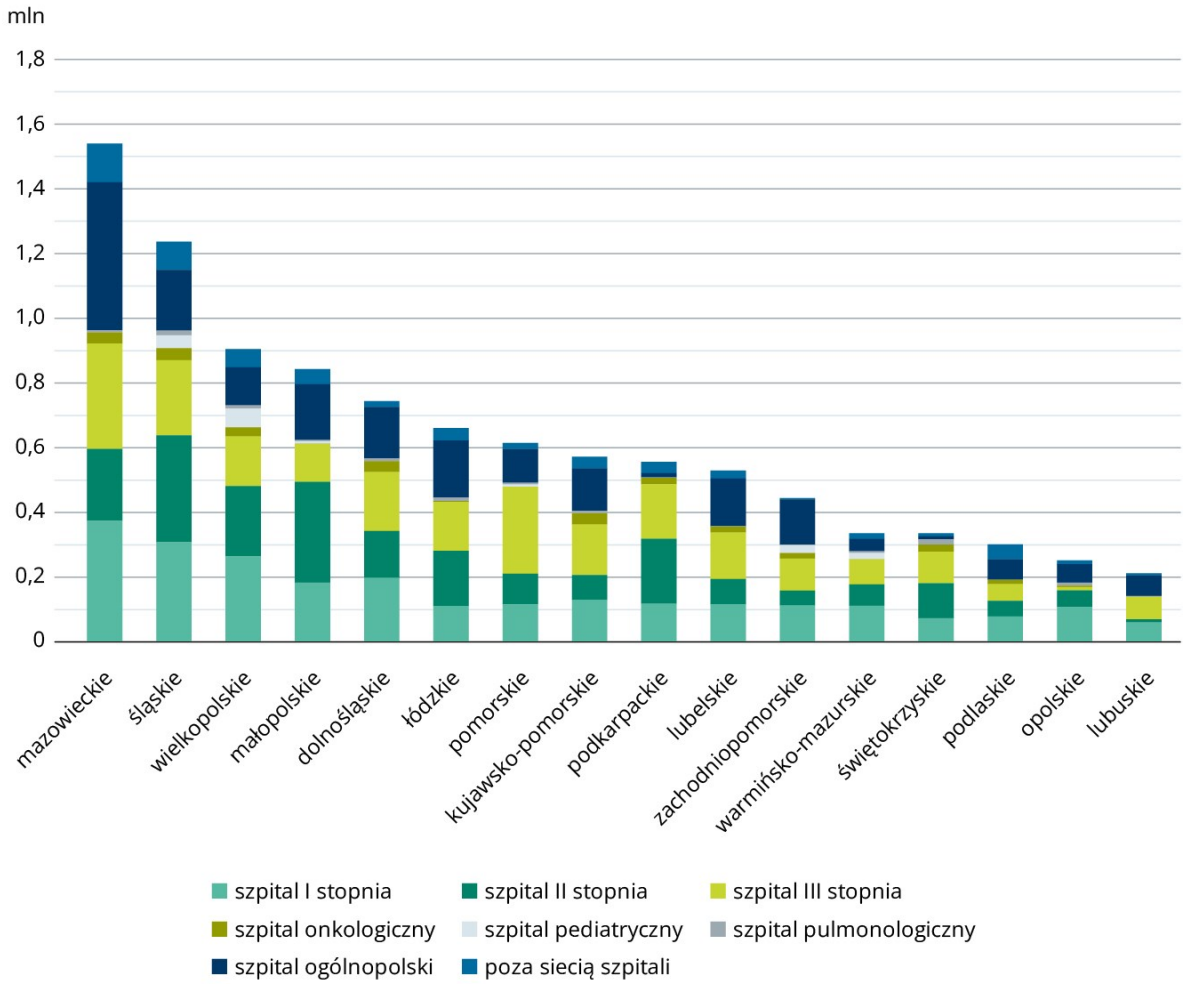
Z kolei mężczyźni najczęściej wymagali hospitalizacji ze względu na następujące grupy chorób:

- urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych –1 414 tys. pacjentów;
- choroby układu krążenia – 539 tys. pacjentów;
- objawy, cechy chorobowe oraz nieprawidłowe wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych niesklasyfikowane gdzie indziej – 486 tys. pacjentów;
- choroby układu pokarmowego – 347 tys. pacjentów;
- choroby układu oddechowego – 327 tys. pacjentów.

Ponadto wśród kobiet najliczniejszą grupą były pacjentki w wieku 18-64 lat (2,28 mln pacjentek, co oznacza 196 na 1 tys. kobiet).

Wśród mężczyzn również najliczniejszą grupę stanowili pacjenci w wieku 18-64 lat (2,03 mln. pacjentek, co oznacza 175 na 1 tys. mężczyzn). Pacjenci stacjonarnie leczyli się głównie w województwie mazowieckim i śląskim, jednak wartości uwzględniające liczbę mieszkańców wskazują także na województwo świętokrzyskie (254 na 1 tys. ludności), kujawsko-pomorskie (251 na 1 tys. ludności) i śląskie (246 na 1 tys. ludności). Z kolei najmniejszą liczbę pacjentów – zarówno w wartościach bezwzględnych, jak i w przeliczeniu na 1 tys. ludności – hospitalizowano w województwie lubuskim (198 na 1 tys. ludności).

Rysunek 75. Liczba pacjentów w wartościach bezwzględnych, leczących się w danym województwie w podziale na poziomy PSZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Jednym z istotnych wskaźników dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej jest wskaźnik pozwalający określić poziom jakości kompleksowej opieki, szczególnie wśród tych pacjentów, którzy stanowią najliczniejsze grupy w podziale na jednostki chorobowe. W zestawieniu widać znaczne różnice w korzystaniu ze świadczeń lecznictwa szpitalnego pomiędzy województwami,

szczególnie w szpitalach specjalistycznych (onkologicznych, pediatrycznych i pulmonologicznych).

Mała liczba pacjentów leczonych w szpitalach onkologicznych, pediatrycznych i pulmonologicznych może wynikać z samej dostępności szpitali na tym poziomie PSZ w województwach. W tym przypadku realizację świadczeń opieki zdrowotnej przejmują z powodzeniem szpitale na pozostałych poziomach PSZ, a w przypadku świadczeń pediatrycznych realizacja odbywa się poza szpitalami pediatrycznymi w PSZ.

Tabela 16. Liczba pacjentów ze względu na miejsce zamieszkania w podziale na poziomy PSZ na 100 tys. ludności w 2023 r.

Obszar	poza siecią szpitali	szpital I stopnia	szpital II stopnia	szpital III stopnia	szpital ogólnopolski	szpital onkologiczny	szpital pediatryczny	szpital pulmonologiczny	razem
świętokrzyskie	904	6 081	8 720	8 069	1 823	1 753	26	1 285	24 566
kujawsko-pomorskie	1 688	6 217	4 104	7 566	6 530	1 457	34	371	24 080
śląskie	1 859	7 124	7 748	5 278	4 250	807	885	332	23 873
łódzkie	1 547	4 775	7 193	6 498	7 394	201	14	446	23 821
podkarpackie	1 704	5 438	9 364	8 178	1 355	1 000	15	68	23 321
lubelskie	1 203	6 001	4 473	6 910	7 411	889	10	51	23 141
mazowieckie	2 190	6 697	4 120	5 988	7 109	619	30	125	23 012
opolskie	1 143	10 684	5 624	1 450	6 781	616	21	940	22 928
zachodniopomorskie	309	6 544	2 671	6 473	8 261	1 036	1 424	156	22 792
pomorskie	890	4 903	4 043	11 130	4 373	70	305	176	22 577
wielkopolskie	1 618	7 361	6 061	4 522	3 811	838	1 603	296	22 349
dolnośląskie	640	6 893	5 243	6 160	5 267	1 046	18	281	21 920
podlaskie	3 802	6 458	4 239	4 230	5 860	1 057	17	8	21 799

warmińsko-mazurskie	1 413	7 984	4 553	5 671	3 460	139	1 284	474	21 095
małopolskie	1 490	5 228	8 366	3 605	4 862	95	270	93	20 943
lubuskie	827	6 310	1 475	6 338	7 147	273	102	279	19 973
RP	**1 526**	**6 425**	**5 751**	**6 090**	**5 350**	**705**	**416**	**273**	**22 705**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Największa grupa pacjentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności, hospitalizowanych poza miejscem zamieszkania, leczyła się w województwie mazowieckim w szpitalach ogólnopolskich. Z kolei niskie wartości (<1 pacjenta na 100 tys.) odnotowano w szpitalach pediatrycznych w 10 województwach oraz w szpitalach onkologicznych w 4 województwach, jednak te wartości mają związek z małą liczbą (wartości bezwzględne) pacjentów hospitalizowanych w szpitalach pediatrycznych i onkologicznych.

Tabela 17. Liczba pacjentów leczących się poza miejscem (województwem) zamieszkania w podziale na województwo świadczeniodawcy oraz PSZ na 100 tys. ludności w 2023 r.

Obszar	poza siecią szpitali	szpital I stopnia	szpital II stopnia	szpital III stopnia	szpital ogólnopolski	szpital onkologiczny	szpital pediatryczny	szpital pulmonologiczny	razem
dolnośląskie	67	402	199	514	741	135	-	28	2 086
kujawsko-pomorskie	200	556	233	687	627	304	-	28	2 635
lubelskie	140	266	124	573	651	80	-	1	1 835
lubuskie	62	660	140	1 210	509	-	-	40	2 621
łódzkie	166	436	500	356	704	27	-	15	2 204
małopolskie	94	397	1 071	240	655	-	24	21	2 502
mazowieckie	119	490	366	355	1 577	66	-	7	2 980
opolskie	231	1 211	455	84	452	38	-	85	2 556
podkarpackie	77	463	762	423	19	38	-	3	1 785

podlaskie	367	676	261	651	459	116	-	-	2 530
pomorskie	41	343	323	1 084	484	-	21	53	2 349
śląskie	223	326	385	339	539	70	56	21	1 959
świętokrzyskie	84	740	1 486	821	40	204	-	105	3 480
warmińsko-mazurskie	169	722	590	959	251	-	165	42	2 898
wielkopolskie	126	616	430	276	372	72	57	31	1 980
zachodniopomorskie	70	640	403	492	756	82	76	11	2 530
RP	**2 236**	**8 944**	**7 728**	**9 064**	**8 836**	**1 232**	**399**	**491**	**38 531**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W tabeli można zauważyć rozbieżności w liczbie osób napływających z innych województw do miejsca leczenia w zależności od poziomu PSZ. Przykładowo, w województwie małopolskim jedynie 24 osoby z innych województw na 100 tys. ludności leczyło się w szpitalach pediatrycznych, natomiast 1 071 osób na 100 tys. ludności napływało z innych województw do szpitali II stopnia.

Największe zróżnicowanie liczby pacjentów napływających z innych województw w podziale na województwa można było zaobserwować w szpitalach ogólnopolskich (od 19 pacjentów w województwie podkarpackim do 1 577 pacjentów w województwie mazowieckim).

6.2. Analiza hospitalizacji

W 2023 r. najwięcej hospitalizacji zrealizowano w RP w szpitalach pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia oraz ogólnopolskich. Z kolei w podziale na zakresy świadczeń największa liczba została zrealizowana w zakresie „świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym" (29,31% wszystkich zakresów świadczeń), „choroby wewnętrzne - hospitalizacja" (6,75% wszystkich zakresów świadczeń) oraz „chirurgia ogólna - hospitalizacja" (6,11% wszystkich zakresów świadczeń).

Tabela 18. Odsetek hospitalizacji w podziale na poziomy PSZ w latach 2021-2023 r.

Poziom PSZ	Odsetek hospitalizacji według roku		
	2021	2022	2023
Szpital III stopnia	21,86%	22,33%	24,36%
Szpital ogólnopolski	22,97%	22,22%	22,91%

Szpital I stopnia	22,00%	21,91%	20,40%
Szpital II stopnia	20,69%	20,58%	20,26%
Poza siecią	4,65%	6,39%	5,09%
Szpital onkologiczny	4,62%	4,18%	4,25%
Szpital pediatryczny	1,89%	1,03%	1,39%
Szpital pediatryczny	1,32%	1,36%	1,32%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Najwięcej hospitalizacji w 2023 r. zrealizowano w województwie mazowieckim (16% wszystkich), z czego większość stanowiły hospitalizacje w szpitalach ogólnopolskich (35% świadczeń w województwie). Z kolei najmniejsza liczba hospitalizacji została zrealizowana w województwie lubuskim.

Analiza struktury hospitalizacji ze względu na poziom PSZ prowadzi do wniosków, że w ciągu ostatnich trzech lat nie uległa ona większym zmianom. Ponad 90% hospitalizacji jest realizowanych w szpitalach pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia oraz ogólnopolskich. Można dostrzec nieznaczny trend w postaci wzrostu odsetka hospitalizacji w szpitalach III stopnia w ciągu ostatnich 3 lat, przy jednoczesnym spadku udziału hospitalizacji w szpitalach I stopnia.

Tabela 19. Udział liczby hospitalizacji dla poszczególnych województw zrealizowanych w 2023 r. w podziale na poziomy PSZ

Obszar	poza siecią szpitali	szpital I stopnia	szpital II stopnia	szpital III stopnia	szpital ogólnopolski	szpital onkologiczny	szpital pediatryczny	szpital pulmonologiczny	razem
dolnośląskie	2,32	19,86	18,69	25,99	25,4	6,36	-	1,39	977 029
kujawsko-pomorskie	6,7	19,93	14,56	25,21	23,55	8,17	-	1,88	536 743
lubelskie	5,05	18,18	12,38	31,03	26,99	6,22	-	0,14	589 012
lubuskie	3,31	21,1	4,79	33,32	35,68	-	-	1,8	245 121

łódzkie	6,22	15,64	23,37	22,85	29,08	0,56	-	2,27	629 331
małopolskie	4,43	19	36,7	15,29	23,34	-	0,86	0,39	1 049 325
mazowieckie	6,04	21,69	12,82	19,87	34,99	4,2	-	0,4	1 818 272
opolskie	4,98	40,84	16,13	2,35	27	5,56	-	3,14	274 672
podkarpackie	4,04	18,96	37,3	32,29	1,26	5,96	-	0,19	618 367
podlaskie	16,04	25,83	10,25	18,05	20,71	9,12	-	-	279 715
pomorskie	2,8	9,67	9,12	52,25	24,37	-	0,97	0,82	729 976
śląskie	6,91	19,32	25,87	19,48	19,84	5,64	1,31	1,62	1 186 810
świętokrzyskie	2,35	19,06	28,17	30,77	2,54	12,09	-	5,01	418 491
warmińsko-mazurskie	5,33	31,53	15,11	24,13	13,96	-	6,73	3,2	374 807
wielkopolskie	5,89	23,44	26,48	18,96	13,1	2,95	6,93	2,24	1 101 342
zachodniopomorskie	0,89	20,41	8,36	28,62	30,01	6,3	4,89	0,53	502 162
RP	**5,09**	**20,4**	**20,26**	**24,36**	**22,91**	**4,25**	**1,39**	**1,32**	**11 331 175**

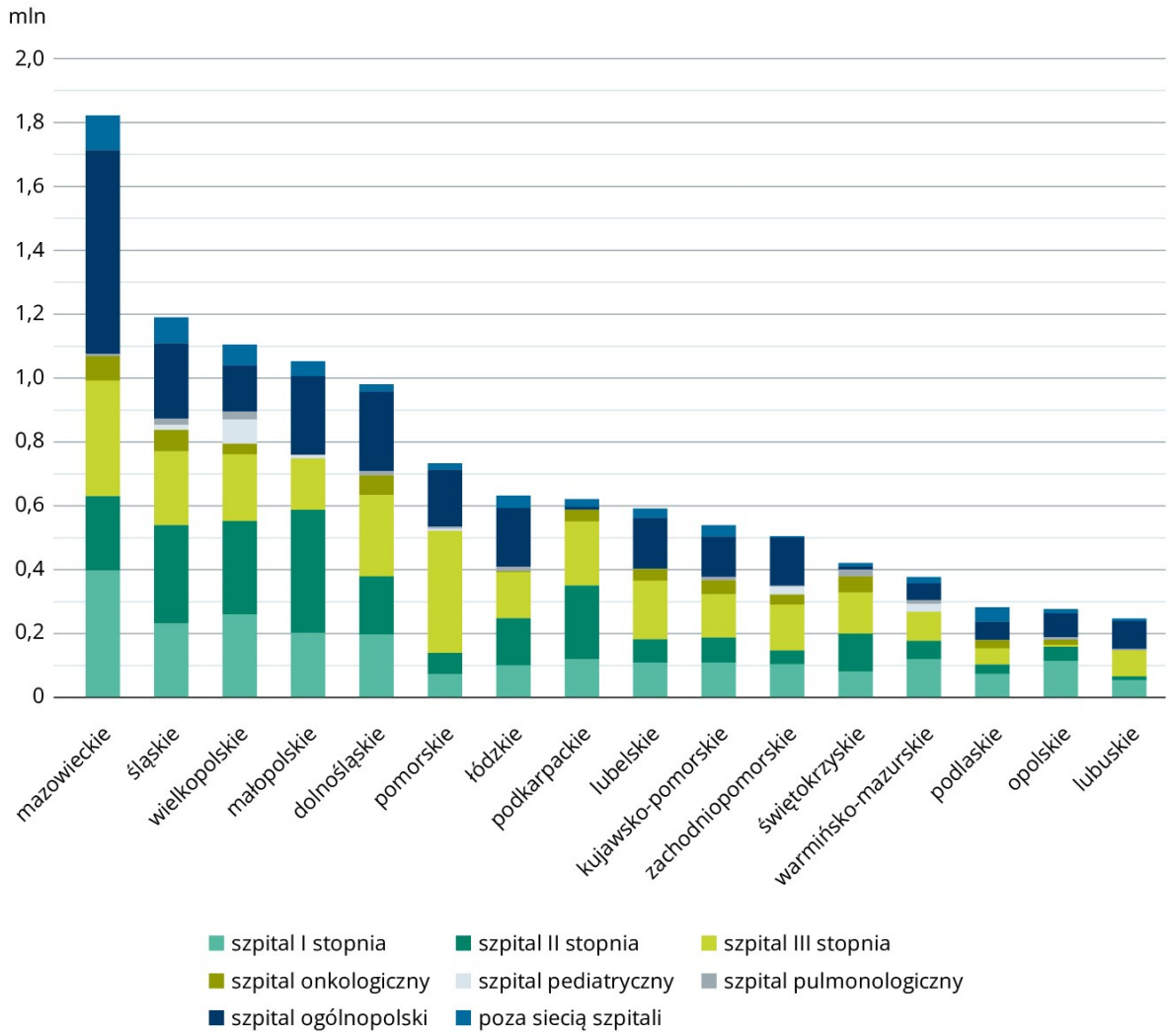
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W porównaniu wartości bezwzględnych z 2022 r. do 2023 r. nastąpił wzrost liczby hospitalizacji w ramach PSZ o 12,16% oraz liczby wszystkich hospitalizacji o 10,62%. Największy wzrost liczby hospitalizacji w 2023 r. odnotowano w szpitalach III stopnia (z 2,287 mln do 2,760 mln – zwiększenie się o 20,69%).

Struktura hospitalizacji w każdym z województw jest do siebie zbliżona – ponad 80% z nich jest realizowana w szpitalach pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia oraz ogólnopolskich. W województwie podlaskim sytuacja jest nieco odmienna: istotny odsetek (16%) hospitalizacji jest realizowanych przez szpitale poza siecią. Województwo to cechuje się także znacznym – w porównaniu do pozostałych regionów – odsetkiem hospitalizacji realizowanych w szpitalach onkologicznych (ponad 9%). Także województwo świętokrzyskie ma inną strukturę hospitalizacji niż reszta RP: po pierwsze cechuje się ono bardzo małym odsetkiem hospitalizacji w szpitalach ogólnopolskich (około 2,5% przy średniej dla kraju prawie 23%). Wydaje się, że ciężar tych hospitalizacji w przypadku tego województwa wzięły na siebie szpitale II i III stopnia. Są one odpowiedzialne odpowiednio za 28% i prawie 31% hospitalizacji przy średniej dla kraju na poziomie odpowiednio: 20% i 24%. Podobna sytuacja występuje na Podkarpaciu: szpitale ogólnopolskie realizują tam niewiele ponad 1% hospitalizacji, a szpitale II i III stopnia już 37% i 32%.

W 2023 r. najwięcej hospitalizacji zrealizowano w województwie mazowieckim (1 818 tys.) i śląskim (1 187 tys.). Jednak w przeliczeniu na 100 tys. ludności najwięcej hospitalizacji zrealizowano w województwie świętokrzyskim (363 na 1 tys. ludności), natomiast najmniej w województwie podlaskim (244 na 1 tys. ludności).

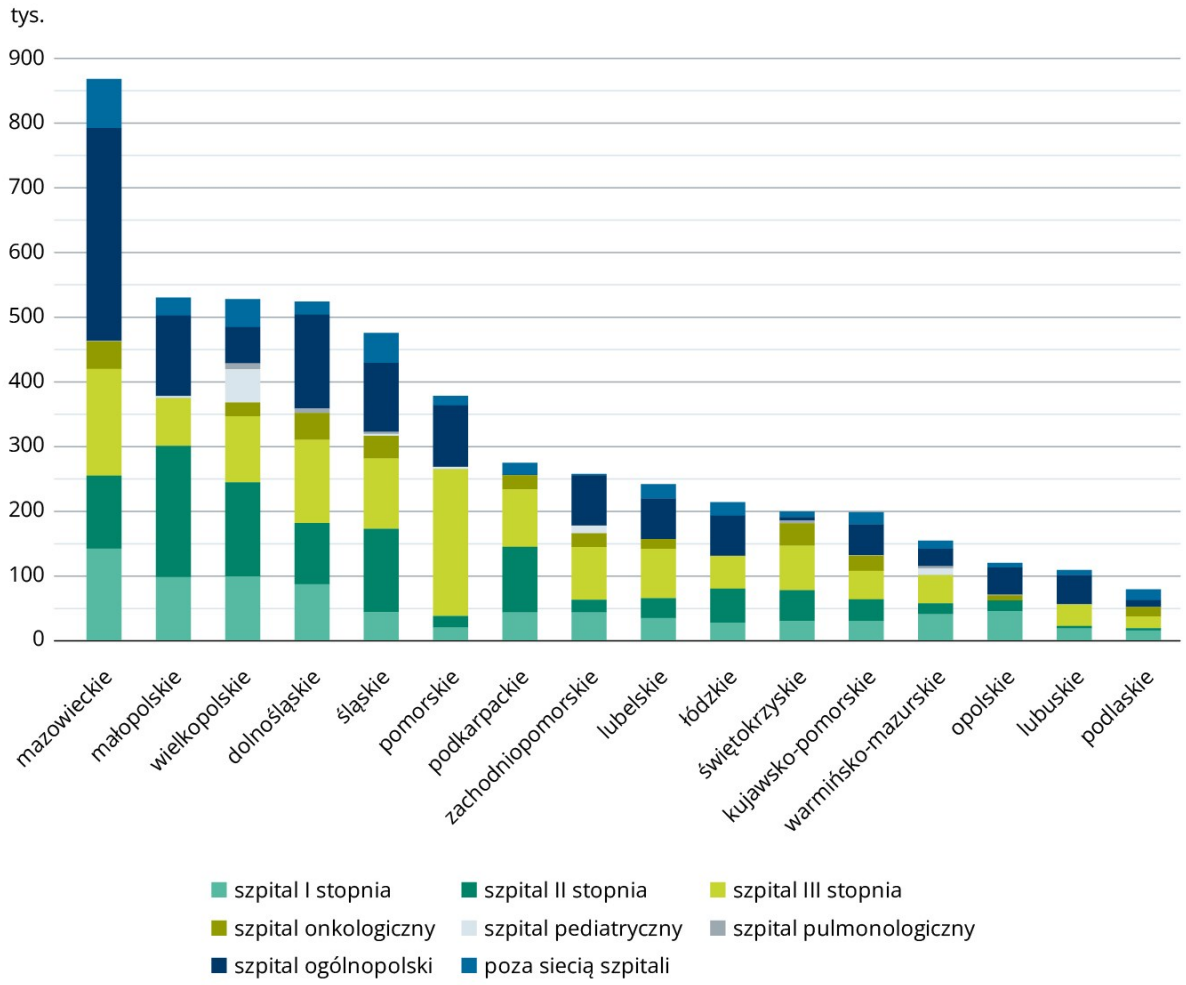
Rysunek 76. Liczba hospitalizacji w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

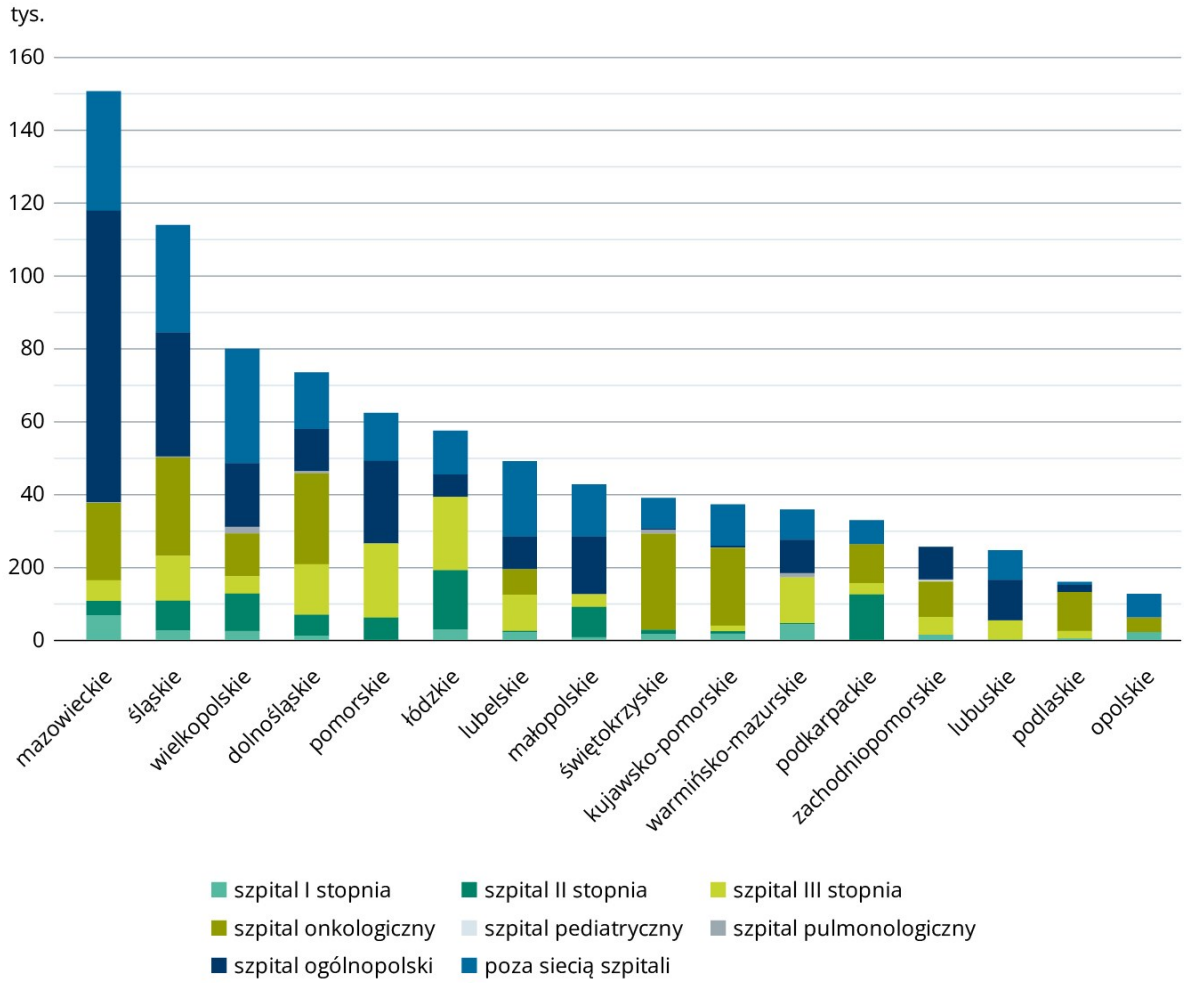
W szpitalach ogólnopolskich oraz w szpitalach III stopnia przeważająca część hospitalizacji została zrealizowana w województwach: mazowieckim, śląskim i małopolskim. Jednak istnieje dość wyraźne zróżnicowanie w liczbie hospitalizacji w wymienionych województwach. Najwięcej hospitalizacji w województwie mazowieckim zrealizowano w szpitalach ogólnopolskich (636 tys.) i szpitalach I stopnia (394 tys.), natomiast w województwie małopolskim niemal dwukrotnie więcej hospitalizacji (385 tys., porównując do pozostałych dwóch województw, tj. śląskiego i wielkopolskiego) zrealizowano w szpitalach II stopnia. W województwie śląskim liczba hospitalizacji rozkłada się proporcjonalnie pomiędzy szpitalami I-III stopnia oraz ogólnopolskimi (229-307 tys.).

Rysunek 77. Liczba hospitalizacji z czasem pobytu poniżej jednego dnia w podziale na poziomy PSZ oraz województwa w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

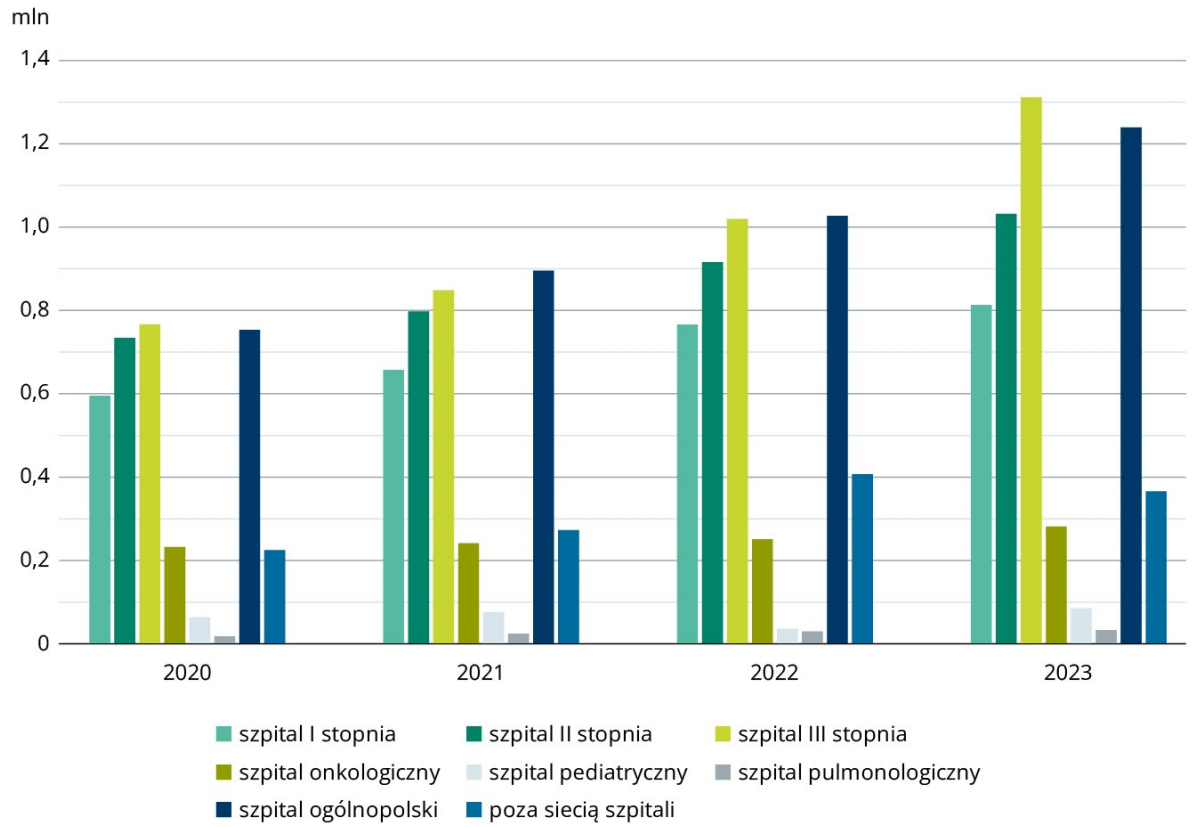
Rysunek 78. Liczba hospitalizacji w zakresach leczenia jednego dnia w podziale na poziomy PSZ oraz województwa w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Liczba hospitalizacji z czasem pobytu poniżej jednego dnia wzrosła w latach 2020-2023 dla szpitali I-III stopnia oraz dla szpitali ogólnopolskich. W przypadku szpitali pediatrycznych, onkologicznych i pulmonologicznych nie zaszły większe zmiany w zakresie hospitalizacji z czasem pobytu poniżej jednego dnia.

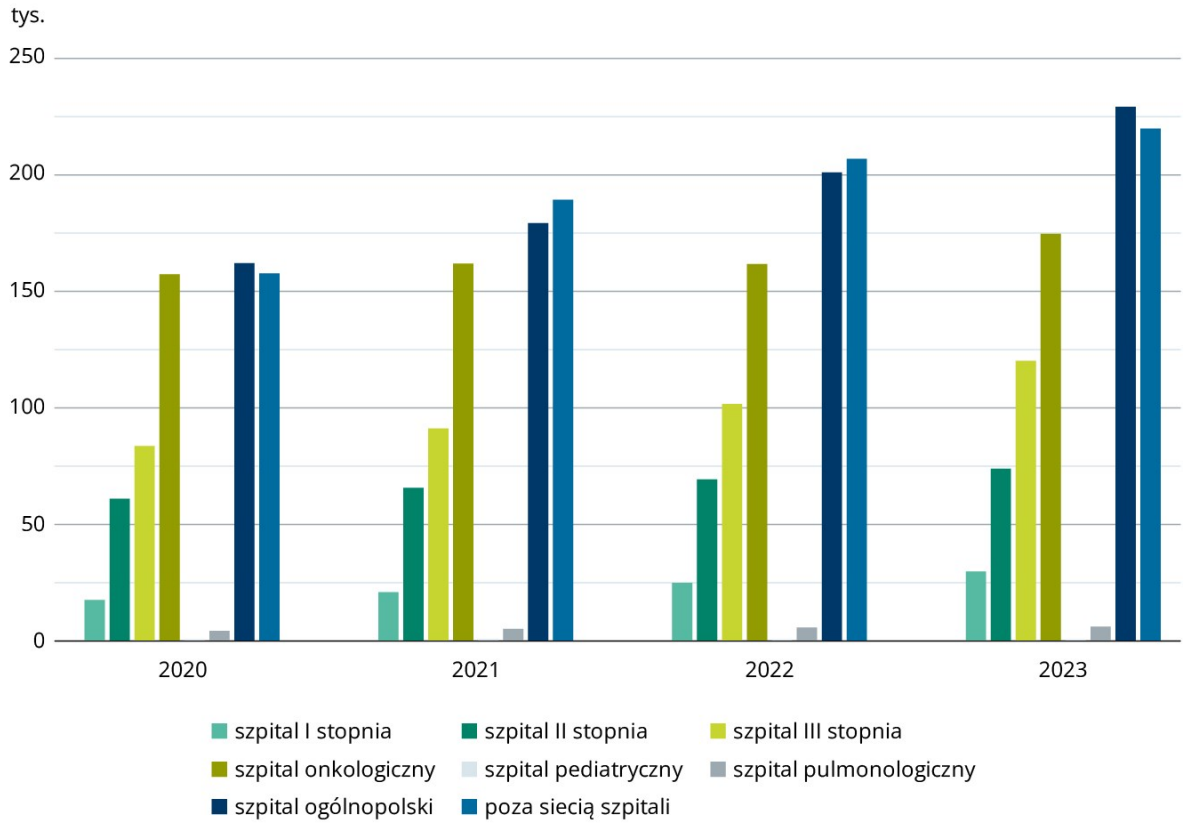
Rysunek 79. Liczba hospitalizacji z czasem pobytu poniżej jednego dnia w latach 2020-2023 w podziale na poziomy PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Liczba hospitalizacji z czasem pobytu poniżej 1 dnia wzrosła szczególnie w analizowanym okresie w szpitalach ogólnopolskich, szpitalach I i III stopnia oraz w szpitalach będących poza siecią szpitali. Mniej dynamiczny wzrost w liczbie hospitalizacji w zakresach leczenia jednego dnia dostrzegamy dla szpitali II stopnia i szpitalach onkologicznych. W przypadku szpitali pulmonologicznych oraz pediatrycznych liczba hospitalizacji w zakresach leczenia jednego dnia w latach 2020-2023 nie uległa większym zmianom.

Rysunek 80. Liczba hospitalizacji w zakresach leczenia jednego dnia w latach 2020-2023



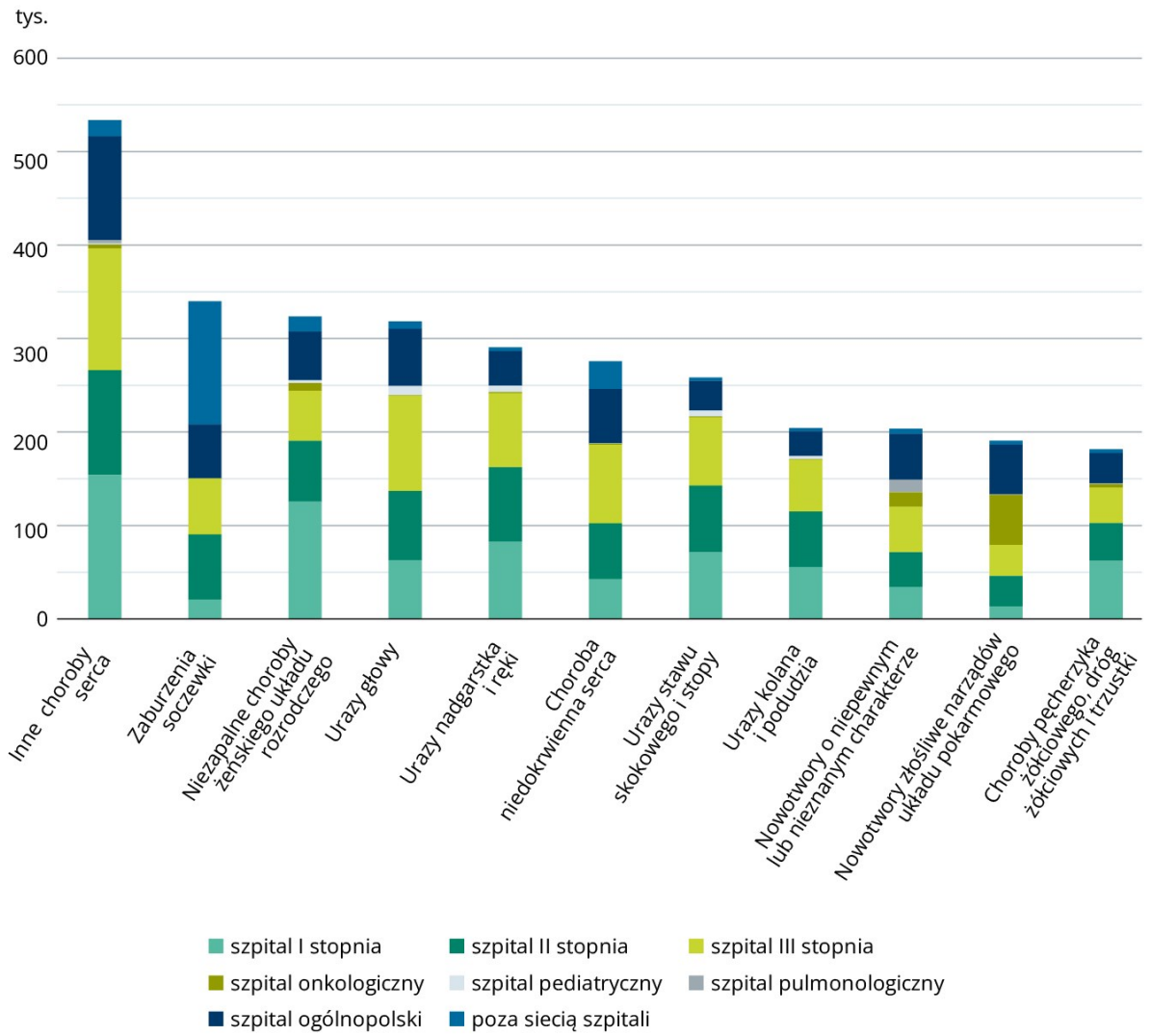
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Zestawienie liczby hospitalizacji w podziale na poziomy PSZ prezentuje różnorodność w ogólnej liczbie hospitalizacji pomiędzy szpitalami będącymi na różnych poziomach PSZ, a także poza systemem PSZ, jak również w liczbie hospitalizacji w zależności od grupy chorób według klasyfikacji ICD-10. Największy udział w leczeniu miały szpitale II i III stopnia oraz szpitale ogólnopolskie. W przypadku realizacji świadczeń dotyczących okulistyki, w szczególności zaburzeń soczewki, widzimy istotny udział szpitali spoza sieci.

Z kolei najwięcej hospitalizacji zrealizowanych w ramach „sieci szpitalnej" miało miejsce w ramach leczenia grupy chorób:

- inne choroby serca,
- zaburzenia soczewki,
- niezapalne choroby żeńskiego układu rozrodczego,
- urazy głowy.

Rysunek 81. Grupy chorób z największą liczbą hospitalizacji w 2023 r. w podziale na poziomy PSZ

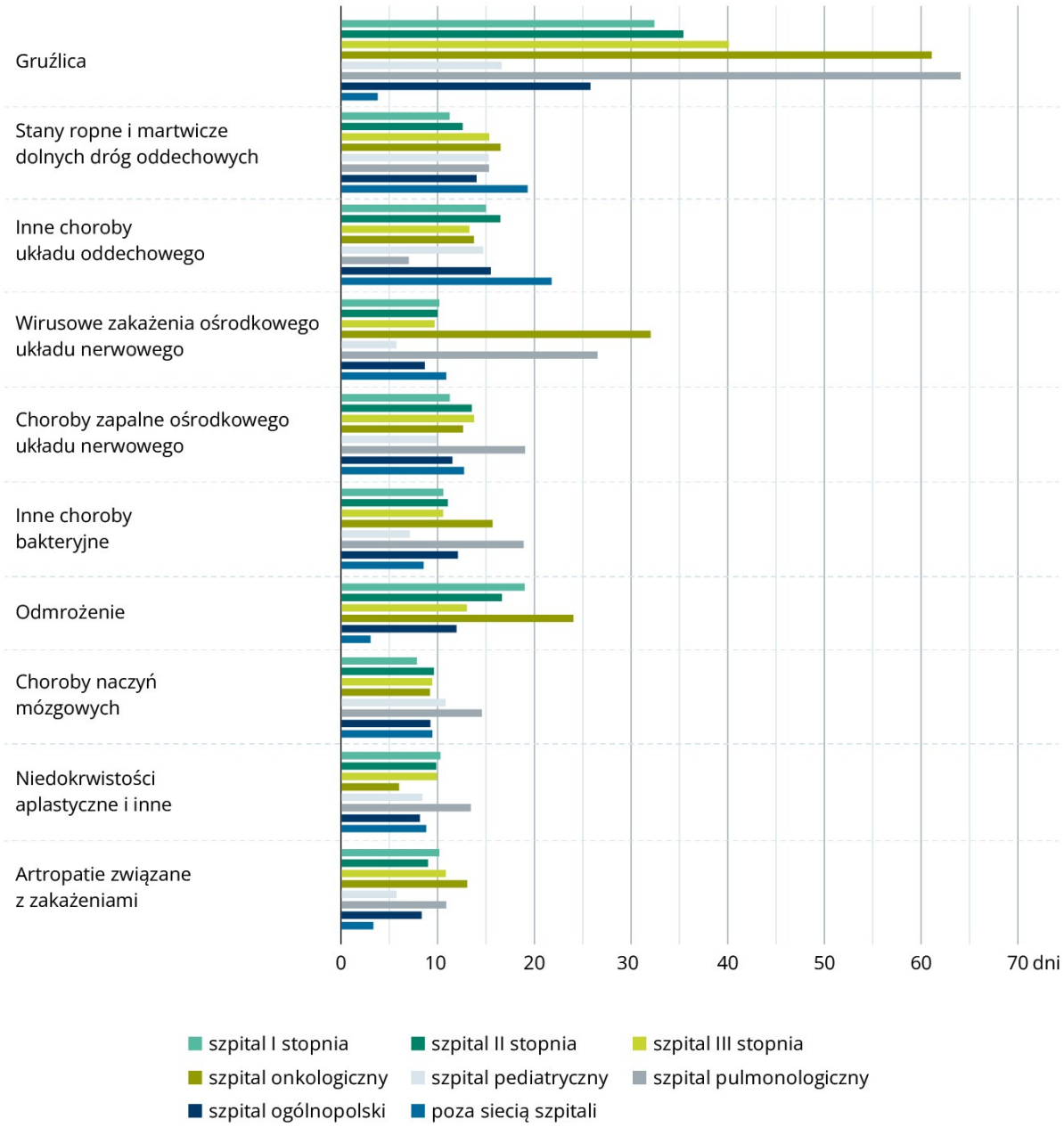


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Szpitale znajdujące się poza systemem PSZ (na wykresie pokazane jako grupa „Szpital poza siecią") w niektórych grupach chorób udzielają bardzo mało świadczeń w relacji do innych grup chorób. Przykładowo, szpitale poza siecią udzieliły 132 tys. świadczeń w zakresie zaburzenia soczewki oraz 30 tys. świadczeń w zakresie choroby niedokrwiennej serca, natomiast w przypadku świadczeń dla urazów nadgarstka, urazów stawu skokowego, urazów kolana, chorób pęcherzyka żółciowego około 3~5 tys.

Najdłuższe czasy hospitalizacji dotyczyły gruźlicy, a w szczególności sytuacji, gdy gruźlica była leczona w szpitalach onkologicznych i pulmonologicznych, co wskazywać może na współchorobowość oraz konieczność leczenia specjalistycznego. Pozostałe grupy chorób cechowały się zbliżonymi czasami hospitalizacji, niezależnie od rodzaju szpitala, w którym prowadzone było leczenie.

Rysunek 82. Grupy chorób z najdłuższymi średnimi czasami hospitalizacji w 2023 r. w podziale na poziomy PSZ



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

6.3. Czas oczekiwania na świadczenia

Listy oczekujących przygotowywane przez świadczeniodawców aktualizowane są w trybie miesięcznym. Stanowią one wskaźnik pozwalający ocenić realny dostęp do świadczeń. Bieżący czas oczekiwania pacjenta na realizację świadczenia obrazuje zarówno ograniczenia systemu, jak i popyt na dane świadczenie.

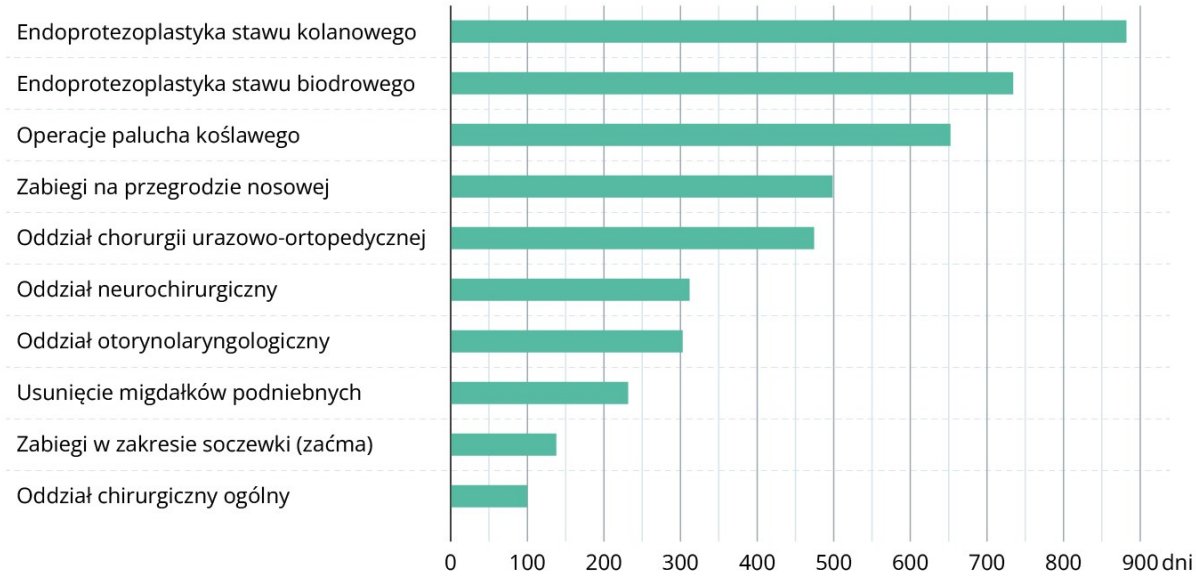
W analizie uwzględniono przeciętny, ważony liczbą oczekujących, czas oczekiwania. Brak możliwości weryfikacji tego typu danych powoduje, że nie ma możliwości eliminacji tzw.

obserwacji odstających, czyli wartości, które znacznie odbiegają od pozostałych i wpływają na uzyskane wyniki.

W kolejnej części dokumentu skupiono się na alternatywnym sposobie wyliczania rzeczywistego czasu oczekiwania obliczonego dla hospitalizacji planowych, uwzględniającego datę wystawionego skierowania oraz datę przyjęcia do szpitala Dopiero spojrzenie na kolejki przez pryzmat dwóch, wyżej wymienionych, statystyk daje pełen obraz sytuacji.

Ponadto przedstawienie list oczekujących w kontekście sieci szpitali pozwala systemowo ocenić sprawność realizacji świadczeń.

Rysunek 83. Przeciętny ważony (liczbą oczekujących) czas oczekiwania na wybrane świadczenie/przyjęcie na oddział szpitalny według stanu na marzec 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Spośród analizowanych świadczeń najdłużej oczekiwali pacjenci na realizację świadczeń w zakresie endoprotezoplastyki stawu kolanowego – przeciętnie 882 dni. Niewiele krócej czekali pacjenci za zabieg w zakresie endoprotezoplastyki stawu biodrowego (przeciętnie 734 dni). Najkrócej natomiast pacjenci czekali na zabiegi w zakresie soczewki (zaćma) – przeciętnie 137 dni oraz na przyjęcie na oddział chirurgiczny ogólny – około 99 dni.

Należy podkreślić różnicę w rozumieniu przeciętnego czasu oczekiwania – w przypadku list oczekujących pod tym pojęciem rozumiano średni czas oczekiwania ważony liczbą oczekujących pacjentów, natomiast w przypadku hospitalizacji planowych brano pod uwagę medianę czasu oczekiwania. Ponadto w przypadku hospitalizacji planowych nie występuje rozgraniczenie pomiędzy skierowaniami wystawionymi dla przypadków stabilnych i pilnych, co może powodować uzyskanie nieco niższych numerycznie wartości wskaźników.

Świadczenia wykonywane w ramach hospitalizacji planowych można podzielić na dwie grupy: zachowawcze i zabiegowe. Dla świadczeń zabiegowych wyszczególniono następujące kategorie: małe, średnie, duże, diagnostyczne, kompleksowe. Z kolei dla świadczeń zachowawczych specjalistyczne i podstawowe. W 2023 r. mediana czasu oczekiwania na

hospitalizację planową wyniosła 42 dni dla świadczeń zabiegowych i 25 dni dla świadczeń zachowawczych, zaś średnia 79 dni dla świadczeń zabiegowych i 55 dni dla świadczeń zachowawczych.

Tabela 20. Mediana, średni czas oczekiwania na hospitalizację oraz liczba hospitalizacji planowych w zależności od grupy zabiegów w RP w 2023 r.

Poziom zabezpieczenia zdrowotnego	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Średni czas oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji [mln]
Zabiegowe	42	79	2,50
Zachowawcze	25	55	1,28

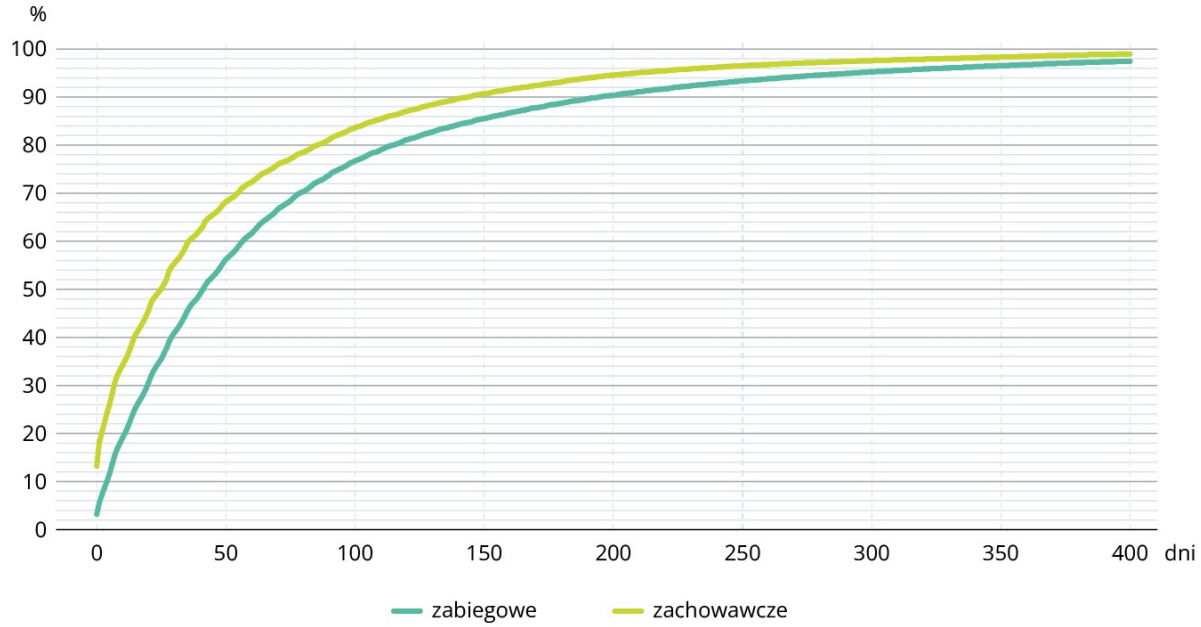
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Hospitalizacje planowe realizujące świadczenia z grupy zachowawczej miały prawie dwukrotnie niższą medianę, przy jednocześnie dwukrotnie mniejszej liczbie zrealizowanych hospitalizacji niż hospitalizacje realizujące świadczenia z grupy zabiegowej.

W 2023 r. najdłuższy przeciętny czas oczekiwania dla świadczeń zabiegowych zaobserwowano dla województwa pomorskiego (103 dni), najniższy zaś dla województwa świętokrzyskiego (52 dni). Z kolei dla świadczeń zachowawczych najdłuższy przeciętny czas oczekiwania w 2023 r. odnotowano w województwie dolnośląskim (71 dni), najniższy natomiast dla województwa podkarpackiego (31 dni).

W przypadku świadczeń z grupy zabiegowej 70% hospitalizacji zostało zrealizowanych w czasie krótszym niż 79 dni (czyli wcześniej niż średni czas oczekiwania w RP dla grupy zabiegowej), zaś dla grupy zachowawczej 78%. Oznacza to, że w 2023 r. świadczenia z grupy zachowawczej były zrealizowane szybciej niż świadczenia z grupy zabiegowej.

Rysunek 84. Rozkład czasu oczekiwania na hospitalizację planową w zależności od grupy świadczeń w RP w 2023 r.

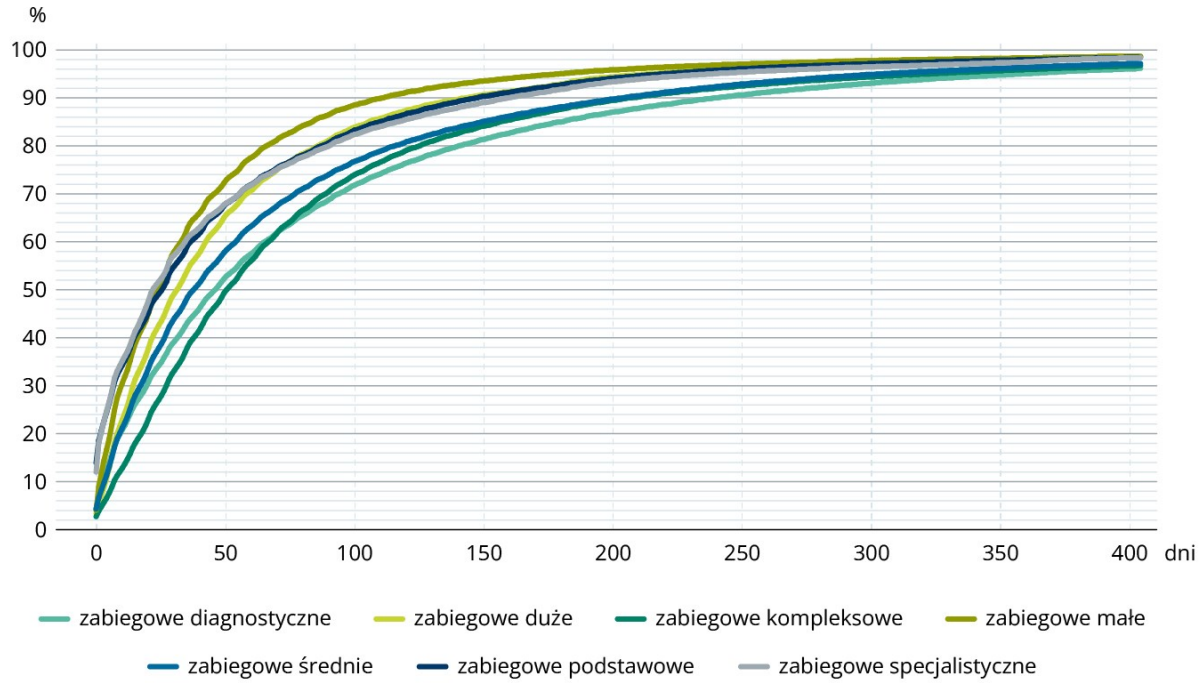


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Jak wspomniano na początku sekcji, świadczenia można podzielić na dwie grupy, które z kolei dzielą się na kategorie. Analiza czasu oczekiwania oraz wskaźników efektywności realizowanych świadczeń w podziale na kategorie umożliwia lepsze zrozumienie problemu wydłużonych czasów oczekiwania na hospitalizacje planowe w RP.

Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację w 2023 r. odnotowano dla kategorii zabiegowe duże (90 dni), której udział w ogólnej liczbie hospitalizacji wyniósł ponad 16%. Ponadto analiza rozkładu czasu oczekiwania dla tej kategorii wykazała, że 66% hospitalizacji zostało zrealizowanych w czasie krótszym niż średni czas oczekiwania na hospitalizację w grupie zabiegowych świadczeń w RP.

Rysunek 85. Czas oczekiwania na hospitalizację w zależności od kategorii świadczeń w 2023 r.

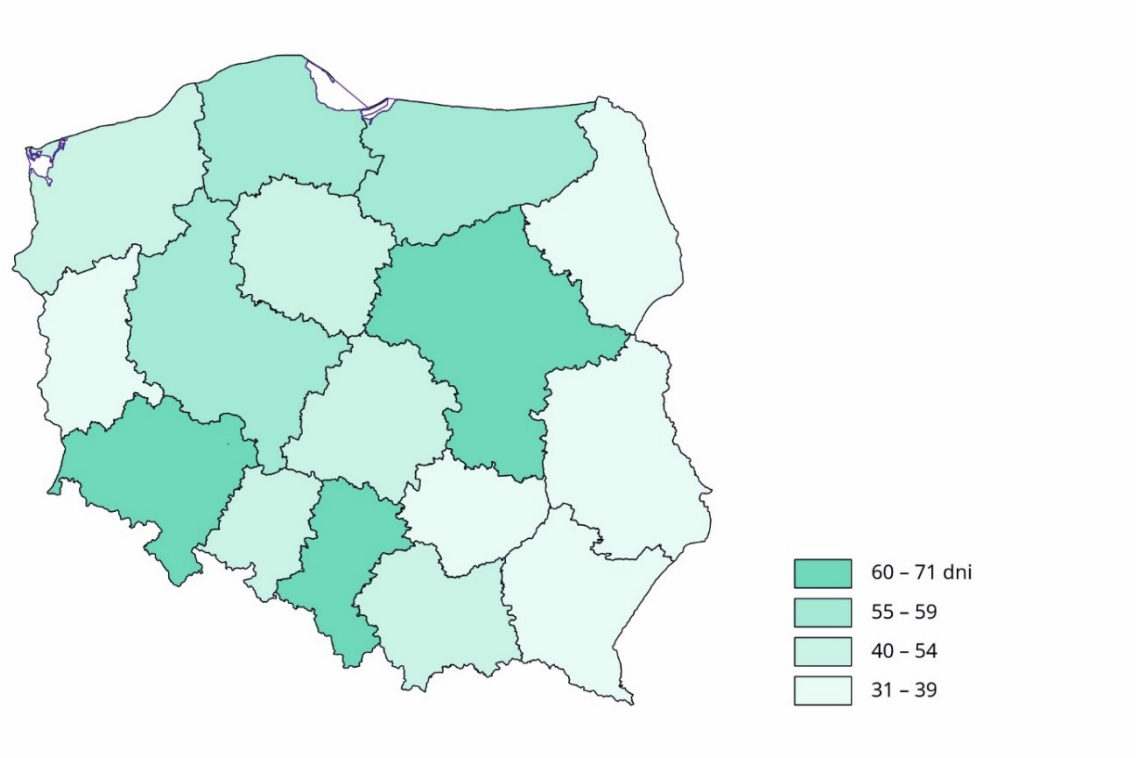


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kategorie świadczeń zachowawczych specjalistycznych stanowiły jedynie ok. 4,6% wszystkich hospitalizacji planowych w 2023 r. przy jednocześnie najkrótszej medianie czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala (22 dni). Dla wymienionej kategorii odnotowano najwyższe odsetki zrealizowanych hospitalizacji w czasie krótszym niż mediana czasu oczekiwania na hospitalizację w RP (60%).

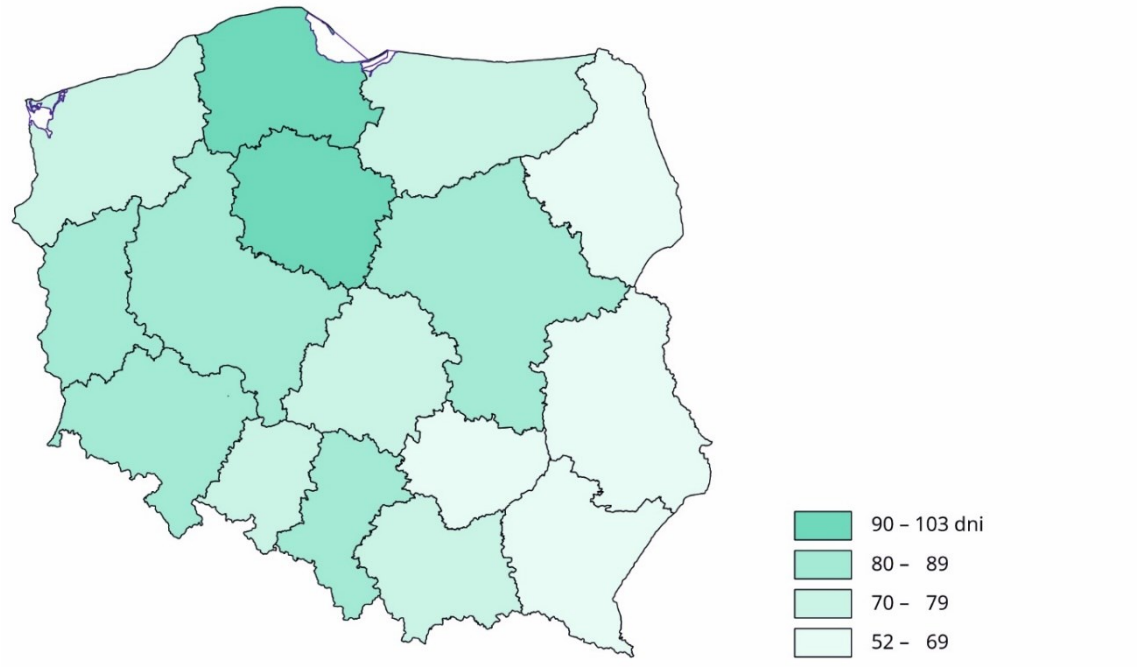
Najkrótsze średnie czasy oczekiwań na hospitalizację planową w 2023 r. odnotowano w południowo-wschodniej części kraju (województwa świętokrzyskie, podkarpackie oraz lubelskie) – około 35 dni od daty wystawienia skierowania dla świadczeń zachowawczych i 60 dni dla świadczeń zabiegowych.

Rysunek 86. Średni czas oczekiwania na hospitalizację planową dla świadczeń zachowawczych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 87. Średni czas oczekiwania na hospitalizację planową dla świadczeń zabiegowych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Kolejna analiza, która została przeprowadzona, dotyczyła świadczeń realizowanych w leczeniu szpitalnym w ramach systemu JGP. System JGP wyodrębnia 33 sekcje w zależności od układu fizjologicznego człowieka. Dla każdej z nich wyznaczono wskaźniki, w tym przeciętny czas oczekiwania (w postaci średniej i mediany) oraz liczbę hospitalizacji w ramach danej sekcji.

Największa mediana i czas oczekiwania dotyczył sekcji „Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby narządu wzroku" (odpowiednio 220 dni oraz 171 dni). Jednocześnie w 2023 r. w ramach tej sekcji JGP zrealizowano 3,4 tys. hospitalizacji. Niewiele krócej trzeba było czekać na zabiegi w ramach sekcji „Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu". Średni czas oczekiwania wyniósł w 2023 r. 183 dni, a mediana 151 dni. Ta sekcja JGP odpowiadała już za 43,8 tys. hospitalizacji.

Najwięcej hospitalizacji w 2023 r. zostało zrealizowanych w ramach sekcji „Choroby układu mięśniowo-szkieletowego" (487 tys. hospitalizacji). Sekcja ta także charakteryzowała się długim czasem oczekiwania na zabieg: średni czas wyniósł 108 dni, a mediana 62 dni.

Tabela 21. Przeciętny czas oczekiwania na hospitalizację planową w zależności od sekcji JGP w RP w 2023 r.

Obszar	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Średni czas oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji
Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	62	108	497 458
Choroby narządu wzroku	50	76	467 095
Choroby żeńskiego układu rozrodczego	29	47	359 196
Choroby układu pokarmowego	40	68	354 301
Choroby układu krążenia	35	57	307 966
Choroby układu moczowo-płciowego	34	53	256 515
Choroby dzieci - leczenie zachowawcze	45	72	253 671
Choroby układu oddechowego	27	48	184 718
Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	88	139	176 144
Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	35	60	142 212
Choroby piersi, skóry i oparzenia	26	46	132 476
Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	20	36	126 800
Choroby układu dokrewnego	44	72	120 698
Choroby układu nerwowego	23	53	107 858

Choroby naczyń	42	69	106 456
Położnictwo i opieka nad noworodkami	5	10	69 970
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu	151	183	43 805
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu mięśniowo-szkieletowego	39	69	26 255
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu moczowo-płciowego	80	118	17 963
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu pokarmowego	74	111	8 284
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby piersi, skóry i oparzenia	54	87	6 853
Obrażenia, urazy	5	29	4 935
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby narządu wzroku	171	220	3 430
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe	50	71	2 686
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Położnictwo i opieka nad noworodkami	57	77	2 166
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu oddechowego	42	94	930
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - choroby układu nerwowego	19	38	754
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu krążenia	36	69	584
Kompleksowa diagnostyka	13	25	498
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu dokrewnego	57	89	493
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby wątroby, dróg żółciowych, trzustki i śledziony	46	71	436
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby naczyń	16	57	286
Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby układu krwiotwórczego, zatrucia i choroby zakaźne	4	6	77

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Przedstawiona analiza świadczeń grup JGP umożliwia szersze spojrzenie na kolejki w ramach hospitalizacji planowych. Jednak z perspektywy pacjenta najbardziej istotna jest informacja o czasie oczekiwania na konkretne świadczenia (zabiegi). W 2023 r. świadczenia o najdłuższych przeciętnych czasach oczekiwania na hospitalizację dotyczyły głównie zabiegów z grupy chorób twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu (139 dni) oraz chorób układu mięśniowo-

szkieletowego (108 dni), a przede wszystkim szeregu sekcji chorób dziecięcych: leczenie zabiegowe - choroby narządu wzroku (220 dni), leczenie zabiegowe - choroby układu moczowo-płciowego (118 dni), leczenie zabiegowe - choroby układu pokarmowego (111 dni) oraz leczenie zabiegowe - choroby układu oddechowego (94 dni).

Zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2023 r. były wymiany procesora mowy implantów ucha środkowego (C07H) oraz zabiegi w zakresie mięśni okoruchowych dla osób poniżej18. r.ż., dla których czasy oczekiwania wyniosły odpowiednio 278 i 222 dni. Należy jednak zwrócić uwagę, że zabiegi te były wykonywane stosunkowo rzadko w porównaniu do dużych zabiegów nosa (C42), które pod względem mediany czasu oczekiwania na hospitalizację planową zajęły piąte miejsce. Wartość wskaźnika może więc wynikać stąd, że są to zabiegi wysokospecjalistyczne, wykonywane tylko w kilku miejscach w kraju.

Tabela 22. Świadczenia o najwyższej medianie czasu oczekiwania na hospitalizację w 2023 r. w RP

Nazwa JGP	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji	Kategoria	szpital III stopnia
C07H wymiana procesora mowy implantów ucha środkowego	278	13	zabiegowe duże	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
PZB04 zabiegi w zakresie mięśni okoruchowych < 18 r. ż.	222	2 372	zabiegowe średnie	Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby narządu wzroku
C07G wymiana procesora mowy implantów ślimakowych i do pnia mózgu	214	1 460	zabiegowe duże	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
PZC09 rozległe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r. ż.	192	18	zabiegowe kompleksowe	Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu

PZC03 usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r. ż.	191	25 054	zabiegowe duże	Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
PZC09 rozległe zabiegi korekcyjne wad wrodzonych twarzoczaszki, jamy ustnej i gardła < 18 r. ż.	278	13	zabiegowe duże	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Przeanalizowano również przeciętny czas oczekiwania na świadczenia, których zrealizowano co najmniej 20 tys. W tej grupie zabiegami o najdłuższym czasie oczekiwania w 2023 r. były świadczenia w postaci usunięcia migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani dla osób poniżej 18. r.ż.

Tabela 23. Świadczenia o najdłuższym przeciętnym czasie oczekiwania na hospitalizację spośród świadczeń, których wykonano co najmniej 20 tys. w 2023 r. w RP

Nazwa JGP	Mediana czasu oczekiwania [dni]	Liczba hospitalizacji	Kategoria	szpital III stopnia
PZC03 usunięcie migdałków i inne zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani < 18 r. ż.	191	25 054	zabiegowe duże	Choroby dzieci - leczenie zabiegowe - Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
H15 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita kolana	140	34 085	zabiegowe kompleksowe	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego

H14 endoprotezoplastyka pierwotna całkowita biodra z rekonstrukcją kostną, endoprotezoplastyka stawu biodrowego z zastosowaniem trzpienia przynasadowego, kapoplastyka stawu biodrowego	117	42 865	zabiegowe kompleksowe	Choroby układu mięśniowo-szkieletowego
C14 średnie zabiegi jamy ustnej, gardła i krtani	104	34 001	zabiegowe średnie	Choroby twarzy, jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i uszu
Q23 operacje żylaków z safenektomią	95	26 216	zabiegowe duże	Choroby naczyń

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Najdłuższy przeciętny czas oczekiwania zaobserwowano dla dużych zabiegów nosa (C42), które w 2019 r. zajęły szóste miejsce w rankingu najdłuższych czasu oczekiwań ogólnie. Na drugim i trzecim miejscu uplasowały się z kolei zabiegi endoprotezoplastyki kolana i biodra (H15, H14), na które czekano przeciętnie 140 i 117 dni.

6.4. Charakterystyka umów z NFZ na leczenie szpitalne

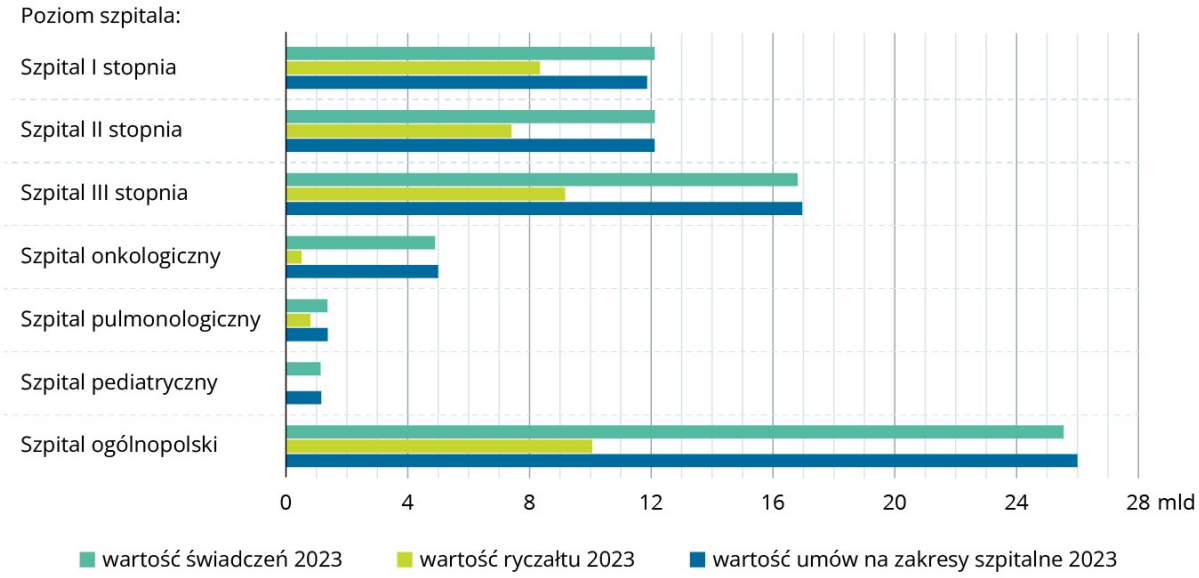
Od 1 października 2017 r. szpitale w Polsce funkcjonują w ramach PSZ, którego celem jest zabezpieczenie środków w szpitalach, które zakwalifikowano do jednego z poziomów PSZ. Kwoty kontraktów są zależne w dużej mierze od zapotrzebowania i poziomu wykonywania świadczeń. Najwyższe kwoty umów wynikające z ryczałtów PSZ są identyfikowane dla szpitali ogólnopolskich, a w dalszej kolejności dla szpitali III, I oraz II stopnia.

W przypadku rozliczeń umów w formie ryczałtu obowiązuje okres rozliczeniowy 90 dni. Kwotę ryczałtu ustala się w oparciu o świadczenia rozliczone prawidłowo we wcześniejszym okresie rozliczeniowym, według wzoru z rozporządzenia[116]. Wynika z niego, że kwoty umów rozliczanych ryczałtem mogą być korygowane i obliczane w oparciu o liczbę sprawozdanych świadczeń, a także o prognozowane ceny produktów (świadczeń).

Poniższe analizy uwzględniają umowy i świadczenia sprawozdane w ramach zakresów szpitalnych poza szpitalnymi oddziałami ratunkowymi i izbami przyjęć, które są finansowane w odrębny sposób.

[116] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2017 r. w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej.

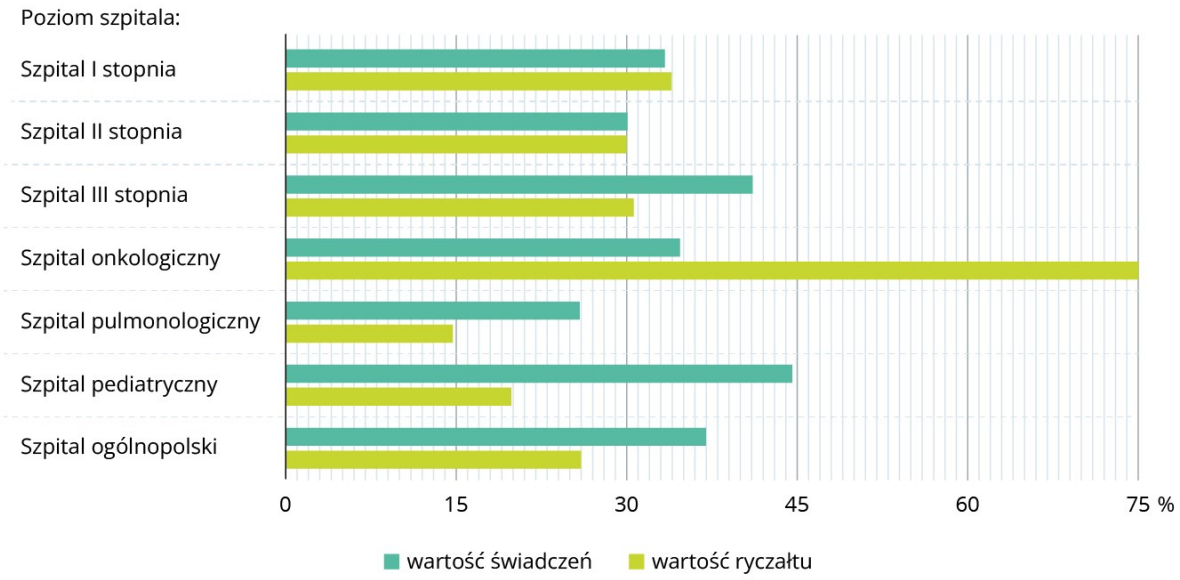
Rysunek 88. Wartość zrealizowanych świadczeń w ramach leczenia szpitalnego w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. największa wartość świadczeń została zrealizowana w szpitalach ogólnopolskich (ponad 25 mld zł) oraz szpitalach I-III stopnia (odpowiednio: 12 mld zł,12 mld zł,17 mld zł). Wartości umów na zakresy leczenia szpitalnego zazwyczaj przekraczają wartość świadczeń zrealizowanych i sprawozdanych do NFZ, w przypadku szpitali I stopnia wartość świadczeń sprawozdanych przekroczyła wartość umów na leczenie szpitalne. Wartości ryczałtu dla tych szpitali były mniej zróżnicowane: dla szpitali ogólnopolskich było to 10 mld zł, a dla szpitali I-III poziomu odpowiednio po: 8 mld zł, 7 mld zł oraz 9 mld zł. Wartość świadczeń szpitalnych w 2023 r. była przeciętnie o 36% wyższa niż w 2022 r.

Rysunek 89. Zmiana procentowa wartości świadczeń i kwot ryczałtu w 2023 r. względem 2022 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Względny wzrost kwoty ryczałtu pomiędzy latami 2022 a 2023 był zazwyczaj mniejszy niż wzrost w wartości świadczeń. Jednocześnie był on też bardziej zróżnicowany w zależności od poziomu szpitala w sieci. Najwyższy wzrost w kwocie ryczałtu – o 75% licząc rok do roku – dotyczył szpitali onkologicznych najmniejszy – wynoszący 15% - dotyczył szpitali pulmonologicznych i można go wiązać z konsolidacją szpitali DCO i przeniesieniem kwoty umowy z poziomu pulmonologicznego na poziom onkologiczny. Dla szpitali poziomu I-III wyniósł on odpowiednio 34%, 30% i 31%, dla szpitali ogólnopolskich było to 26%, a dla szpitali pediatrycznych - 20%.

6.5. Łóżka i obłożenie

Dane o stanie łóżek szpitalnych stanowią podstawowe wskaźniki, na podstawie których można ocenić efektywność działalności poszczególnych podmiotów w ochronie zdrowia.

Bardzo ważną informacją, która powiązana jest bezpośrednio z liczbą łóżek szpitalnych, jest obłożenie. Wskaźnik ten pozwala ocenić, jakie jest średnie wykorzystanie łóżek na danym oddziale. Według opracowań efektywnym poziomem obłożenia jest 85%, który wskazuje na wysokie wykorzystanie posiadanych łóżek, przy jednoczesnym zachowaniu części wolnych łóżek w oczekiwaniu na nowe hospitalizacje[117]. W analizach zaprezentowanych w niniejszym rozdziale wykorzystano przedział od 75% do 85%.

Porównanie międzynarodowe

Według danych Eurostat z 2024 r. RP charakteryzuje wysoki współczynnik liczby łóżek na 100 tys. osób[118]. Wynosi on 629,49, co stanowi siódmy najwyższy wynik w UE. Liczba łóżek szpitalnych na 100 tys. ludności dla krajów UE spadała z roku na rok między 2018 a 2022. W RP ta wartość zmniejszyła się o ok. 3,7%.

Tabela 24. Liczba łóżek na 100 tys. ludności oraz zmiana procentowa pomiędzy 2018 r. a 2022 r.

Województwo	Liczba łóżek na 100 tys. ludności w 2022 r.	Liczba lekarzy na 100 tys. mieszkańców
Bułgaria	823,49	8,80%
Niemcy	766,26	-4,02%
Rumunia	727,71	4,44%
Austria	671,75	-7,62%
Węgry	665,32	-4,28%

[117] https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en/full-report.html [str. 112], dostęp w dniu 07.05.2025 r.

[118] Eurostat (2024), Hospital bed. DOI: 10.2908/tps00046, dostęp w dniu 26.03.2025 r.

Czechy	654,24	-1,82%
RP	629,49	-3,70%
Chorwacja	583,78	1,49%
Słowacja	569,13	-0,09%
Litwa	568,05	-11,71%
Francja	549,90	-6,61%
Belgia	544,27	-3,20%
Łotwa	502,88	-8,46%
Grecja	426,07	1,50%
Estonia	419,10	-7,58%
Słowenia	412,11	-6,93%
Luksemburg	399,48	-11,36%
Portugalia	347,84	1,02%
Norwegia	334,83	-4,98%
Cypr	313,03	-1,64%
Włochy	308,76	-2,12%
Hiszpania	294,29	-0,96%
Irlandia	290,55	-2,30%
Finlandia	261,51	-26,66%
Dania	247,67	-5,17%
Holandia	244,93	-23,08%
Szwecja	189,93	-10,97%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Eurostat

Można zauważyć, że RP, pomimo zmniejszenia gęstości łóżek o prawie 4 p.p. między 2018 r. a 2022 r., pozostaje na wysokiej pozycji wśród wymienionych krajów europejskich.

Podstawowe statystyki

Gęstość łóżek w województwach, czyli wskaźnik liczby łóżek na 100 tys. ludności jest na podobnym poziomie – województwo o najniższej gęstości (pomorskie) odbiega o 84 łóżka od średniej (czyli ok. 17%), natomiast województwo o najwyższej gęstości łóżek szpitalnych (podlaskie) przewyższa średnią dla kraju o 76 (czyli ok. 15%). Ponadto widoczne jest znaczące zróżnicowanie średniego obłożenia w poszczególnych województwach – najwyższe

odnotowano w województwie świętokrzyskim i lubelskim, natomiast najniższe w województwie warmińsko-mazurskim.

Tabela 25. Liczba łóżek w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności w podziale na województwa w 2023 r.

Obszar	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 100 tys. ludności	Liczba oddziałów	Liczba łóżek przypadająca na jeden oddział	Średnie obłożenie
dolnośląskie	12 796	444	580	22,06	67,98%
kujawsko-pomorskie	8 358	419	379	22,05	65,67%
lubelskie	9 568	476	451	21,22	72,89%
lubuskie	3 766	386	173	21,77	68,55%
łódzkie	11 340	480	544	20,85	66,28%
małopolskie	13 385	390	570	23,48	71,71%
mazowieckie	23 214	421	1 038	22,36	66,72%
opolskie	3 785	404	167	22,66	65,33%
podkarpackie	8 686	419	362	23,99	68,46%
podlaskie	5 271	463	250	21,08	65,16%
pomorskie	7 787	303	381	20,44	66,85%
śląskie	21 319	493	880	24,23	66,44%
świętokrzyskie	5 218	447	231	22,59	72,36%
warmińsko-mazurskie	6 219	458	322	19,31	64,61%

wielkopolskie	13 285	381	528	25,16	67,56%
zachodniopomorskie	6 621	406	295	22,44	70,15%
RP	**160 618**	**427**	**7151**	**22,46**	**67,85%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie sprawozdań MZ, MSWiA, danych GUS oraz RPWDL

Tabela 26. Liczba łóżek w wartościach bezwzględnych oraz procentowy udział łóżek w podziale na poziomy PSZ w 2023 r.

Poziom PSZ	Liczba łóżek	% udział łóżek
Szpital ogólnopolski	29 601	18%
Szpital I stopnia	39 233	24%
Szpital II stopnia	20 453	19%
Szpital III stopnia	31 814	20%
Szpital onkologiczny	3 299	2%
Poza siecią	19 129	12%
Szpital pulmonologiczny	5 218	3%
Szpital pediatryczny	1 871	1%
SUMA	**160 618**	**100%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie sprawozdań MZ-29, MSWiA-43, danych GUS

Kolejnym istotnym aspektem przy analizie łóżek szpitalnych są łóżka intensywnej opieki medycznej. Są to łóżka spełniające określone wymagania wyszczególnione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, które zostały wyodrębnione spośród łóżek oddziału specjalistycznego szpitala jako łóżka przeznaczone dla chorych wymagających wzmożonego nadzoru i niespełniających kryteriów medycznych przyjęcia do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii[119].

[119] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (Dz. U. z 2023 r. poz. 870).

Ze względu na zmieniającą się strukturę wiekową społeczeństwa oraz zwiększające się występowanie wielochorobowości, zapotrzebowanie na łóżka intensywnej opieki medycznej będzie rosnąć w przyszłości[120].

Tabela 27. Liczba łóżek intensywnej opieki medycznej w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności w podziale na województwa w 2023 r.

Województwo	Liczba łóżek	Liczba łóżek na 100 tys. ludności
dolnośląskie	627	21,78
kujawsko-pomorskie	495	24,80
lubelskie	397	19,74
lubuskie	196	20,10
łódzkie	627	26,54
małopolskie	549	16,01
mazowieckie	1 616	29,33
opolskie	220	23,49
podkarpackie	571	27,56
podlaskie	245	21,52
pomorskie	601	25,47
śląskie	897	20,76
świętokrzyskie	232	19,85
warmińsko-mazurskie	197	14,51
wielkopolskie	751	21,53
zachodniopomorskie	580	35,54

[120] A. Rhodes, P. Ferdinande, H. Flaatten i in., *The variability of critical care bed numbers in Europe*, DOI: 10.1007/s00134-012-2627-8, 2012, https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22777516/, dostęp w dniu 19.02.2025 r.

RP	**8 801**	**23,03**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL

W przypadku gęstości łóżek intensywnej opieki medycznej można zauważyć, że różnice są bardziej znaczące niż w przypadku łóżek szpitalnych ogółem. Województwo o najniższym współczynniku łóżek intensywnej opieki medycznej na 100 tys., warmińsko-mazurskie, posiada 14,51 łóżek intensywnej opieki, a województwie o najwyższej wartości tego współczynnika, zachodniopomorskie, posiada 35,54 łóżek intensywnej opieki medycznej na 100 tys. ludności.

Kolejnym istotnym elementem infrastruktury szpitalnej są inkubatory. Według wytycznych WHO stanowią one jedno z podstawowych narzędzi w opiece nad wcześniakami[121].

Tabela 28. Liczba inkubatorów w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności w podziale na województwa w 2023 r.

Województwo	Liczba inkubatorów	Liczba inkubatorów na 100 tys. ludności
dolnośląskie	115	3,99
kujawsko-pomorskie	91	4,56
lubelskie	123	6,12
lubuskie	39	4,00
łódzkie	189	8,00
małopolskie	152	4,43
mazowieckie	288	5,23
opolskie	44	4,70
podkarpackie	145	7,00
podlaskie	75	6,59
pomorskie	81	3,43
śląskie	206	4,77

[121] https://www.who.int/docs/default-source/reproductive-health/stillbirth/who-mca-17-07-eng.pdf?sfvrsn=bf769add_2, dostęp w dniu 17.02.2025 r.

świętokrzyskie	56	4,79
warmińsko-mazurskie	77	5,67
wielkopolskie	206	5,91
zachodniopomorskie	139	8,52
RP	**2 026**	**5,48**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych RPWDL

Również w przypadku inkubatorów można zauważyć zróżnicowanie w gęstości pomiędzy województwami. Najniższy współczynnik liczby inkubatorów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie pomorskim (3,43), natomiast najwyższy w województwie zachodniopomorskim (8,52). Różnica między tymi dwoma województwami jest ponad dwukrotna.

Tabela 29. Liczba łóżek dla 10 oddziałów o największej liczbie łóżek wraz z procentowym udziałem w całkowitej liczbie łóżek oraz skumulowanym udziałem w 2023 r.

Nazwa oddziału	Liczba łóżek	% udział	% udział skumulowany	Średnie obłożenie
Chorób wewnętrznych	18 772	10%	10%	75%
Chirurgiczny ogólny	12 622	7%	17%	68%
Położniczo-ginekologiczny	11 999	7%	24%	54%
Psychiatryczny (ogólny)	11 426	6%	30%	92%
Rehabilitacyjny	9 795	5%	35%	81%
Chirurgii urazowo-ortopedycznej	8 591	5%	40%	65%
Kardiologiczny	7 608	4%	44%	48%
Neonatologiczny	7 109	4%	48%	53%
Pediatryczny	6 547	4%	52%	73%
Neurologiczny	5 813	3%	55%	73%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie sprawozdań MZ, MSWiA, danych GUS oraz RPWDL

10 oddziałów o największej liczbie łóżek pokrywa ponad 50% całkowitej liczby łóżek w kraju. Wyraźne jest zróżnicowanie w obłożeniu dla poszczególnych oddziałów.

Analiza obłożenia pokazuje, że dla niektórych oddziałów wykracza ono poza przedział 75%-85%. Oddziały te można podzielić na dwie grupy:

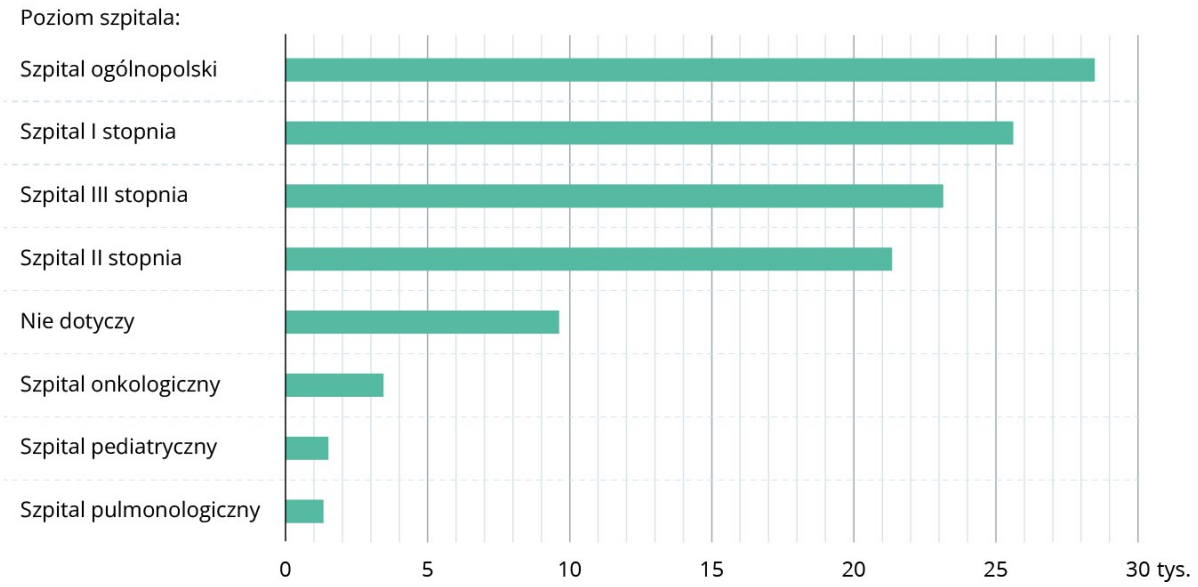
- poniżej danego przedziału: oddział położniczo-ginekologiczny, chirurgiczny ogólny, chirurgii urazowo-ortopedycznej, neonatologiczny oraz pediatryczny, kardiologiczny, neurologiczny;
- powyżej danego przedziału: oddział psychiatryczny (ogólny).

Należy pamiętać, że przy ocenie efektywności danego oddziału na podstawie informacji o łóżkach i obłożeniu powinno się uwzględniać specyfikę leczenia na danym oddziale oraz inne czynniki.

6.6. Kadry medyczne

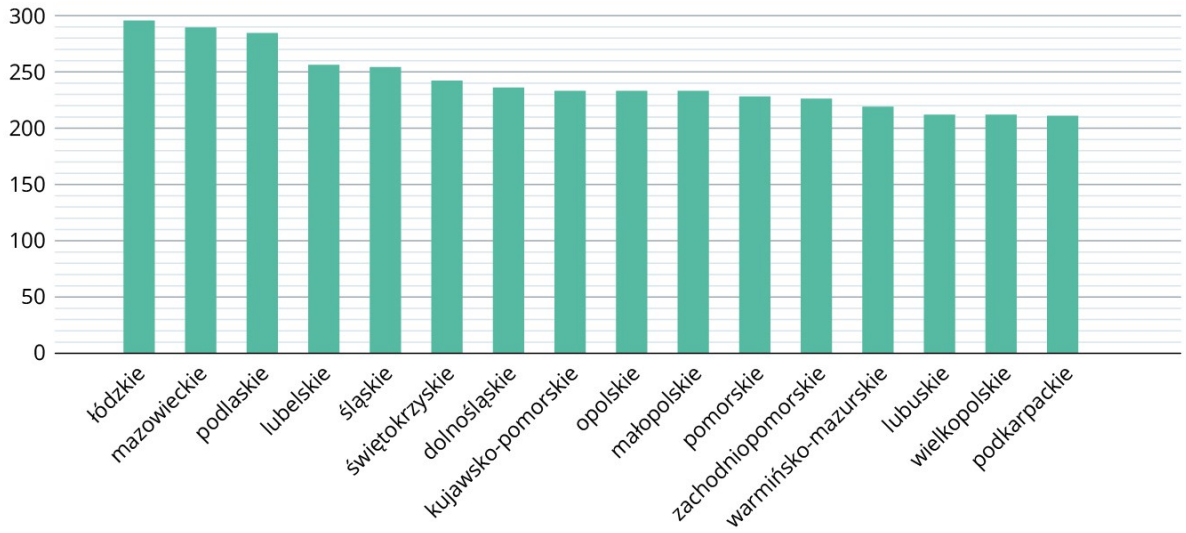
Liczba lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ, którzy udzielają świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w 2023 r. wynosiła 84,56 tys. Ta grupa lekarzy najczęściej była zatrudniona w SOR (18,76 tys.), w izbie przyjęć szpitala (16,14 tys.) oraz na oddziale chorób wewnętrznych (10,54 tys.) Rozkład liczby lekarzy na terenie kraju był też zróżnicowany regionalnie. W przeliczeniu na 100 tys. ludności najmniej lekarzy jest zatrudnionych w województwie podkarpackim (210), a najwięcej w województwie łódzkim (294).

Rysunek 90. Liczba lekarzy według poziomu szpitala w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

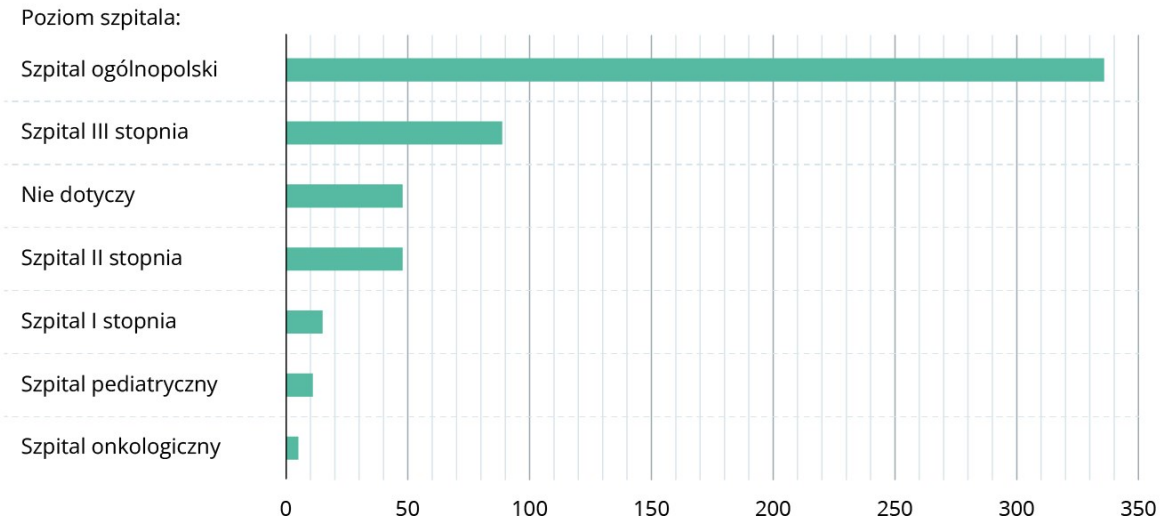
Rysunek 91. Liczba lekarzy zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ według województw w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

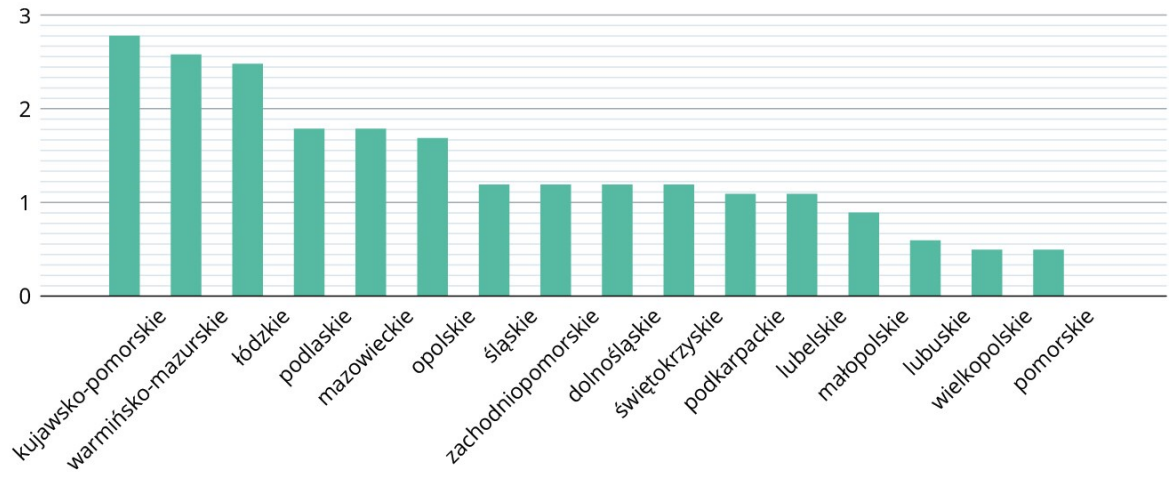
Lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia, posiadających kontrakt z NFZ i udzielających świadczeń w ramach leczenia szpitalnego w 2023 r. było 509. Najczęściej pracują na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (364 lekarzy dentystów) oraz w poradni chirurgii szczękowo-twarzowej (195 lekarzy dentystów). Liczba lekarzy dentystów przeliczona na 100 tys. ludności, udzielająca świadczeń w ramach leczenia szpitalnego w NFZ ma najmniejszą wartość w województwie pomorskim i wielkopolskim (0,5), a największą w województwie kujawsko-pomorskim (2,8).

Rysunek 92. Liczba lekarzy dentystów według poziomu szpitala w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rysunek 93. Liczba lekarzy dentystów na 100 tys. ludności zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ według województw w 2023 r.

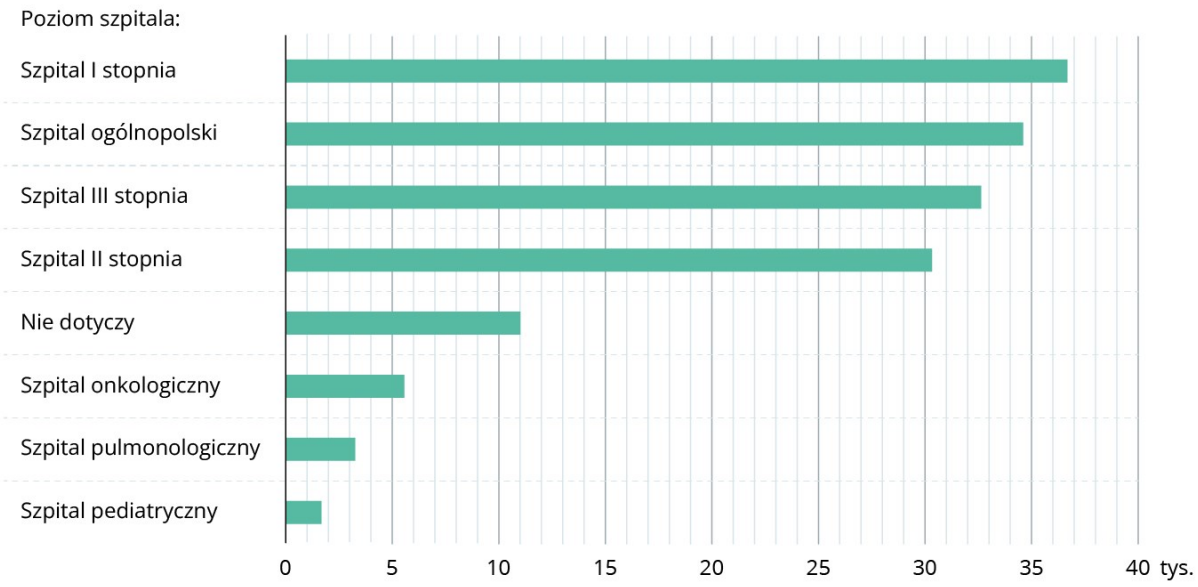


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia i posiadających kontrakt z NFZ, udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego w 2023 r. było 135,51 tys. Najczęściej zatrudnione były na oddziałach: anestezjologii i intensywnej terapii (16,97 tys.), chorób wewnętrznych (16,60 tys.) oraz chirurgicznym ogólnym (14,55 tys.).

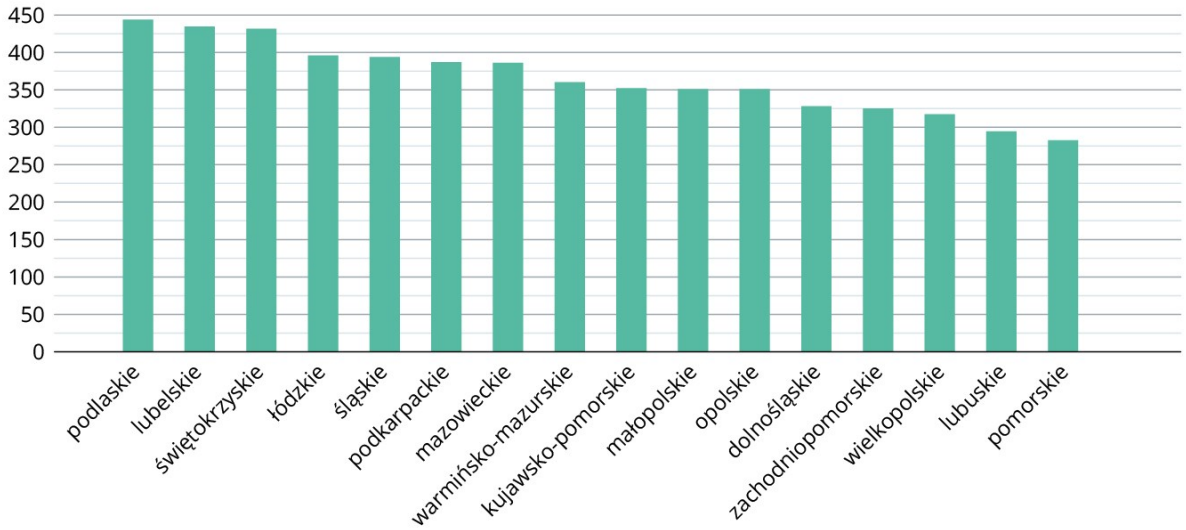
Stosunkowo wyższe wartości wskaźnika liczby pielęgniarek na 100 tys. ludności udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego występowały w województwach wschodnich. W 2023 r. wskaźnik ten był najniższy w województwie pomorskim (283), natomiast najwyższy w województwie podlaskim (446).

Rysunek 94. Liczba pielęgniarek według poziomu szpitala w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

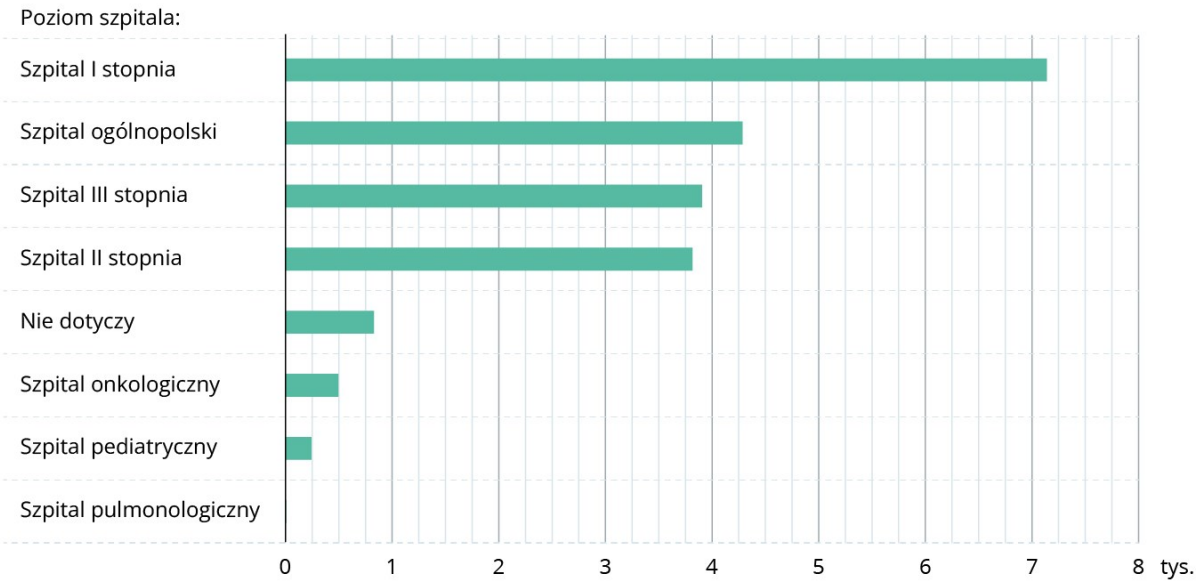
Rysunek 95. Liczba pielęgniarek 100 tys. ludności zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ według województw w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

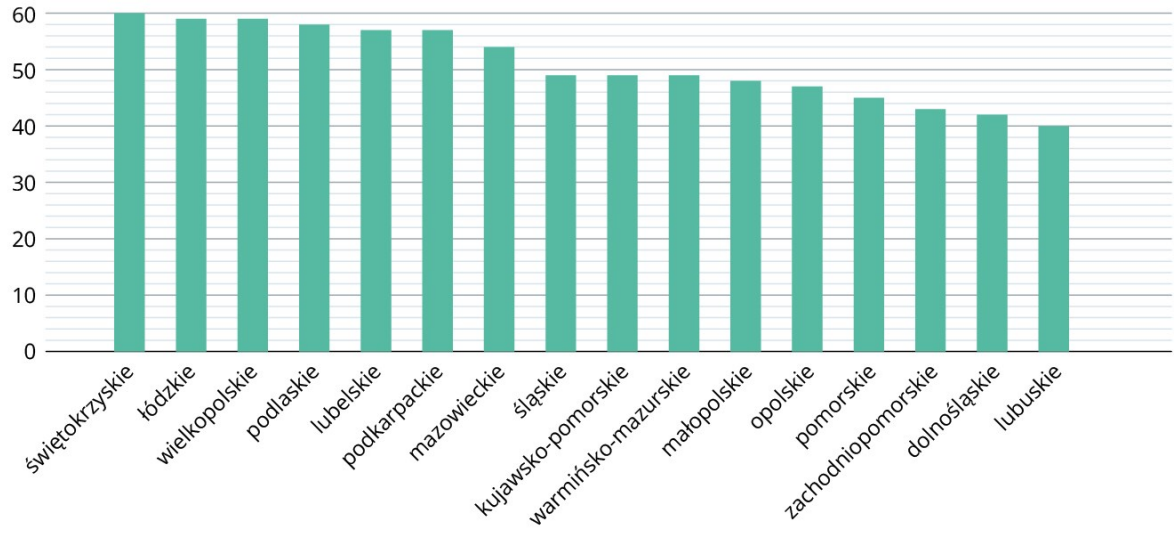
Liczba położnych, pracujących w ramach umowy z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego w 2023 r. wynosiła 18,97 tys. Największy udział był widoczny na oddziałach położniczo-ginekologicznych (13,29 tys.) oraz neonatologicznych (3,88 tys.). Najmniej położnych na 100 tys. ludności przypada w województwie lubuskim (40), a najwięcej w województwie świętokrzyskim (60) – o 51% więcej. Zróżnicowanie to jest jednak mniejsze niż w przypadku pielęgniarek.

Rysunek 96. Liczba położnych według poziomu szpitala w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

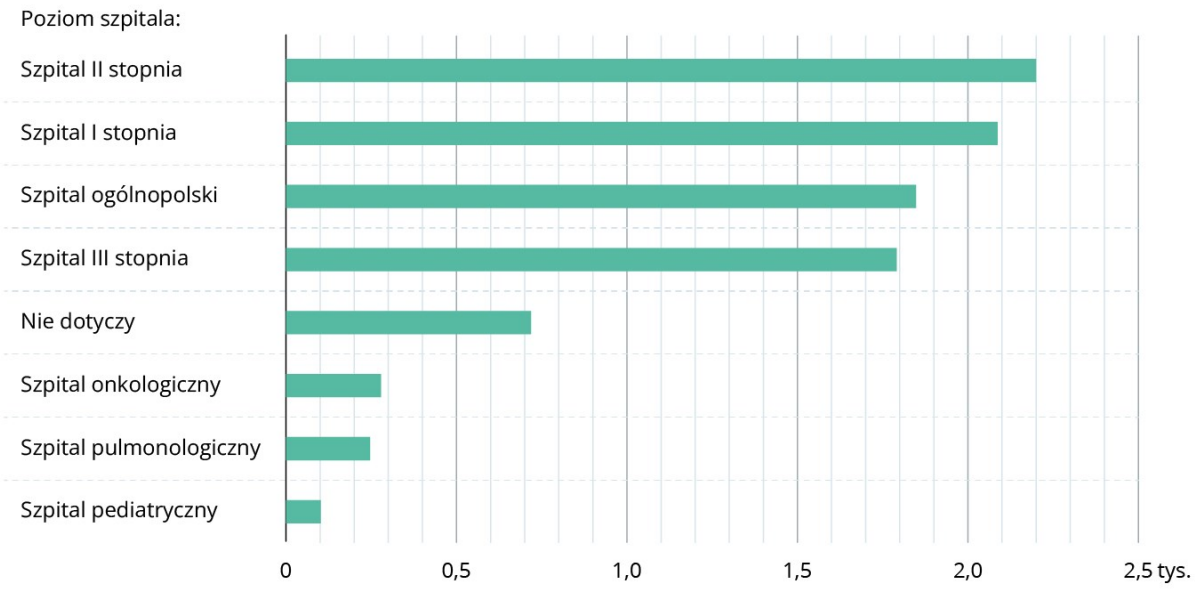
Rysunek 97. Liczba położnych na 100 tys. ludności zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ według województw w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

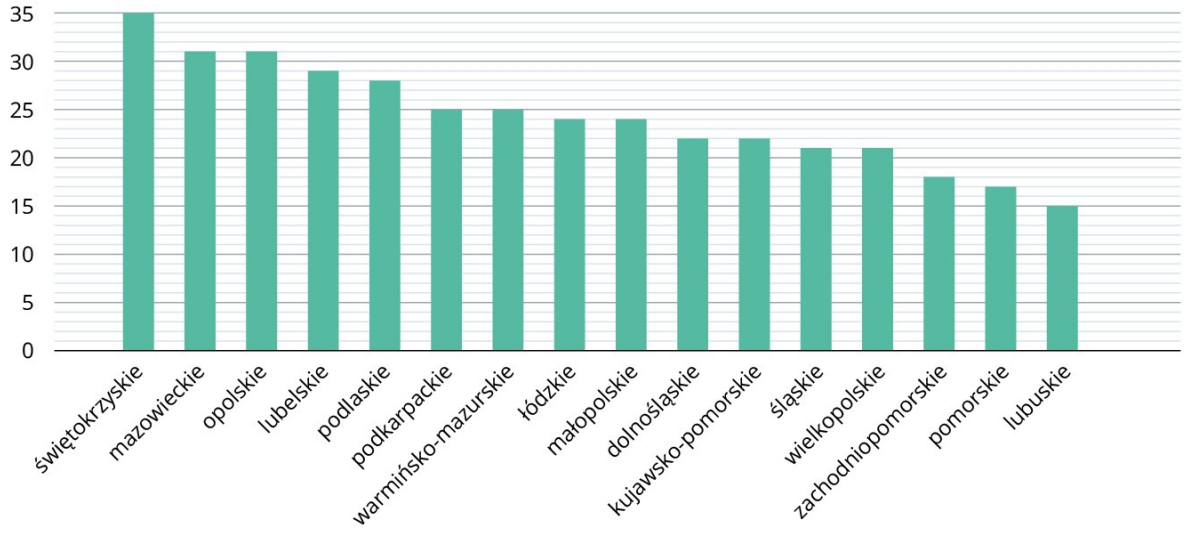
Liczba fizjoterapeutów pracujących w ramach umowy z NFZ w zakresie leczenia szpitalnego w 2023 r. wynosi 9,02 tys. Ta grupa najczęściej była zatrudniona w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej (2,62 tys.), na oddziale rehabilitacyjnym (1,98 tys.) oraz na oddziale rehabilitacji neurologicznej (1,39 tys.). Najmniej fizjoterapeutów na 100 tys. ludności przypadało w województwie lubuskim (15), a najwięcej w województwie świętokrzyskim (35).

Rysunek 98. Liczba fizjoterapeutów według poziomu szpitala w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rysunek 99. Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności zatrudnionych w ramach leczenia szpitalnego w NFZ według województw w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Lecznictwo szpitalne odgrywa szczególną rolę w zatrudnieniu kadry medycznej. Dane wskazują na silne zróżnicowanie regionalne w odniesieniu do liczebności kadry medycznej poszczególnych zawodów, dostępnej w ramach NFZ.

6.7. Programy lekowe

Programy lekowe to programy zdrowotne w rozumieniu art. 5 pkt 30 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych[122]. Są programami zdrowotnymi obejmującymi technologię lekową, w której substancja czynna w danym wskazaniu oraz dla danej populacji nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych lub środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia żywieniowego, który nie jest składową kosztową innych świadczeń gwarantowanych w rozumieniu art. 5 pkt 35 tej ustawy. Z jednej strony generują wysokie koszty leczenia, z drugiej zapewniają dostęp do innowacyjnych terapii dla pacjentów chorujących na określone jednostki chorobowe (uwzględnione w załącznikach opisujących zakres każdego programu lekowego).

Ze względu na rozpoznania dokonano podziału programów lekowych na onkologiczne i nieonkologiczne. W sytuacji, gdy w warunkach kwalifikacji do programu lekowego zawarte są rozpoznania onkologiczne i nieonkologiczne, dany program jest kwalifikowany do powyższych grup ze względu na dominujący problem zdrowotny.

W 2023 r. realizowano 118 spośród 121 obowiązujących programów lekowych w następujących grupach chorób (w kolejności od najbardziej licznych grup pacjentów):

[122] Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 930, z późn. zm.) art. 2 pkt 18.

1) onkologiczne: nowotwór złośliwy sutka, nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc, białaczka, nowotwór złośliwy gruczołu krokowego, nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy, nowotwór złośliwy nerki, czerniak skóry, szpiczak mnogi, inne nowotwory złośliwe (rak jajnika, jajowodu i otrzewnej), chłoniaki nieziarnicze, inne nowotwory, inne nowotwory złośliwe (nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego), nowotwory złośliwe kości, nowotwory (nowotwory złośliwe głowy i szyi), nowotwór złośliwy żołądka, nowotwór złośliwy trzustki, nieczerniakowe nowotwory złośliwe skóry, nowotwór złośliwy wątroby, mięsaki tkanek miękkich i inne pozakostne postacie mięsaków, inne nowotwory złośliwe (nerki, pęcherza moczowego, gruczołu krokowego), nowotwory (chłoniaki CD30+), nowotwór złośliwy tarczycy, nerwiak zarodkowy i inne nowotwory obwodowego układu nerwowego, inne nowotwory złośliwe (trzustki, jelita grubego i odbytnicy), inne nowotwory. choroby układu wydzielania wewnętrznego, przemiany materii, krwi i układu odpornościowego, nowotwory, nowotwór złośliwy macicy**;**

2) nieonkologiczne: ślepota i upośledzenie wzroku, stwardnienie rozsiane, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby układu wydzielania wewnętrznego, przemiany materii, krwi i układu odpornościowego, inne choroby układu nerwowego, marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby w następstwie zapalenia wątroby typu b, łuszczyca, inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego, schorzenia noworodków, marskość wątroby i inne przewlekłe choroby wątroby w następstwie zapalenia wątroby typu c, nieswoiste zapalenie jelit, choroby układu moczowego, astma, udar, przewlekła choroba nerek, śródmiąższowa choroba płuc i sarkoidoza, inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia, zespoły bólu głowy, choroba niedokrwienna serca, inne przewlekłe choroby układu oddechowego, zapalenie skóry, pokrzywka, choroba neuronu ruchowego, hemoglobinopatie i niedokrwistości hemolityczne, wady wrodzone płodu, inne choroby zakaźne i ich profilaktyka, choroba parkinsona, inne choroby niezakaźne (choroby naczyń, SEGA), inne choroby narządów zmysłu, duża depresja, powikłania na skutek zabiegów leczniczych, gruźlica.

W poniższej tabeli zebrano liczbę świadczeniodawców realizujących programy lekowe w poszczególnych województwach i liczbę dostępnych programów w podziale na grupy chorób: onkologiczne i nieonkologiczne.

Spośród 527 podmiotów realizujących programy lekowe w 2023 r. najwięcej działało w województwach śląskim i mazowieckim, odpowiednio 66 i 60 świadczeniodawców.

W żadnym z województw nie realizowano wszystkich spośród 118 dostępnych programów lekowych. Największą dostępność do świadczeń zaobserwowano w województwie mazowieckim (114 programów lekowych), małopolskim (105 programów lekowych) i wielkopolskim (104 programy lekowe). Najmniej programów realizowano w województwach lubuskim i opolskim, odpowiednio 57 i 60.

Dla programów lekowych dotyczących chorób onkologicznych w 2023 r. największą ofertę realizowanych programów zaobserwowano w województwach mazowieckim, śląskim i pomorskim, odpowiednio 37, 36 i 35 programów, a najmniejszą w województwach lubuskim i opolskim, po 25 programów.

Dla programów lekowych dotyczących chorób nieonkologicznych w 2023 r. najszersze spektrum realizowanych programów zaobserwowano w województwach mazowieckim i małopolskim, najmniejsze – w województwach lubuskim i opolskim.

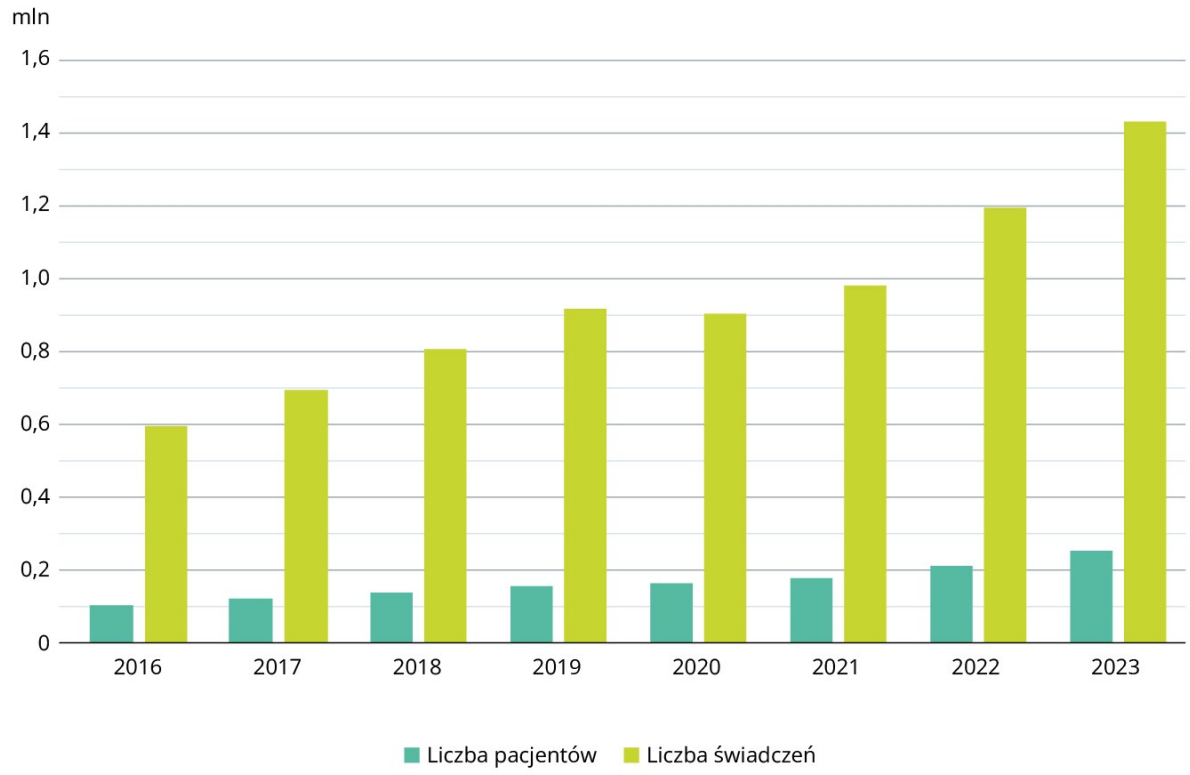
Tabela 30. Liczba świadczeniodawców i realizowanych programów lekowych w podziale na grupy chorób w poszczególnych województwach w 2023 r.

		Liczba programów lekowych	
Województwo	**Liczba świadczeniodawców**	**Onkologiczne***	**Nieonkologiczne***
dolnośląskie	45	34	61
kujawsko-pomorskie	27	32	63
lubelskie	31	33	59
lubuskie	14	25	32
łódzkie	40	34	64
małopolskie	41	34	71
mazowieckie	60	37	77
opolskie	17	25	35
podkarpackie	34	33	55
podlaskie	15	28	57
pomorskie	24	35	63
śląskie	66	36	62
świętokrzyskie	23	32	48
warmińsko-mazurskie	23	30	52
wielkopolskie	46	34	68
zachodniopomorskie	21	33	67
Ogółem	**527**	**38**	**80**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ
* podział na grupy chorób onkologiczne i nieonkologiczne opiera się na rozpoznaniach ICD-10 wykazanych w obwieszczeniu

Liczba świadczeń realizowanych w ramach programów lekowych systematycznie rośnie. W 2016 r. wynosiła 591 tys., natomiast w 2023 r. już 1 mln 424 tys. (wzrost o 140%).

Rysunek 100. Roczna liczba świadczeń oraz liczba pacjentów w zakresie „program lekowy" lub „leki w programie lekowym" w latach 2016-2023



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Najwięcej pacjentów w 2023 r. leczonych było w następujących programach lekowych:

1) B.70. Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki,
2) B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane,
3) B.33. Leczenie chorych z aktywną postacią reumatoidalnego zapalenia stawów i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów,
4) B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi,
5) B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej.

Udział procentowy pacjentów leczonych w ramach powyższych programów lekowych w poszczególnych województwach wobec łącznej liczby pacjentów leczonych w kraju został przedstawiony w poniższej tabeli. Pod względem liczby leczonych pacjentów w przypadku pięciu najczęściej realizowanych programów lekowych dominującym województwem jest mazowieckie.

Tabela 31. Udział procentowy pacjentów leczonych w wybranych programach lekowych w podziale na województwa w 2023 r.

Województwo	B.70.	B.29.	B.33.	B.9.	B.6.
dolnośląskie	6,9%	7,7%	6,4%	8,5%	7,3%
kujawsko-pomorskie	5,1%	4,0%	3,8%	5,6%	6,7%
lubelskie	3,6%	4,3%	2,0%	5,4%	7,2%
lubuskie	2,2%	1,3%	1,0%	1,8%	1,8%
łódzkie	7,5%	8,0%	5,7%	7,0%	8,3%
małopolskie	5,9%	10,5%	10,7%	6,6%	7,3%
mazowieckie	35,2%	18,3%	36,3%	17,6%	15,3%
opolskie	1,2%	1,7%	0,8%	1,7%	2,0%
podkarpackie	2,9%	4,7%	4,4%	4,3%	4,9%
podlaskie	2,3%	2,4%	1,6%	2,7%	3,5%
pomorskie	4,2%	6,6%	3,5%	5,4%	5,4%
śląskie	10,3%	12,6%	9,9%	14,0%	12,4%
świętokrzyskie	2,1%	3,4%	2,1%	3,6%	3,3%
warmińsko-mazurskie	2,4%	2,4%	2,4%	3,0%	3,8%
wielkopolskie	5,1%	9,3%	6,6%	8,5%	7,8%
zachodniopomorskie	3,2%	2,6%	2,7%	4,3%	3,0%
Ogółem	**51 281**	**23 528**	**16 693**	**16 101**	**10 304**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Świadczenia związane z realizacją 5 najczęstszych programów lekowych otrzymało w 2023 r. 49% pacjentów, a w pozostałych 113 programach lekowych leczonych było 51% pacjentów spośród wszystkich pacjentów leczonych w zakresach programów lekowych.

Przeanalizowano również strukturę realizacji najczęstszych programów lekowych dla poszczególnych województw w odniesieniu do liczby pacjentów leczonych we wszystkich programach lekowych w województwie (Tabela poniżej).

W programie B.70. Leczenie pacjentów z chorobami siatkówki w 2023 r. zrealizowano świadczenia na rzecz blisko 25% pacjentów. We wszystkich województwach program B.70 był najczęściej realizowanym programem, jednak struktura realizacji różni się pomiędzy województwami, największy odsetek pacjentów w tym programie lekowym wynosił 35% w województwie mazowieckim, a najmniejszy – 16% – w województwie podkarpackim. Struktura odsetka pacjentów w poszczególnych województwach leczonych w najczęstszych programach lekowych jest podobna.

Tabela 32. Struktura realizacji 5 najczęstszych programów lekowych w podziale na województwa w 2023 r. w odniesieniu do łącznej liczby pacjentów leczonych w programach lekowych w województwie

Województwo	B.70.	B.29.	B.33.	B.9.	B.6.	Łączna liczba pacjentów
dolnośląskie	22,8%	8,7%	5,8%	6,6%	3,6%	20 791
kujawsko-pomorskie	25,2%	6,8%	5,2%	6,5%	5,0%	13 924
lubelskie	20,5%	8,5%	3,1%	7,3%	6,2%	11 939
lubuskie	31,1%	6,5%	3,8%	6,1%	4,0%	4 746
łódzkie	25,9%	9,5%	5,4%	5,7%	4,3%	19 899
małopolskie	17,0%	10,5%	8,5%	4,5%	3,2%	23 719
mazowieckie	35,1%	6,3%	9,9%	4,2%	2,3%	68 408
opolskie	22,5%	11,3%	4,2%	7,4%	5,7%	3 644
podkarpackie	16,3%	9,1%	6,7%	5,7%	4,2%	12 136
podlaskie	23,7%	8,3%	4,6%	6,5%	5,4%	6 724
pomorskie	18,2%	9,9%	4,2%	5,5%	3,6%	15 641
śląskie	21,9%	9,3%	5,8%	7,0%	4,0%	32 100
świętokrzyskie	18,2%	10,3%	5,1%	7,3%	4,3%	7 881
warmińsko-mazurskie	23,6%	8,3%	6,6%	7,1%	5,7%	6 861
wielkopolskie	16,7%	10,5%	5,9%	6,6%	3,8%	20 913
zachodnio-pomorskie	21,6%	6,2%	5,1%	6,9%	3,0%	10 060

Ogółem	**24,5%**	**8,5%**	**6,7%**	**5,8%**	**3,7%**	**279 386**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Pod względem dostępności do poszczególnych programów lekowych można zaobserwować dużą różnorodność w poszczególnych województwach.

W poniższej tabeli przedstawiono liczbę programów lekowych, realizowanych na rzecz pacjentów z różnych województw. Pacjenci najczęściej migrują do województwa mazowieckiego, gdzie 19 programów lekowych jest realizowanych na rzecz pacjentów z całego kraju. Województwa śląskie i łódzkie przyjmują pacjentów z całej RP w ramach odpowiednio 2 i 1 programu lekowego. Województwa lubuskie i opolskie realizują najmniej programów lekowych na rzecz pacjentów z innych województw.

Tabela 33. Liczba programów lekowych a województwo zamieszkania pacjenta

	Liczba województw, z których pochodzą pacjenci					
Województwo	**16**	**13-15**	**10-12**	**6-9**	**2-5**	**1**
dolnośląskie	0	4	4	32	38	17
kujawsko-pomorskie	0	3	5	18	42	27
lubelskie	0	0	1	14	56	21
lubuskie	0	0	0	5	38	14
łódzkie	1	6	10	21	42	18
małopolskie	0	4	8	27	47	19
mazowieckie	19	25	19	20	21	10
opolskie	0	0	0	4	33	23
podkarpackie	0	0	2	14	48	24
podlaskie	0	0	0	8	56	21
pomorskie	0	3	3	24	50	18
śląskie	2	2	9	31	43	11
świętokrzyskie	0	0	1	19	36	24
warmińsko-mazurskie	0	0	1	5	41	35

wielkopolskie	0	3	10	26	45	18
zachodniopomorskie	0	1	4	9	52	34

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Koszty realizacji programów lekowych zawierają koszty leków, badań diagnostycznych a także świadczeń towarzyszących realizacji programów.

Największe koszty refundacji poniesione przez płatnika dotyczyły programów:

1) B.6. Leczenie chorych na raka płuca oraz międzybłoniaka opłucnej,
2) B.9.FM. Leczenie chorych na raka piersi,
3) B.29. Leczenie chorych na stwardnienie rozsiane,
4) B.112. Leczenie chorych na mukowiscydozę,
5) B.59. Leczenie chorych na czerniaka skóry lub błon śluzowych.

Rysunek 101. Kwota refundacji rozliczonej wybranych programów lekowych w zł w podziale na koszt leków oraz świadczeń towarzyszących w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Świadczenia z zakresu programów lekowych wykonywane są w trybie:

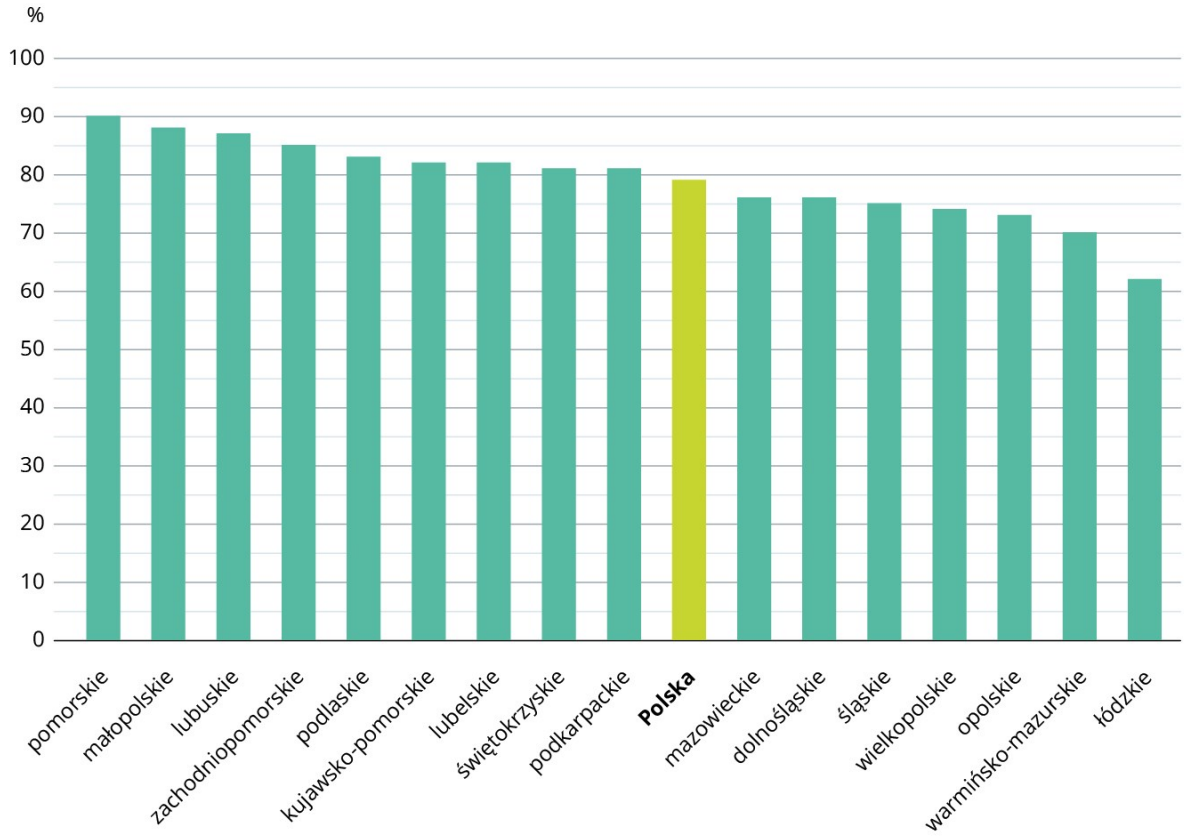
- ambulatoryjnym;
- jednodniowym – wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie ambulatoryjnym;

- hospitalizacji – wyłącznie w przypadku, gdy cel terapii nie może być osiągnięty przez leczenie prowadzone w trybie jednodniowym lub w trybie ambulatoryjnym.

Wysoki wskaźnik realizacji programów lekowych w trybie ambulatoryjnym świadczy o efektywnym wykorzystaniu zasobów infrastrukturalnych.

Analizując udział procentowy świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym w Polsce w 2023 r. należy zauważyć, że najniższą wartość tego wskaźnika na poziomie 62% osiągali świadczeniodawcy w województwie łódzkim, a najwyższą wartość na poziomie 90% uzyskali świadczeniodawcy w województwie pomorskim. Średnia wartość dla województw wynosi 79%.

Rysunek 102. Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych w województwach w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W latach 2020-2023 wprowadzono 46 nowych programów lekowych. Wykaz i opis każdego programu lekowego publikowany jest jako załącznik do *obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*[123].

[123] https://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych

6.8. Szpitalne Oddziały Ratunkowe

SOR to jednostka organizacyjna szpitala i systemu PRM, utworzona w celu udzielania świadczeń opieki zdrowotnej osobie w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego[124] (nagłe pogorszenie stanu zdrowia lub wypadek). Temu zadaniu podporządkowana jest zarówno wyspecjalizowana i wysoko wykwalifikowana kadra medyczna, jak również wyposażenie oddziału. SOR nie powinien być traktowany jako przychodnia POZ czy AOS. Przykładowe objawy stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego, kwalifikujące do udzielenia pomocy w SOR to nagłe zatrzymanie krążenia, utrata przytomności, zaburzenia świadomości, drgawki, silny ból głowy, udar mózgu, porażenie kończyny, zaburzenia mowy, nagły ostry ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca.

SOR jest oddziałem szpitalnym, w którym udzielanie świadczeń polega na wstępnej diagnostyce oraz leczeniu w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Po ustabilizowaniu stanu klinicznego pacjenta w SOR, pacjent powinien zostać niezwłocznie przekazany na właściwy oddział, celem kontynuowania specjalistycznej terapii, bez przedłużania czasu pobytu. Dodatkowo, lekarz dyżurny SOR po przeprowadzeniu badania pacjenta wcześniej zakwalifikowanego, może zadecydować o braku wskazań do realizacji świadczeń w trybie SOR i zalecić zgłoszenie się do placówki ambulatoryjnej (POZ, AOS) lub wypisać pacjenta do domu. Wskazać również należy, że pobyt pacjenta w SOR nie powinien przekraczać 24 h.

W SOR dokonywana jest wstępna segregacja i kwalifikacja chorych (tzw. *triage*), wykonywane są wszelkie czynności stabilizujące funkcje życiowe pacjenta, a także ustalany jest kierunek dalszego postępowania diagnostycznego i leczniczego. Lekarz dyżurujący na oddziale ratunkowym:

1) przeprowadza wstępną diagnostykę,
2) decyduje o podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego (tj. udziela świadczeń zdrowotnych w oddziale lub odmawia przyjęcia do oddziału osoby niebędącej w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego),
3) jeśli zachodzi potrzeba dalszej hospitalizacji, kieruje pacjenta na leczenie do oddziałów szpitala, w którym działa oddział;
4) zapewnia w razie konieczności niezwłoczny transport sanitarny do najbliższego zakładu opieki zdrowotnej udzielającego innych świadczeń opieki zdrowotnej (potwierdza lub wystawia skierowanie z oddziału na leczenie w innym szpitalu oraz w razie potrzeby wystawia zlecenie na lotniczy transport sanitarny).

W uproszczeniu strukturę SOR można przedstawić następująco:

[124] Stan nagłego zagrożenia zdrowotnego polega na nagłym lub przewidywanym w krótkim czasie pojawieniu się objawów pogarszania zdrowia, którego bezpośrednim następstwem może być poważne uszkodzenie funkcji organizmu lub uszkodzenie ciała lub utrata życia, wymagający podjęcia natychmiastowych medycznych czynności ratunkowych i leczenia.

- obszar segregacji medycznej i przyjęć, gdzie dokonuje się rejestracji, segregacji medycznej i przyjęcia chorego, a także wyboru procedur leczniczych w stanach nagłych, ponadto udziela się informacji rodzinom poszkodowanych,
- obszar wstępnej intensywnej terapii i terapii natychmiastowej,
- sala obserwacyjna, gdzie prowadzi się obserwacje chorych z mniej nasilonymi objawami oraz chorych po zabiegach w krótkim znieczuleniu ogólnym,
- sala resuscytacyjno-zabiegowa wyposażona w specjalistyczny sprzęt medyczny umożliwiający wykonywanie czynności z zakresu przywracania i podtrzymywania podstawowych czynności życiowych,
- gabinety konsultacyjne, w których udziela się specjalistycznych konsultacji lekarskich.

W 2023 r. na SOR udzielono pomocy około 3,5 mln pacjentom i było to ok. 8% więcej niż w 2022 r. We wszystkich województwach nastąpił wzrost liczby pacjentów względem poprzedniego roku, natomiast największy wzrost odnotowano w województwie zachodniopomorskim (ok. 18%).

W skali kraju ok. 27% świadczeń zostało udzielonych pacjentom powyżej 65. r.ż. (najwięcej w województwie lubelskim – 32%) i 16% pacjentom poniżej 18. r.ż. (najwięcej w województwie świętokrzyskim – 22%). Statystyki te pokazują duże zapotrzebowanie w zakresie świadczeń dedykowanych dla dzieci oraz problem osób starszych, które zgłaszają się na SOR, często z błahymi problemami, zamiast do lekarza POZ czy NiŚOZ.

Tabela 34. Pacjenci i hospitalizacje w SOR w 2023 r.

Województwo	Liczba pacjentów [tys.]	Różnica w liczbie pacjentów w stosunku do 2022 r.	Liczba hospitalizacji [tys.]	Różnica w liczbie hospitalizacji w stosunku do 2022 r	Liczba hospitalizacji na 100 tys. ludności
dolnośląskie	296,2	6,7%	370,1	36,2%	12 855,7
kujawsko-pomorskie	236,0	9,6%	148,6	54,4%	7 445,4
lubelskie	177,8	9,9%	151,1	14,9%	7 511,9
lubuskie	73,5	10,2%	70,1	8,0%	7 186,6
łódzkie	238,7	2,3%	79,8	-2,8%	3 375,9
małopolskie	360,9	5,3%	423,9	13,9%	12 360,2
mazowieckie	531,3	11,6%	573,4	16,8%	10 406,3
opolskie	100,5	6,2%	95,3	10,1%	10 170,3

podkarpackie	190,5	6,1%	195,8	6,4%	9 449,7
podlaskie	104,5	2,4%	28,5	-21,9%	2 503,4
pomorskie	288,8	10,5%	275,8	89,6%	11 689,5
śląskie	224,8	8,2%	224,4	13,0%	5 194,3
świętokrzyskie	131,0	0,9%	125,4	25,8%	10 730,7
warmińsko-mazurskie	90,6	11,8%	81,3	17,1%	5 988,5
wielkopolskie	311,1	10,3%	366,5	14,5%	10 508,2
zachodniopomorskie	152,7	18,3%	194,6	16,0%	11 927,1
RP	**3 476,9**	**8,1%**	**3 404,6**	**20,8%**	**9 046,0**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W porównaniu do 2022 r. liczba hospitalizacji wzrosła w 14 województwach, a spadła w województwie łódzkim oraz podlaskim.

W 2023 r. kobiety stanowiły średnio około 48% hospitalizowanych pacjentów przyjętych na SOR. Udział ten wykazywał zróżnicowanie regionalne – od 45,5% w województwie opolskim do 50,9% w województwie pomorskim.

Tabela 35. Struktura hospitalizacji pacjentów SOR w 2023 r.

Województwo	Udział hospitalizacji kobiet	Udział hospitalizacji pacjentów w wieku <18 r. ż.	Udział hospitalizacji pacjentów w wieku 18-65	Udział hospitalizacji pacjentów pow. 65 r. ż.
dolnośląskie	48,2%	19,2%	52,2%	28,6%
kujawsko-pomorskie	50,4%	5,3%	56,2%	38,5%
lubelskie	47,6%	11,8%	53,5%	34,7%
lubuskie	46,5%	12,5%	56,2%	31,4%
łódzkie	49,0%	7,7%	51,4%	40,9%
małopolskie	47,6%	15,3%	58,1%	26,5%
mazowieckie	50,4%	9,0%	58,1%	32,8%

opolskie	45,5%	21,8%	53,5%	24,8%
podkarpackie	47,5%	20,9%	49,6%	29,5%
podlaskie	47,7%	9,5%	54,1%	36,4%
pomorskie	50,9%	19,9%	54,4%	25,6%
śląskie	47,9%	9,5%	58,5%	32,0%
świętokrzyskie	45,6%	25,4%	48,4%	26,2%
warmińsko-mazurskie	47,1%	10,8%	56,6%	32,5%
wielkopolskie	46,8%	11,3%	58,8%	29,8%
zachodniopomorskie	48,0%	18,1%	51,9%	30,0%
RP	**48,3%**	**14,3%**	**55,4%**	**30,3%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Pacjenci powyżej 65 r. ż. stanowili w 2023 r. ok. 30% wszystkich pacjentów na SOR i największy udział stanowili w województwie łódzkim (ok. 41%), natomiast najmniejszy w województwie opolskim (ok. 25%). Z kolei udział pacjentów poniżej 18 r. ż. w 2023 r. wyniósł ok. 14% - od ok. 5% w województwie kujawsko-pomorskim do ok. 25% w województwie świętokrzyskim.

W 2023 r. około 0,31% świadczeń w SOR zakończyło się zgonem pacjenta i jest to niewielki spadek względem 2022 r. Z kolei 15,9% świadczeń zakończyło się przeniesieniem pacjenta na oddział szpitalny (przeniesienie na oddział rozumiane jest tu jako pojawienie się pacjenta na oddziale szpitalnym w jakimkolwiek szpitalu w ciągu 24 godzin od wizyty na SOR).

Tabela 36. Zgony w SOR i przeniesienia na oddział szpitalny w 2023 r.

Województwo	Liczba kontaktów [tys.]	Udział zgonów w SOR [%]	Przeniesienie na oddział szpitalny [%]
dolnośląskie	374,7	0,40	20,4
kujawsko-pomorskie	313,7	0,30	21,0
lubelskie	256,0	0,27	18,3
lubuskie	87,9	O,47	11,3
łódzkie	335,5	0,27	16,4

małopolskie	470,4	0,26	9,9
mazowieckie	781,4	0,30	20,8
opolskie	126,2	0,29	7,3
podkarpackie	238,7	0,26	19,9
podlaskie	143,6	0,19	7,0
pomorskie	370,6	0,29	11,1
śląskie	315,6	0,38	15,2
świętokrzyskie	162,7	0,29	6,8
warmińsko-mazurskie	116,2	0,39	16,0
wielkopolskie	442,2	0,35	17,4
zachodniopomorskie	212,1	0,26	13,8
RP	**4 747,5**	**0,31**	**15,9**
RP 2022	**4 323,3**	**0,34**	**14,8**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Wizyty na SOR zostały pogrupowane na podstawie zapisów Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w SOR oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć[125]. Należy zauważyć, że przyporządkowywanie pacjentów do niniejszych kategorii stanu zdrowia pacjenta SOR odbywa się w celu dostosowania stopnia finansowania do rzeczywistych kosztów opieki i leczenia. Wyszczególniono następujące kategorie:

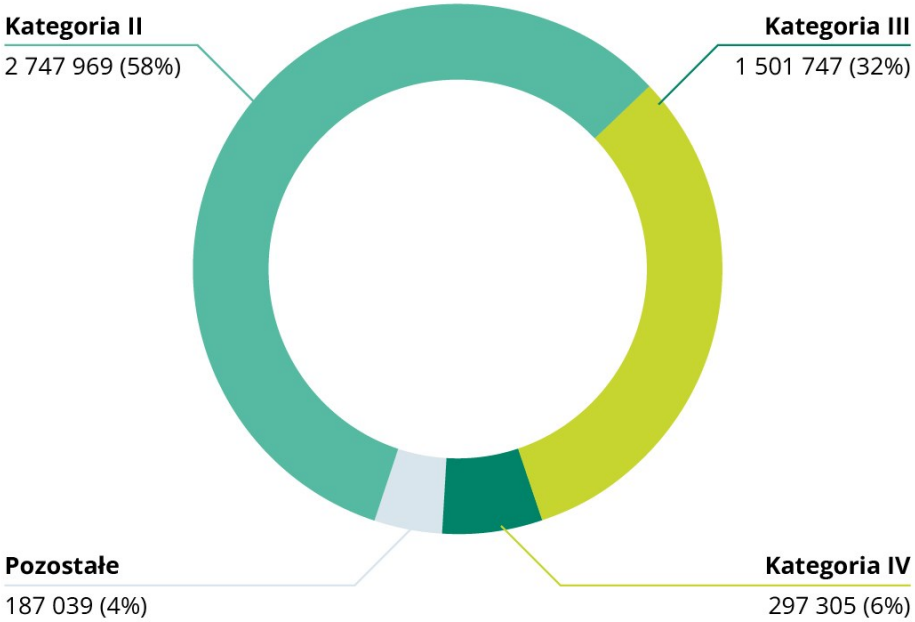
- I - Ocena stanu pacjenta (triage), podstawowa diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet podstawowy, EKG), porada lekarska, opieka pielęgniarska, farmakoterapia,
- II - Rozszerzona diagnostyka (badania laboratoryjne – pakiet dodatkowy, RTG przeglądowe, USG), konsultacja, małe zabiegi,
- III - Rozszerzona diagnostyka obrazowa, monitorowanie podstawowych czynności życiowych, farmakoterapia (dożylna, doszpikowa), mały zabieg operacyjny w trybie

[125] Zarządzenie nr 123/2023/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 sierpnia 2023 r. z późn. zmianami

ambulatoryjnym, badanie inwazyjne (nakłucie lędźwiowe, nakłucie jam ciała), inne badania dodatkowe,

- IV - Czynności związane z podtrzymaniem funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka, prowadzenie infuzji dożylnych, endoskopia, resuscytacja (ALS z użyciem urządzeń mechanicznych),
- V - Jednodniowa hospitalizacja pacjenta w SOR – monitorowanie funkcji życiowych, rozszerzona diagnostyka obrazowa (angiotomografia, trauma scan, TK w znieczuleniu ogólnym u dzieci),
- VI - Jednodniowa hospitalizacja pacjenta na stanowisku IT – monitorowanie funkcji życiowych pacjenta wg karty wzmożonego nadzoru - monitoring, sztuczna wentylacja, farmakoterapia, dalsza diagnostyka, damage control.

Rysunek 103. Struktura wizyt na SOR w 2023 r. według kategorii produktów



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

* *W kategorii „**pozostałe**" zostały ujęte wizyty na SOR zakwalifikowane do poziomu I, V i VI oraz pozostałe wizyty niespełniające wymagań żadnej z określonych kategorii.*

Tabela 37. Struktura wizyt na SOR w 2023 r. według kategorii produktów w podziale na województwa

	Kategoria					
Województwo	**I [%]**	**II [%]**	**III [%]**	**IV [%]**	**V [%]**	**VI [%]**
dolnośląskie	4,49%	57,75%	28,81%	8,95%	0,00%	0,00%

kujawsko-pomorskie	2,09%	56,78%	35,36%	5,77%	0,00%	0,00%
lubelskie	2,36%	53,65%	38,04%	5,95%	0,01%	0,00%
lubuskie	2,03%	57,83%	31,98%	8,16%	0,00%	0,00%
łódzkie	11,05%	58,46%	28,49%	1,99%	0,01%	0,00%
małopolskie	2,04%	57,97%	32,75%	7,23%	0,01%	0,00%
mazowieckie	3,23%	63,62%	27,51%	5,60%	0,01%	0,03%
opolskie	7,90%	58,52%	27,89%	5,57%	0,13%	0,00%
podkarpackie	3,93%	49,32%	38,35%	8,39%	0,01%	0,00%
podlaskie	1,50%	54,86%	38,84%	4,57%	0,01%	0,21%
pomorskie	1,59%	58,83%	30,64%	8,94%	0,00%	0,00%
śląskie	2,08%	55,37%	34,39%	8,16%	0,00%	0,00%
świętokrzyskie	2,30%	59,41%	31,99%	6,28%	0,01%	0,00%
warmińsko-mazurskie	1,94%	55,79%	35,24%	7,03%	0,00%	0,00%
wielkopolskie	1,13%	61,43%	33,60%	3,83%	0,01%	0,00%
zachodniopomorskie	6,68%	59,24%	27,75%	6,30%	0,03%	0,00%
Ogółem	**3,42%**	**58,36%**	**31,89%**	**6,31%**	**0,01%**	**0,01%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. SOR posiadało 234 świadczeniodawców. W stosunku do 2022 r. był to wzrost o 2 komórki. Najwięcej świadczeniodawców funkcjonowało w województwie mazowieckim (31), a najmniej w opolskim (7). W przeliczeniu na 100 tys. ludności liczba świadczeniodawców posiadających funkcjonujący SOR wyniosła 0,62. Wskaźnik ten najwyższy był w województwie podlaskim (1,05), natomiast najniższy w województwie śląskim (0,30).

W całym kraju w 2023 r. jedynie 12 świadczeniodawców posiadało funkcjonujący SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci. W stosunku do 2022 r. liczba ta nie zmieniła się. W województwach dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim, opolskim, podkarpackim, pomorskim i świętokrzyskim w 2023 r. nie funkcjonowała komórka o specjalności szpitalny oddział ratunkowy dla dzieci. Natomiast po 2 komórki funkcjonowały w województwach łódzkim, mazowieckim i śląskim.

W 2023 r. na SOR zlokalizowanym w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci udzielono pomocy około 265 tys. pacjentów i w stosunku do 2022 r. liczba pacjentów zwiększyła się o 22 tys. Z kolei liczba udzielonych świadczeń wzrosła o ok. 35,5 tys. W 2023 r. najwięcej pacjentów skorzystało z SOR zlokalizowanym w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci w województwie mazowieckim (71,6 tys.).

Tabela 38. Świadczeniodawcy posiadający funkcjonujący SOR w 2023 r.[126]

Województwo	Liczba świadczeniodawców		Zmiana liczby świadczeniodawców w stosunku do 2022 r. (SOR)	Liczba świadczeniodawców na 100 tys. ludności
	SOR	SOR dla dzieci		
dolnośląskie	16	0	0	0,56
kujawsko-pomorskie	11	0	0	0,55
lubelskie	15	1	-1	0,80
lubuskie	8	0	0	0,82
łódzkie	19	2	1	0,89
małopolskie	20	1	0	0,61
mazowieckie	31	2	-1	0,60
opolskie	7	0	0	0,75
podkarpackie	14	0	0	0,68
podlaskie	12	1	0	1,14
pomorskie	13	0	1	0,55
śląskie	13	2	1	0,35
świętokrzyskie	11	0	1	0,94
warmińsko-mazurskie	11	1	0	0,88
wielkopolskie	25	1	0	0,75

[126] Za funkcjonujący oddział przyjęto taki, na którym sprawozdano przynajmniej jednego pacjenta w 2023 r.

zachodniopomorskie	8	1	0	0,55
RP	**234**	**12**	**2**	**0,65**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

6.9. Jakość opieki w ramach leczenia szpitalnego

Zapewnienie wysokiej jakości usług to wyzwanie, które stoi przed podmiotami leczniczymi chcącymi funkcjonować na coraz bardziej konkurencyjnym rynku usług zdrowotnych. Oznacza to ciągłe doskonalenie i dopasowanie do potrzeb i wymagań pacjentów. Na całym świecie obserwuje się wprowadzanie akredytacji, procedur czy certyfikatów, by zapewnić, że dana placówka medyczna realizuje świadczenia medyczne o najwyższym poziomie jakości[127].

WHO definiuje jakość opieki zdrowotnej jako „stopień, do jakiego usługi zdrowotne obejmujące jednostki i populacje zwiększają prawdopodobieństwo osiągnięcia oczekiwań w zakresie efektów leczenia oraz wykazują zgodność z aktualną i profesjonalną wiedzą”[128]. Na jakość opieki zdrowotnej składa się wiele czynników mogących podlegać ocenie, w tym m.in. skuteczność (udzielanie świadczeń medycznych w oparciu o aktualne doniesienia naukowe) i efektywność, bezpieczeństwo, dostępność usług, dostosowanie oferty świadczeń do aktualnych potrzeb pacjentów oraz zapewnienie równego dostępu do świadczeń dla wszystkich pacjentów[129].

Wysoka jakość opieki zdrowotnej wymaga podejścia kompleksowego, które obejmuje każdy etap udzielania świadczeń medycznych. W zapewnieniu usług na jak najwyższym poziomie powinno się brać pod uwagę nie tylko jakość udzielanych świadczeń, lecz także zasoby kadrowe, medyczne, infrastrukturalne, czy zarządzanie finansami. Należy także uwzględnić obszary takie jak profilaktyka, promocja zdrowia, wczesna diagnostyka czy rehabilitacja medyczna.

Istotne znaczenie w obszarze jakości opieki, w tym w szczególności w ramach leczenia szpitalnego, ma wejście w życie w 2023 r. ustawy z dnia 16 czerwca 2023 r. o jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwie pacjenta, która wprowadza szereg rozwiązań składających się na spójny system jakości w opiece zdrowotnej i bezpieczeństwa pacjenta. Obejmują one m.in.:

– obowiązkową autoryzację dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w ramach profili PSZ;

[127] G. Nowak-Starz, M. Siwek, A. Salwa i in., Jakość usług medycznych ich charakterystyka, rola w procesie zarządzania jakością.

[128] E. Raczyńska, Problematyka jakości w ochronie – wyzwanie dla zarządzania. ZN WSH Zarządzanie 2020 (2), s. 167, DOI: 10.5604/01.3001.0014.2877

[129] K. Ćwik, Jakość w usługach medycznych. Wpływ systemów zarządzania jakością na efektywność publicznych usług szpitalnych, ISBN: 978-83-8270-148-7, Warszawa 2023 r.

- obligatoryjne monitorowanie zdarzeń niepożądanych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą w ramach umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

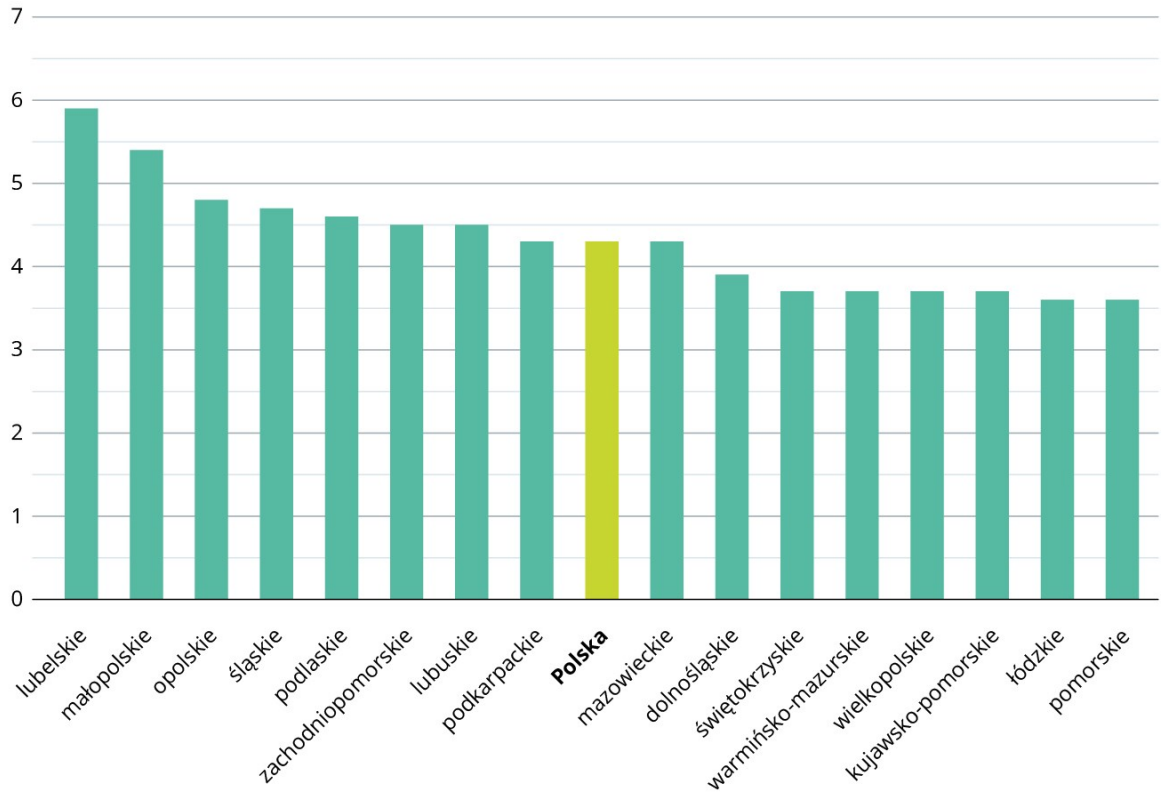
W celu realizacji założeń ustawy Minister Zdrowia został zobligowany do wydania szeregu aktów wykonawczych, przy czym w kontekście jakości opieki zdrowotnej szczególne znaczenia ma rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 września 2024 r. w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1349). Określa ono szczegółowo wskaźniki jakości opieki zdrowotnej w odniesieniu do trzech obszarów: klinicznego, konsumenckiego oraz zarządczego. Do najistotniejszych zaliczyć można:

- średni czas hospitalizacji,
- częstość rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji,
- odsetek podania chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym,
- odsetek świadczeń z obszaru radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym,
- częstość wykonywania cięć cesarskich,
- wskaźnik nacięć krocza,
- częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury.

Powyżej wymienione wskaźniki umożliwiają monitorowanie jakości leczenia w poszczególnych placówkach ochrony zdrowia. W celu porównania przeciętnych świadczeniodawców pomiędzy województwami i wydania odpowiednich rekomendacji dla wojewodów w analizie przyjęto metodykę odmienną od zastosowanej w raporcie130. Tu wartości wskaźników dla poszczególnych świadczeniodawców są uśrednione do poziomu województwa, a wartości dla poszczególnych województw są uśrednione do poziomu kraju.

[130] https://ezdrowie.gov.pl/portal/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/monitorowanie/monitorowanie-jakosci

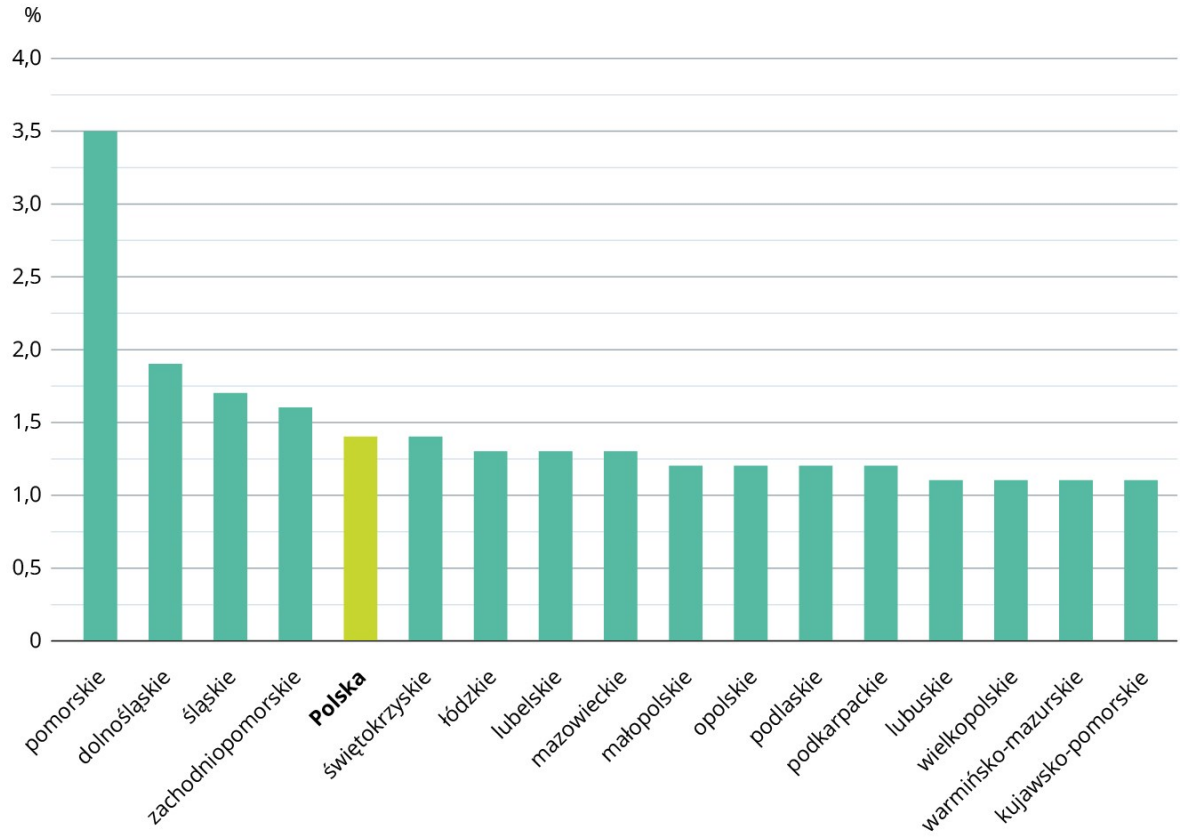
Rysunek 104. Średni liczba dni hospitalizacji w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Najniższą wartość wskaźnika średniego czasu pobytu w leczeniu szpitalnym w Polsce na poziomie 3,6 dni osiągali świadczeniodawcy w województwach pomorskim i łódzkim, a najwyższą świadczeniodawcy w województwie lubelskim. Średnia wartość dla województw wynosi 4,3 dni.

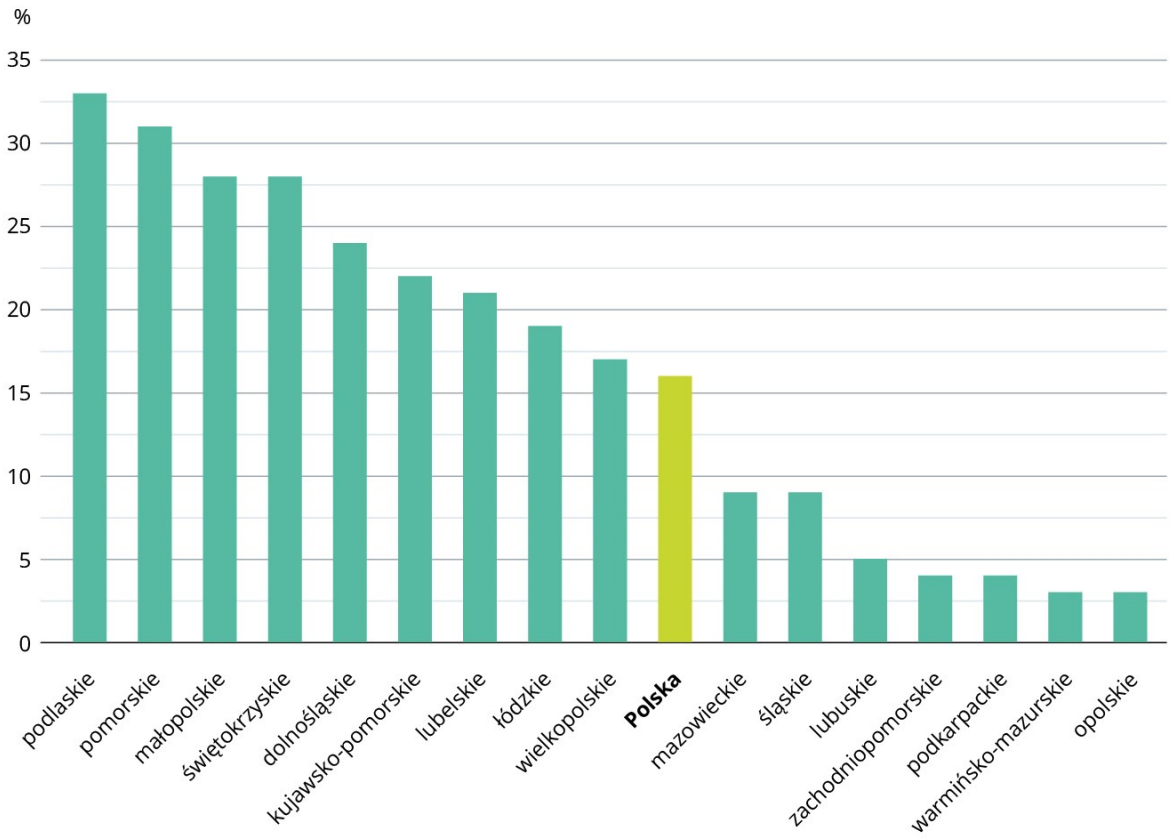
Rysunek 105. Częstość rehospitalizacji z tej samej przyczyny w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

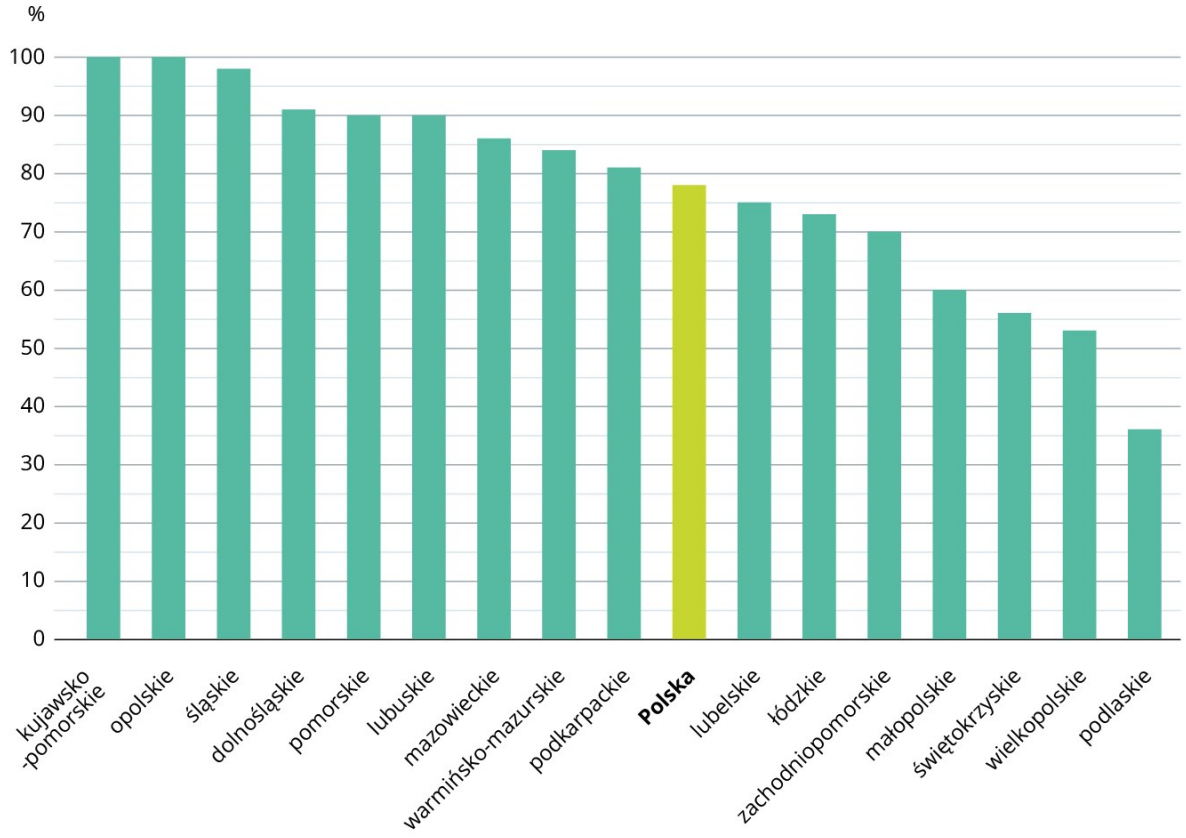
Najniższą wartość wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni po zakończeniu hospitalizacji na poziomie 1,1% osiągali świadczeniodawcy w województwach kujawsko-pomorskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i lubuskim, a najwyższą w województwie pomorskim. Średnia wartość dla województw wynosi 1,3%.

Rysunek 106. Odsetek podania chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

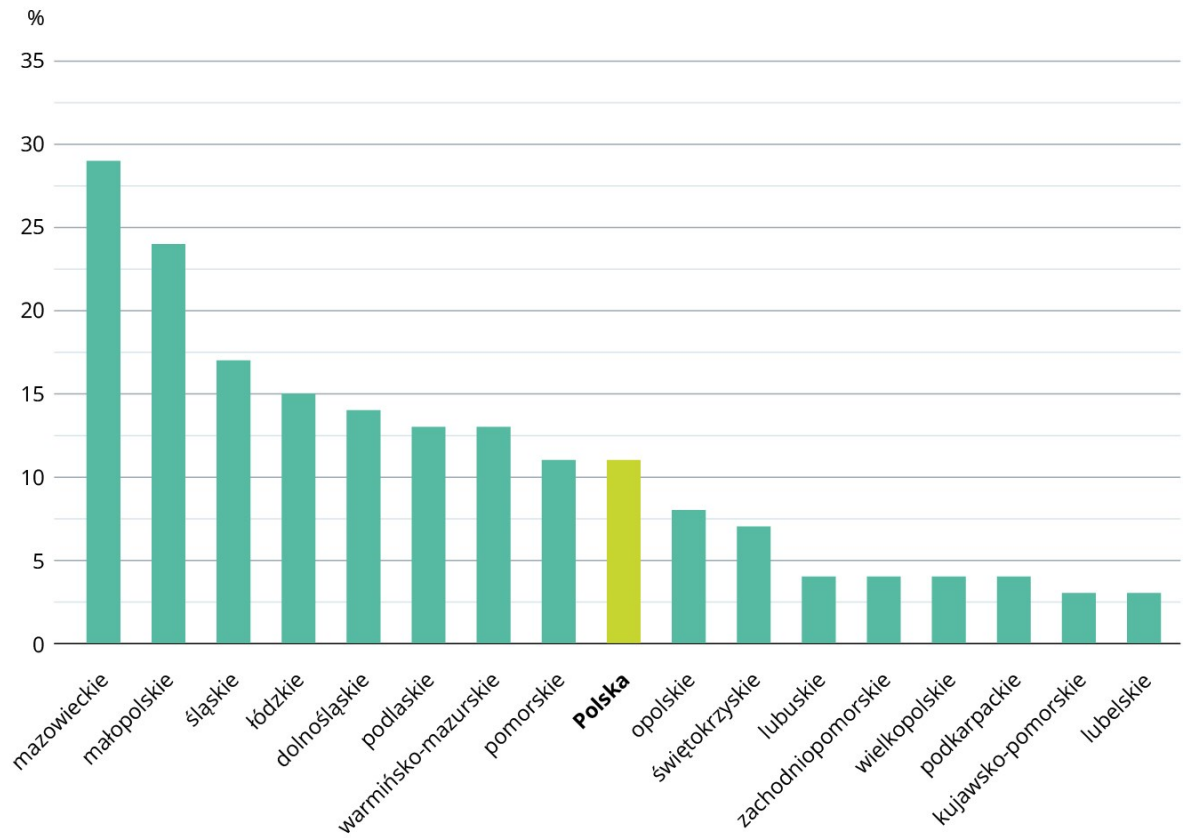
Rysunek 107. Odsetek radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Najniższą wartość wskaźnika podania chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym na poziomie 3% osiągali świadczeniodawcy w województwach opolskim i warmińsko-mazurskim, a najwyższą w województwie podlaskim. Średnia wartość dla województw wynosi 16%. Z kolei najniższą wartość odsetka świadczeń z obszaru radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym na poziomie 36% osiągali świadczeniodawcy w województwie podlaskim, a najwyższą w województwach kujawsko-pomorskim i opolskim. Średnia wartość dla województw wynosi 78%.

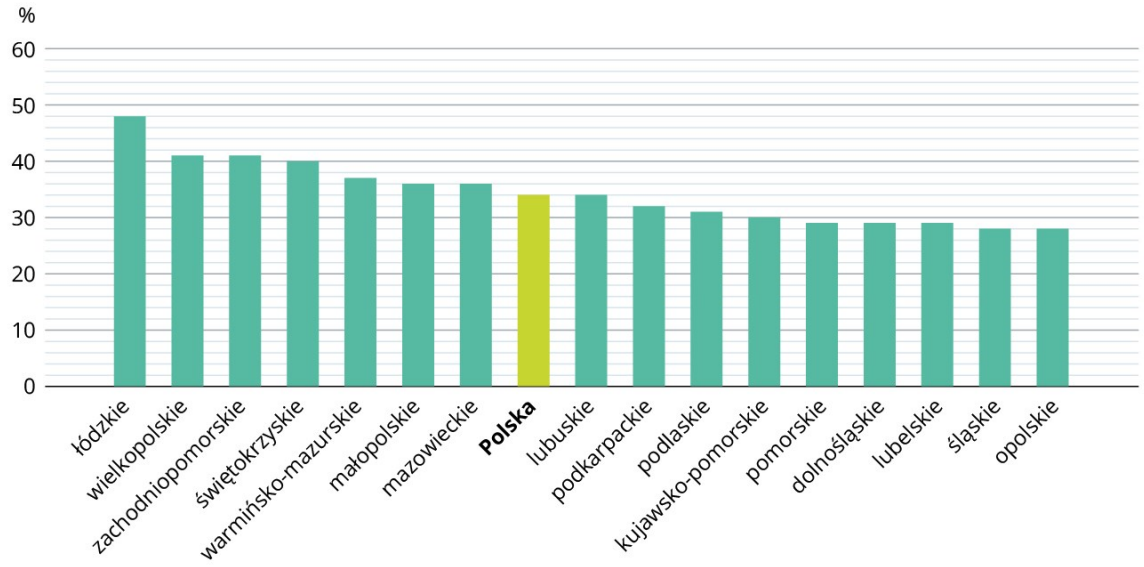
Rysunek 108. Częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury była zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najniższą wartość tego wskaźnika na poziomie 3% osiągali świadczeniodawcy w województwie lubelskim, a najwyższą w województwie mazowieckim. Średnia wartość dla województw wynosi 11%.

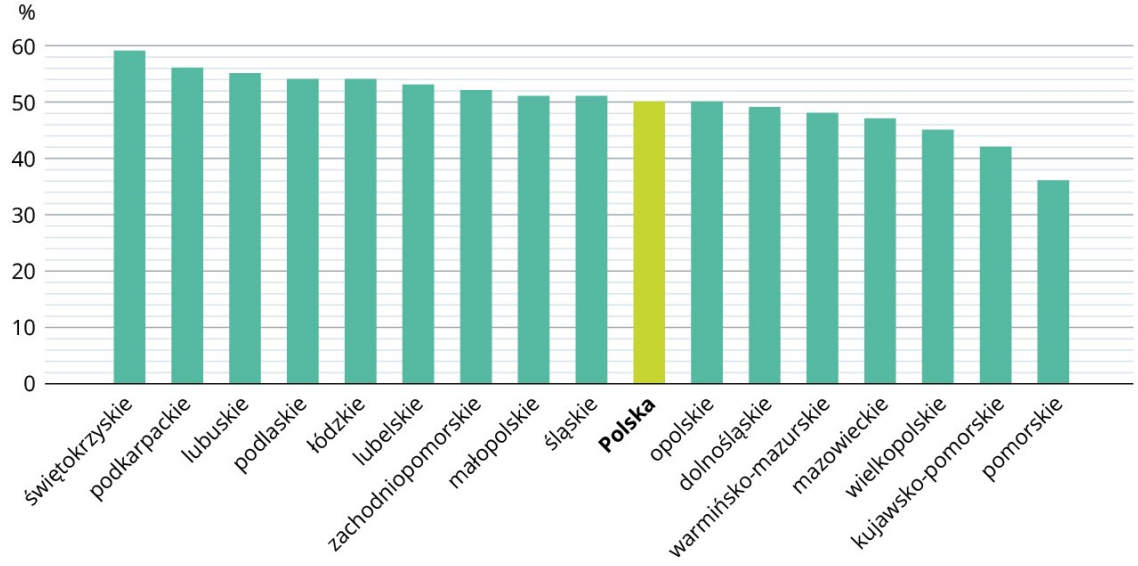
Rysunek 109. Odsetek porodów drogami natury z nacięciem krocza w łącznej liczbie porodów drogami natury w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Częstość nacięć krocza w porodach drogami natury była zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najniższą wartość tego wskaźnika na poziomie 28% osiągali świadczeniodawcy w województwie opolskim, a najwyższą w województwie łódzkim – 48%. Średnia wartość dla województw wynosi 34%.

Rysunek 110. Częstość wykonywania cięć cesarskich w województwach w 2024 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rozkład częstości cięć cesarskich w Polsce był zróżnicowany na poziomie poszczególnych województw. Najniższą wartość tego wskaźnika na poziomie 36% osiągali świadczeniodawcy

w województwie pomorskim, a najwyższą w województwie świętokrzyskim. Średnia wartość dla województw wynosi 50%.

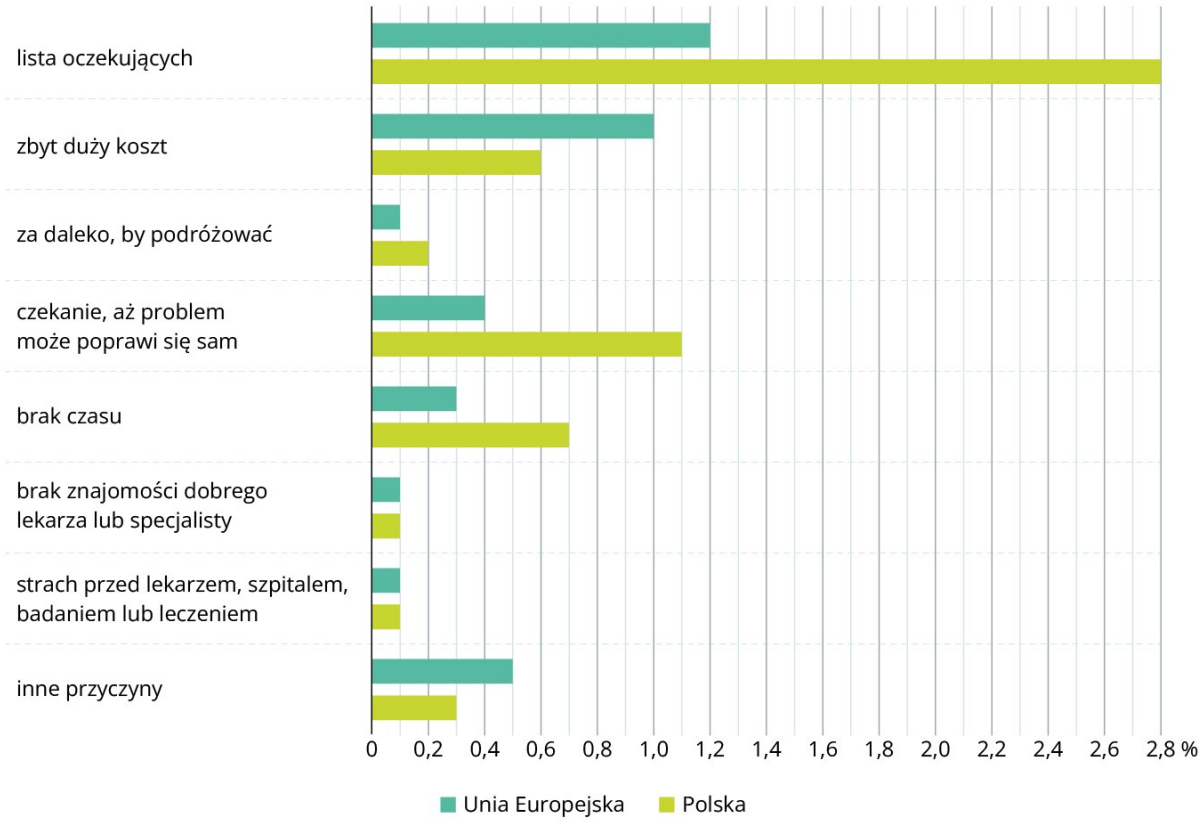
Uzupełniając temat jakości należy wspomnieć o jakości w opiece onkologicznej. KSO wprowadzona ustawą z dnia 9 marca 2023 r. o Krajowej Sieci Onkologicznej to nowy model organizacji i zarządzania opieką onkologiczną, którego celem jest zapewnienie każdemu pacjentowi niezależnie od miejsca zamieszkania kompleksowej opieki opartej o jednakowe standardy i wysoką jakość.

Monitorowanie jakości opieki onkologicznej w ramach KSO umożliwią wskaźniki jakości opieki onkologicznej, które mają być ukierunkowane na monitorowanie procesu od momentu rozpoczęcia postępowania diagnostycznego i kwalifikacji do kompleksowego leczenia przez wielodyscyplinarny zespół terapeutyczny, wraz z ustaleniem planu leczenia onkologicznego, do momentu podjęcia leczenia obejmując m. in. ocenę terminowości realizacji diagnostyki i leczenia onkologicznego. Wskaźniki mają stanowić niezbędne uzupełnienie oceny jakościowej ośrodków w poszczególnych obszarach terapeutycznych i dotyczyć konkretnych grup nowotworów (m. in. piersi, płuca, jelita grubego, jajnika, gruczołu krokowego). Zgodnie z przepisami ustawy o KSO, od osiągnięcia docelowej wartości kluczowych wskaźników jakości opieki onkologicznej mają być uzależnione współczynniki korygujące.

Obecnie w MZ trwają prace nad projektami rozporządzeń dotyczących wskaźników jakości opieki onkologicznej dla poszczególnych poziomów zabezpieczenia opieki onkologicznej.

Analizując kwestie jakości w opiece zdrowotnej warto zauważyć, że Eurostat prowadzi statystyki dotyczące niezaspokojonych potrzeb w zakresie opieki medycznej wśród mieszkańców UE. Największa rozbieżność występuje przy porównaniu RP i UE w zakresie listy oczekujących na świadczenia medyczne: w RP ten problem zgłaszało 2,8% osób, a w UE 1,2%. Z kolei problem zbyt dużego kosztu świadczeń medycznych, częściej jest zgłaszany w przypadku UE ogółem (1,0% osób) niż w przypadku RP (0,6% osób raportujących).

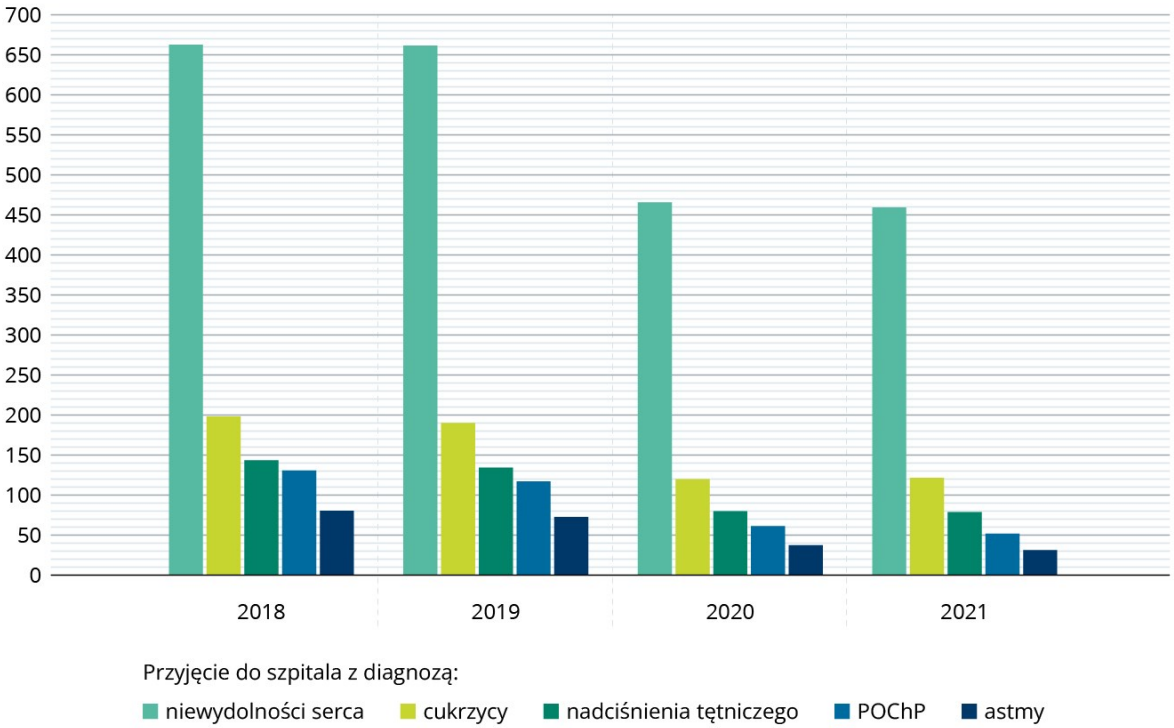
Rysunek 111. Odsetek osób w wieku 16 lat i więcej raportujących niezaspokojone potrzeby w zakresie badań lekarskich lub leczenia w 2023 r. w RP na tle UE



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych Eurostat (Unmet health care needs statistics, Statistics explained)

OECD gromadzi i prezentuje statystyki w zakresie jakości opieki zdrowotnej. Generalnie z biegiem lat (porównano dane od 2018 do 2021) w RP corocznie nieznacznie spada (lub utrzymuje się na zbliżonym poziomie, zależnie od wybranego wskaźnika) liczba przyjęć do szpitala na 100 tys. mieszkańców.

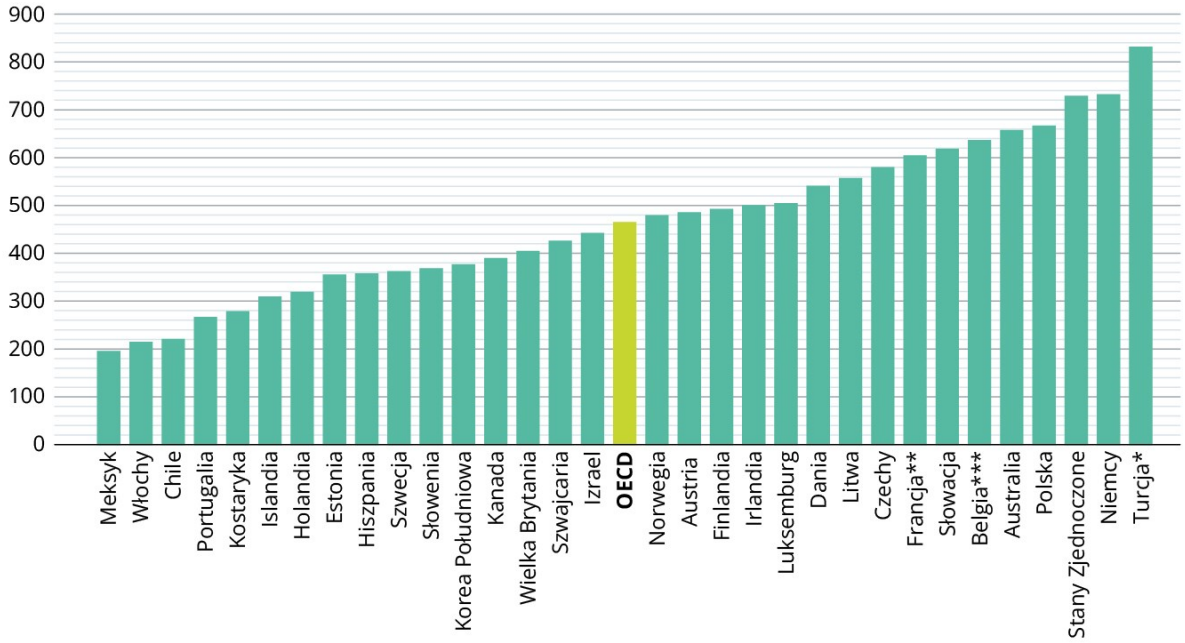
Rysunek 112. Wybrane wskaźniki jakości opieki medycznej na 100 tys. mieszkańców w RP latach 2018-2021



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych OECD

Wskaźnik hospitalizacji możliwych do uniknięcia możemy zaliczyć do wewnętrznego systemu oceny jakości w szpitalach. Jest on również kwalifikowany do grona wskaźników dostępności oraz skuteczności udzielanych świadczeń. Ogólnie definiuje się go jako liczba przyjęć do szpitala możliwych do uniknięcia na 100 tys. mieszkańców w wybranych problemach zdrowotnych. Wśród krajów OECD wartość tego wskaźnika dla RP znajduje się na czwartym miejscu od końca, co jest wynikiem znacznie gorszym niż średnia.

Rysunek 113. Liczba hospitalizacji na 100 tys. mieszkańców możliwych do uniknięcia w krajach OECD w 2023 r. (dotyczy astmy, POChP, zastoinowej niewydolności serca oraz cukrzycy)



* dane z 2017/2018 r.
** dane z 2014/2015 r.
*** dane z 2019 r.

Źródło: statystyki OECD dotyczące zdrowia (Raport Health at a Glance 2023)

W celu stworzenia szerszego wskaźnika hospitalizacji możliwych do uniknięcia na terenie RP do analiz włączono jednostki chorobowe, które spełniają kilka kryteriów:

- są chorobami przewlekłymi,
- wymagają zarówno opieki ambulatoryjnej, jak i szpitalnej (w cięższym przebiegu, w przypadku nasilenia objawów),
- towarzyszą pacjentom do starości,
- mają podłoże cywilizacyjne, co oznacza, że przy włączeniu profilaktyki, objawy tych chorób mogą stać się mniej nasilone.

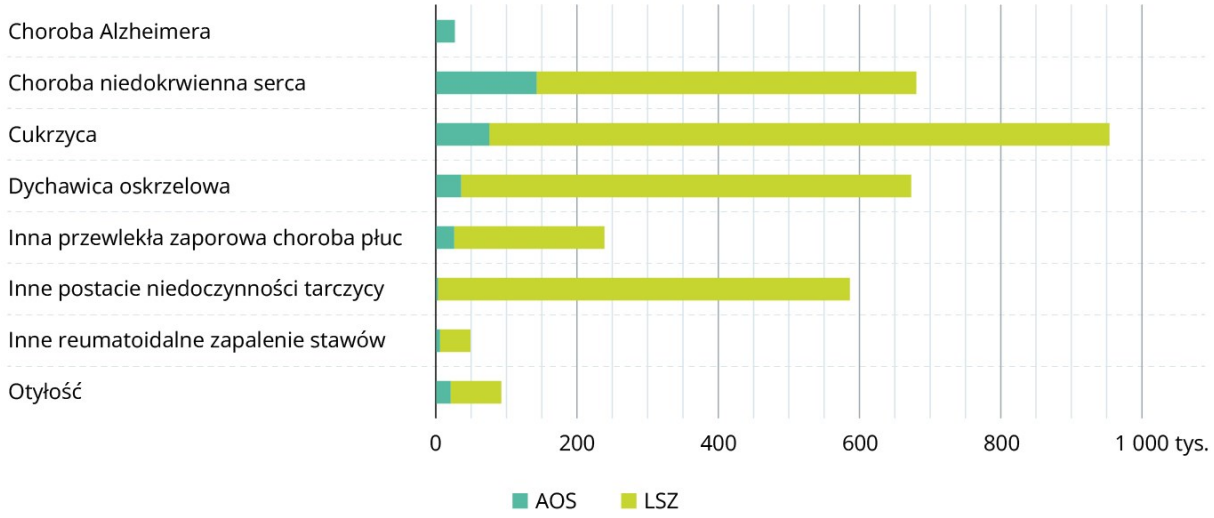
W kolejnym kroku wyodrębniono 8 jednostek chorobowych uważanych za choroby przewlekłe, do których zaliczają się:

- przewlekła zaporowa choroba płuc (J45),
- dychawica oskrzelowa (J44),
- cukrzyca (cukrzyca insulinozależna (E10) oraz cukrzyca insulinoniezależna (E11)),
- choroba niedokrwienna serca (inne ostre postacie choroby niedokrwiennej serca (I24), przewlekła choroba niedokrwienna serca (I25)),
- otyłość (E66),

- inne reumatoidalne zapalenia stawów (M06),
- inne postacie niedoczynności tarczycy (E03),
- choroba Alzheimera (G30) wraz z podtypami.

Dla analizowanych grup chorób w 2023 r. w przeważającej mierze mamy do czynienia z leczeniem w warunkach ambulatoryjnych. Największa liczba pacjentów leczonych w AOS dotyczyła pacjentów z cukrzycą (879 tys. pacjentów), chorobą niedokrwienną serca (538 tys. pacjentów), dychawicą oskrzelową (638 tys. pacjentów) oraz innymi postaciami niedoczynności tarczycy (584 tys. pacjentów).

Rysunek 114. Liczba pacjentów w 2023 r. leczących się w ramach AOS (2) i lecznictwie szpitalnym (3) dla wybranych grup chorób w przeliczeniu na liczbę hospitalizacji



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Zakażenia szpitalne to jeden z wielu istotnych problemów zdrowotnych w RP. Monitorowanie zakażeń, chorób nimi wywołanych i ich konsekwencji klinicznych jest ważne nie tylko ze względu na możliwość oceny jakości standardów epidemiologicznych i sanitarno-higienicznych w placówkach medycznych, lecz również ze względów klinicznych, mając na uwadze możliwości leczenia zakażeń i rozprzestrzenianie się lekoopornych drobnoustrojów[131].

Punktem wyjściowym przeprowadzonych analiz są dane dotyczące zgłaszanych przypadków zakażeń szpitalnych w sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego (MZ-29). Pozwalają one na analizę regionalną występowania zakażeń szpitalnych oraz umieralności w szpitalach z ich przyczyny. Sposób sprawozdawania zakażeń nie pozwala jednak na analizę poszczególnych typów zakażeń czy analizę jednostkową pacjentów. Konsekwencją powyższego jest wykorzystanie danych jednostkowych pacjentów sprawozdawanych do NFZ. Wybrana metodologia badawcza pozwala na dokładniejszą analizę zjawiska zakażeń szpitalnych.

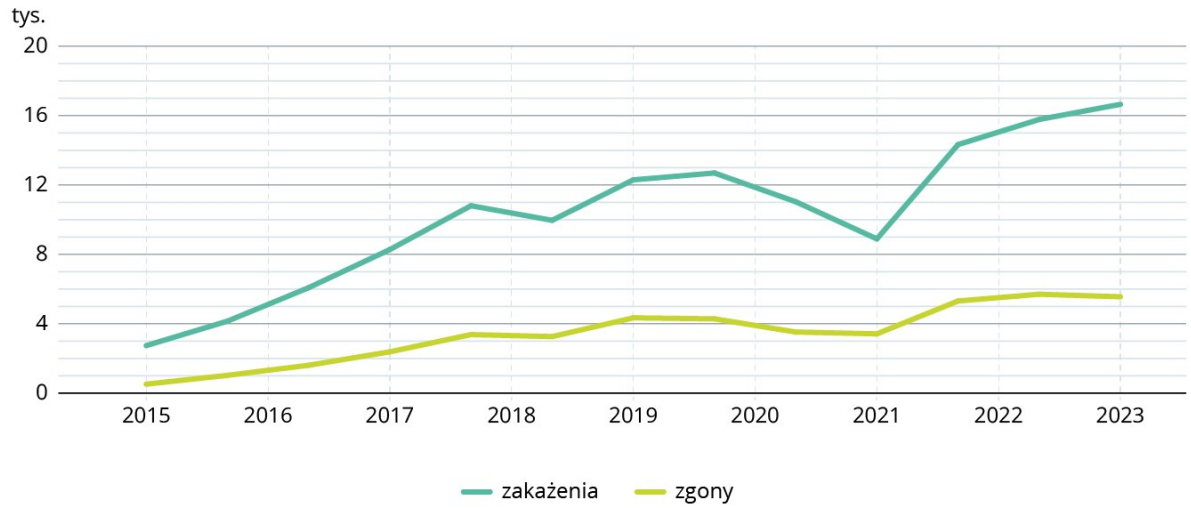
[131] W. Bartnik, Zakażenie Clostridium difficile, 2014, https://www.mp.pl/pacjent/gastrologia/choroby/jelitogrube/80812,zakazenie-clostridium-difficile, dostęp dniu 20.03.2025 r.

W raporcie Europejskiego Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób przedstawiono wyniki analiz dotyczących zakażeń szpitalnych w 33 krajach Europy. Dane wskazują na zróżnicowanie w zapadalności na zakażenia szpitalne w granicach 3,1-13,8% (w RP ok. 6%). Najniższe wartości dotyczyły m. in. Łotwy i Rumunii, a najwyższe Cypru i Grecji[132].

Jako czynnik zakaźny dobrze obrazujący problematykę zakażeń szpitalnych wybrano CDI. *Clostridium difficile* to beztlenowa, Gramdodatnia bakteria, która w sprzyjających warunkach wywołuje rzekomobłoniaste zapalenie jelit[133]. W ostatnich latach obserwuje się wzrastającą liczbę pacjentów z CDI i zwiększający się odsetek zgonów z tego powodu.

Ważnym aspektem CDI jest jego powiązanie z opieką zdrowotną, ponieważ jest to jedno z najczęstszych zakażeń szpitalnych[134]. Jednym z głównych czynników ryzyka jest niska jakość standardów sanitarno-epidemiologicznych w szpitalach i przenoszenie zakażenia między pacjentami. W związku z tym liczba CDI świadczy pośrednio o zachowaniu standardów sanitarnych w polskich szpitalach, w tym konieczności ścisłej izolacji chorych.

Rysunek 115. Liczba zakażeń CDI oraz zgonów w ciągu 90 dni od rozpoznania CDI w latach 2011-2023.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

[132] European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of health care associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC, 2022-2023.

[133] European Centre for Disease Prevention and Control. Clostridium difficile infections. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2016. Stockholm: ECDC, 2018.

[134] Szpitalne CDI - hospitalizacje z rozpoznaniem CDI, które rozpoczęły się rozpoznaniem innym niż CDI, a CDI rozpoznano po okresie co najmniej 3 dni od przyjęcia albo są najbliższymi hospitalizacjami poprzedzającymi tę, w trakcie której w okresie poniżej 3 dni od przyjęcia rozpoznano CDI. Najbliższa hospitalizacja to taka, która rozpoczęła się co najmniej 3 dni przed hospitalizacją z CDI oraz trwała maksymalnie 8 tygodni przed wystąpieniem hospitalizacji z CDI.

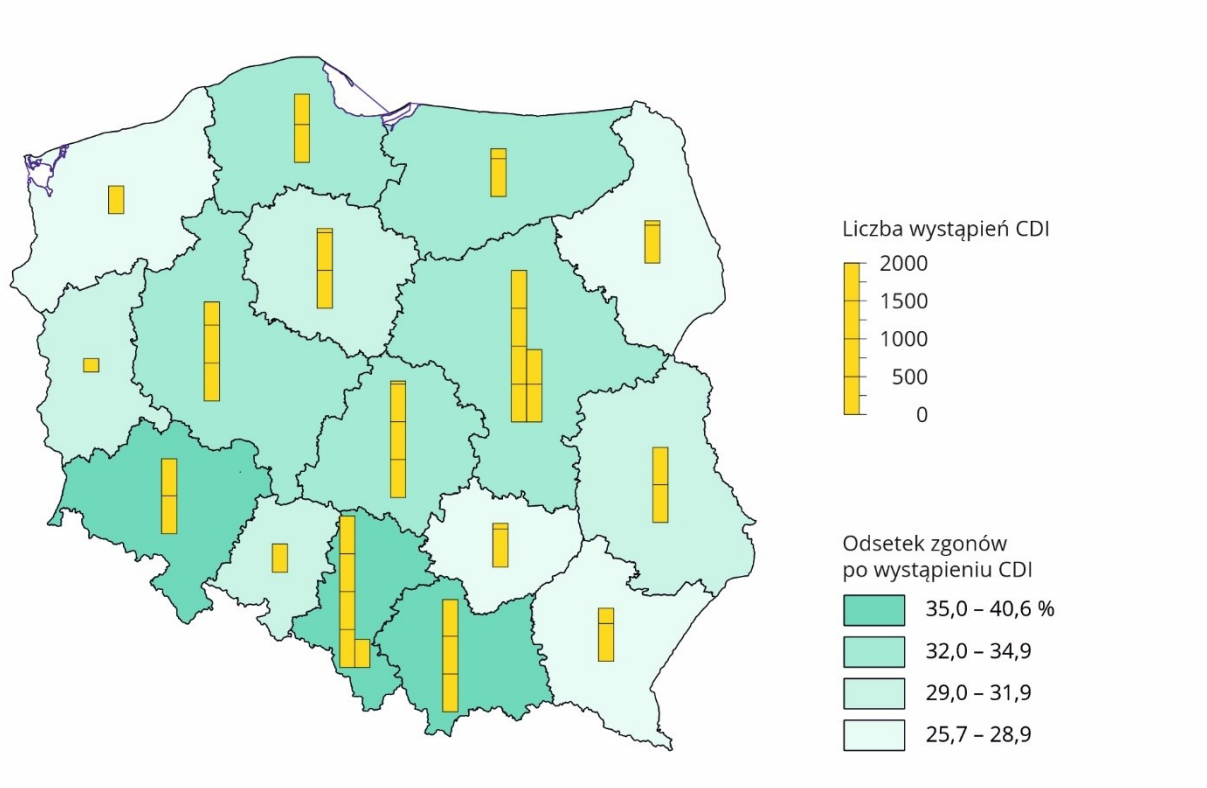
Liczba CDI wzrosła w okresie 2020-2023 prawie dwukrotnie, osiągając wartość prawie 17 tys. w 2023 r., w tym liczba szpitalnych CDI również wzrosła w badanym okresie prawie dwukrotnie do ponad 10 tys. w 2023 r.

Zapadalność na CDI różni się pomiędzy województwami. Choć najwięcej CDI sprawozdano do NFZ w województwie mazowieckim, to najwyższa zapadalność w przeliczeniu na liczbę mieszkańców dotyczyła województwa łódzkiego, zarówno pod względem ogólnej liczby zakażeń, jak i zakażeń szpitalnych.

Najwięcej zakażeń szpitalnych (niezależnie od roku) odnotowano na oddziale chorób wewnętrznych. Wiele wystąpiło również w oddziałach obserwacyjno-zakaźnych, oddziałach chorób zakaźnych oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych.

Rosnący trend dotyczył również liczby zgonów związanych z CDI (zgon w ciągu 90 dni od początku hospitalizacji, do której doszło z powodu zakażenia CDI). W ciągu badanych 4 lat liczba zgonów związanych z CDI wzrosła o ponad 60%, osiągając niecałe 6 tys. w 2023 r. (w tym prawie 4 tys. dotyczy zakażeń szpitalnych). Oznacza to, że 34% hospitalizacji z CDI zakończyło się zgonem w ciągu 90 dni.

Rysunek 116. Wystąpienia CDI oraz zgony w ciągu 90 dni po jej wystąpieniu w 2023 r.

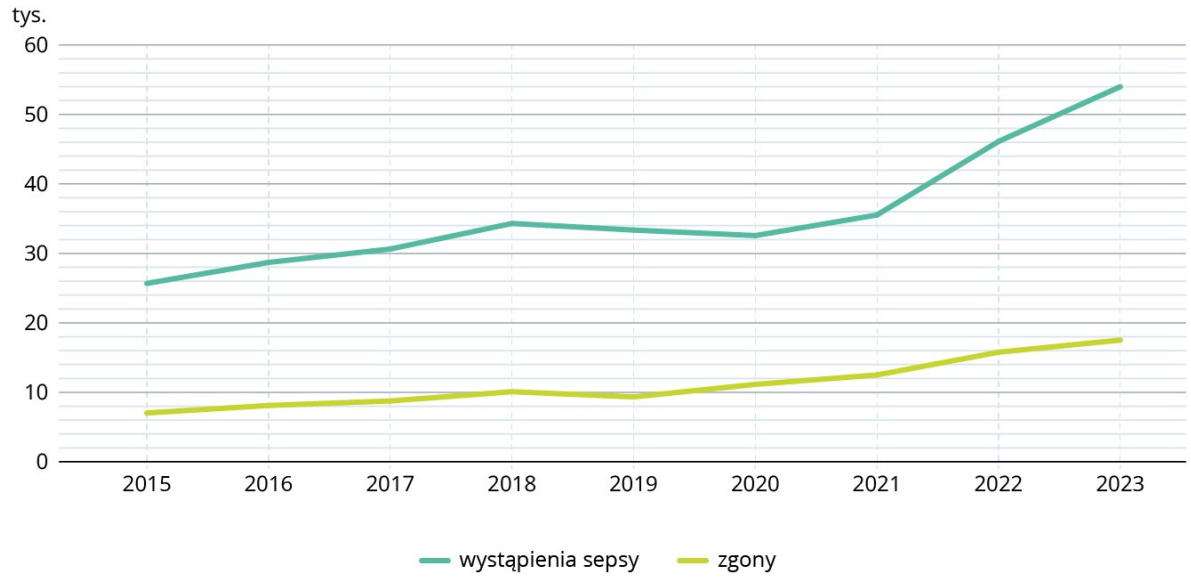


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Wartość odsetka zgonów w ciągu 90 dni od początku zakażenia CDI w 2023 r. różni się znacznie w zależności od regionu kraju. Najwyższe obserwowane są w województwie śląskim (40,6%), zaś najniższe występują w województwie podkarpackim (25,7%).

Analiza czynników ryzyka zgonów związanych z CDI została oparta o choroby współtowarzyszące oraz czynniki demograficzne i dotyczące ośrodka, w którym pacjent był hospitalizowany. Wśród czynników ryzyka zgonu najważniejszy okazał się wiek powyżej 84. r.ż., który zwiększa szansę ponad dwudziestopięciokrotnie. Do innych czynników istotnie pogarszających rokowania należą zakażenia wirusem HIV, choroby nowotworowe (z przerzutami i bez przerzutów) oraz niedożywienie lub nieprawidłowa utrata masy ciała.

Rysunek 117. Wystąpienia sepsy oraz zgonów w ciągu 28 dni od rozpoznania sepsy w latach 2015-2023



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kolejną chorobą na jaką warto zwrócić uwagę w kontekście zakażeń szpitalnych jest sepsa[135]. Do sepsy może doprowadzić wiele zakażeń niezależnie od etiologii [136]. Jest to zespół objawów, który należy leczyć w sposób szybki i agresywny. Analiza zapadalności i umieralności z powodu sepsy, do której dochodzi w szpitalu[137] pozwala ocenić jakość leczenia ośrodków zdrowia, ponieważ najczęstszymi przyczynami są błędy popełnione podczas operacji czy zaniedbania higieniczne.

Na przestrzeni lat 2020-2023 liczba sprawozdanych przypadków sepsy wzrastała systematycznie, osiągając wartość prawie 54 tys. w 2023 r., z tego ponad 13 tys. to sepsy szpitalne. Około 32% pacjentów z sepsą zmarło w ciągu 28 dni od rozpoznania. Odsetek ten

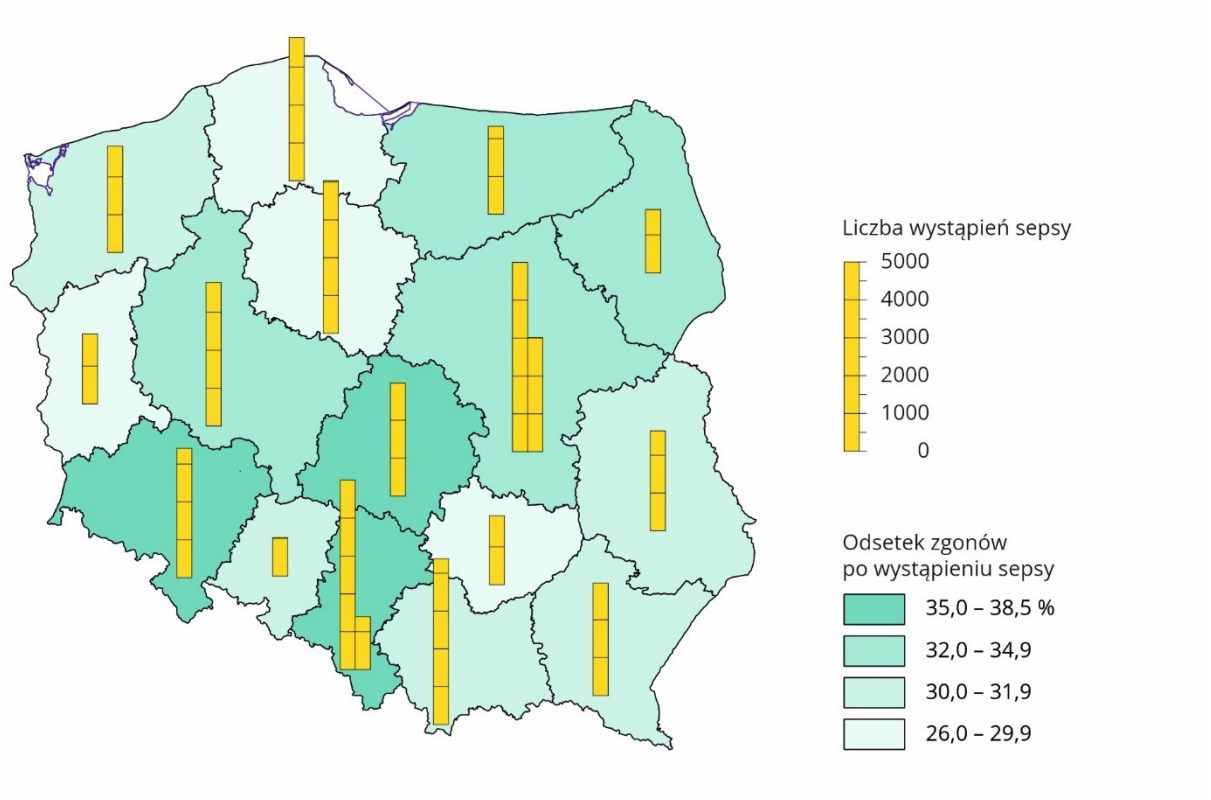
[135] Sepsa została zdefiniowana za pomocą kodów ICD-10: A40-A41 (wraz z rozszerzeniami).

[136] E. Kuchar, *Sepsa i wstrząs septyczny*, https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/choroby/zakazenia-bakteryjne/160129,sepsa-i-wstrzas-septyczny, dostęp w dniu 20.03.2025 r.

[137] Sepsa szpitalna to hospitalizacja z rozpoznaną sepsą, która rozpoczęła się rozpoznaniem innym niż sepsa, a sepsę rozpoznano po okresie co najmniej 2 dni od przyjęcia albo, podczas której wykonano badanie posiewu krwi (określonego za pomocą kodów ICD-9: 90.51, 90.52 lub 90.53) po co najmniej 2 dniach od przyjęcia i co najmniej 7 dni przed zakończeniem hospitalizacji.

różni się w zależności od regionu kraju (od 26% dla województwa lubuskiego do 38,5% dla województwa łódzkiego).

Rysunek 118. Wystąpienia sepsy oraz zgony w ciągu 28 dni po jej wystąpieniu w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Największy odsetek zgonów w ciągu 28 dni od rozpoznania sepsy dotyczył województwa łódzkiego (38,5%), a najmniejszy województwa lubuskiego (26,0%). Główną przyczyną zwiększającą prawdopodobieństwo zgonu jest zaawansowany wiek. Do czynników ryzyka niezwiązanych z wiekiem należą: założenie cewnika do dużego naczynia, nowotwory z przerzutami, uzależnienie od alkoholu oraz niedożywienie i patologiczna utrata masy ciała.

6.10. Podsumowanie

Leczenie szpitalne ma duże znaczenie w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych pacjentów, których stan zdrowia nie pozwala na zapewnienie im odpowiedniej opieki w warunkach ambulatoryjnych.

W RP w 2023 r. ze świadczeń w zakresie lecznictwa szpitalnego skorzystało ponad 8,5 mln pacjentów (22,7% populacji), czyli o 5,3% więcej w porównaniu z 2022 r. Z kolei liczba szpitali posiadających kontrakt z NFZ zwiększyła się o 1,8% – w 2022 r. było 947 szpitali, które jednocześnie udzielały świadczeń w danym roku, natomiast w 2023 r. ich liczba wyniosła 964.

W latach 2020-2023 wydatki na leczenie szpitalne wzrosły w liczbach bezwzględnych z 53,5 mld do 80,6 mld, ale ich udział procentowy w kosztach świadczeń nieznacznie zmalał.

Obserwowany jest rosnący trend zakażeń szpitalnych i ogółem, który jest nieproporcjonalny pomiędzy województwami. Konieczne jest zatem zwiększanie świadomości pracowników medycznych i wspomagających w szpitalach oraz zespołów kontroli zakażeń szpitalnych na temat epidemiologii CDI i rozprzestrzeniania się choroby. Ważne jest zachowanie dodatkowych środków ostrożności w celu zapobiegania sepsie, w tym ściślejsza higiena rąk, dezynfekcja pomieszczeń środkami aktywnymi wobec przetrwalników. Istotne jest również stosowanie bardziej agresywnego leczenia CDI w populacjach szczególnie narażonych na zakażenie i zgon (szczególnie starszych pacjentów onkologicznych leczonych na oddziałach chorób wewnętrznych). Potrzebne jest także zapewnienie wysokich standardów higienicznych w okresie okołooperacyjnym, w szczególności pacjentów hospitalizowanych na oddziałach intensywnej terapii, zwłaszcza pacjentów starszych z założonym cewnikiem centralnym.

6.11. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

W porównaniu z innymi krajami europejskimi, RP charakteryzuje się wysokimi nakładami finansowymi na lecznictwo szpitalne. Stanowią one 34% łącznych wydatków na opiekę medyczną (średnia dla UE wynosi 29%). Wydatki na lecznictwo szpitalne przewyższają wydatki na inne rodzaje świadczeń. Jest to szczególnie istotne w porównaniu do wydatków na AOS, której udział w ogólnej sumie wydatków jest wyższy w innych krajach europejskich niż w RP. Dzięki zwiększeniu nakładów na AOS w innych krajach obserwuje się zmniejszenie liczby świadczeń szpitalnych na rzecz świadczeń realizowanych w AOS, co z kolei uwalnia zasoby potrzebne podczas niezbędnej hospitalizacji bez uszczerbku dla jakości udzielanych świadczeń.

RP ma jeden z wyższych w Europie wskaźników liczby łóżek szpitalnych. W 2022 r. wyniósł on 629,49 łóżek przypadających na 100 tys. ludności, co stanowi siódmy najwyższy wynik w UE.

Szpitale, zwłaszcza I i II poziom sieci szpitali, posiadają znaczną liczbę oddziałów wykraczających poza te, które zostały przewidziane dla tych poziomów w ustawie o PSZ. Ich istnienie i dalsze tworzenie mogą prowadzić do presji w kierunku nieefektywnego kontraktowania świadczeń i pogorszenia ich jakości.

Dane OECD oraz Eurostatu wskazują na poprawę niektórych aspektów jakości opieki szpitalnej. Poprawa ta jednak nie jest jednoznaczna, co pokazuje m.in. wzrost liczby zakażeń szpitalnych.

Niezależnie od wyboru podejścia do analizy (rozpatrywanie kolejek przez pryzmat list oczekujących lub danych o realnym czasie oczekiwania) zaobserwowano, że operacja zaćmy była jednym z najpopularniejszych świadczeń, na które czas oczekiwania był stosunkowo długi. Z kolei najdłuższy przeciętny czas oczekiwania dotyczył endoprotezoplastyki stawu kolanowego i stawu biodrowego.

Ze względu na zachodzące w RP niekorzystne procesy demograficzne i epidemiologiczne, priorytetem powinno stać się utrzymanie dostępu do tych profili oddziałów szpitalnych w poszczególnych województwach, których średnie wskaźniki są powyżej średniej dla kraju, natomiast dla profili szpitalnych, których wskaźniki są poniżej średniej, dostępność powinna zostać zwiększona. Za kluczowe uznano te oddziały szpitalne które będą istotne z uwagi na

sytuację demograficzną i epidemiologiczną w RP (tj. oddziały chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne).

6.12. Rekomendowane kierunki działań

→ Zwiększenie dostępności do badań diagnostycznych w warunkach ambulatoryjnych, w szczególności poprzez regulacje sprzyjające realizowaniu tych świadczeń w AOS (np. adekwatna wycena świadczeń, wskaźniki jakościowe), w celu zmniejszenia liczby hospitalizacji oraz obniżenia wydatków na leczenie szpitalne.

→ Wprowadzenie, tam gdzie jest to możliwe, zmian hospitalizacji kilkudniowych na rzecz tych trwających jeden dzień, co pozwoli na jak najkrótszy czas leczenia pacjenta.

→ Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim.

→ Przeniesienie ciężaru diagnostyki z poziomu lecznictwa szpitalnego na rzecz AOS, co pozwoli na zmniejszenie obłożenia łóżek na oddziałach szpitalnych. Należy zatem zracjonalizować liczbę łóżek na oddziałach szpitalnych lub przekształcić je zgodnie z prognozami demograficznymi w łóżka opieki długoterminowej.

→ Podmioty lecznicze prowadzące działalność w zakresie leczenia szpitalnego na poziomie powiatowym powinny również przejąć funkcję w zakresie innych rodzajów opieki stacjonarnej, które powinny znajdować się blisko pacjenta (opieka długoterminowa, opieka paliatywna i hospicyjna). Szpitale te powinny rozwijać się wokół sieci SOR, zapewniając możliwie równomierną dostępność na terenie całego kraju.

→ Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.

→ Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

→ W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim.

→ Podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi w celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych

medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

→ Tworzenie i kontraktowanie oddziałów udzielających świadczeń, które wykraczają poza podstawowy profil wynikający z przynależnego stopnia sieci szpitali (w szczególności w szpitalach I i II poziomu), powinno być ograniczane. Ich powstawanie może prowadzić do niezrównoważonego rozwoju podmiotów leczniczych, niezgodnego z przypisaną im funkcją w systemie ochrony zdrowia. Konieczne jest zróżnicowanie zakresu świadczeń udzielanych w poszczególnych szpitalach poprzez ich dalsze profilowanie. Powstawanie kolejnych profili szpitalnych powinno wynikać z prognozowanych zmian demograficznych i epidemiologicznych na obszarze województwa.

→ Prowadzenie działań związanych z kontynuacją wdrażania KSO, w tym rozwiązań związanych z zapewnieniem równego dostępu do wysokiej jakości świadczeń onkologicznych. Uruchamianie hosteli przyszpitalnych, co umożliwi skrócenie hospitalizacji w oddziale.

→ Podejmowanie działań mających na celu zapewnienie równego dostępu do diagnostyki i leczenia kardiologicznego zgodnie z założeniami KSK.

→ Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie i rozwój istniejącej struktury ośrodków realizujących leczenie pacjentów z udarem i skutków udarów (rehabilitacja pacjentów po przebytym udarze), która zapewnia równy dostęp do leczenia i jego kompleksowość, w tym w wyniku reorganizacji leczenia szpitalnego (przekształcanie nieefektywnie wykorzystywanych łóżek).

→ Konieczny jest dalszy proces koncentracji świadczeń w ośrodkach o odpowiednim zapleczu i doświadczeniu dla chorób rzadkich oraz innych chorób wymagających skomplikowanego oraz kompleksowego leczenia.

→ Należy dalej wspierać wzrost jakości świadczeń udzielanych w ramach leczenia szpitalnego m.in. poprzez wzmocnienie roli akredytacji w ochronie zdrowia przy zapewnieniu aktualizacji jej standardów, wdrożenie systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych nieopartych na winie, a także nadanie większej wagi wskaźnikom jakościowym w algorytmie obliczającym kwoty umów, a w konsekwencji zwiększenie roli płacenia za jakość świadczeń.

7. Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień

Zdrowie psychiczne stanowi integralny element dobrostanu jednostki i społeczeństwa. W ostatnich latach rosnąca świadomość społeczna na temat zdrowia psychicznego oraz zmieniające się potrzeby zdrowotne populacji przyczyniły się do zwiększenia zainteresowania systemem opieki psychiatrycznej oraz leczenia uzależnień. Problemy natury psychicznej – zarówno wśród dorosłych jak i dzieci – są coraz częściej diagnozowane, a zapotrzebowanie na profesjonalne wsparcie terapeutyczne i leczenie systematyczne rośnie.

W przypadku leczenia dorosłych w 2018 r. wprowadzono pilotaż CZP, natomiast w przypadku leczenia dzieci i młodzieży pod koniec 2019 r. rozpoczęto wdrażanie nowego modelu leczenia pacjentów poniżej 18. r.ż. Ze względu na różną specyfikę leczenia dzieci i młodzieży (do lat 17) oraz osób dorosłych (powyżej 18. r.ż.) system psychiatrycznej opieki zdrowotnej powyższych grup rozpatrywano oddzielnie. Świadczenia opieki zdrowotnej w rodzaju „opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień", w tym również w ramach programu pilotażowego CZP, można podzielić na formy udzielanej pomocy: ambulatoryjne (poradnie zdrowia psychicznego, ZLŚ), pośrednie (oddziały dzienne) oraz stacjonarne (oddziały szpitalne).

Program pilotażowy CZP dla dorosłych

Jednym z celów Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023-2030, stanowiącego podstawę reformy systemu opieki psychiatrycznej w RP, jest „upowszechnienie zintegrowanego i kompleksowego modelu ochrony zdrowia psychicznego w oparciu o model opieki środowiskowej"[138]. Ten model opieki psychiatrycznej ma bazować m.in. na sieci CZP dla dorosłych[139], zlokalizowanych na obszarach zamieszkałych przez nie więcej niż 200 tys. mieszkańców (z uwzględnieniem możliwości dostosowania tej liczby do szczególnych uwarunkowań terytorialnych lub innych okoliczności). Zgodnie z założeniami, CZP mają zapewniać środowiskową opiekę psychiatryczną, której celem są:

1) poprawa jakości leczenia psychiatrycznego – jego dostępności, ciągłości, kompleksowości, dostosowania do potrzeb, możliwej do osiągnięcia skuteczności i godziwości warunków świadczenia pomocy;
2) pomoc chorym w odzyskiwaniu zdrowia, pozycji społecznej, oczekiwanej jakości życia;
3) tworzenie warunków do społecznej integracji osób z zaburzeniami psychicznymi oraz przeciwdziałanie stygmatyzacji i wykluczeniu;
4) ograniczenie rozmiarów i negatywnych skutków hospitalizacji;

[138] Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 października 2023 r. w sprawie Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2023 – 2030 (Dz. U. poz. 2480). Program stanowi kontynuację Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017 – 2022.

[139] Program pilotażowy w CZP rozpoczął się 1 lipca 2018 r.

5) uruchomienie inicjatyw i zasobów lokalnej społeczności na rzecz ochrony zdrowia psychicznego.

Utworzenie pilotażowej sieci CZP dla osób dorosłych pozwoliło na zapewnienie osobom z zaburzeniami psychicznymi kompleksowej i powszechnie dostępnej blisko miejsca ich zamieszkania opieki zdrowotnej oraz innych form opieki i pomocy niezbędnych do życia w środowisku rodzinnym i społecznym.

Rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego CZP reguluje minimalny skład personelu centrum na 100 tys. populacji danego obszaru[140]. Oprócz zapewnienia odpowiedniej liczby etatów lekarzy specjalistów z zakresu psychiatrii, pielęgniarek, psychoterapeutów, psychologów oraz innych pracowników medycznych i administracyjnych, CZP są zobowiązane do zatrudnienia asystentów zdrowienia. Rolą asystenta jest wspieranie pacjentów w kryzysie psychicznym i ich rodzin, współpraca z personelem terapeutycznym, prowadzenie zajęć edukacyjnych i warsztatów. Warunkiem uzyskania kwalifikacji asystenta zdrowienia jest osobiste doświadczenie kryzysu/ zaburzenia psychicznego i odbycie terapii. Dodatkowe wymagania obejmują ukończenie półrocznego kursu specjalistycznego oraz staży w placówkach zajmujących się zdrowiem psychicznym, jak również gotowość do dzielenia się swoim doświadczeniem związanym z chorobą i procesem leczenia.

W 2024 r. funkcjonowało łącznie 117 CZP w całym kraju. Program pilotażowy został wydłużony do 31 grudnia 2025 r. Ponadto, dla świadczeń udzielanych od 1 lipca 2024 r., zwiększona została stawka ryczałtowa na świadczeniobiorcę z 69,55 zł na 75,74 zł[141].

Reforma psychiatrii dzieci i młodzieży

W 2019 r. wprowadzono reformę systemu ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, mającą na celu stworzenie nowego modelu opieki zdrowotnej opartego na trzech poziomach referencyjnych. Reforma ta, mająca na celu poprawę dostępu do opieki psychicznej i psychiatrycznej, zakłada wprowadzenie trzech poziomów referencyjności[142]:

- I poziom referencyjny: poradnie psychologiczne dla dzieci i młodzieży, odpowiedzialne są za świadczenie usług psychologicznych, psychoterapeutycznych i terapeutycznych. Placówki te, zatrudniające specjalistów, takich jak psycholodzy, psychoterapeuci oraz terapeuci środowiskowi, mają za zadanie otoczyć pacjenta specjalistyczną opieką blisko miejsca zamieszkania, umożliwiając świadczenia środowiskowe (m.in. we współpracy ze środowiskiem szkolnym);
- II poziom referencyjny: CZP dla dzieci i młodzieży, dysponujące poradnią zdrowia psychicznego dla dzieci lub poradnią zdrowia psychicznego dla dzieci i oddziałem

[140] Załącznik nr 1a Minimalny skład personelu dla centrum na 100 tys. populacji, bez personelu oddziału stacjonarnego.

[141] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 października 2024 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (Dz. U. poz. 1503).

[142] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 11 października 2022 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (Dz. U. poz. 2184).

dziennym psychiatrycznym rehabilitacyjnym dla dzieci, zatrudniające lekarza specjalistę psychiatrę lub lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży, udzielające pomocy pacjentom wymagającym opieki medycznej.

– III poziom referencyjny: Ośrodki najwyższego III stopnia referencyjnego oparte są na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci oraz powinny dysponować CZP dla dzieci i młodzieży - II poziom referencyjny, punktem przyjęć lub izbą przyjęć dla dzieci lub SOR dla dzieci.

Celem reformy jest zapewnienie dzieciom i młodzieży dostępu do opieki psychiatrycznej i psychologicznej, ograniczenie możliwych do uniknięcia hospitalizacji i przeciwdziałanie nadmiernemu obciążeniu stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych poprzez zapewnienie opieki w placówkach na niższych poziomach referencyjnych oraz wyrównanie różnic w dostępie do opieki psychiatrycznej między regionami.

Obecnie w całym kraju funkcjonuje 498 ośrodków/ zespołów I poziomu referencyjnego, 85 CZP dla dzieci i młodzieży (poradnie zdrowia psychicznego dla dzieci) - II poziom referencyjny, 93 CZP dla dzieci i młodzieży (poradnie zdrowia psychicznego + oddział dzienny) - II poziom referencyjny oraz 35 ośrodków wysokospecjalistycznych całodobowej opieki psychiatrycznej III poziomu referencyjnego, dysponujących 37 oddziałami psychiatrycznymi dla dzieci. Poza systemem referencyjnym funkcjonuje dodatkowo 50 poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, 9 oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci oraz 3 oddziały psychiatryczne dla dzieci (dane wg stanu na maj 2025 r.)

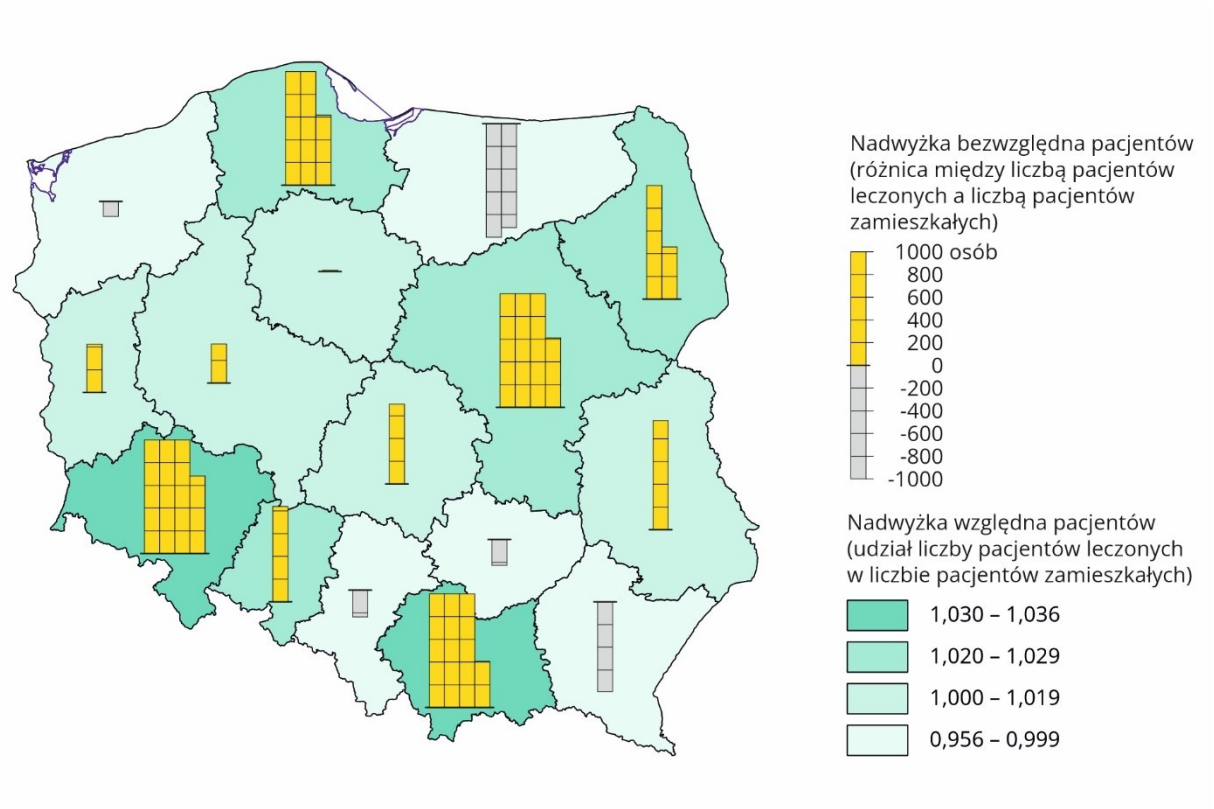
7.1. Analiza opieki psychiatrycznej osób dorosłych

Charakterystyka pacjentów

W 2023 r. z usług w zakresie opieki psychiatrycznej, leczenia uzależnień oraz świadczeń realizowanych przez CZP skorzystało około 1,6 mln dorosłych pacjentów. Wśród nich istotny odsetek (ok. 32%)stanowili seniorzy powyżej 60. r.ż., co odzwierciedla rosnącą potrzebę dostosowania systemu opieki psychiatrycznej do wyzwań związanych ze starzejącym się społeczeństwem. Kobiety stanowiły blisko 59% ogółu pacjentów, przy czym w starszych grupach wiekowych ich udział był jeszcze wyższy (66,5%).

W ujęciu terytorialnym, dominującą grupę korzystających z opieki psychiatrycznej stanowili mieszkańcy miast (67,1%), przy czym 33% pacjentów mieszkało w dużych ośrodkach miejskich, a 32% – na terenach wiejskich. Odsetek korzystających w odniesieniu do liczby ludności dorosłej był wyraźnie wyższy w miastach (5,8%) niż na wsi (4,3%), co może świadczyć zarówno o nierównej dostępności, jak i zróżnicowanej strukturze potrzeb zdrowotnych oraz barierach w dostępie do świadczeń w środowiskach mniej zurbanizowanych.

Rysunek 119. Migracje pacjentów dorosłych w zakresie korzystania z opieki psychiatrycznej w 2023 r.

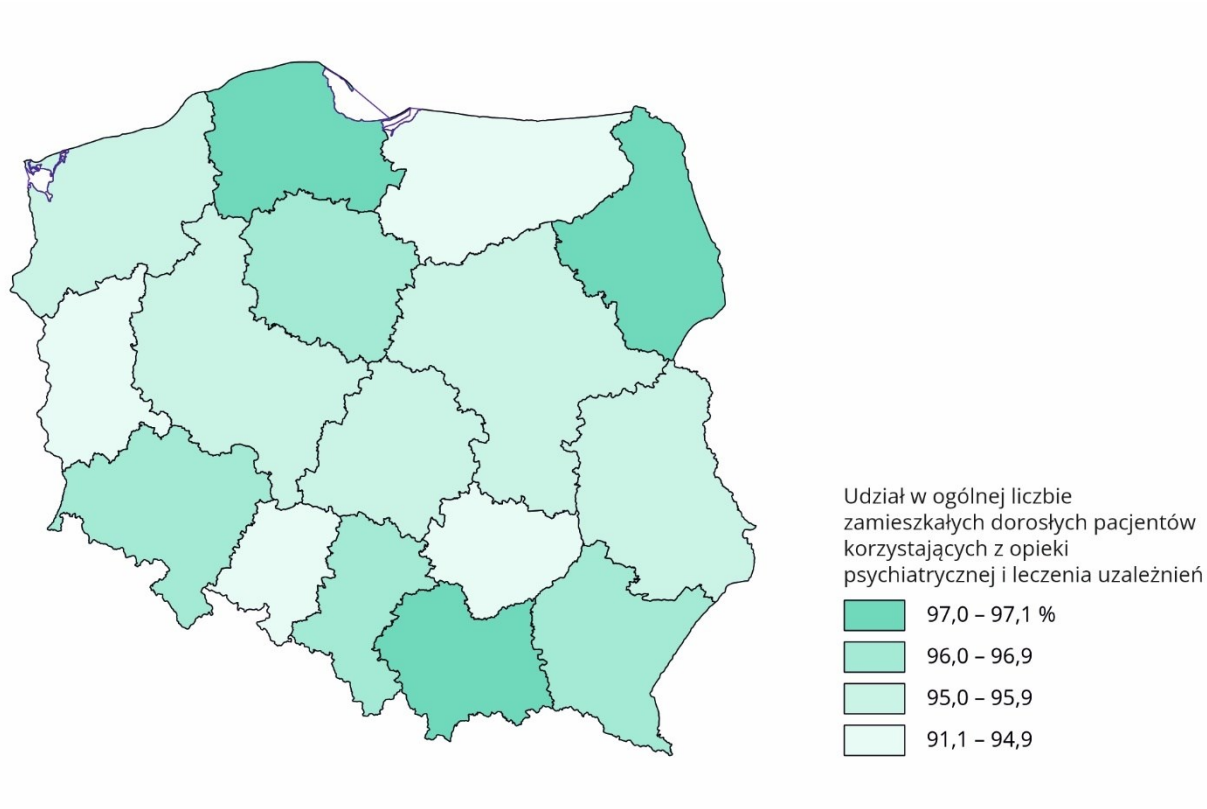


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2023 r. największy odsetek pacjentów opuszczających województwo zamieszkania w celu leczenia psychiatrycznego odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim –8,7% pacjentów nie korzystało tam ze świadczeń na terenie własnego województwa. Jednocześnie region ten cechował się najniższym saldem migracyjnym – zarówno w ujęciu bezwzględnym (ujemne saldo wynoszące 1 617 pacjentów), jak i względnym (wskaźnik 0,97), co wskazuje na istotny odpływ pacjentów do innych województw i ograniczoną atrakcyjność lokalnej oferty świadczeń psychiatrycznych.

Z kolei województwo podkarpackie wyróżniało się relatywnie wysokim poziomem samowystarczalności – aż 96,05% pacjentów korzystało z usług psychiatrycznych na terenie własnego województwa, a odsetek osób spoza regionu podejmujących leczenie w tym obszarze był najniższy w kraju (3,43%). Nadwyżka względna zbliżona do jedności (0,995) wskazuje na zrównoważony bilans migracji medycznej, co może świadczyć o adekwatnej dostępności i zadowalającym poziomie lokalnej opieki psychiatrycznej.

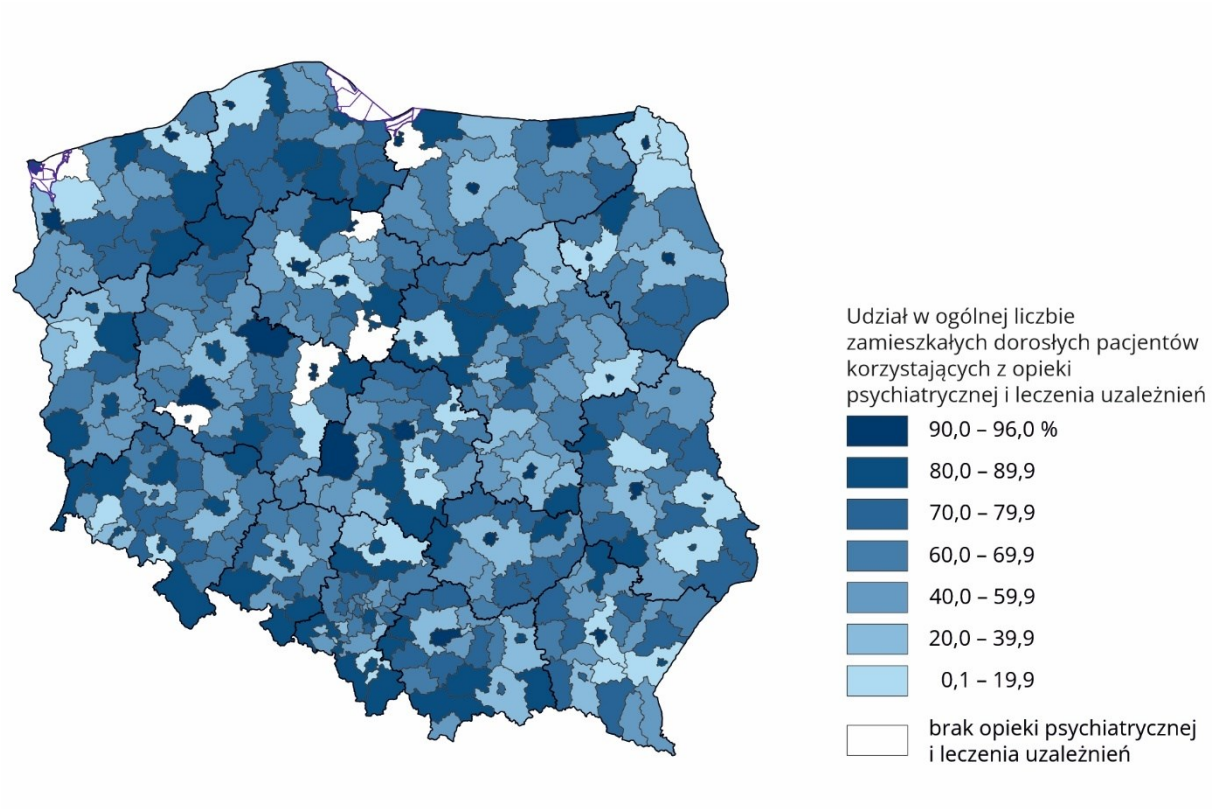
Rysunek 120. Pacjenci dorośli zamieszkali i korzystający ze świadczeń psychiatrycznych w tym samym województwie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2023 r. województwo opolskie wyróżniało się najwyższym odsetkiem pacjentów przyjezdnych – 10,55% wszystkich osób objętych leczeniem psychiatrycznym w regionie stanowili pacjenci spoza jego granic administracyjnych. Jednocześnie odnotowano tam najwyższą nadwyżkę względną, co oznacza, że w relacji do liczby mieszkańców województwa, udział pacjentów przybywających z zewnątrz był największy w kraju. Z kolei największa nadwyżka bezwzględna liczby pacjentów miała miejsce w województwie mazowieckim, gdzie różnica pomiędzy liczbą pacjentów spoza województwa a liczbą mieszkańców migrujących na leczenie do innych regionów wyniosła 4 826 osób.

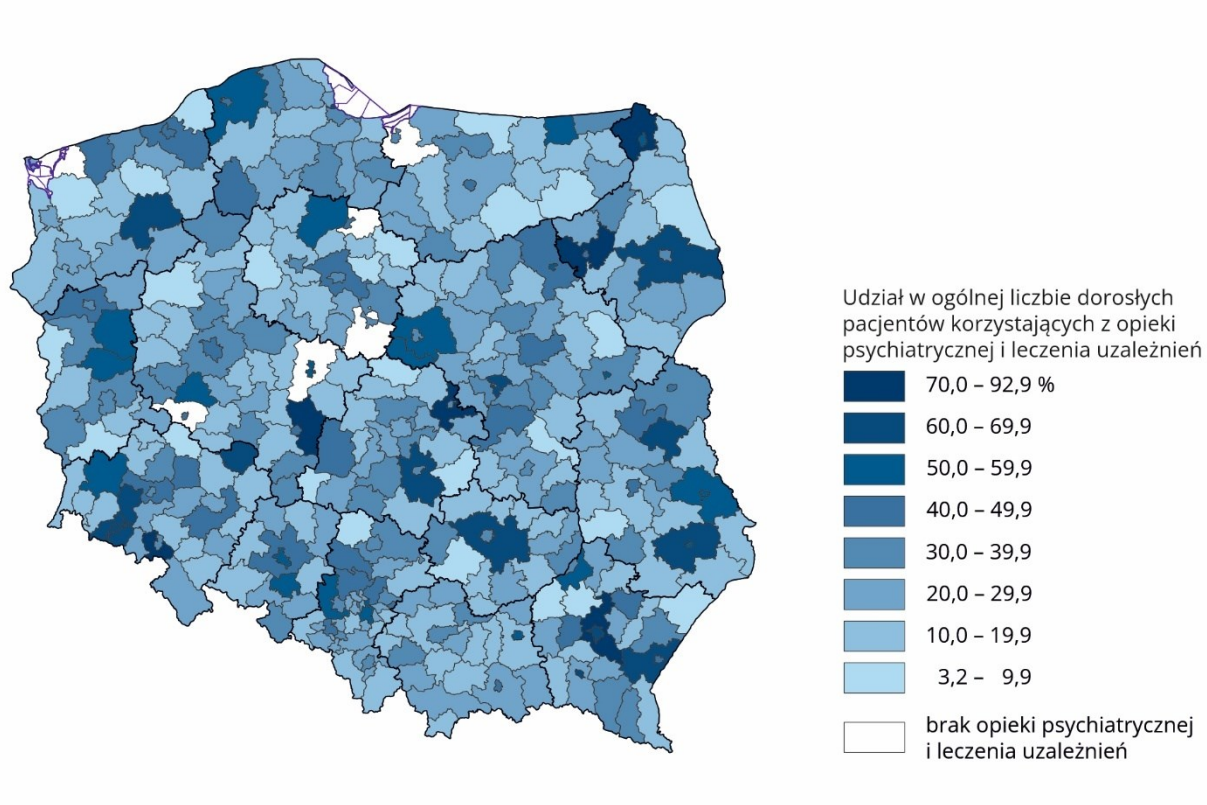
Rysunek 121. Pacjenci dorośli zamieszkali i korzystający ze świadczeń psychiatrycznych w tym samym powiecie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza danych na poziomie powiatów wykazuje, że najwyższy odsetek pacjentów korzystających z leczenia w miejscu zamieszkania występował w większych miastach, gdzie dostępność do świadczeń była wyższa. Natomiast w powiatach położonych na obrzeżach dużych aglomeracji odnotowano niższy procent pacjentów leczących się w swoim regionie. W tych obszarach zauważalna była wysoka liczba pacjentów korzystających z opieki zdrowotnej poza miejscem zamieszkania, co sugeruje, że wiele osób migrowało do pobliskich miast w poszukiwaniu odpowiednich usług medycznych. Pomimo tego zjawiska, nie oznacza to, że w powiatach peryferyjnych nie ma dostępu do żadnej formy opieki. W rzeczywistości w wielu z tych regionów odnotowano wysoki procent pacjentów przyjezdnych, korzystających z lokalnych świadczeń medycznych.

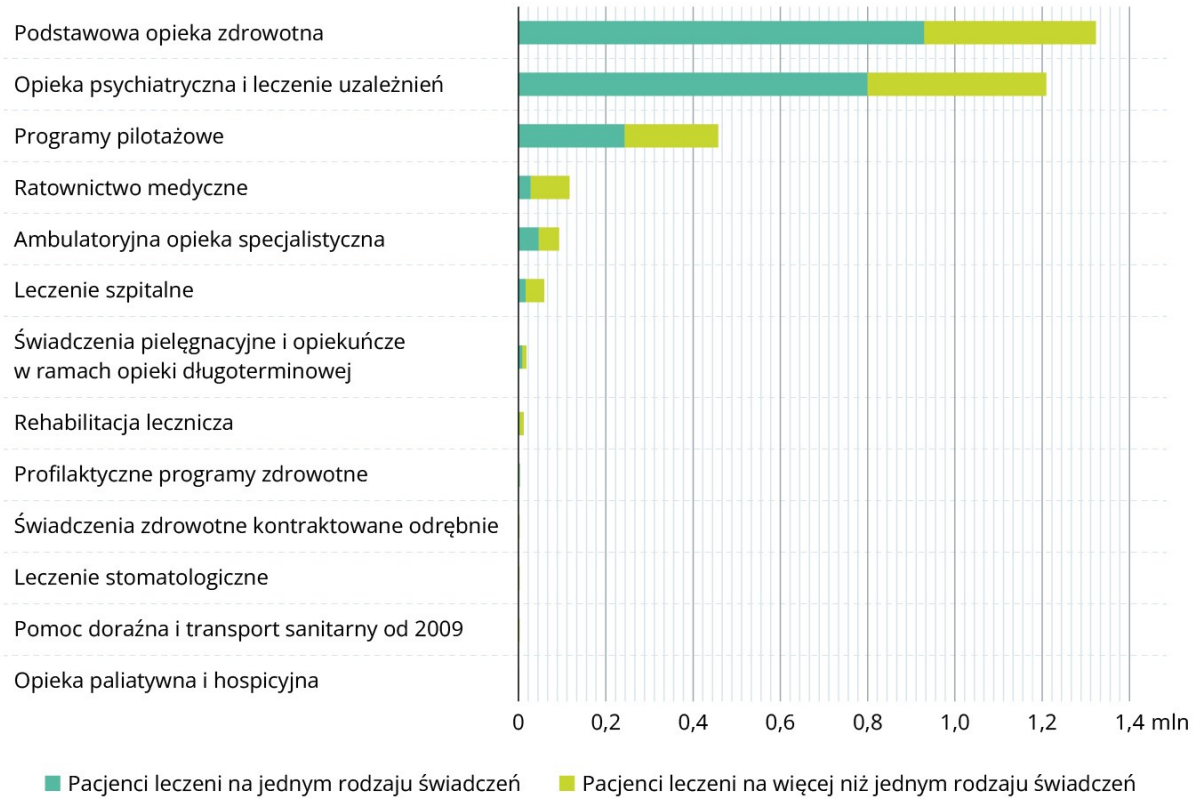
Rysunek 122. Pacjenci dorośli spoza powiatu korzystający ze świadczeń psychiatrycznych w danym powiecie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2023 r. blisko 944,7 tys. osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym w NFZ, mimo postawienia rozpoznania zaburzeń psychicznych, korzystało wyłącznie ze świadczeń udzielanych w POZ, bez kontaktu z opieką specjalistyczną. Zjawisko to może wskazywać na ograniczony dostęp do świadczeń psychiatrycznych, niewystarczające rozpoznawanie potrzeby leczenia specjalistycznego lub też brak odpowiedniego kierowania pacjentów przez lekarzy POZ.

Rysunek 123. Liczba pacjentów według rodzaju świadczeń zdrowotnych w 2023 r. (wyłącznie świadczenia z rozpoznaniem ICD-10 głównym w zakresie F00-F99)



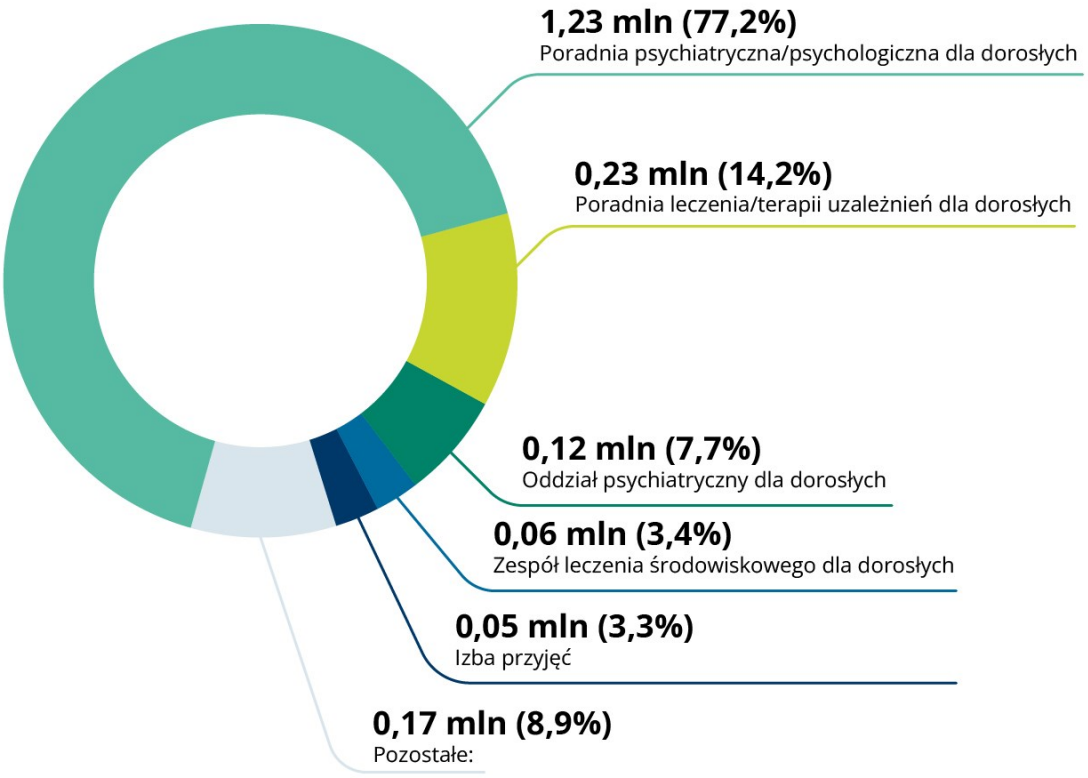
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Świadczenia zdrowotne w opiece psychiatrycznej oraz CZP

W 2023 r. pacjentom powyżej 18. r.ż. udzielono łącznie 10,16 mln porad, przy 12,42 mln osobodni w opiece stacjonarnej oraz dziennej w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień oraz CZP.

Porównując wszystkie formy opieki dostępne w ramach opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, najwięcej pacjentów dorosłych (1,23 mln, czyli 77% pacjentów, z których część korzystała z więcej niż jednej formy leczenia) korzystała z poradni psychiatrycznej/psychologicznej dla dorosłych. Na drugim miejscu znalazły się poradnie leczenia/terapii uzależnień dla dorosłych (227,6 tys. pacjentów), a na trzecim oddział psychiatryczny dla dorosłych (122,8 tys. pacjentów).

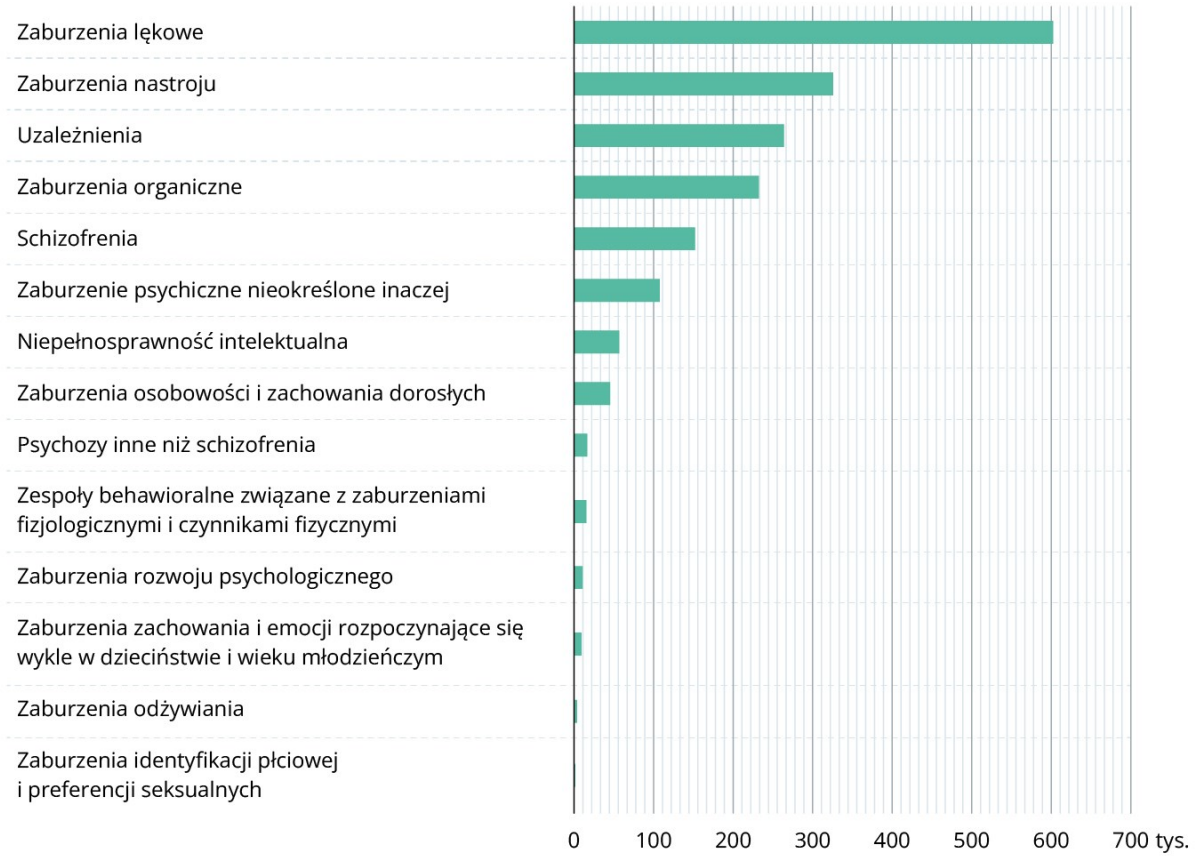
Rysunek 124. Liczba pacjentów według form leczenia w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. najczęściej rozpoznawaną kategorią schorzeń psychicznych były zaburzenia lękowe, które dotyczyły 601,4 tys. pacjentów, co stanowiło 37,6% wszystkich objętych opieką z powodu zaburzeń psychicznych. Warto podkreślić, że jedna osoba mogła w ciągu roku uzyskać więcej niż jedno rozpoznanie, co wpływa na strukturę danych. Istotny odsetek stanowili również pacjenci z zaburzeniami nastroju (325,4 tys.), uzależnieniami (263,6 tys.) oraz zaburzeniami o podłożu organicznym (232 tys.).

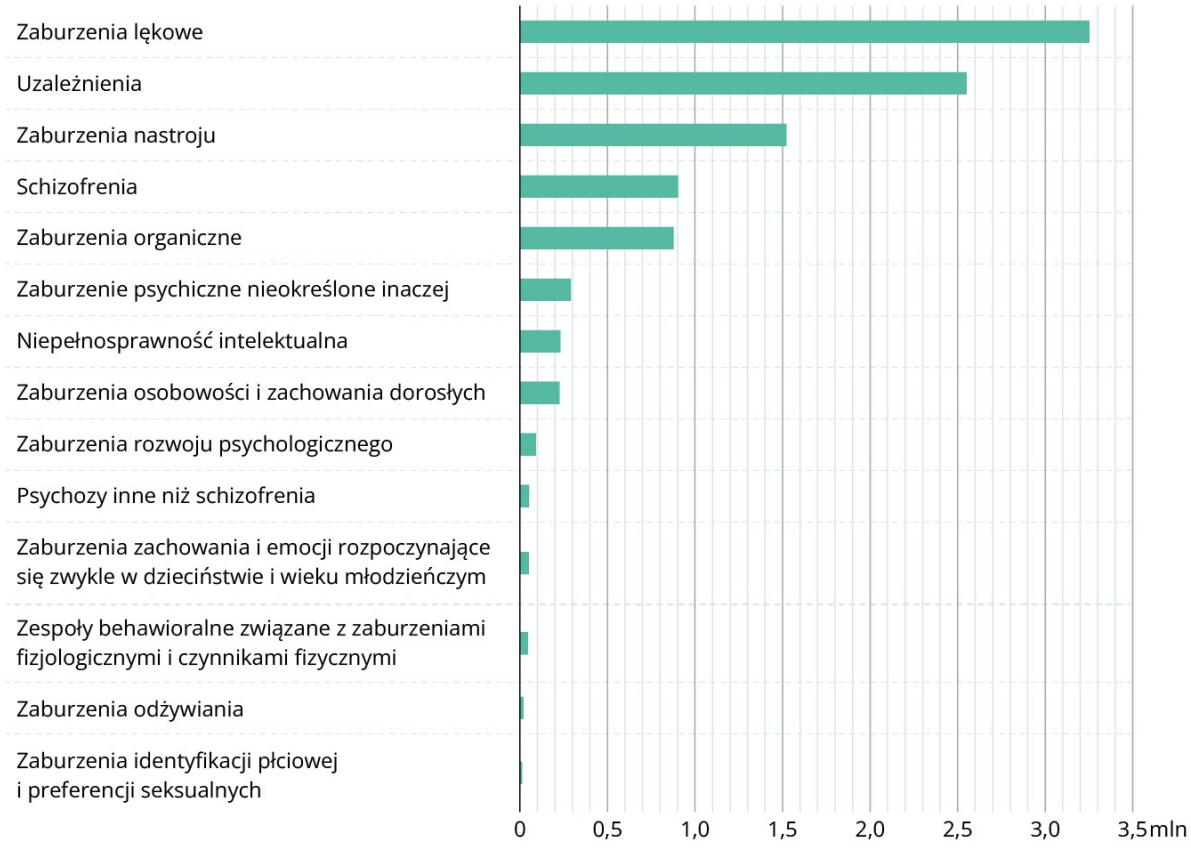
Rysunek 125. Liczba pacjentów według rodzajów zaburzeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. najwięcej porad w systemie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień udzielono pacjentom z rozpoznaniem zaburzeń lękowych – łączna liczba tych świadczeń wyniosła 3,26 mln. Na drugim miejscu znalazły się poradnie leczenia uzależnień, w ramach których zrealizowano 2,56 mln porad.

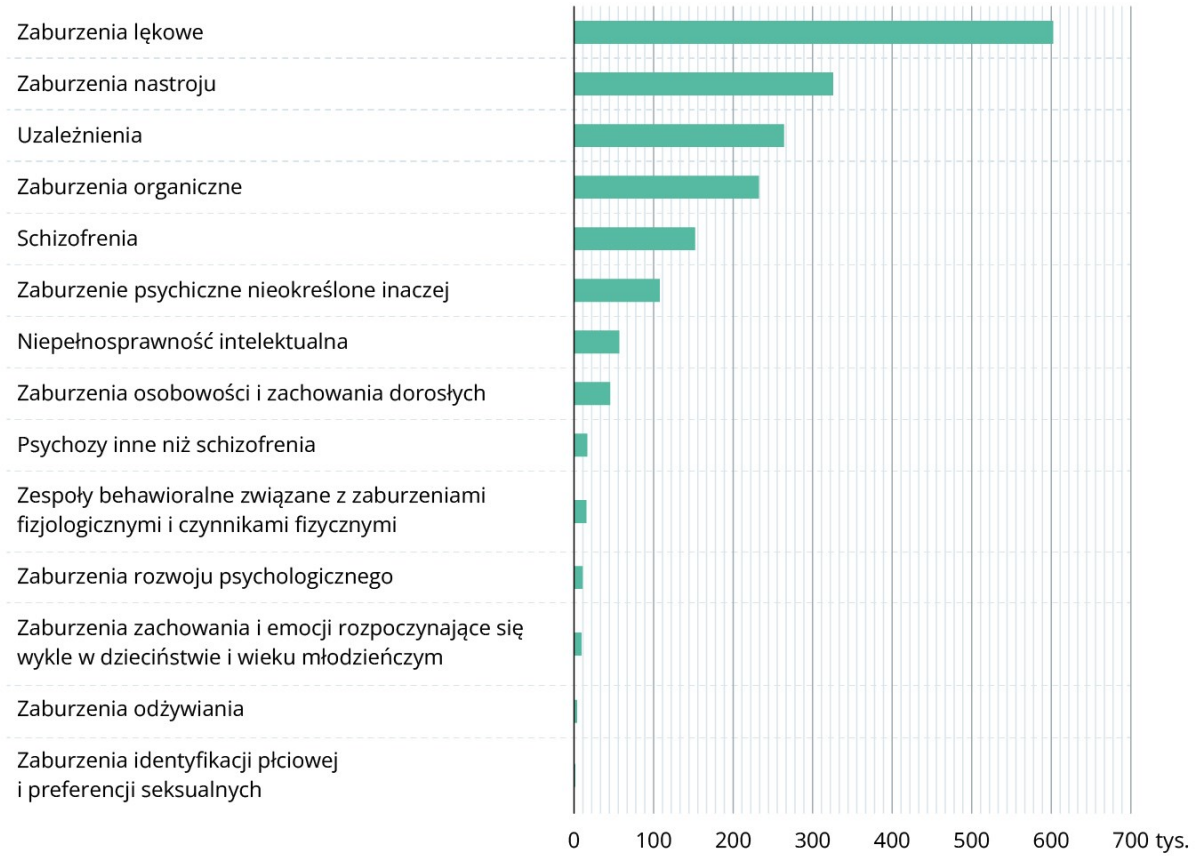
Rysunek 126. Liczba porad według rodzajów zaburzeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Pomimo że schizofrenia zajmowała piątą pozycję pod względem liczby pacjentów (163,5 tys.), odpowiadała za najwyższą liczbę osobodni w opiece stacjonarnej i dziennej – 3,53 mln, co wskazuje na istotne obciążenie systemu z uwagi na konieczność długoterminowego leczenia, w tym hospitalizacji i opieki dziennej. Pod względem osobodni najwyższy wynik zanotowano w przypadku uzależnień (3,59 mln), co odzwierciedla zarówno dużą liczbę pacjentów, jak i intensywność oraz długość terapii. Zaburzenia lękowe, mimo że były najczęstszym rozpoznaniem, skutkowały stosunkowo niewielką liczbą osobodni (870,4 tys.), co sugeruje, że leczenie tych zaburzeń odbywało się głównie w trybie ambulatoryjnym, bez konieczności długotrwałej hospitalizacji.

Rysunek 127. Liczba osobodni według rodzajów zaburzeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Struktura rozpoznań pacjentów korzystających ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w 2023 r. wykazywała wyraźne zróżnicowanie w zależności od typu placówki i formy udzielanych świadczeń.

W oddziałach stacjonarnych dla dorosłych dominowały rozpoznania związane z uzależnieniami oraz schizofrenią, natomiast w izbach przyjęć najczęściej diagnozowano uzależnienia i zaburzenia lękowe. Zakłady i oddziały opieki długoterminowej koncentrowały się głównie na pacjentach z zaburzeniami organicznymi i przewlekle chorych ze schizofrenią. Struktura pacjentów korzystających z poradni psychiatrycznych/psychologicznych dla dorosłych jest podobna do ogólnej struktury rozpoznań, z wyłączeniem uzależnień, które są w głównej mierze leczone w poradniach dla nich przeznaczonych.

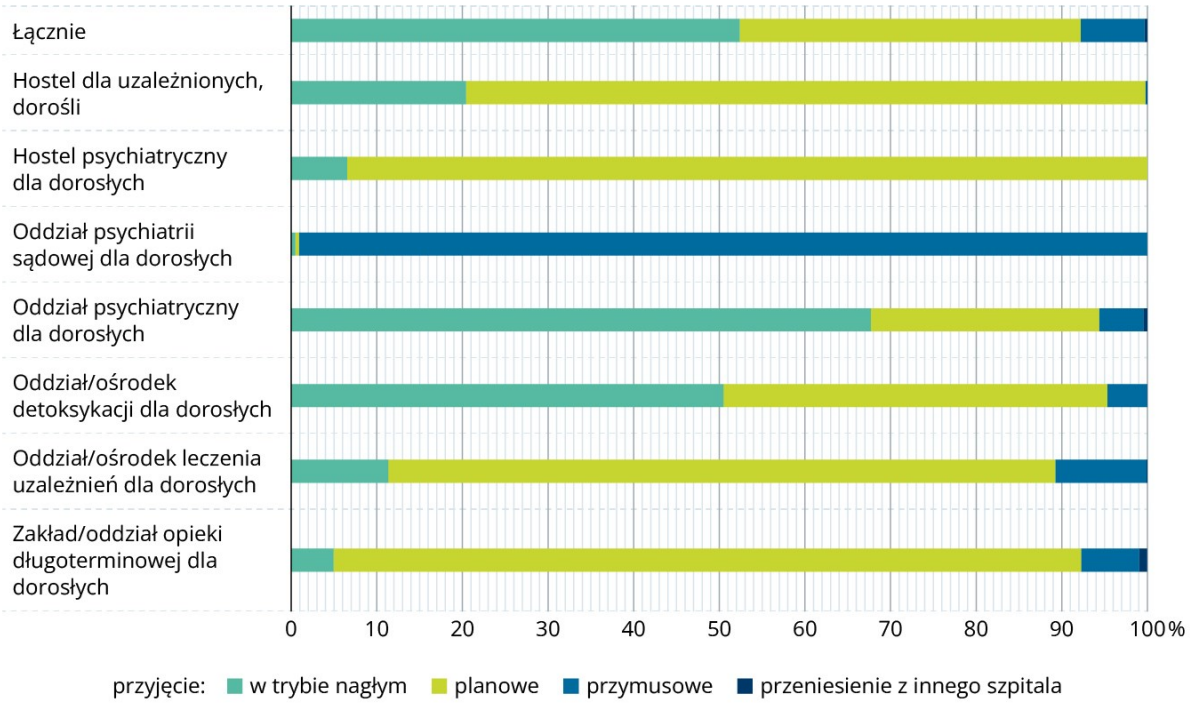
W analizie struktury przyjęć pacjentów powyżej 18. r.ż. do stacjonarnych oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych wykazano, że ponad połowa hospitalizacji (52,4%) odbywała się w trybie nagłym, z czego jedna czwarta to przypadki przekazane przez ZRM. Szczególnie wysoki odsetek takich przyjęć odnotowano w oddziałach psychiatrycznych, gdzie sięgnął on 67,7%, co może świadczyć o znacznym udziale przypadków wymagających natychmiastowej interwencji. Z kolei najwyższy udział hospitalizacji planowych wystąpił w jednostkach oferujących wsparcie w modelu hostelowym (93,5%) oraz w placówkach opieki długoterminowej (87,3%).

W kontekście trybów zakończenia leczenia, prawie połowa hospitalizacji kończy się skierowaniem do dalszego leczenia w trybie ambulatoryjnym (48%). Najczęściej takim wypisem kończą się pobyty na stacjonarnych oddziałach psychiatrycznych (około 60%) oraz oddziałach i ośrodkach detoksykacji (39%).

Największy odsetek wypisów ze statusem „zakończenie procesu leczenia" odnotowano w hostelach dla osób uzależnionych (55,2%) oraz w hostelach psychiatrycznych (49,1%), co może odzwierciedlać intensywny charakter terapii i stosunkowo krótszy czas pobytu.

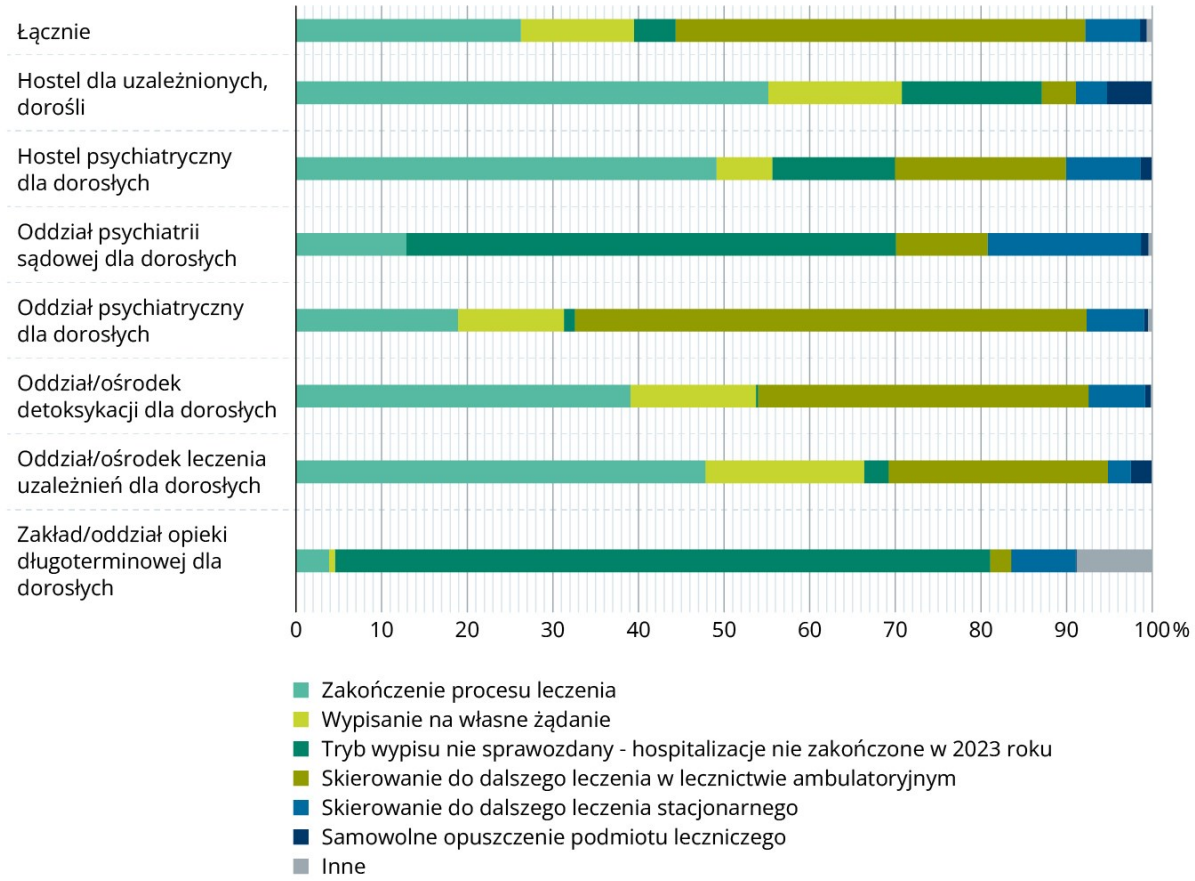
Warto zaznaczyć, że struktura trybów przyjęć i wypisów wykazuje istotne zróżnicowanie regionalne. Na przykład w województwie podkarpackim odsetek przyjęć w trybie nagłym wynosił jedynie 36,2%, podczas gdy w województwie łódzkim przekraczał 70% (72,6%), co może wskazywać na odmienne potrzeby zdrowotne populacji, dostępność usług lub organizację systemu opieki psychiatrycznej w poszczególnych regionach.

Rysunek 128. Procentowy udział hospitalizacji według trybu przyjęcia w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Rysunek 129. Procentowy udział hospitalizacji według trybu wypisu w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W analizowanych poradniach psychiatrycznych oraz psychologicznych dla dorosłych zdecydowaną większość świadczeń stanowiły porady lekarskie, które odpowiadały za 61,4% wszystkich udzielonych konsultacji (50% stanowiły porady stacjonarne, natomiast 11% stanowiły teleporady). Porady psychologiczne stanowiły 18% całości świadczeń, z czego 2% dotyczyły teleporad. Z kolei psychoterapia indywidualna stanowiła 17% wszystkich udzielonych świadczeń w tych poradniach.

W zakresie leczenia uzależnień, łączna liczba pacjentów, którzy skorzystali z odpowiednich usług, wyniosła 269,6 tys. osób. Łączna liczba osobodni w ośrodkach stacjonarnych i dziennych wyniosła 2,98 mln, natomiast liczba porad wyniosła 3,06 mln.

Zdecydowaną większość pacjentów stanowili mężczyźni, podczas gdy kobiety stanowiły jedynie 37,5% ogólnej liczby osób korzystających z tych świadczeń. Kobiety w szczególności korzystały z poradni leczenia uzależnień (41,7% wszystkich pacjentów), a w oddziałach i ośrodkach leczenia uzależnień stanowiły 18%, podczas gdy w ośrodkach detoksykacji stanowiły 12,9%.

Najliczniejszą grupą zaburzeń pod względem liczby pacjentów były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane nadużywaniem alkoholu (192,3 tys. pacjentów), na drugim miejscu znalazły się zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem wielu narkotyków i innych substancji psychoaktywnych (51,2 tys. pacjentów).

Najwięcej porad realizowanych było w poradniach zajmujących się leczeniem uzależnienia od alkoholu, gdzie odnotowano 46,1% ogólnej liczby udzielonych porad. W poradniach ogólnych leczenia uzależnień najczęściej diagnozowano zaburzenia związane z nadużywaniem alkoholu (43,4% przypadków). Ponadto, w placówkach leczenia uzależnień diagnozowano także zaburzenia psychiczne spoza grupy uzależnień, w szczególności w poradniach, gdzie istotną grupę rozpoznań stanowiły reakcje na ciężki stres oraz zaburzenia adaptacyjne, które stanowiły 16,5% wszystkich porad udzielonych w tych placówkach.

Rysunek 130. Liczba porad zrealizowanych w poradniach w podziale na zaburzenia w 2023 r.



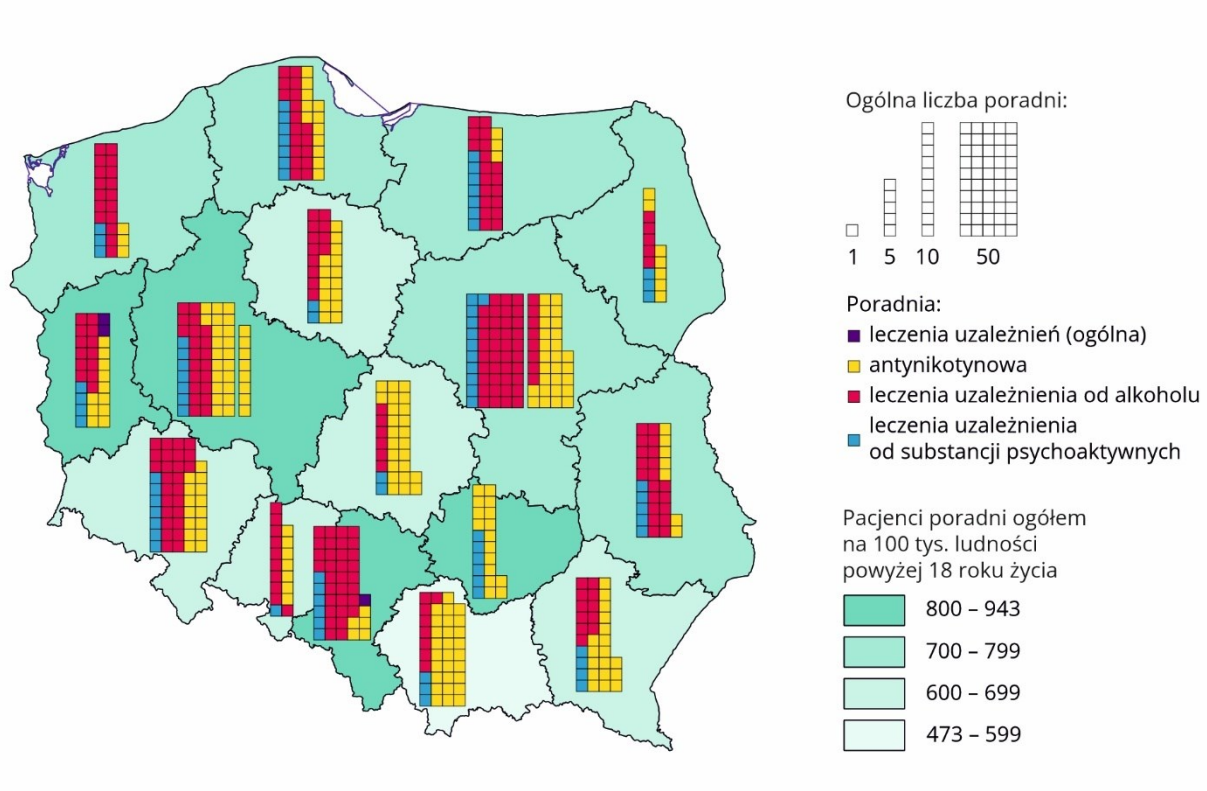
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W leczeniu uzależnień, podobnie jak w przypadku opieki psychiatrycznej, pacjenci najpowszechniej korzystali ze świadczeń w poradniach. Dostępne są różne typy poradni, w tym ogólne, antynikotynowe, uzależnienia od alkoholu oraz uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Mimo tego podziału, w wielu przypadkach w poradniach dedykowanych konkretnym rodzajom uzależnień udzielane są porady dotyczące innych form uzależnienia.

Przykładem może być poradnia uzależnienia od alkoholu, w której udzielono 91,5 tys. porad (6,5%) pacjentom z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych i zachowań związanych z naprzemiennym przyjmowaniem alkoholu i innych substancji psychoaktywnych (F10-F18).

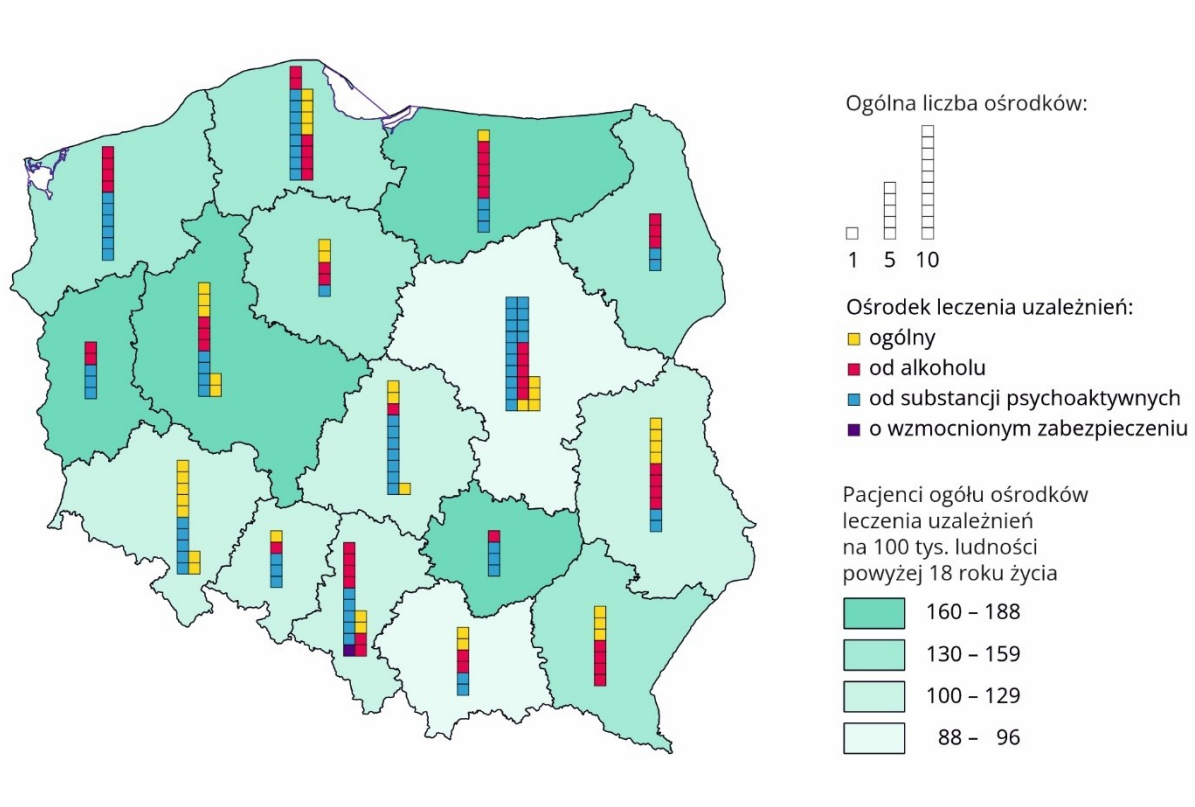
Podobne zjawisko występuje również w innych placówkach leczenia uzależnień, takich jak oddziały dzienne leczenia uzależnień, oddziały i ośrodki leczenia uzależnień, ośrodki detoksykacyjne oraz hostele. W tych placówkach, mimo iż zazwyczaj są one dedykowane pacjentom uzależnionym od alkoholu lub innych substancji psychoaktywnych, zdarza się, że pacjenci z rozpoznaniami innych uzależnień, np. od substancji psychoaktywnych, są leczeni w ośrodkach przeznaczonych do leczenia uzależnienia od alkoholu. Takie praktyki mogą wynikać z trudności w zapewnieniu odpowiedniego dostępu do specjalistycznych ośrodków oraz z ograniczonej dostępności miejsc w placówkach leczenia uzależnień.

Rysunek 131. Poradnie leczenia uzależnień dla dorosłych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

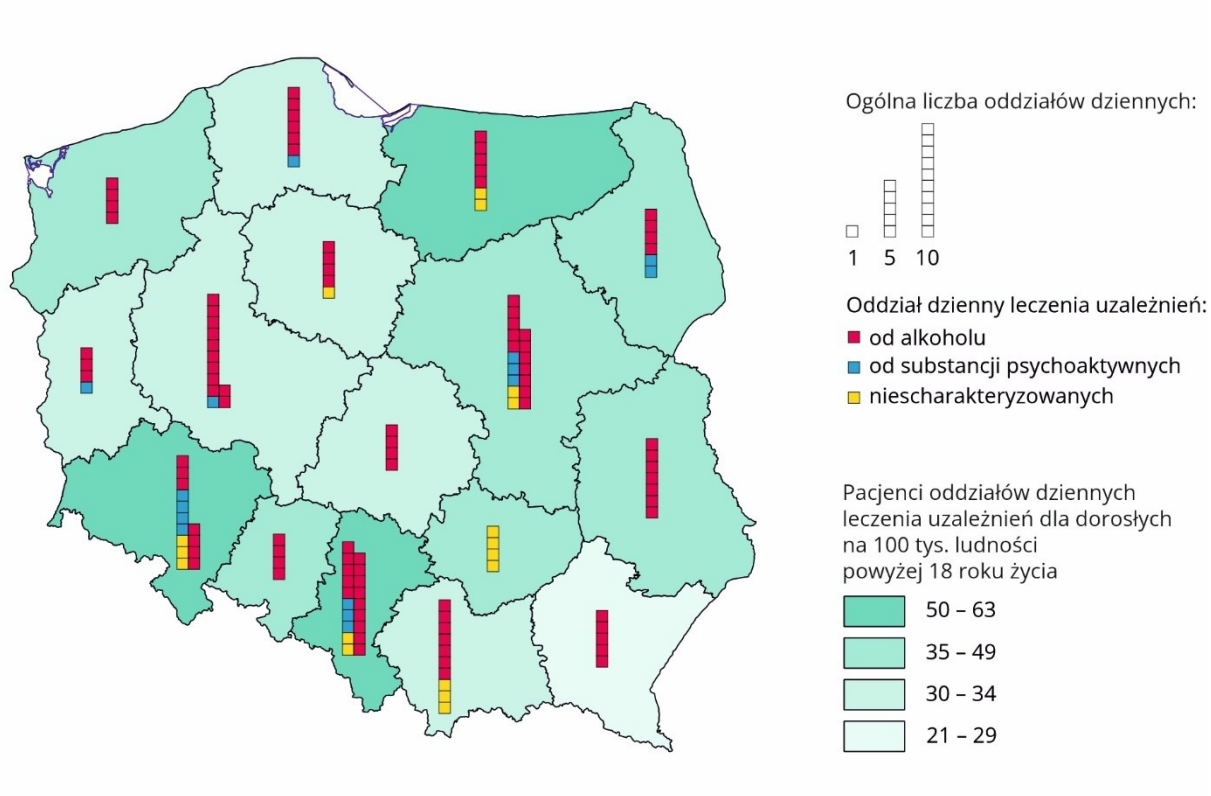
Rysunek 132. Ośrodki leczenia uzależnień dla dorosłych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Liczba pacjentów korzystających z określonych form leczenia w dużym stopniu zależy od odległości od miejsca zamieszkania, zwłaszcza w przypadku oddziałów dziennych. W gminach, w których oddziały dzienne znajdowały się w znacznej odległości, często obserwowano brak korzystania z tej formy opieki. Natomiast w odniesieniu do oddziałów oraz ośrodków leczenia uzależnień oraz ośrodków detoksykacyjnych, wpływ odległości na dostępność świadczeń wydaje się być znacznie mniejszy lub w ogóle nie występuje. Może to wynikać z faktu, że tego typu placówki są często bardziej zróżnicowane pod względem dostępności oraz oferują różne opcje leczenia, co pozwala pacjentom na korzystanie z nich niezależnie od miejsca zamieszkania.

Rysunek 133. Oddziały dzienne leczenia uzależnień dla dorosłych w 2023 r.



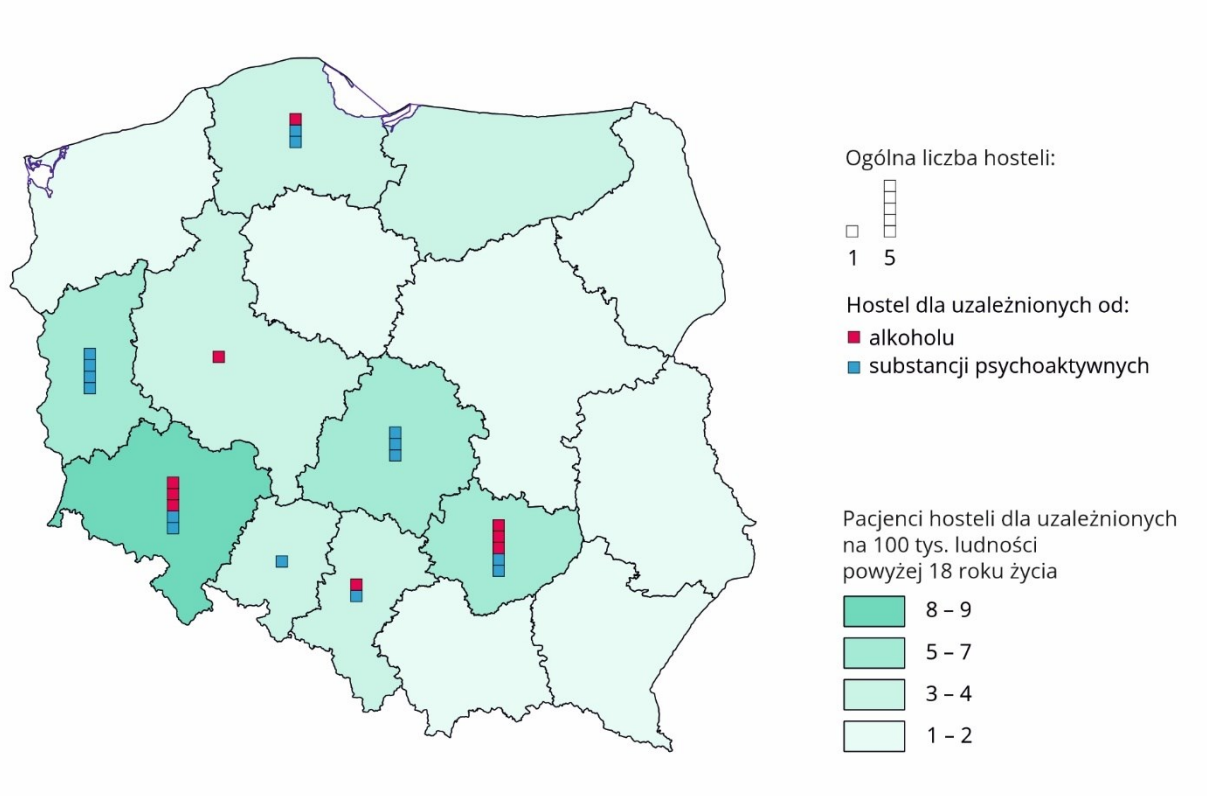
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Jednym z kluczowych etapów kompleksowego leczenia osób uzależnionych od alkoholu i substancji psychoaktywnych jest zapewnienie im ciągłości wsparcia po zakończeniu terapii podstawowej. Elementem tego etapu są specjalistyczne hostele[143], które pełnią funkcję środowiskowego zabezpieczenia. Placówki te umożliwiają stopniowy powrót do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie, jednocześnie zapewniając nadzór terapeutyczny i motywujące środowisko, sprzyjające utrzymaniu abstynencji.

Pomimo ich istotnej roli w procesie zdrowienia i readaptacji społecznej, hostele terapeutyczne pozostają jedną z najbardziej deficytowych form wsparcia w polskim systemie leczenia uzależnień. W wielu regionach kraju występuje całkowity brak tego typu placówek – dotyczy to m.in. województw: kujawsko-pomorskiego, lubelskiego, małopolskiego, mazowieckiego, podkarpackiego, podlaskiego, warmińsko-mazurskiego oraz zachodniopomorskiego. Oznacza to, że znaczna część osób kończących terapię nie ma dostępu do kontynuacji wsparcia w formie bezpiecznego, kontrolowanego środowiska pobytu, co znacząco ogranicza skuteczność całego procesu terapeutycznego.

[143] VIII część kodu resortowego: 2724 oraz 2726.

Rysunek 134. Hostele dla uzależnionych dorosłych w 2023 r.



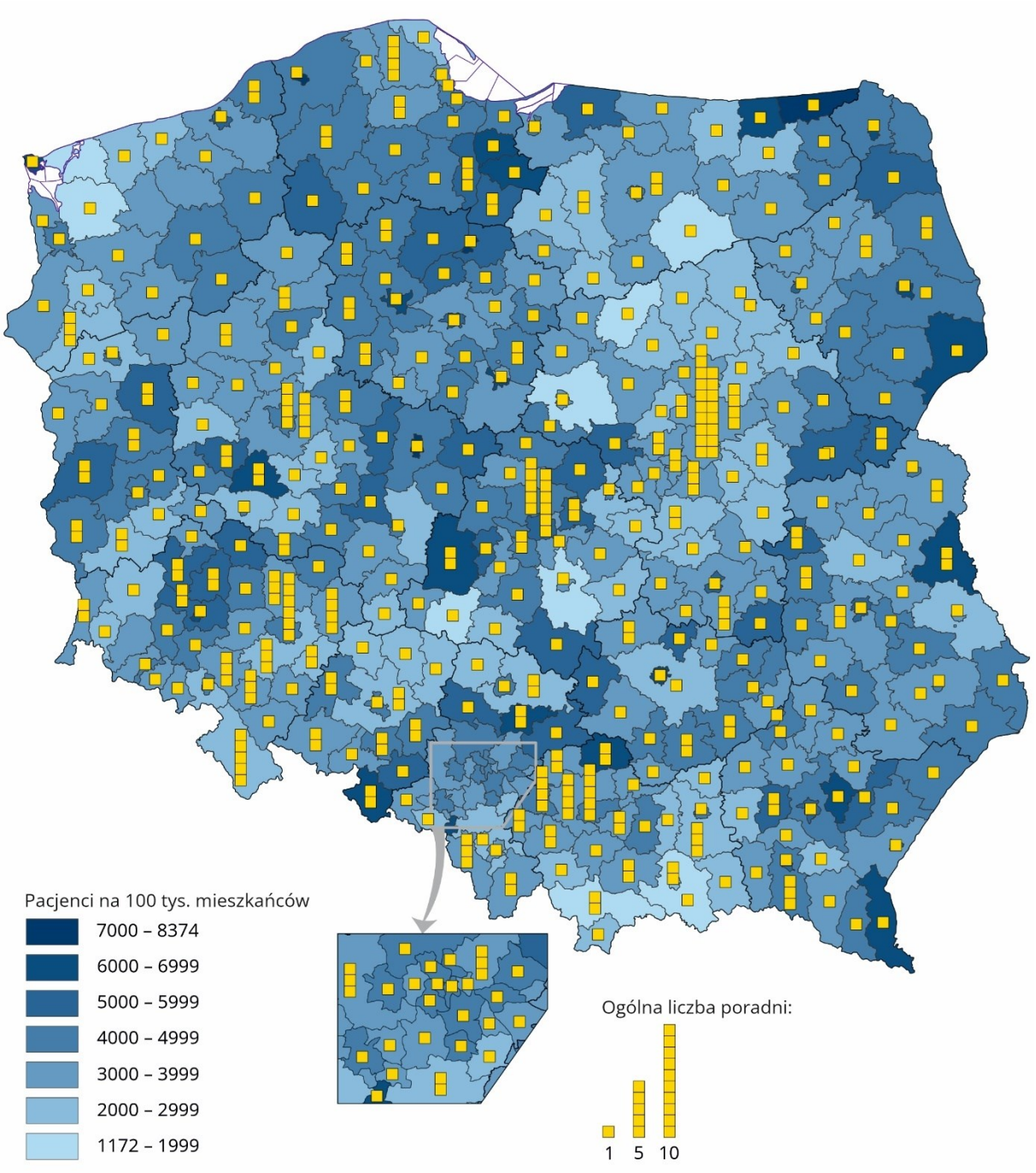
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Dostępność do świadczeń

Zakres dostępności różnych form leczenia uzależnień oraz opieki psychiatrycznej jest w znacznym stopniu zróżnicowany. Najliczniejszą formą są poradnie zdrowia psychicznego, z których korzystają pacjenci zamieszkujący niemal wszystkie gminy – ich zasięg obejmuje 99% terytorium kraju. Pacjenci korzystający z oddziałów dziennych zwykle zamieszkują regiony bliskie tym placówkom, co może ograniczać dostępność tej formy leczenia w bardziej oddalonych lokalizacjach.

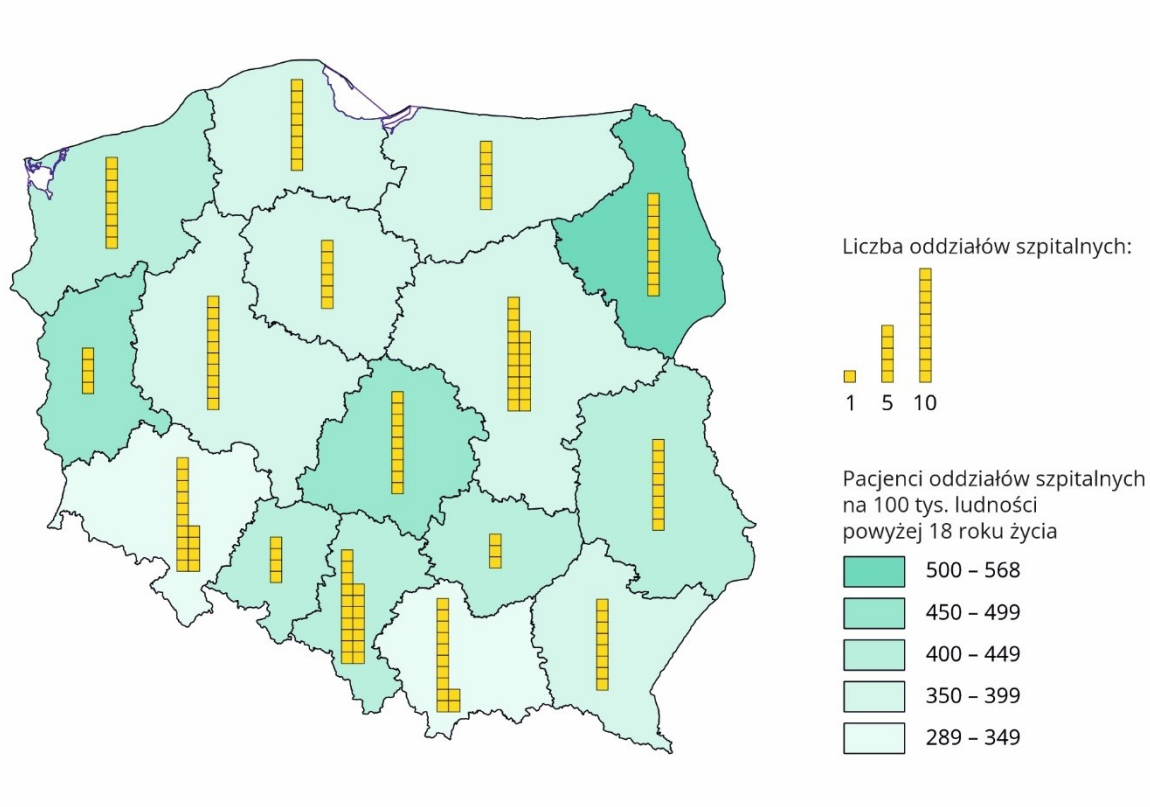
Podobna sytuacja ma miejsce w odniesieniu ZLŚ. Warto jednak zauważyć, że część świadczeń ZLŚ jest realizowana w miejscu zamieszkania pacjentów, co zwiększa dostępność tego typu usług. Mimo to, nadal około 20% obszaru kraju nie jest objęte tą formą opieki. Zarówno ZLŚ, jak i oddziały dzienne, oferują kompleksowe leczenie, które skutecznie zapobiega zaostrzeniom niektórych zaburzeń, takich jak schizofrenia, oraz znacząco obniża ryzyko hospitalizacji, wspierając pacjentów w długoterminowym procesie leczenia.

Rysunek 135. Poradnie zdrowia psychicznego dla dorosłych w 2023 r.



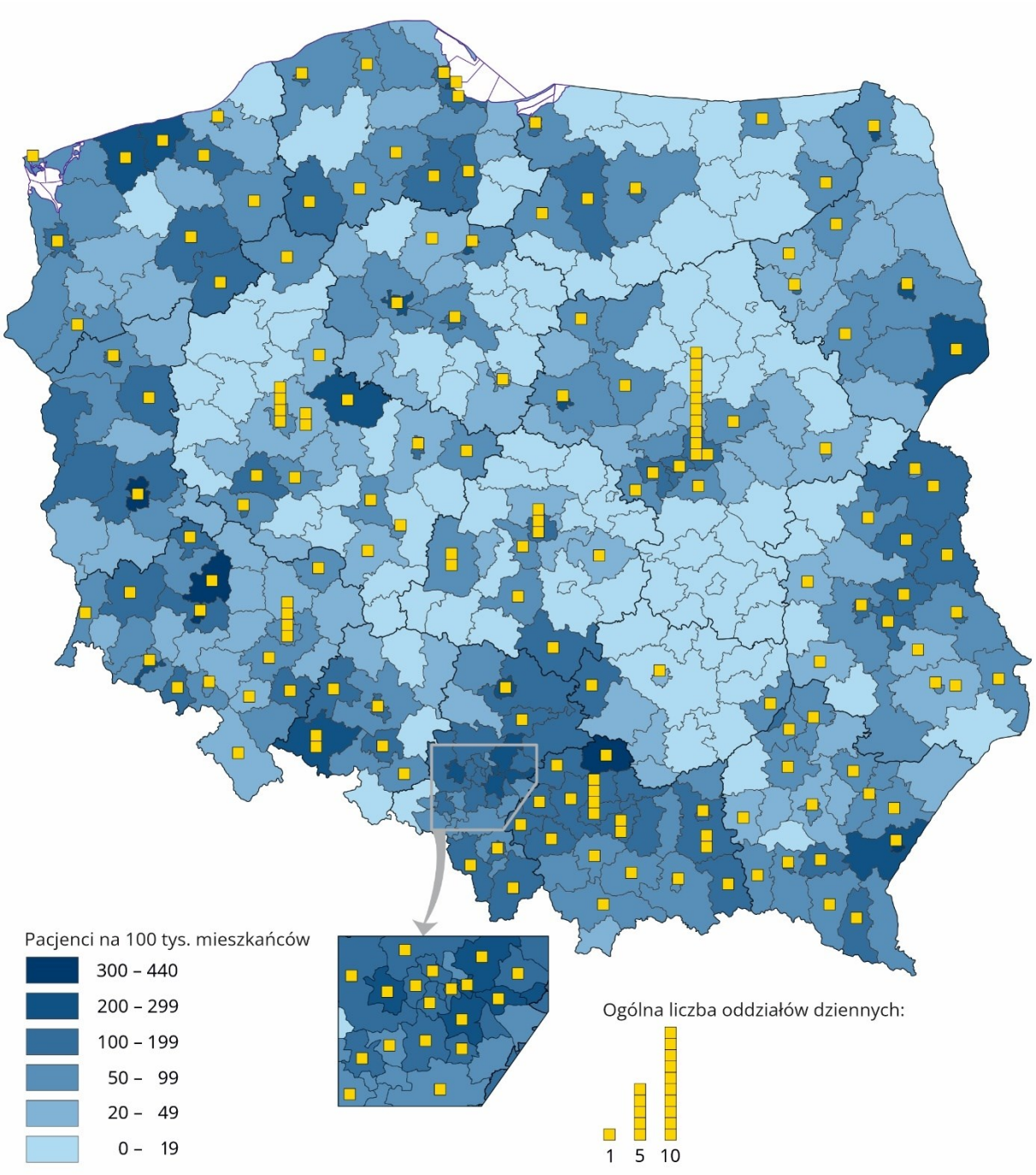
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 136. Oddziały szpitalne dla dorosłych w 2023 r.



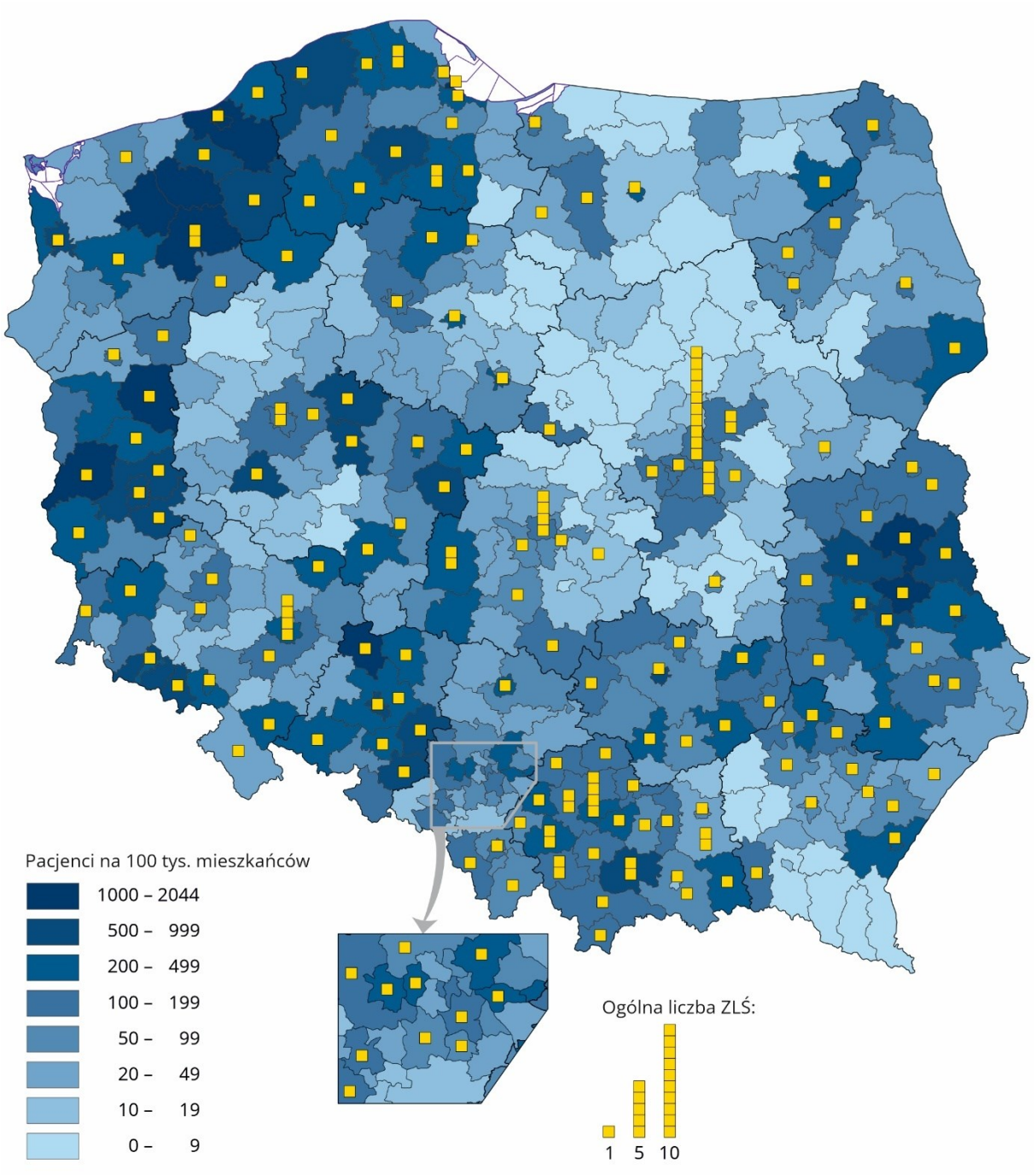
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 137. Oddziały dzienne dla dorosłych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 138. ZLŚ dla dorosłych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Zmiana proporcji między świadczeniami leczniczymi w szpitalach a usługami ambulatoryjnymi może zostać osiągnięta poprzez otwieranie nowych placówek w lokalizacjach dogodnych dla pacjentów. Środowiskowy, kompleksowy model leczenia, który wspiera proces zdrowienia oraz integrację społeczną, jest dostępny w różnym stopniu dla mieszkańców różnych regionów kraju.

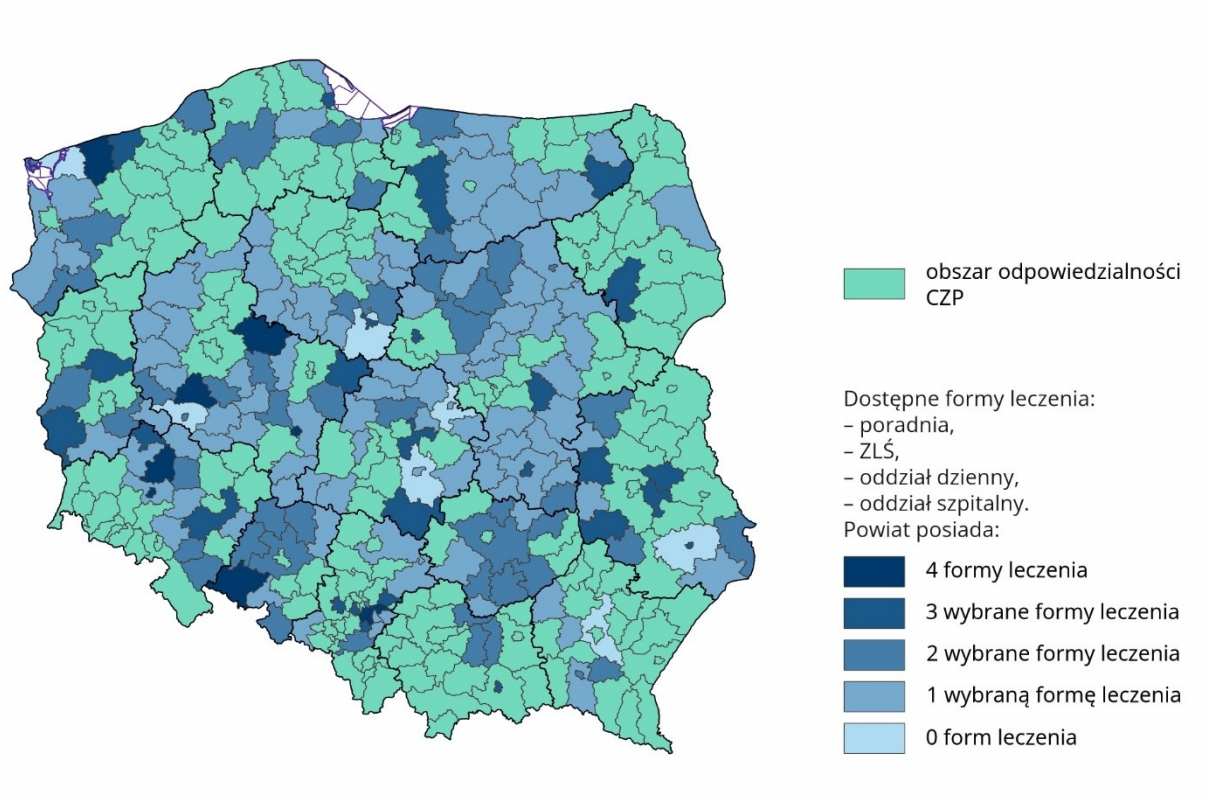
W 2023 r. w 300 gminach średnia odległość do miejsc, gdzie można było otrzymać opiekę psychiatryczną w wszystkich podstawowych formach (stacjonarnej, ambulatoryjnej, dziennej i środowiskowej), wynosiła ponad 30 km. Największe odległości, przekraczające 50 km, wystąpiły w gminach: Cedynia (województwo zachodniopomorskie), Lutowiska i Cisna (województwo podkarpackie) oraz Nowy Dwór (województwo podlaskie).

CZP

W CZP zwiększona dostępność do świadczeń umożliwia szybką, pozytywnie rokującą interwencję. Część świadczeń mogą realizować, poza lekarzami, inni specjaliści tacy jak psychologowie, psychoterapeuci czy terapeuci zajęciowi. Zindywidualizowane podejście do pacjenta zwiększa szansę na kontynuację leczenia przez pacjentów oraz stosowanie się do zaleceń. Bliskie pacjentom osoby mogą skorzystać z pomocy psychologicznej i psychoedukacji.

W przeciągu 6 lat trwania pilotażu CZP obszar jego działania objął 192 powiaty, a więc niemal dokładnie połowę RP. Program przewiduje utworzenie około 300 CZP, które swoimi obszarami odpowiedzialności obejmą teren całego kraju.

Rysunek 139. Obszary odpowiedzialności CZP oraz dostępne formy leczenia w ramach opieki psychiatrycznej dla dorosłych w 2023 r.

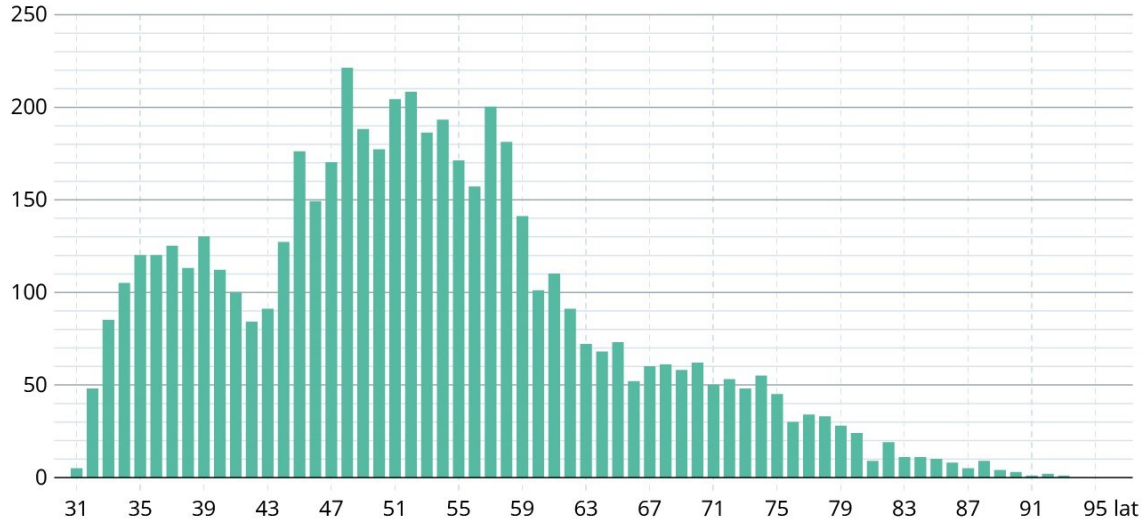


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

Lekarze specjaliści

Łączna liczba lekarzy ze specjalizacją z dziedziny psychiatrii w 2023 r. wyniosła 4 156 (64,34% kobiet). Średnia wieku lekarzy psychiatrów jest wysoka i wynosi 52,3 lata (średni wiek lekarzy w Polsce to 50,8 lat). Na terenie kraju występuje zróżnicowana liczba lekarzy na 100 tys. ludności pod względem województw (najwięcej jest w województwie mazowieckim – 17,4, a najmniej w warmińsko-mazurskim – 7,7), przeciętna wartość dla kraju wynosi 11. Według zestawienia Eurostatu w 2022 r. RP znajdowała pod względem tego wskaźnika na trzecim miejscu od końca w UE.[144]

Rysunek 140. Piramida wieku lekarzy ze specjalizacją psychiatria w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kolejki

W formach leczenia psychiatrycznego oraz leczenia uzależnień przeznaczonych dla dorosłych występowały duże różnice w czasach oczekiwania na przyjęcie w zależności od rodzaju oddziału/poradni. Niektóre przeciętne czasy oczekiwania były stosunkowo krótkie, ale w wielu przypadkach czas oczekiwania był długi.

Przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych na oddziale psychiatrycznym ogólnym w styczniu 2023 r. wyniósł 58 dni, w czerwcu 67 dni, a w grudniu 79 dni. W czerwcu najdłuższy przeciętny czas oczekiwania odnotowało województwo lubuskie (176 dni), a najkrótszy województwo mazowieckie (10 dni). Przeciętny czas oczekiwania dla przypadków pilnych w czerwcu 2023 r. wyniósł 17 dni. Liczba osób oczekujących, zakwalifikowanych jako przypadek pilny wynosiła w czerwcu 59 osób, dla porównania liczba przypadków stabilnych oczekujących w kolejce wyniosła 1 039.

[144] https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Mental_health_and_related_issues_statistics (dostęp w dniu 15.04.2025 r.)

Średni czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w poradni zdrowia psychicznego wyniósł 53 dni w styczniu, 60 w czerwcu i 61 dni w grudniu 2023 r. Różnice w przeciętnym czasie oczekiwania pomiędzy województwami nie były tak duże jak w przypadku oddziałów psychiatrycznych. W czerwcu 2023 r. najwyższy czas oczekiwania odnotowało województwo warmińsko-mazurskie (131 dni), a najniższy województwo opolskie (42 dni). Średni czas oczekiwania dla przypadków pilnych wyniósł 15,5 dni w styczniu, 22,7 dni w czerwcu i 20,9 dni w grudniu 2019 r. Liczba oczekujących pacjentów stabilnych w czerwcu to niecałe 30 tys., a pilnych 184.

Przeciętny czas oczekiwania na oddziale dziennym psychiatrycznym (ogólnym) dla przypadków stabilnych wyniósł 237 dni w styczniu, 263 dni w czerwcu i 313 dni w grudniu 2023 r. Dla ZLŚ (domowego) wartości te wyniosły odpowiednio 25, 27 i 33 dni. Wysoki czas oczekiwania wśród oddziałów psychiatrycznych dla dorosłych odnotował oddział psychogeriatryczny – w styczniu 2023 r. przeciętny czas oczekiwania wyniósł 261 dni, w czerwcu 58 dni, a w grudniu 112 dni. Bardzo długie czasy oczekiwania odnotowały psychiatryczne ZOL Przeciętne czasy oczekiwania dla ZOL wyniosły 377 dni w styczniu, 285 w czerwcu i 177 w grudniu 2023 r. W całej RP był dostępny jeden ZLŚ (domowego) dla osób z autyzmem (w województwie mazowieckim), a średni czas oczekiwania dla pacjentów stabilnych wyniósł aż 472 dni w grudniu 2023 r.

W przypadku leczenia uzależnień, czas oczekiwania znacznie różnił się w zależności od rodzaju oddziału. Na oddziale leczenia uzależnień przeciętny czas oczekiwania dla przypadków stabilnych wyniósł 40 dni w styczniu, 30 dni w czerwcu i 44 dni w grudniu 2023 r. Na niektórych rodzajach oddziałów leczenia uzależnień czas oczekiwania był krótki – dla przypadków stabilnych w 2023 r. dla oddziałów/ośrodków rehabilitacyjnych i terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych przeciętne czasy oczekiwania na przestrzeni roku wyniosły od 15 do 25 dni. Najdłuższy czas oczekiwania odnotowały oddziały terapii uzależnienia od alkoholu – dla przypadków stabilnych w czerwcu 2019 r. wyniósł 69 dni. Również w przypadku poradni leczenia uzależnień w najgorszej sytuacji okazały się być poradnie terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia – czas oczekiwania dla przypadków stabilnych w czerwcu 2023 r. wyniósł aż 405 dni. Dla porównania ten sam wskaźnik dla poradni leczenia uzależnień wyniósł 71 dni, a dla poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych 11 dni.

7.2. Analiza opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży

Łączna liczba pacjentów poniżej 18. r.ż., którzy korzystali w 2023 r. ze świadczeń opieki psychiatrycznej, wyniosła 283,4 tys., z czego 47% pacjentów to dziewczynki. W grupie wiekowej 0-5 lat było 27,5 tys. pacjentów, w tym 34,2% dziewczynek. Najwięcej świadczeń w tej grupie wiekowej było sprawozdawanych z rozpoznaniem „pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży” (56% wszystkich pacjentów miało choć raz postawione to rozpoznanie). W grupie wiekowej 6-11 lat było 94,3 tys. pacjentów, w tym 36% dziewczynek. Najczęstszym zaburzeniem w tej grupie również były „pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży”, i obejmowały one podobny odsetek pacjentów (53,1%). Drugim najczęściej występującym rozpoznaniem były całościowe zaburzenia rozwojowe (24,8%). W grupie wiekowej 12-17 lat było najwięcej pacjentów (161,6 tys.), z czego 57,2% stanowiły

dziewczynki. Najczęstszą grupą rozpoznań były „pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży" (49,1%) oraz zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (25,4%). W miastach zamieszkiwało 70,6% pacjentów, natomiast 29,4% pochodziło ze wsi. W odniesieniu do ogólnej liczby ludności poniżej 18. r.ż., wskaźnik pacjentów wyniósł 4,8% w miastach i 2,5% na wsi.

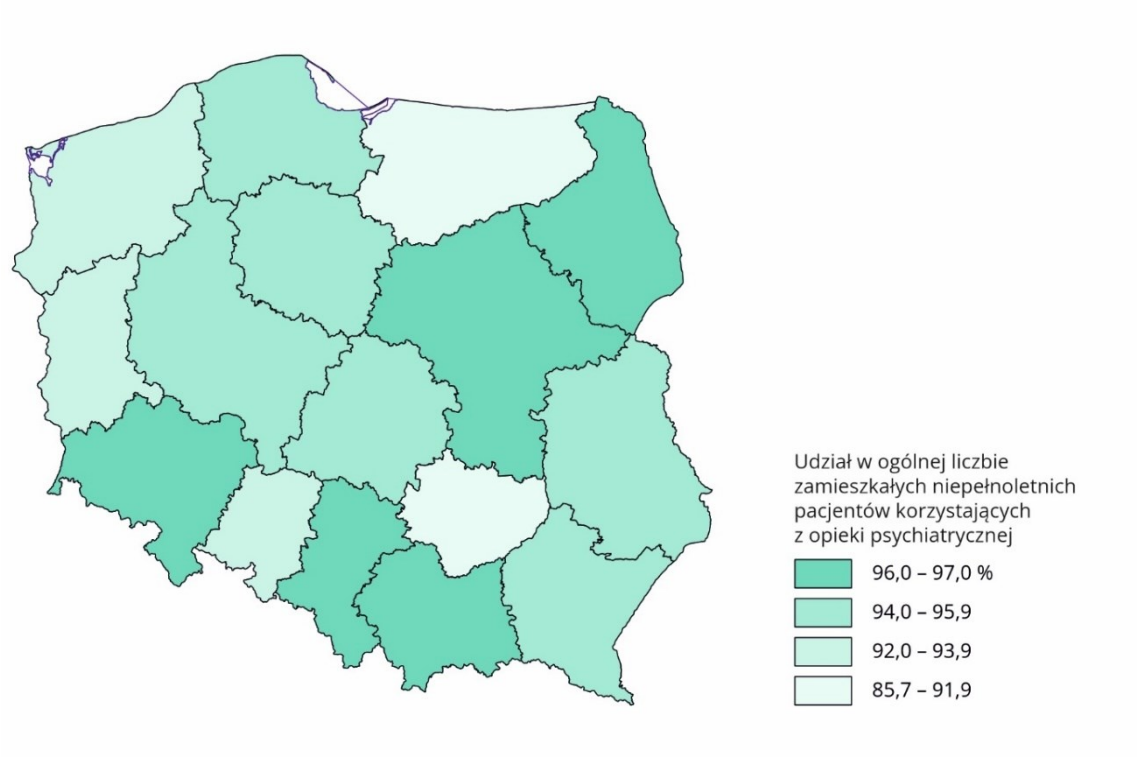
Migracje

Najniższy odsetek pacjentów niepełnoletnich, którzy byli zarówno zamieszkałymi, jak i leczonymi w tym samym województwie, odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim, gdzie wyniósł on 85,8%. We wszystkich województwach wskaźnik ten mieścił się w przedziale od około 85% do 97%. Dla porównania, w przypadku pacjentów dorosłych, odsetek ten wynosił od 92% do 97%, co wskazuje na większe trudności w dostępności do opieki psychiatrycznej wśród dzieci i młodzieży, choć nie dotyczy to wszystkich regionów. Na przykład województwa mazowieckie i dolnośląskie uzyskały wyniki zbliżone do wartości obserwowanych dla pacjentów dorosłych.

Najmniejsze nadwyżki względne wystąpiły w województwach warmińsko-mazurskim (92,4%), opolskim (98,8%) oraz zachodniopomorskim (98,8%). Oznacza to, w tych regionach liczba pacjentów zamieszkałych w danym województwie, leczonych w innych województwach, była znacznie wyższa niż liczba pacjentów z innych województw leczonych na ich terenie.

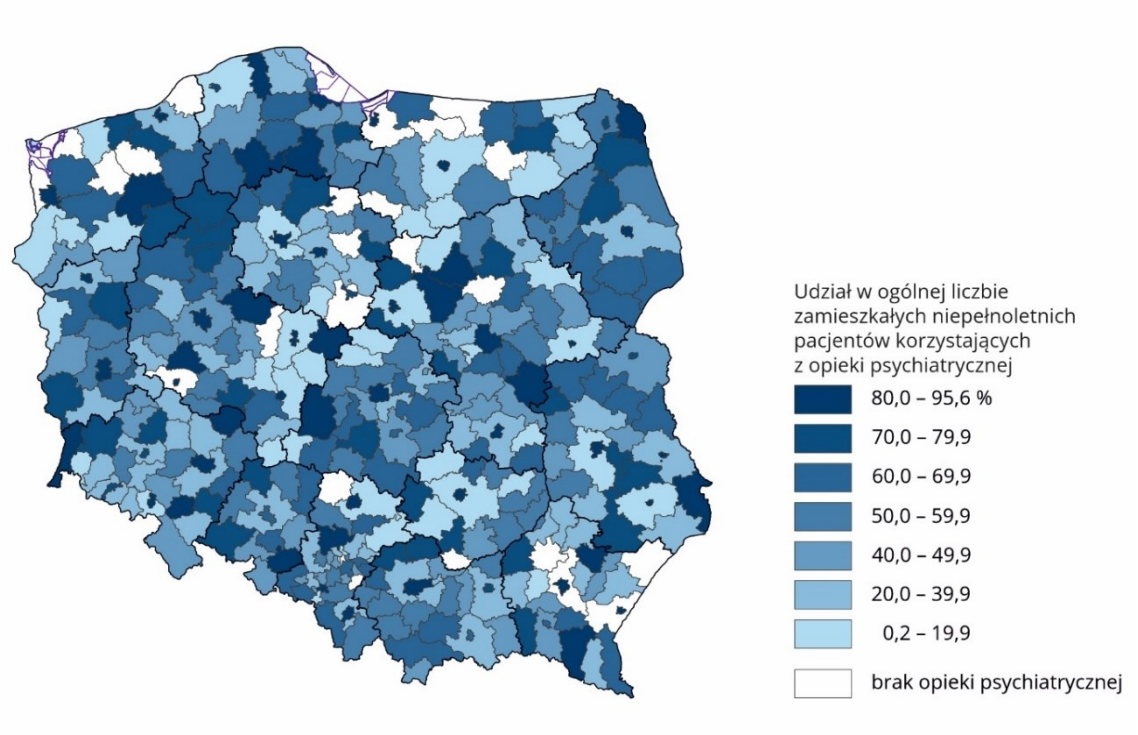
W części powiatów nie było dostępnych świadczeniodawców udzielających świadczeń w ramach opieki psychiatrycznej dedykowanych dzieciom i młodzieży, przez co zarówno odsetek pacjentów leczonych w swoim powiecie, jak i tych, którzy otrzymywali opiekę poza powiatem, wynosił zero. Na poziomie krajowym zaobserwowano niski odsetek pacjentów leczonych w powiecie swojego zamieszkania – w połowie powiatów wskaźnik ten był niższy niż 50%.

Rysunek 141. Pacjenci dziecięcy zamieszkali i korzystający ze świadczeń psychiatrycznych w tym samym województwie w 2023 r.



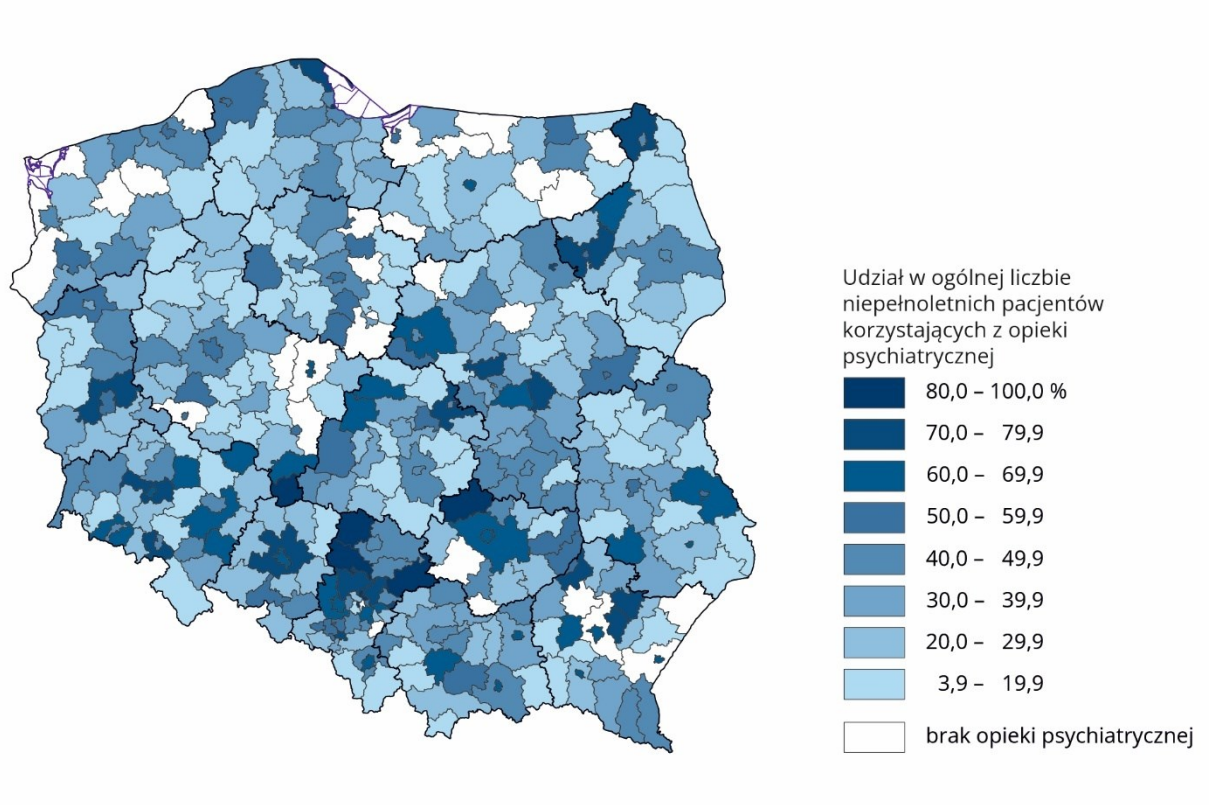
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 142. Pacjenci dziecięcy zamieszkali i korzystający ze świadczeń psychiatrycznych w tym samym powiecie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 143. Pacjenci dziecięcy spoza powiatu korzystający ze świadczeń psychiatrycznych w danym powiecie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rodzaje świadczeń zdrowotnych

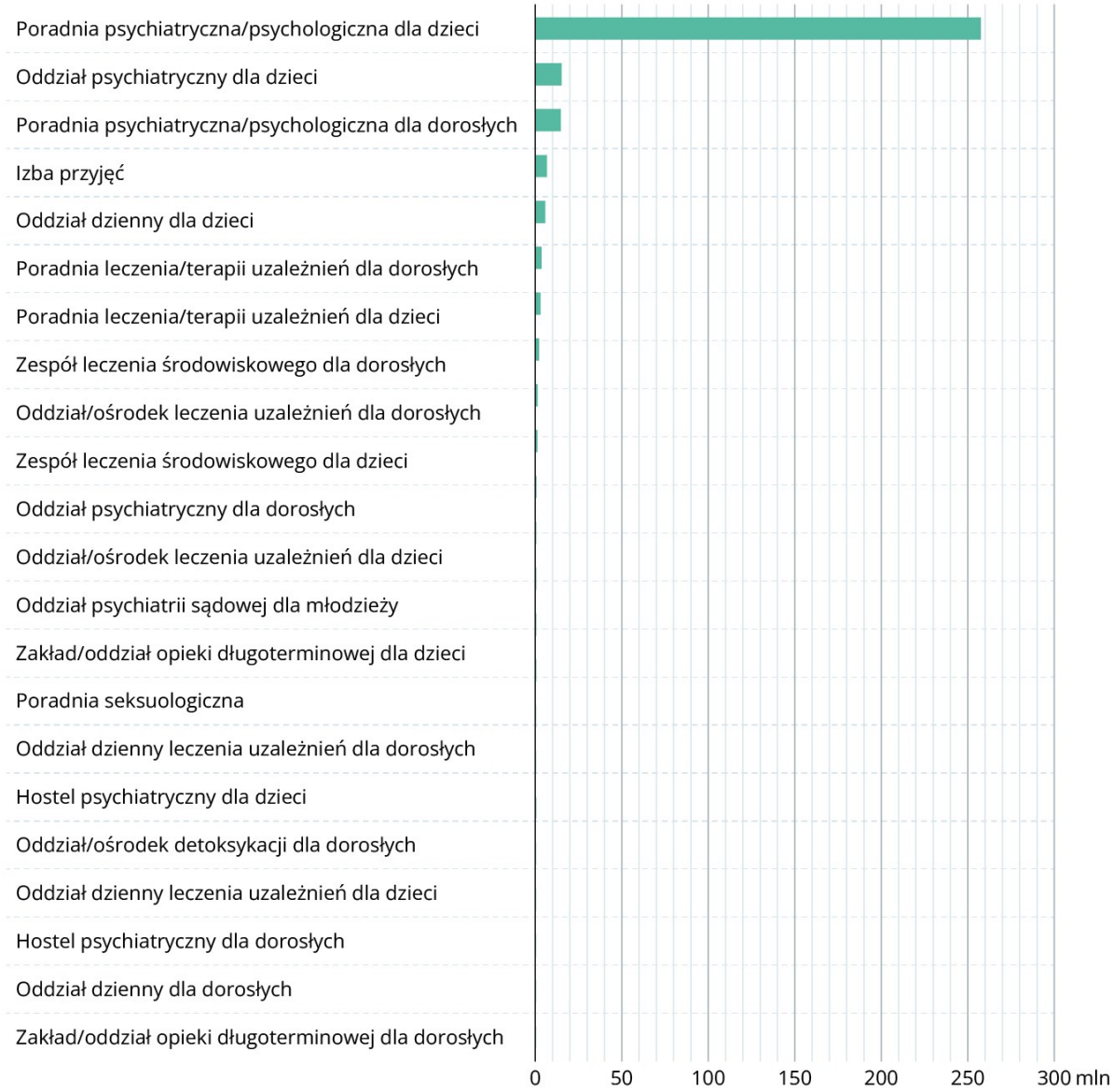
Pacjenci poniżej 18. r.ż. nie tylko w dużej mierze korzystają z form opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przeznaczonych dla dorosłych[145], lecz także z opieki zdrowotnej w innych rodzajach świadczeń. Liczba pacjentów z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych (ICD-10 w zakresie F00-F99) na oddziałach pediatrycznych (3,9 tys. pacjentów) była równa jednej czwartej liczby pacjentów na oddziałach psychiatrycznych dla dzieci. W grupach wiekowych 0- 5 lat oraz 6-11 lat więcej pacjentów skorzystało z opieki w ramach świadczeń AOS niż ze świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (biorąc pod uwagę wyłącznie świadczenia z rozpoznaniem głównym zaburzeń psychicznych).

[145] Świadczenia udzielane w komórkach leczniczych z rodzaju świadczeń opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień, niededykowanych leczeniu dzieci i młodzieży, według VIII części kodu resortowego: 4736, 2742, 2752, 4740, 4744, 4746, 4750, 2718, 4752, 4754, 4756, 2756, 2746, 4742, 2748, 4748, 2750, 4700, 4702, 4704, 4710, 4712, 4714, 4716, 4730, 4732, 4734, 5172, 5162, 2720, 2724, 2726, 1700, 1702, 1704, 1706, 1710, 1750, 1790, 2730, 2732, 2734, 2700, 2702, 2704, 2706, 2710, 1780, 1740, 1742, 1744, 1746, 2712, 2714.

Formy opieki psychiatrycznej

W 2023 r. pacjentom poniżej 18. r.ż. udzielono łącznie 2,61 mln porad, spędzili oni łącznie 1,11 mln dni w opiece stacjonarnej oraz dziennej w ramach świadczeń opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień. Najwięcej pacjentów poniżej 18. r.ż. korzystało w 2023 r. z poradni psychiatrycznych/psychologicznych dla dzieci (257,9 tys. pacjentów, czyli 91%, ale część pacjentów korzystała z więcej niż jednej formy opieki). Na drugim miejscu (149 tys. pacjentów) znalazły się oddziały psychiatryczne dla dzieci.

Rysunek 144. Liczba pacjentów według form leczenia w 2023 r.



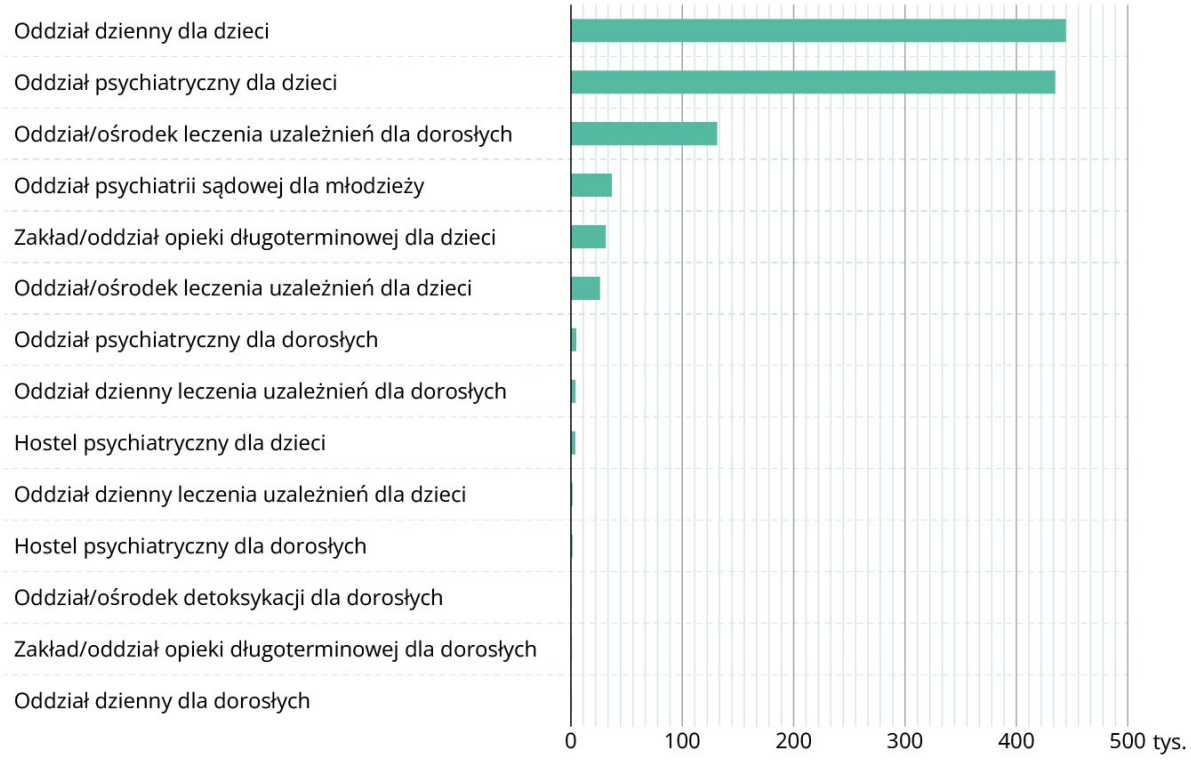
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Największa liczba osobodni została odnotowana na oddziałach dziennych dla dzieci (439 tys. osobodni – 39,7%), na drugim miejscu znalazły się oddziały psychiatryczne dla dzieci (429,6 tys. – 38,8%). Trzecim pod względem liczby osobodni okazał się oddział/ośrodek leczenia

uzależnień dla dorosłych (129,6 tys. – 11,7). Spośród dzieci i młodzieży przebywającej w oddziałach/ośrodkach leczenia uzależnień dla dorosłych niemal wszyscy należeli do grupy wiekowej 12-17 lat. W podziale na zaburzenia, najwięcej osobodni przypadło na całościowe zaburzenia rozwojowe (227 tys. – 20,1%), zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną (185 tys. – 16,7%) i zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych (138 tys. – 12,5%). Liczba osobodni związanych z tą ostatnią grupą była stosunkowo wysoka, jeżeli weźmiemy pod uwagę, że stanowią oni 1,8% wszystkich pacjentów.

W przypadku dzieci i młodzieży, inaczej niż u dorosłych, najczęściej leczoną grupą uzależnień były zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane naprzemiennym przyjmowaniem środków wyżej wymienionych (F10-F18) i innych środków psychoaktywnych (3,6 tys. pacjentów, 169,1 tys. osobodni).

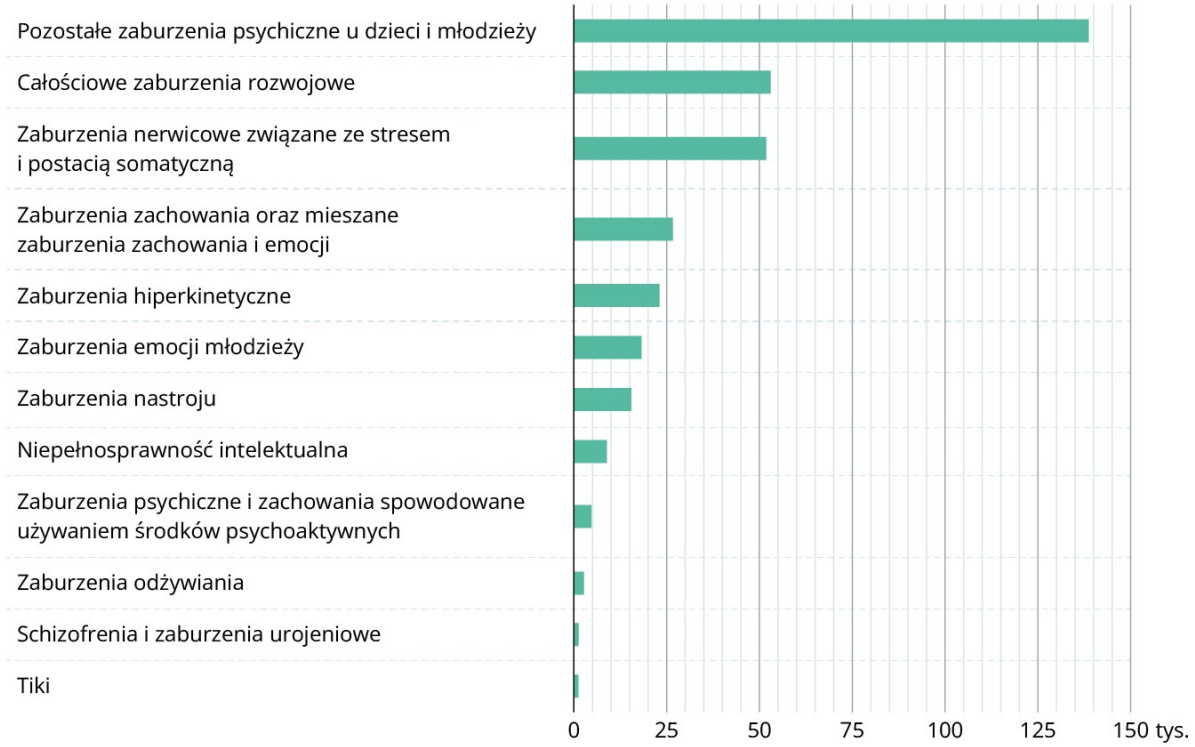
Rysunek 145. Liczba osobodni według form leczenia w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Najczęściej sprawozdawanym rozpoznaniem wśród dzieci w 2023 r. były "pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży" (145,8 tys. pacjentów, czyli 51,9% wszystkich pacjentów, przy czym w ciągu roku jeden pacjent może być sprawozdawany z więcej niż jednym rozpoznaniem). Powyżej 20 tys. rozpoznań miały także całościowe zaburzenia rozwojowe, zaburzenia nerwicowe związane ze stresem i postacią somatyczną, zaburzenia hiperkinetyczne, zaburzenia zachowania oraz mieszane zaburzenia zachowania i emocji.

Rysunek 146. Liczba pacjentów według rodzajów zaburzeń w 2023 r.



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

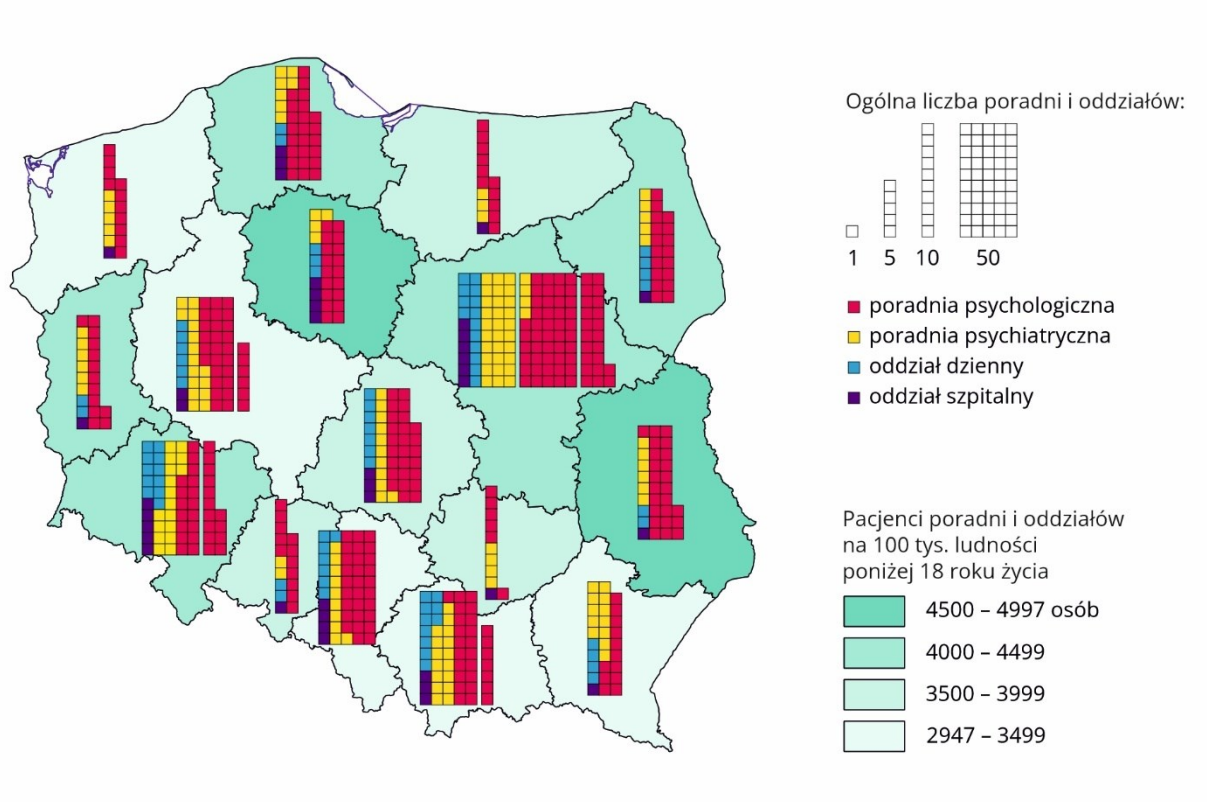
Porady

Najwięcej wśród porad zrealizowanych w poradniach psychiatrycznych/psychologicznych dla dzieci było porad psychologicznych (34,2%). Na kolejnym miejscu były: psychoterapia indywidualna (21,2%), wizyty/porady domowe/środowiskowe (14,7%) i porady lekarskie (14,4%). Struktura ta zasadniczo różni się od stanu z 2019 r., kiedy dominującym rodzajem porady były porady lekarskie stanowiące aż 62,4%.

Dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej

W 2023 r. każda z podstawowych form opieki w leczeniu psychiatrycznym dzieci i młodzieży była bardziej dostępna niż 4 lata wcześniej.

Rysunek 147. Poradnie i oddziały dla pacjentów poniżej 18 r. ż. w 2023 r.



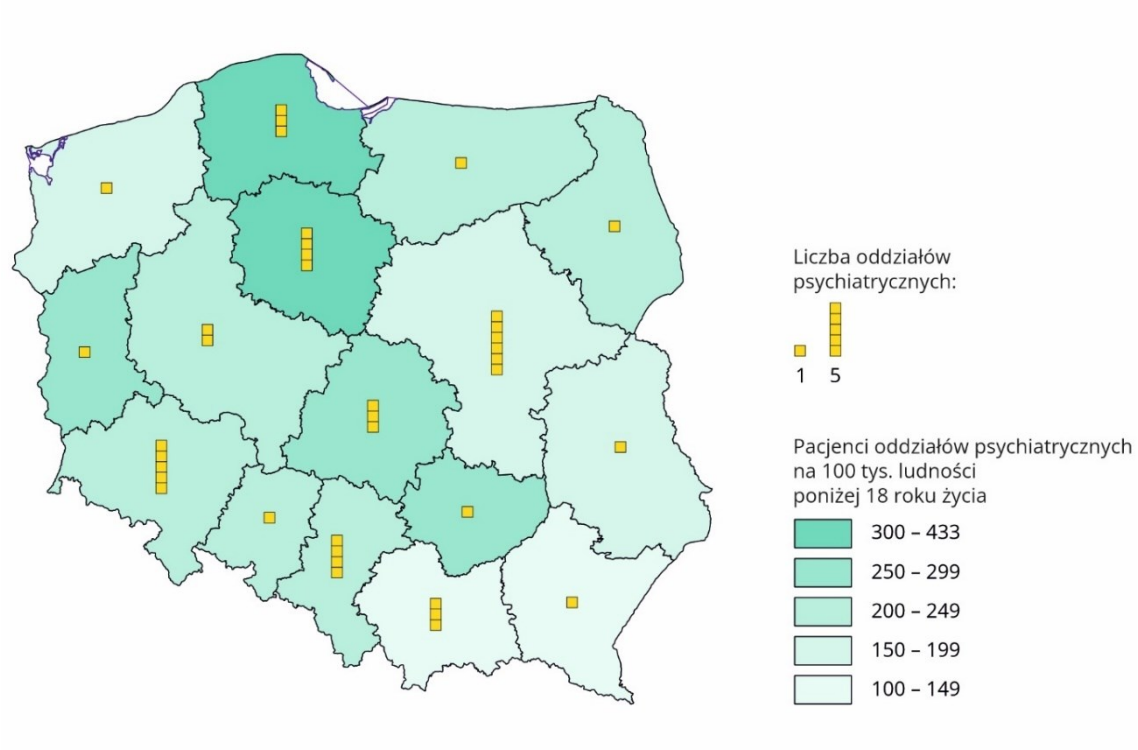
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2023 r. oddziały stacjonarne były zlokalizowane we wszystkich województwach. Przybyło oddziałów dziennych, choć nadal w 2023 r. brakowało ich w województwach zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim. Podobnie zwiększyła się liczba poradni zdrowia psychicznego (psychiatrycznych) dla dzieci, a poradnie psychologiczne dla dzieci (w 2019 r. niemal niewystępujące) obecnie znajdują się w czterech na pięć powiatów.

Trzy z czterech podstawowych form leczenia obejmowały swoim zasięgiem w przybliżeniu obszar niemal całego kraju: poradnie psychologiczne, psychiatryczne i dużo mniej od nich liczne oddziały stacjonarne. Opieka dzienna miała znacząco mniejszy zasięg, pacjenci nią objęci zamieszkiwali 46% gmin.

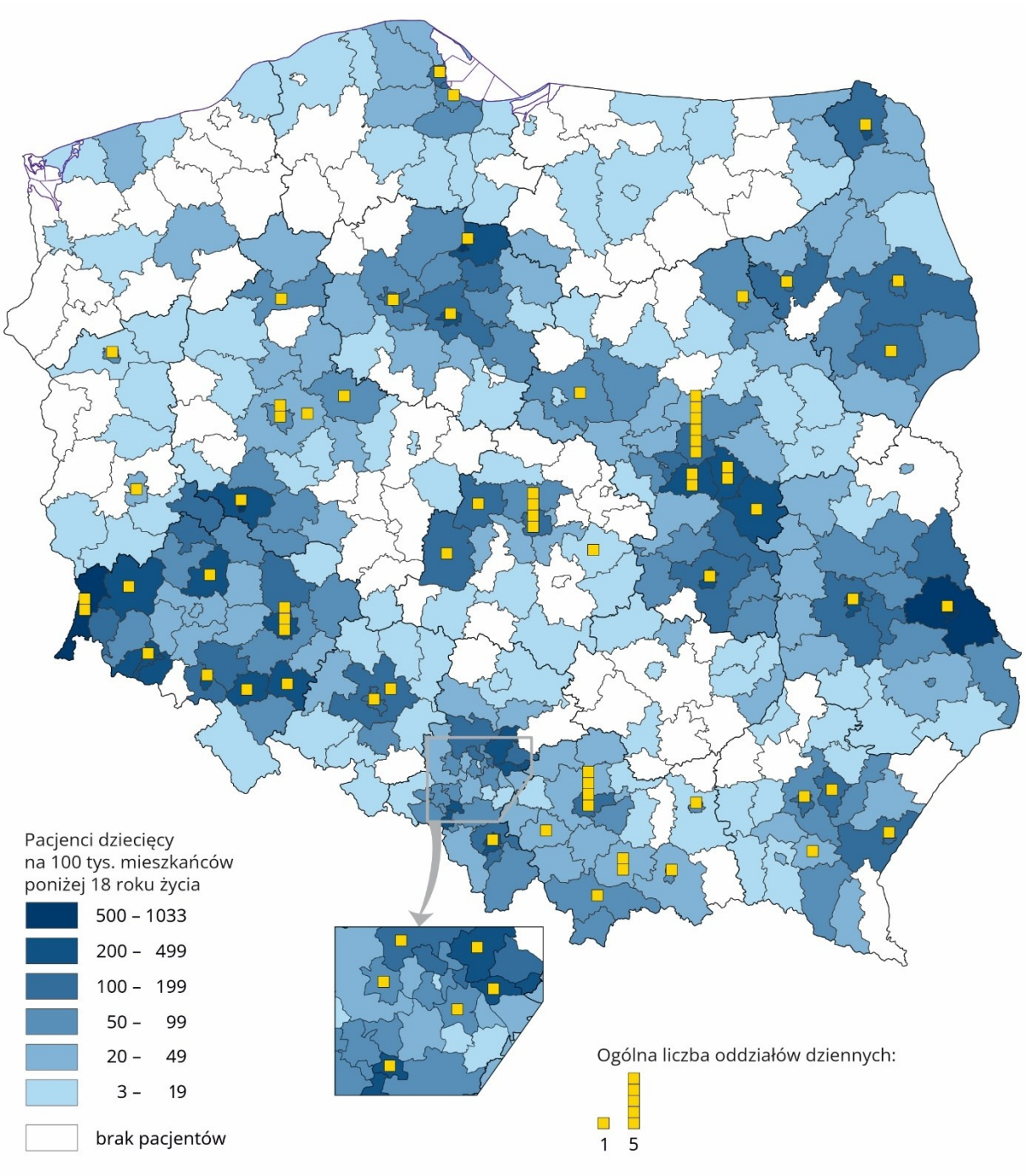
W niektórych powiatach porady były udzielane rzadziej niż codziennie od poniedziałku do piątku (np. powiat lubański (woj. dolnośląskie) – od poniedziałku do środy czy powiat bieszczadzki (woj. podkarpackie) – poniedziałek, piątek i sobota), w niektórych zakres realizowanych porad był bardzo wąski i realizowano jedynie jeden lub dwa rodzaje porad. Oznacza to, że nawet przy dostępności poradni na terenie danego powiatu może się okazać, że dostęp do leczenia oferowanego przez poradnię jest ograniczony.

Rysunek 148. Oddziały psychiatryczne dla pacjentów poniżej 18. r.ż. w 2023 r.



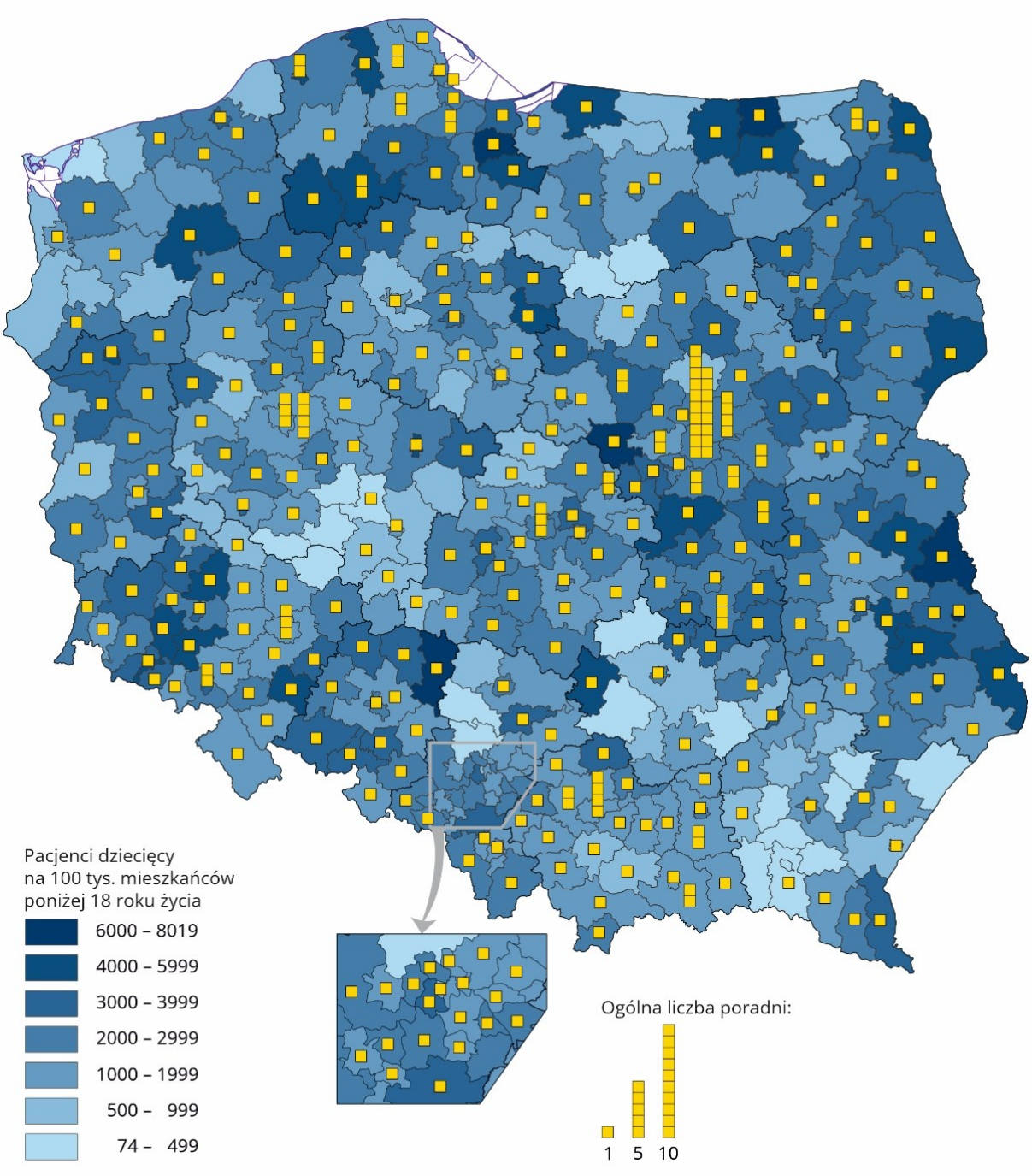
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 149. Oddziały dzienne dla pacjentów poniżej 18. r.ż. w 2023 r.



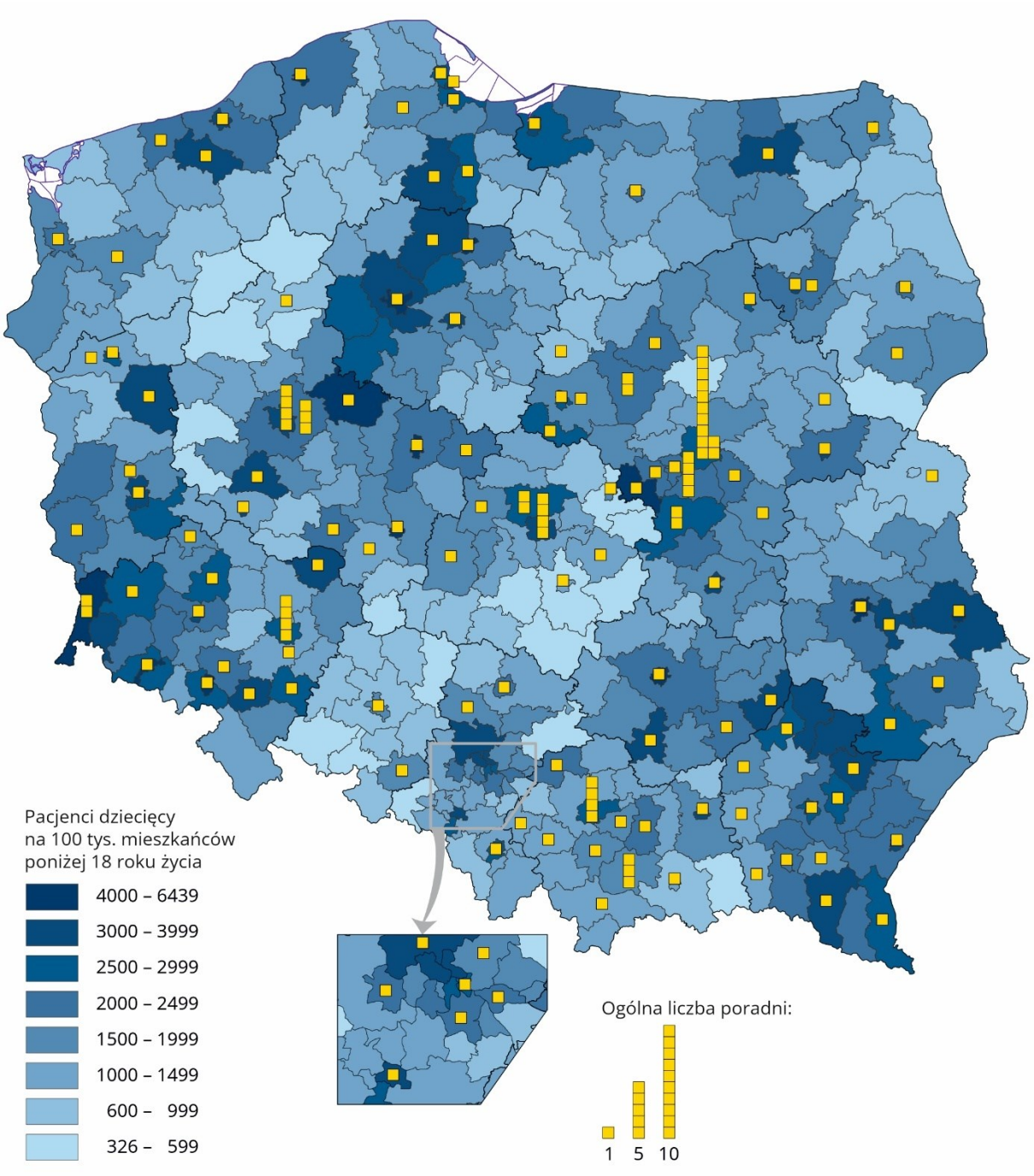
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 150. Poradnie psychologiczne dla pacjentów poniżej 18. r.ż. w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 151. Poradnie psychiatryczne dla pacjentów poniżej 18. r.ż. w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Dostęp do leczenia kompleksowego obejmującego trzy formy opieki: oddział dzienny i poradnie psychologiczną oraz psychiatryczną, jest zróżnicowany pod względem odległości dla mieszkańców różnych części kraju, również w przypadku dzieci i młodzieży. 1 816 gmin, czyli 73% wszystkich, ma w promieniu 50 km od siebie placówki udzielające wszystkie trzy formy opieki, a w promieniu 30 km już tylko 1 096, czyli 44%. Największy wpływ na te wielkości ma niska dostępność dziecięcych oddziałów dziennych. 79 gmin, głównie w województwach

zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim, ma do najbliższego oddziału dziennego ponad 100 km.

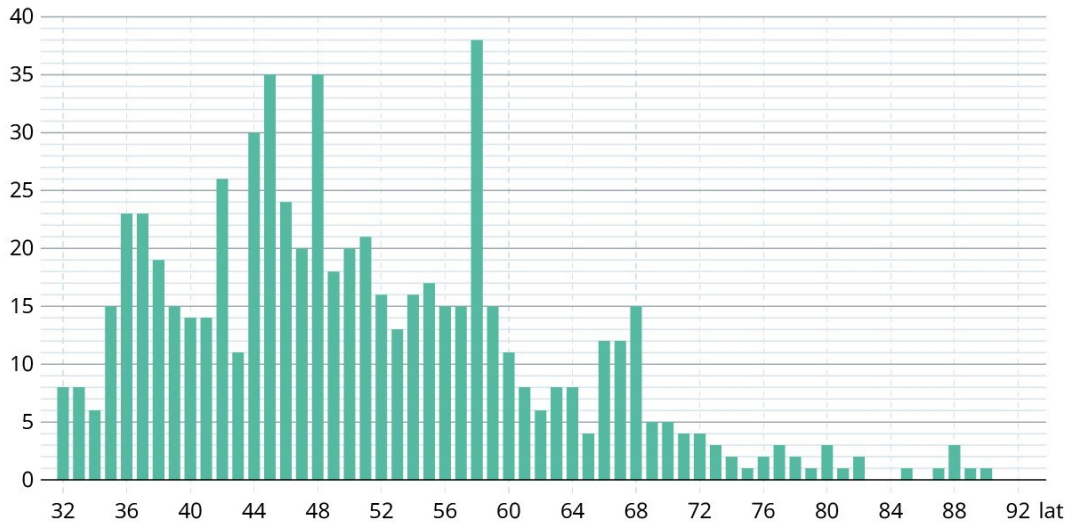
Lekarze specjaliści

W 2023 r. w RP zatrudnionych było 513 psychiatrów dziecięcych. Większość stanowią kobiety w liczbie 426 lekarzy. 21% kadry medycznej znajdowało się w 2023 r. w wieku emerytalnym. Przyjmując, na podstawie zakładki Demografia w MPZ, liczbę ludności RP w wieku 0 – 18 lat jako 7 226 549 osób, liczba lekarzy psychiatrów dziecięcych wynosi 7 na 100 tys. ludności do 18. r.ż. W 2024 r. na wiek emerytalny osiągnęło 18 lekarzy, a w 2025 kolejne 10.

W podziale na województwa, najwyższa wartość lekarzy psychiatrów dziecięcy na 100 tyś ludności do 18. r.ż. znajduje się w województwie mazowieckim – 12,2. Wysoki wynik obecny jest także w województwie łódzkim – 11,7. Powyżej średniej dla RP, wynoszącej 7 lekarzy, znajdują się także województwa: małopolskie, dolnośląskie. Najniższe wartości występują w województwa: podkarpackim – 3,7, lubelskim – 4 oraz warmińsko-mazurskim – 4,6. Pozostałe województwa znajdują się blisko średniej dla kraju. Wartości te uwzględniają wszystkich lekarzy, w tym tych w wieku emerytalnym.

W 2023 r. największą grupę specjalistów stanowili psychiatrzy dzieci i młodzieży w wieku 40-55 lat, a średni wiek tej grupy wynosił 51 lat. Analiza piramidy wieku lekarzy wskazuje na pozytywną tendencję w ostatnich latach, związaną z napływem młodszych specjalistów do tej dziedziny

Rysunek 152. Struktura wiekowa lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kolejki

W niektórych przypadkach dostępność specjalistycznej opieki psychiatrycznej dla dzieci była tak ograniczona, że trudne było precyzyjne określenie czasów oczekiwania. W odniesieniu do

niektórych form leczenia uzależnień oraz ZLŚ dla dzieci, dane dotyczące kolejek były dostępne jedynie w wybranych miesiącach i obejmowały jedynie nielicznych świadczeniodawców.

W 2023 r. średni czas oczekiwania na przyjęcie do oddziałów psychiatrycznych dla dzieci w przypadku pacjentów stabilnych zmieniał się w ciągu roku. Najdłuższy czas oczekiwania odnotowano w październiku (136 dni), a najkrótszy w kwietniu (57 dni). Dla przypadków pilnych, choć czas oczekiwania był również stosunkowo wysoki, najkrótszy czas wystąpił w lutym (27 dni), a najdłuższy w grudniu (67 dni).

Na oddziałach dziennych psychiatrycznych dla dzieci średni czas oczekiwania na przyjęcie w przypadku pacjentów stabilnych w styczniu wyniósł 12 dni, a w czerwcu 33 dni, przy czym w grudniu zredukowano go do 13 dni. Warto zaznaczyć, że te dane zostały sprawozdane tylko przez sześciu świadczeniodawców. Dla oddziałów dziennych psychiatrycznych rehabilitacyjnych dla dzieci czas oczekiwania był dłuższy, wynosząc odpowiednio 33 dni w styczniu, 28 dni w czerwcu oraz 23 dni w grudniu.

Czas oczekiwania w poradniach zdrowia psychicznego dla dzieci był wyraźnie dłuższy niż w przypadku poradni dla dorosłych. Średni czas oczekiwania na wizytę w styczniu wyniósł 81 dni, w czerwcu 95 dni, a w grudniu 98 dni. Taki czas oczekiwania w poradniach dziecięcych stanowi wyraźną dysproporcję w stosunku do czasu oczekiwania w opiece psychiatrycznej dla dorosłych.

7.3. Podsumowanie

W 2023 r. ze świadczeń w opiece psychiatrycznej i leczenia uzależnień skorzystało łącznie 1,88 mln pacjentów (85% stanowiły osoby dorosłe). Pacjenci zamieszkali na wsi stanowili 33,2%. W przypadku osób dorosłych przeważał udział kobiet (58,9%), wśród pacjentów małoletnich nieznaczną większość stanowili chłopcy (53%).

Formy leczenia, które zostały udzielone pacjentom, różniły się w zależności od rozpoznań. W szpitalach dominowały uzależnienia i schizofrenia, w izbach przyjęć rozpoznania uzależnień i zaburzeń lękowych, w zakładach/oddziałach opieki długoterminowej osoby ze schizofrenią i zaburzeniami organicznymi, w poradniach psychologicznych/psychiatrycznych z zaburzeniami lękowymi, nastroju i organicznymi.

W opiece stacjonarnej wystąpił znaczny udział przyjęć w trybie nagłym. Najdłuższe przeciętne czasy oczekiwania odnotowano w zakładach psychiatrycznej opieki długoterminowej, opiekuńczo-leczniczych, oddziałach psychogeriatrycznych. Może to wskazywać na niewystarczającą koordynację opieki POZ z opieką psychiatryczną, oddziałach dziennych, poradniach terapii uzależnienia od alkoholu i współuzależnienia.

Na terenie kraju zaobserwowano zróżnicowanie w zakresie migracji pacjentów, najczęściej z pomocy psychiatrycznej/psychologicznej poza swoim województwem korzystali dorośli mieszkańcy województwa warmińsko-mazurskim, a najrzadziej mieszkańcy województw pomorskiego, podlaskiego i małopolskiego. W przypadku dzieci i młodzieży, najczęściej poza województwo migrowali również mieszkańcy z warmińsko-mazurskiego, natomiast najrzadziej z dolnośląskiego i mazowieckiego.

Różnice występowały również w trybach przyjęć w lecznictwie stacjonarnym, gdzie odsetek przypadków przyjęć w trybie nagłym w województwie podkarpackim wynosił 36%, podczas gdy w województwie łódzkim sięgał 73%. W odniesieniu do przeciętnego czasu oczekiwania na przyjęcie do szpitala, w przypadku pacjentów stabilnych, w czerwcu najwyższy czas oczekiwania odnotowano w województwie lubuskim (176 dni), a najkrótszy w województwie mazowieckim (10 dni). Podobne zróżnicowanie występowało także w przypadku poradni zdrowia psychicznego oraz ZLŚ.

Sporej liczbie pacjentów, którzy pojawili się w systemie publicznej ochrony zdrowia z rozpoznaniem z grupy zaburzeń psychicznych nie udzielono specjalistycznej pomocy psychiatrycznej (w ramach tego systemu). W 2023 r. w przybliżeniu 1,23 mln dorosłych pacjentów z rozpoznaniami zaburzeń psychicznych było leczonych w ramach opieki psychiatrycznej, podczas gdy w ramach POZ było to 1,34 mln, z czego 945 tys. pojawiło się wyłącznie w POZ. W przypadku dzieci i młodzieży około 200 tys. pacjentów z rozpoznaniami zaburzeń psychicznych było leczonych w ramach opieki psychiatrycznej, 173 tys. w POZ (z czego 90 tys. wyłącznie tam), oraz 140 tys. w AOS (w tym 88 tys. tylko tam).

Pod względem kadrowym nadal występuje zapotrzebowanie na zwiększenie liczby lekarzy ze specjalizacją w psychiatrii i psychiatrii dziecięcej.

Opieka psychologiczna, psychoterapeutyczna i psychiatryczna realizowana jest także przez organizacje pozarządowe m. in. dofinansowywane ze środków samorządowych. Ponadto w ramach finansowania z resortu edukacji również dostępne jest wsparcie m. in. w poradniach psychologiczno-pedagogicznych. Na brak zgłaszalności lub kontynuacji procesu leczenia w opiece zdrowotnej finansowanej ze środków NFZ może mieć również wpływ stygmatyzacja społeczna. Z tego względu wartości chorobowości szpitalnej w publicznej opiece zdrowotnej mogą różnić się od rzeczywistych, a epidemiologia pod względem zaburzeń psychicznych pozostaje dalej na etapie badań.

7.4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dorośli

Powyższe analizy pozwalają na wskazanie najważniejszych problemów w kontekście zdrowia psychicznego Polaków. Najczęściej występującymi zaburzeniami wśród dorosłych w 2023 r. były zaburzenia lękowe. Jednak najwięcej osobodni w opiece stacjonarnej i dziennej oraz prawie najwięcej porad w opiece ambulatoryjnej generowały uzależnienia. Pacjenci ze schizofrenią, mimo relatywnie niskiego udziału spośród wszystkich zaburzeń psychicznych, generowali drugą największą liczbę osobodni w ramach opieki psychiatrycznej.

Jednym z głównych celów wdrażania reform w opiece psychiatrycznej jest deinstytucjonalizacja, czyli przeniesienie ciężaru z opieki instytucjonalnej na opiekę udzielaną w środowisku lokalnym opartą na świadczeniach dziennych lub ambulatoryjnych oraz ZLŚ. Ograniczenie udzielania świadczeń w dużych instytucjach na rzecz świadczeń ambulatoryjnych daje możliwość lepszej koordynacji świadczeń oraz zmaksymalizowania efektów terapeutycznych. W ostatnich latach dało się zaobserwować zmiany świadczące o stopniowym wcielaniu w życie tych założeń. Udział pacjentów hospitalizowanych zmalał z 10,2% w 2019 r. do 8,9% w 2023 r. a także zmieniała się struktura porad, udział porad lekarskich malał na korzyść porad psychologicznych i psychoterapii.

W opiece zdrowotnej nadal występuje wysoki udział pacjentów z rozpoznaniem zaburzeń psychicznych, którym nie udzielono specjalistycznej opieki zdrowotnej (945 tys. w samym POZ przy ok. 1,6 mln pacjentów leczonych specjalistycznie).

Z uwagi na strukturę ludności, prognozy demograficzne oraz proces starzenia się społeczeństwa wzrastać będzie zapotrzebowanie na opiekę psychogeriatryczną. W 2023 r. oddziały psychogeriatryczne dostępne były jedynie w 13 województwach (brakowało ich w województwach śląskim, opolskim i zachodniopomorskim). Oddziałów dziennych psychogeriatrycznych brakowało w siedmiu województwach, a więc w prawie połowie.

Przeciętna liczba psychiatrów na 100 tys. ludności, pomimo wzrostu w ostatnich latach (z 10,1 w 2019 r. do 11,0 w 2023 r.) nadal jest niska w porównaniu do innych krajów europejskich (według zestawienia Eurostatu w 2022 r. RP znajdowała pod względem tego wskaźnika na trzecim miejscu od końca w UE). Problemem jest przede wszystkim niska liczba lekarzy w części województw kraju (w województwie mazowieckim, gdzie jest ich najwięcej, liczba lekarzy na 100 tys. ludności w 2023 r. wyniosła 17,4, natomiast w warmińsko-mazurskim gdzie było ich najmniej tylko 7,7).

W ramach reformy systemu opieki psychiatrycznej dla dorosłych pacjentów, wprowadzonej przez pilotażowy program CZP w 2018 r., utworzono 117 centrów, które działają na terenie 192 powiatów, obejmując blisko połowę obszaru RP. Program zakłada dalszy rozwój sieci, planując utworzenie 300 centrów, które zapewnią kompleksową opiekę psychiatryczną na całym terytorium kraju.

W przypadku leczenia uzależnień należących do behawioralnych czynników ryzyka w największym stopniu wpływających na DALY występuje ograniczony dostęp do leczenia specjalistycznego. Część województw nie ma na swoim terenie ośrodków leczenia uzależnień, poradni antynikotynowych, oddziałów dziennych terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych czy hosteli dla osób uzależnionych.

7.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej – dzieci i młodzież

Najczęstszą kategorią zaburzeń psychicznych w grupie dzieci i młodzieży w 2023 r. były rozpoznania "pozostałe zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży". Jest to jednak kategoria bardzo ogólna, a tak częste stawianie tego rodzaju rozpoznania może sugerować niedostosowanie obecnej klasyfikacji zaburzeń i chorób psychicznych do specyfiki tej grupy pacjentów. Drugą najczęstszą kategorią były całościowe zaburzenia rozwojowe. One też generowały największą liczbę osobodni w opiece stacjonarnej i dziennej. Drugie pod względem liczby osobodni były zaburzenia nerwicowe. Za nieproporcjonalnie dużo osobogodzin względem liczby pacjentów odpowiedzialne były zaburzenia psychiczne i zachowania spowodowane używaniem środków psychoaktywnych. Największa liczba hospitalizacji została sprawozdana przy zaburzeniach nerwicowych związanych ze stresem i postacią somatyczną.

Potrzebę kompleksowej opieki zaspokajać ma dostęp do wszystkich podstawowych form leczenia: stacjonarnej, dziennej, ambulatoryjnej i środowiskowej. W związku z przeprowadzoną w 2019 r. reformą opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży, dostęp ten zapewniony ma być w ramach ośrodków na 3 poziomach referencyjnych. W 2023 r. pokrycie kraju ośrodkami

pierwszego poziomu było na wysokie, znajdowały się one w 85% wszystkich powiatów w RP. Na terenie każdego województwa znajdował się także przynajmmniej jeden ośrodek trzeciego poziomu, co zgadzało się z założeniami reformy. Mocno zróżnicowany natomiast jest dostęp do ośrodków drugiego poziomu: w czterech województwach (zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, opolskim i świętokrzyskim) znajdowały się jedynie po dwa CZP dla dzieci i młodzieży (ośrodki drugiego poziomu). Przekłada się to w szczególności na nierówny dostęp do opieki dziennej.

Mimo że w ostatnich latach sytuacja ulega poprawie, to w Polsce wciąż mamy do czynienia z niską liczba lekarzy specjalistów z dziedziny psychiatrii dziecięcej o dodatkowo wysokiej średniej wieku (51 lat). W 2023 r. było 513 psychiatrów dziecięcych (9,1 na 100 tys. ludności w wieku 0-14 lat). Jest to wartość zbliżona do mediany w krajach UE w 2016 r., która wynosi 10. Wyzwaniem dla systemu w tej kwestii będzie utrzymanie pozytywnej tendencji.

7.6. Rekomendowane kierunki działań

→ Kontynuowanie realizacji założeń reformy poprzez zakończenie etapu pilotażowego i wdrożenie CZP na terenie całej RP. Należy zapewnić równy dostęp do ośrodków referencyjnych różnych poziomów opieki psychiatrycznej dla dzieci i młodzieży w całym kraju.

→ Konieczne jest określenie standardów leczenia odpowiednich do stopnia nasilenia zaburzeń psychicznych.

→ W celu zapewnienia wysokiej jakości opieki, należy aktywnie wspierać kształcenie lekarzy specjalistów w dziedzinie psychiatrii dziecięcej oraz psychiatrii dorosłych.

→ Ścisła współpraca pomiędzy ministrem właściwym ds. zdrowia, ministrem właściwym ds. edukacji oraz placówkami oświatowymi w celu skutecznego dotarcia z pomocą psychologiczną do jak najszerszej grupy dzieci wymagających wsparcia.

→ Włączenie kwestii zdrowia psychicznego do programów edukacyjnych w celu podnoszenia świadomości oraz promowania profilaktyki wśród dzieci, młodzieży i nauczycieli.

→ Wprowadzenie cyklicznego pomiaru badawczego determinant zdrowia psychicznego oraz dobrostanu dorosłych, dzieci i młodzieży w celu wdrażania programów zapobiegania przyczynom powstawania zaburzeń zdrowia psychicznego.

→ Jednym z kluczowych wskaźników monitorowania dostępności do świadczeń są dane z kolejek oczekujących. Aktualne wymogi odnośnie do sprawozdawczości oraz formaty sprawozdawania tych danych nie odzwierciedlają w wiarygodny sposób czasów oczekiwań. Zalecane jest poprawienie sprawozdawczości, zwłaszcza w przypadku poradni zdrowia psychicznego, gdzie raportowany jest jeden czas oczekiwania a świadczenia mogą być udzielane przez różne zawody medyczne.

8. Rehabilitacja medyczna

Zgodnie z definicją WHO rehabilitacja jest to zestaw interwencji, których celem jest optymalizacja funkcjonowania i redukcja niepełnosprawności u osób, których stan zdrowia ogranicza interakcję z otoczeniem. Przykłady ograniczeń w funkcjonowaniu obejmują trudności w myśleniu, widzeniu, słyszeniu, komunikacji, poruszaniu się, utrzymywaniu relacji lub utrzymywaniu pracy. Rehabilitacja umożliwia osobom w każdym wieku utrzymanie lub powrót do codziennych czynności, pełnienie znaczących ról życiowych i maksymalizację ich dobrostanu. Poza niezaprzeczalną korzyścią dla pacjenta proces ten wpływa także na zmniejszenie obciążenia ZUS (wcześniejsze zakończenie zwolnienia lekarskiego) oraz na zwiększenie PKB (wcześniejszy powrót do pracy lub większa wydajność pracownika dotkniętego schorzeniem). Prognozowany jest wzrost zapotrzebowania na rehabilitację, związany ze zwiększająca się liczbą ludności w wieku poprodukcyjnym. Przełoży się to na wzrost zapotrzebowania na świadczenia opieki zdrowotnej.

Długi czas oczekiwania na rehabilitacje stanowi istotny problem zwłaszcza w przypadku pacjentów po ostrych incydentach chorobowych lub urazach. Tacy pacjenci, ze względu na swój stan zdrowia, powinni w możliwie najkrótszym czasie uzyskać świadczenie rehabilitacyjne gwarantujące skuteczność wcześniej wykonanych procedur zabiegowych.

Rehabilitacja w systemie ochrony zdrowia, w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, jest realizowana w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych oraz ambulatoryjnych. W przypadku warunków dziennych i stacjonarnych rozliczana jest ona osobodniami, natomiast w przypadku warunków domowych i ambulatoryjnych wyróżnia się następujące świadczenia:

- porada lekarska rehabilitacyjna[146],
- wizyta fizjoterapeutyczna[147],
- zabieg fizjoterapeutyczny[148].

[146] Porada lekarska rehabilitacyjna – świadczenie gwarantowane udzielane w warunkach ambulatoryjnych lub domowych przez lekarza specjalistę lub lekarza ze specjalizacją I stopnia lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej lub balneologii i medycyny fizykalnej. Uwzględniono następujące kody produktu: 5.11.00.0000001, 5.11.00.0000002, 5.11.00.0000005, 5.11.00.0000006, 5.11.00.0000007.

[147] Wizyta fizjoterapeutyczna - świadczenie gwarantowane obejmujące ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy przed rozpoczęciem fizjoterapii, badanie czynnościowe narządu ruchu lub inne badanie konieczne do ustalenia planu fizjoterapii, końcową ocenę i opis stanu funkcjonalnego świadczeniobiorcy po zakończeniu fizjoterapii oraz udzielenie świadczeniobiorcy zaleceń co do dalszego postępowania fizjoterapeutycznego. Uwzględniono następujące kody produktu: 5.11.00.0000003, 5.11.00.0000004.

[148] Zabieg fizjoterapeutyczny – świadczenie gwarantowane udzielane w cyklach odpowiadających potrzebom zdrowotnym świadczeniobiorcy objętego leczeniem rehabilitacyjnym lub fizjoterapeutycznym. Uwzględniono wszystkie pozostałe kody produktu.

Warunki kwalifikacji oraz maksymalny czas trwania rehabilitacji określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2021 poz.265 oraz z 2023 r. poz. 1954). W celu uzyskania świadczeń rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych pacjent potrzebuje tylko skierowania od dowolnego lekarza ubezpieczenia zdrowotnego.

Rehabilitacja w warunkach domowych jest świadczeniem gwarantowanym udzielanym pacjentom z zaburzeniami funkcji motorycznych spowodowanymi ogniskowymi uszkodzeniami mózgu, ciężkimi uszkodzeniami centralnego i obwodowego układu nerwowego, uszkodzeniem rdzenia kręgowego, chorobami przewlekle postępującymi (w szczególności miopatiami, chorobą Parkinsona, zapaleniem wielomięśniowym, rdzeniowym zanikiem mięśni, guzami mózgu, procesami demielinizacyjnymi, kolagenozami, przewlekłymi zespołami pozapiramidowymi, reumatoidalnym zapaleniem stawów), chorobami zwyrodnieniowymi stawów biodrowych lub kolanowych, złamaniami, obrażeniami i amputacjami kończyn dolnych oraz po zabiegach endoprotezoplastyki stawu, a także osobom w stanie wegetatywnym lub apalicznym.

Rehabilitacja w ośrodku/oddziale dziennym przysługuje pacjentowi, którego stan zdrowia nie pozwala na rehabilitację w warunkach ambulatoryjnych, a pacjent nie wymaga całodobowego nadzoru medycznego.

Lecznictwo uzdrowiskowe, choć nie jest bezpośrednio zaliczane do rehabilitacji leczniczej, stanowi formę kontynuacji leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego i może pełnić istotną rolę w procesie odzyskiwania sprawności po przebytej chorobie lub urazie. Jego charakterystyczną cechą jest wykorzystanie naturalnych zasobów leczniczych, takich jak wody mineralne, borowiny czy specyficzne warunki klimatyczne, w połączeniu z zabiegami fizjoterapeutycznymi. Należy jednak zaznaczyć, że w niniejszej analizie uwzględniono wyłącznie świadczenia rehabilitacji leczniczej, z pominięciem danych dotyczących lecznictwa uzdrowiskowego.

Rehabilitacja lecznicza w RP jest finansowana z różnych źródeł publicznych i prywatnych. Do głównych źródeł finansowania należą: NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, JST, prywatne środki pacjentów. MPZ nie uwzględnia rehabilitacji finansowanej z pozostałych źródeł.

W ostatnich latach obserwowany jest systematyczny wzrost nakładów NFZ na świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Zgodnie z przyjętymi planami finansowymi, w 2022 r. przeznaczono na ten cel 5,47 mld zł, natomiast w 2023 r. wydatki te wzrosły do 6,95 mld zł, co oznaczało wzrost o 27% w stosunku do roku poprzedniego. Na 2024 r. zaplanowano dalsze zwiększenie środków do poziomu 7,46 mld zł, co stanowi wzrost o 7,4% rok do roku. Warto podkreślić, że pomimo rosnącego finansowania, udział rehabilitacji w ogólnych kosztach świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych przez NFZ pozostaje relatywnie stabilny – w 2024 r. wyniósł on 3,9%. Tendencja ta może świadczyć o rosnącym zapotrzebowaniu na tego typu usługi, wynikającym m.in. ze starzenia się społeczeństwa, wzrostu liczby pacjentów po urazach oraz przewlekle chorych wymagających długoterminowego wsparcia w odzyskiwaniu sprawności.

8.1. Zmiany systemowe

Zmiany systemowe dotyczące rehabilitacji leczniczej od 2020 r. miały na celu przede wszystkim zwiększenie dostępności do świadczeń fizjoterapeutycznych, doprecyzowanie standardów opieki medycznej oraz upowszechnienie różnych form teleopieki i telerehabilitacji.

W 2020 r. wprowadzono możliwość realizacji w okresie ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii wybranych porad lekarskich, porad lub wizyt terapeutycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, o ile taka forma udzielania świadczenia opieki zdrowotnej nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy[149].

Od września 2021 r. obowiązuje wymóg przeprowadzania wizyty fizjoterapeutycznej na początku i na końcu cyklu zabiegów, co pozwala na monitorowanie efektów prowadzonej terapii z uwzględnieniem początkowego stanu funkcjonowania pacjenta (przed rozpoczęciem procesu rehabilitacyjnego). Dodatkowo uproszczone zostały procedury związane z potwierdzaniem realizacji świadczeń udzielanych w trybie dziennym i ambulatoryjnym poprzez zniesienie obowiązku podpisu pacjenta w dokumentacji medycznej. Jednocześnie, w przypadku fizjoterapii domowej, utrzymany został wymóg składania podpisu w dokumentacji medycznej przez pacjenta albo jego opiekuna prawnego lub faktycznego[150]. Z uwagi na specyfikę świadczeń udzielanych w warunkach domowych, podpis świadczeniobiorcy stanowi jedyne potwierdzenie realizacji świadczenia.

W lutym 2022 r. wprowadzone zostały nowe wyceny oraz zasady rozliczania świadczeń w fizjoterapii ambulatoryjnej i domowej[151], m.in. w zakresie konstrukcji katalogu produktów rozliczeniowych, zasad finansowania świadczeń (wycenianych głównie w oparciu o czas pracy fizjoterapeuty) oraz możliwości doboru zabiegów przez rehabilitanta w celu uzyskania optymalnych efektów terapeutycznych.

8.2. Analiza rehabilitacji

Charakterystyka pacjentów

W 2023 r. z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez NFZ skorzystało w RP około 3,5 mln osób. W strukturze demograficznej pacjentów dominowały kobiety, które stanowiły blisko

[149] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 660).

[150] Zarządzenie nr 138/2021/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 138/2021/DSOZ z dnia 02.08.2021 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

[151] Zarządzenie nr 7/2022/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia nr 7/2022/DSOZ z dnia 11.01.2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzajach rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń - leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką.

dwie trzecie ogółu (64,5%), a także mieszkańcy miast (67,9%), co może odzwierciedlać zarówno większą dostępność usług rehabilitacyjnych w ośrodkach miejskich, jak i większą świadomość zdrowotną tej grupy. Pod względem wieku największy odsetek pacjentów stanowili dorośli w wieku produkcyjnym (18-64 lata) – 47,6%. Osoby starsze, powyżej 65. r.ż., stanowiły 41,8%, co potwierdza rosnące zapotrzebowanie na usługi rehabilitacyjne w związku ze starzeniem się populacji. Dzieci i młodzież w wieku 0-17 lat stanowiły natomiast 10,6% ogółu pacjentów.

Zdecydowana większość osób objętych rehabilitacją (76,6%) nie posiadała formalnego orzeczenia o niepełnosprawności. Wśród pozostałych dominowały osoby z umiarkowanym (10,8%) oraz znacznym (6,6%) stopniem niepełnosprawności, a także z niepełnosprawnością w stopniu lekkim (4,6%). Dodatkowo, 1,5% stanowili pacjenci do 16. r.ż. ze stwierdzoną niepełnosprawnością. Struktura ta odzwierciedla różnorodność potrzeb zdrowotnych populacji oraz wskazuje na istotną rolę rehabilitacji zarówno w leczeniu powikłań przewlekłych schorzeń, jak i w działaniach zapobiegawczych i wspierających funkcjonowanie pacjentów na różnych etapach życia.

Tabela 39. Struktura demograficzna pacjentów rehabilitowanych w 2023 r.

Przedziały wiekowe	w świadczeniach dziennych [tys.]	w świadczeniach stacjonarnych [tys.]	w świadczeniach domowych [tys.]	w świadczeniach ambulatoryjnych [tys.]	Łącznie [tys.]
0-17	143,5	17,0	1,3	248,4	371,7
18-64	132,4	76,1	21,5	1 544,5	1 663,8
Powyżej 65. r.ż.	117,1	142,2	75,8	1 271,2	1 459,7

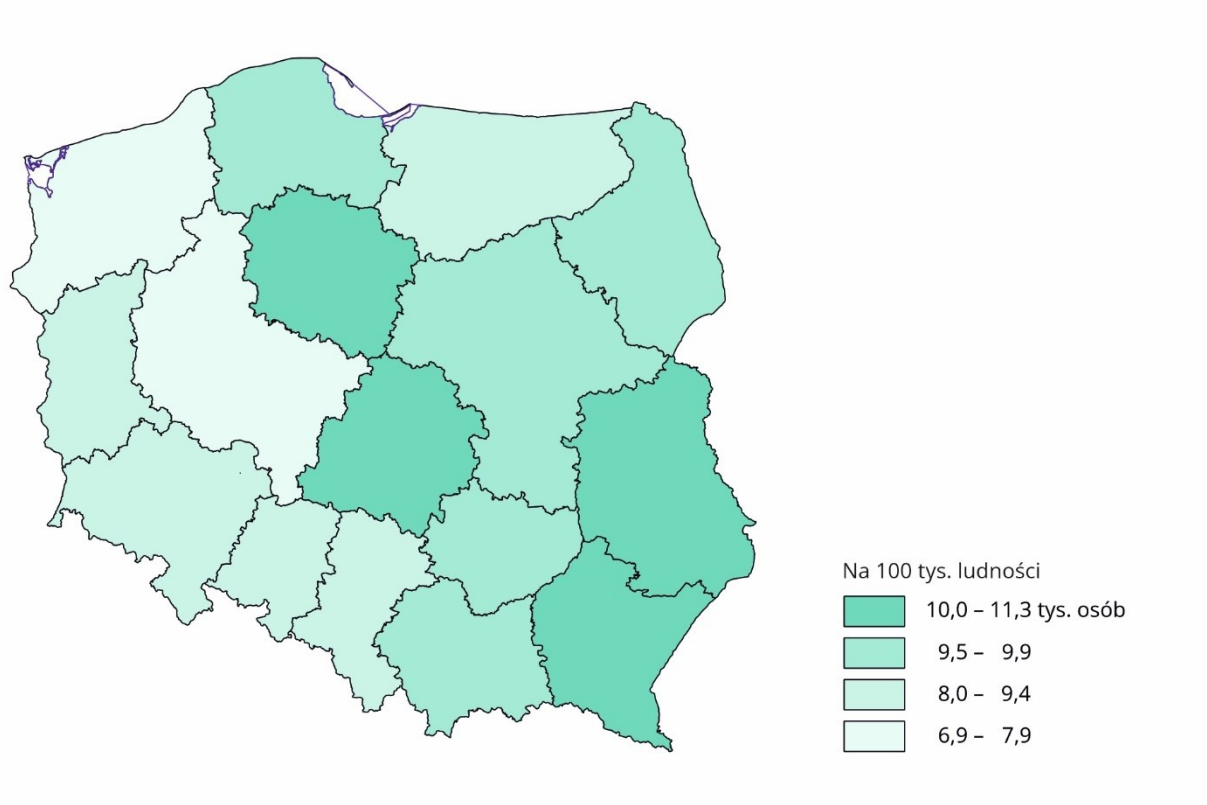
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza regionalna wykazuje istotne zróżnicowanie w dostępie do rehabilitacji leczniczej, mierzone liczbą pacjentów objętych świadczeniami w przeliczeniu na 100 tys. ludności. Najwyższe wskaźniki odnotowano w województwach podkarpackim (11 319), kujawsko-pomorskim (10 448) oraz łódzkim (10 267). Najniższe wskaźniki odnotowano w województwach zachodniopomorskim (6 934 – o 39% mniej niż w podkarpackim), wielkopolskim (7 143) i dolnośląskim (8 097). Skala tych różnic utrzymuje się na poziomie zbliżonym do obserwowanego w 2019 r., co może wskazywać na utrwalone różnice w strukturze dostępności i wykorzystania świadczeń rehabilitacyjnych między regionami.

Dodatkowo, dane z podziałem na miasta na prawach powiatu i pozostałe obszary wskazują, że mieszkańcy dużych ośrodków miejskich są znacznie częściej obejmowani rehabilitacją. Przykładowo, w 2023 r. wskaźnik liczby pacjentów w mieście Wrocław wynosił 9 345 na 100 tys. ludności, podczas gdy w sąsiednim powiecie wrocławskim – jedynie 4 625. Podobne relacje

wystąpiły w Toruniu (11 760) i powiecie toruńskim (7 170). Ponieważ dane przypisano według miejsca zamieszkania pacjenta, a nie lokalizacji świadczeniodawcy, wskazuje to na wyraźne różnice w dostępności i wykorzystaniu rehabilitacji między obszarami miejskimi a pozamiejskimi, co może wynikać m.in. z większej koncentracji placówek, krótszych kolejek i lepszej infrastruktury transportowej.

Rysunek 153. Pacjenci rehabilitowani w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

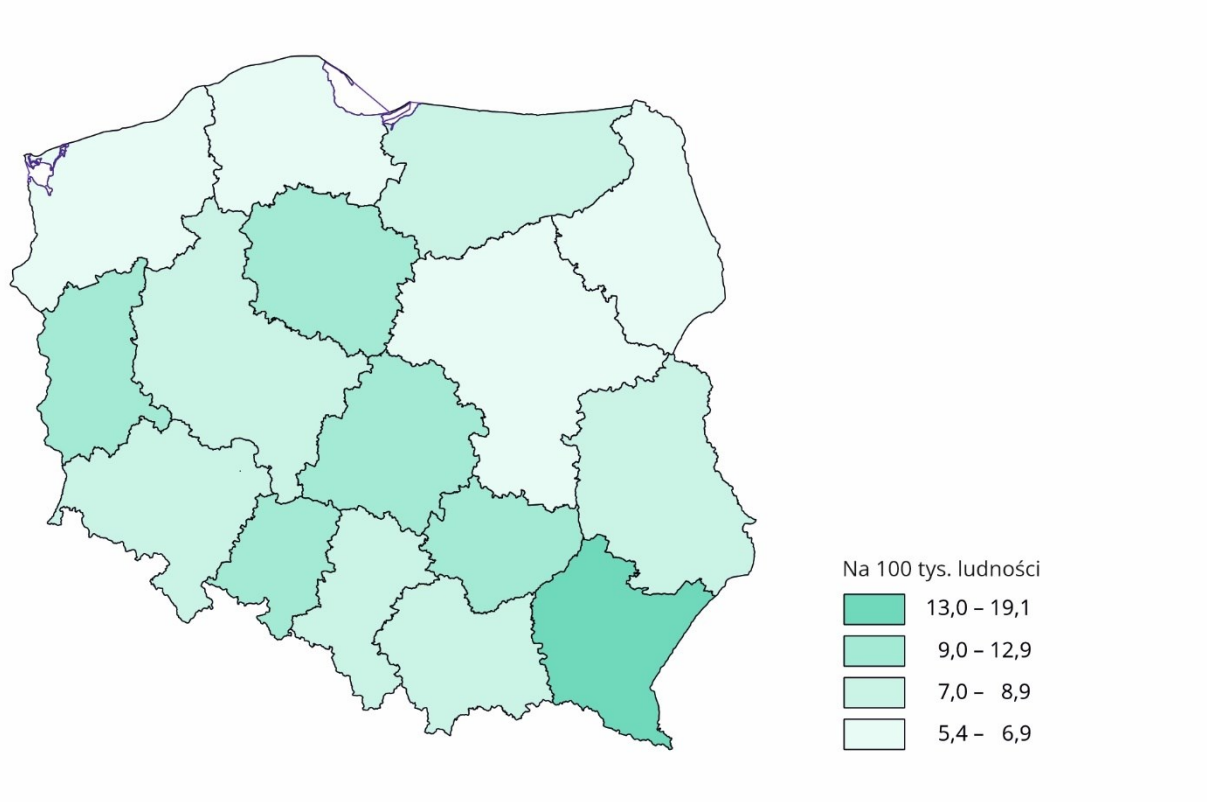
W strukturze rozpoznań pacjentów korzystających z rehabilitacji leczniczej w RP w 2023 r. zdecydowanie dominowały schorzenia układu mięśniowo-szkieletowego, które stanowiły aż 71,4% wszystkich przypadków. Kolejnymi najczęstszymi przyczynami kierowania na rehabilitację były choroby układu nerwowego (15,9%) oraz choroby układu krążenia (3,6%). Pozostałe grupy rozpoznań, takie jak inne choroby niezakaźne (1,3%), zaburzenia psychiczne (0,8%), nowotwory (0,7%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,7%), stanowiły marginalny odsetek ogółu pacjentów.

Warto zwrócić uwagę na wyjątkowo niski odsetek pacjentów onkologicznych objętych rehabilitacją – mimo rosnącej liczby chorych na nowotwory, w 2023 r. rehabilitację przeszło zaledwie 24,5 tys. osób z tej grupy. Może to wskazywać na niewystarczające włączenie rehabilitacji do kompleksowej opieki nad pacjentem onkologicznym, mimo że jest ona istotnym elementem procesu zdrowienia i poprawy jakości życia.

Analiza świadczeniodawców

W 2023 r. na terenie kraju funkcjonowało 3 197 świadczeniodawców, którzy sprawozdawali świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Według danych 473 świadczeniodawców realizowało świadczenia w warunkach stacjonarnych, 569 w warunkach domowych, 850 w dziennych i 2 548 w ambulatoryjnych.

Rysunek 154. Placówki realizujące świadczenia rehabilitacyjne ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

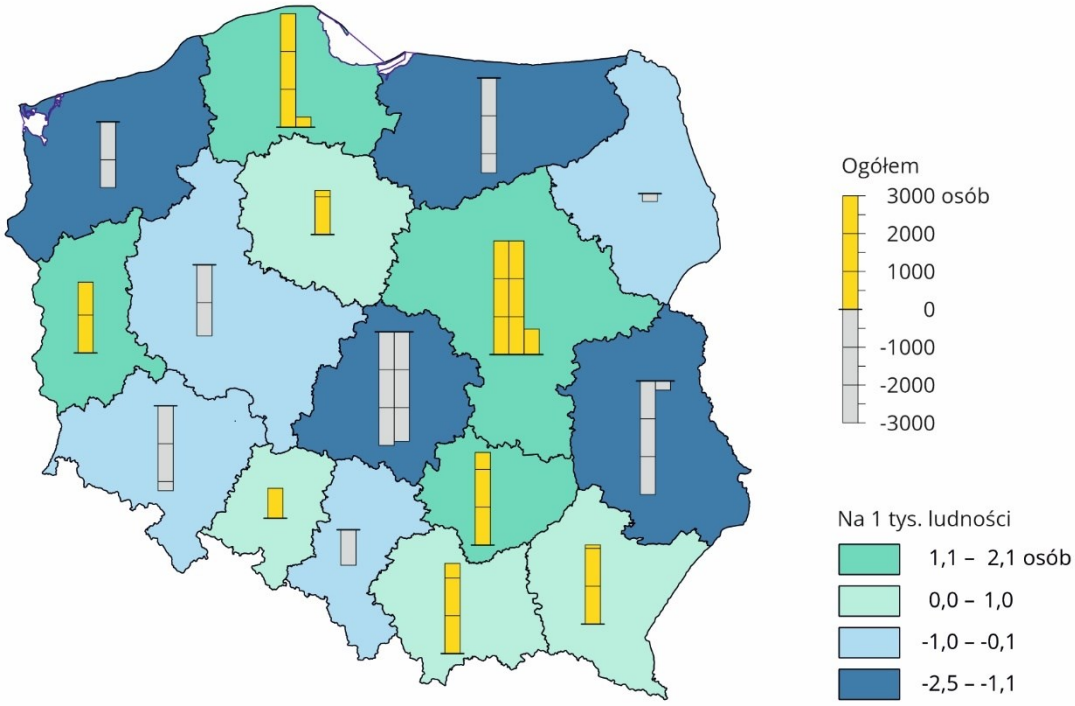
W latach 2019-2023 nieznacznie zmniejszyła się liczba ośrodków udzielających świadczeń w zakresie rehabilitacji (z 3 212 do 3 197). Wzrost został odnotowany w rehabilitacji domowej (z 529 do 569, o 8%), stacjonarnej (z 440 do 473, o 8%) oraz dziennej (z 839 do 850, o 1%), natomiast spadek w ambulatoryjnej (z 2 629 do 2 548, o 3%).

Migracje pacjentów

W 2023 r. saldo migracji było najwyższe w województwie mazowieckim (+6 672), pomorskim (+3 271) i świętokrzyskim (+2 446), a najniższe w łódzkim (-5 889), lubelskim (-3 242) i warmińsko-mazurskim (-2 507). Warto zwrócić uwagę, że liczba rehabilitowanych pacjentów na 100 tys. ludności nie zawsze pokrywa się z saldem migracji – w szczególności wśród pacjentów mieszkających w województwie łódzkim jest stosunkowo dużo osób rehabilitowanych (trzeci wynik w RP), a saldo migracji jest tam najniższe.

Obserwuje się migracje pacjentów do miast na prawach powiatów z ich obrzeży, np. saldo migracji dla m. Wrocław wyniosło +6 048, a dla pow. wrocławskiego -6 062. Oznacza to centralizację ośrodków w dużych miastach.

Rysunek 155. Saldo migracji wszystkich rehabilitowanych pacjentów w 2023 r.

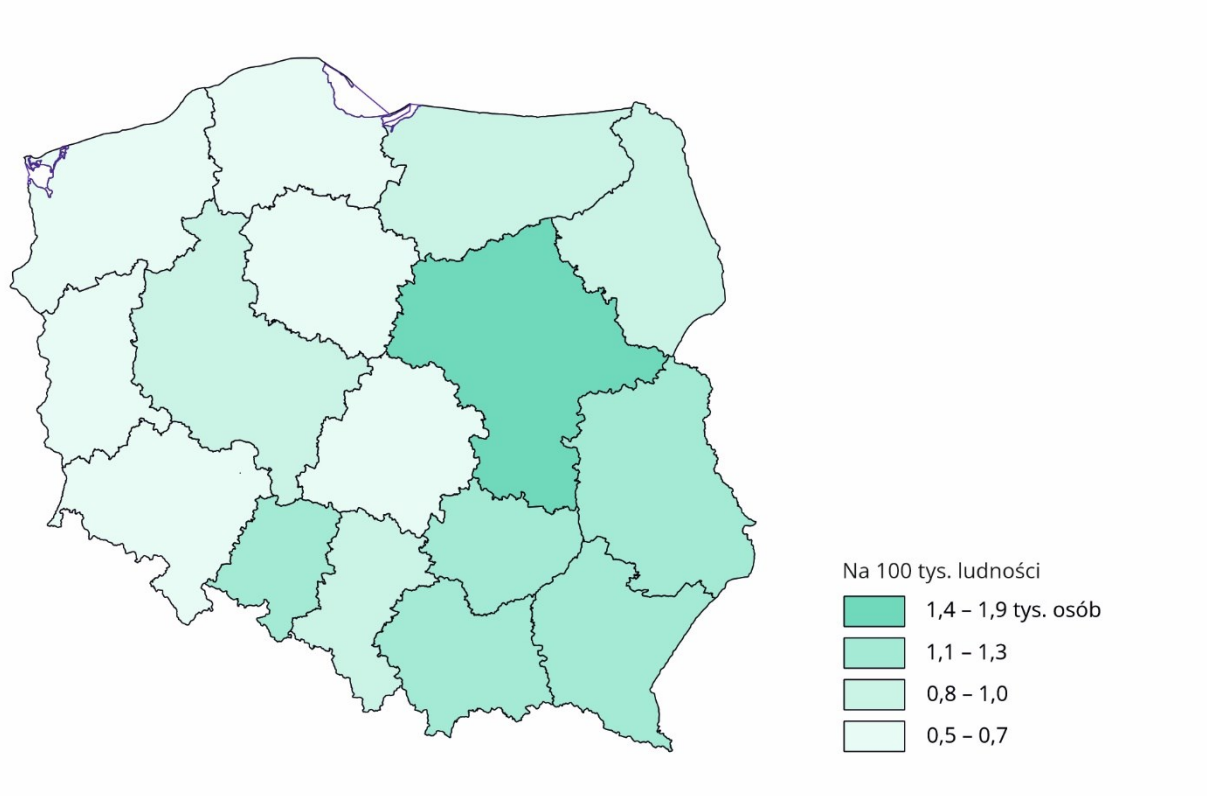


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

8.2.1. Świadczenia dzienne

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach dziennych w 2023 r. skorzystało 393 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 1 044. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie mazowieckim (1 888), lubelskim (1 339) i podkarpackim (1 329), najmniej zaś w województwie lubuskim (461), kujawsko-pomorskim (638) i dolnośląskim (645).

Rysunek 156. Pacjenci objęci rehabilitacją dzienną w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Wśród pacjentów w rehabilitacji dziennej 36,5% stanowiły osoby w wieku poniżej 18 lat, 33,7% w wieku 18-64 lata i 29,8% powyżej 65. r.ż. Kobiety stanowiły 57,1%, natomiast mieszkańcy miast 73,3%. 73,7% pacjentów nie posiadała orzeczenia o niepełnosprawności, 4,1% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 10,5% w stopniu umiarkowanym i 3,8% w stopniu znacznym, natomiast 7,9% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. r.ż. W przypadku każdego zakresu wystąpiły znaczące różnice w liczbie realizowanych świadczeń na 100 tys. ludności pomiędzy województwami, w szczególności:

- udzielano stosunkowo dużo świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie kardiologii w województwie śląskim i małopolskim (odpowiednio o 64% i 62% więcej niż średnio w kraju) oraz stosunkowo mało w województwach zachodniopomorskim, opolskim i lubelskim (odpowiednio 54%, 48% i 42% mniej niż średnio w RP);
- udzielano bardzo mało świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń słuchu i mowy w województwach łódzkim, małopolskim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim oraz nie udzielało się ich w województwie śląskim;
- nie udzielano świadczeń rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wzroku w województwach dolnośląskim, lubelskim, lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, pomorskim, świętokrzyskim i zachodniopomorskim;
- świadczenia rehabilitacji dziennej w zakresie pulmonologii udzielano tylko w województwie małopolskim;

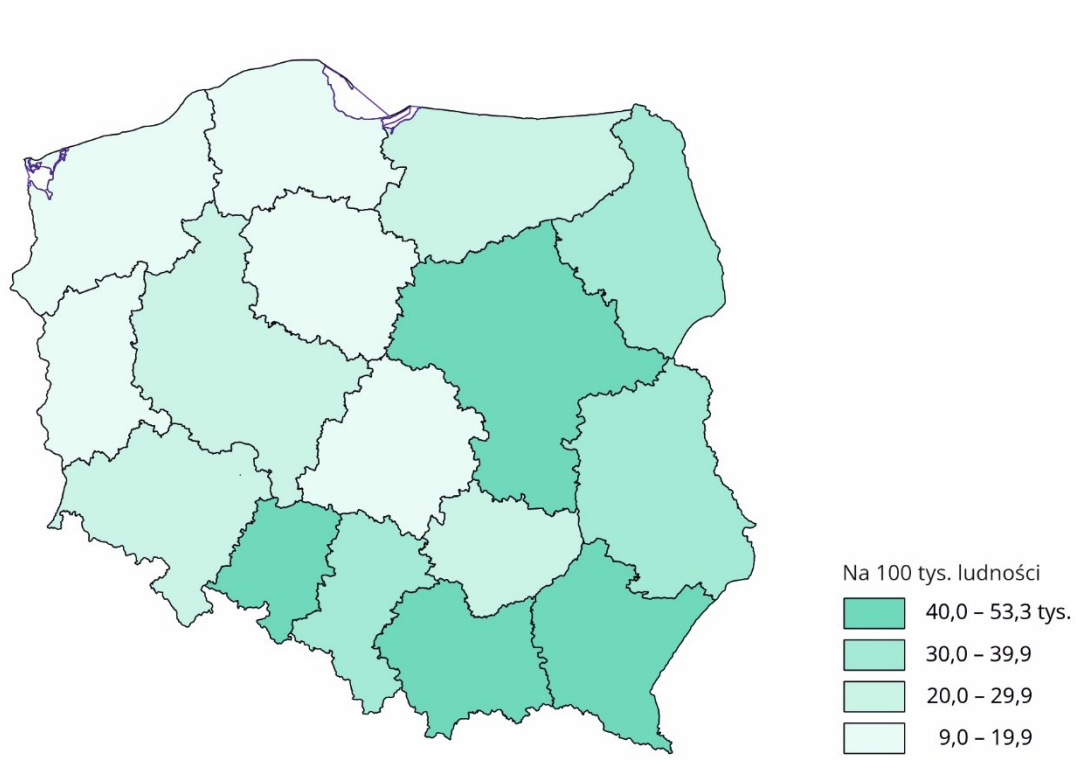
– w województwach zachodniopomorskim, małopolskim, podlaskim i łódzkim świadczenia rehabilitacji dziennej w zakresie zaburzeń wieku rozwojowego były udzielane w istotnie mniejszym zakresie niż średnio w kraju – odpowiednio o 56%, 52%, 46% i 41% mniej.

Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w RP trafiali na rehabilitację dzienną, wyróżnia się[152]: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (46,8%), choroby układu nerwowego (13,4%), choroby układu krążenia (5,6%), zaburzenia psychiczne (5,4%), choroby narządów zmysłu (3,8%), inne choroby niezakaźne (2,2%) schorzenia matki i noworodków (1,8%), nowotwory (1,1%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (0,7%).

Analiza świadczeń

W 2023 r. w RP w ramach rehabilitacji dziennej zrealizowano łącznie 11,96 mln osobodni, co oznacza wzrost o 20% w porównaniu do 2019 r. Liczba osobodni w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w RP 31 767. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: opolskie (53 294), podkarpackie (52 539) i mazowieckie (44 677), najmniejszą zaś województwa: lubuskie (9 023), kujawsko-pomorskie (14 051) i zachodniopomorskie (16 721).

Rysunek 157. Osobodni w rehabilitacji dziennej w 2023 r.



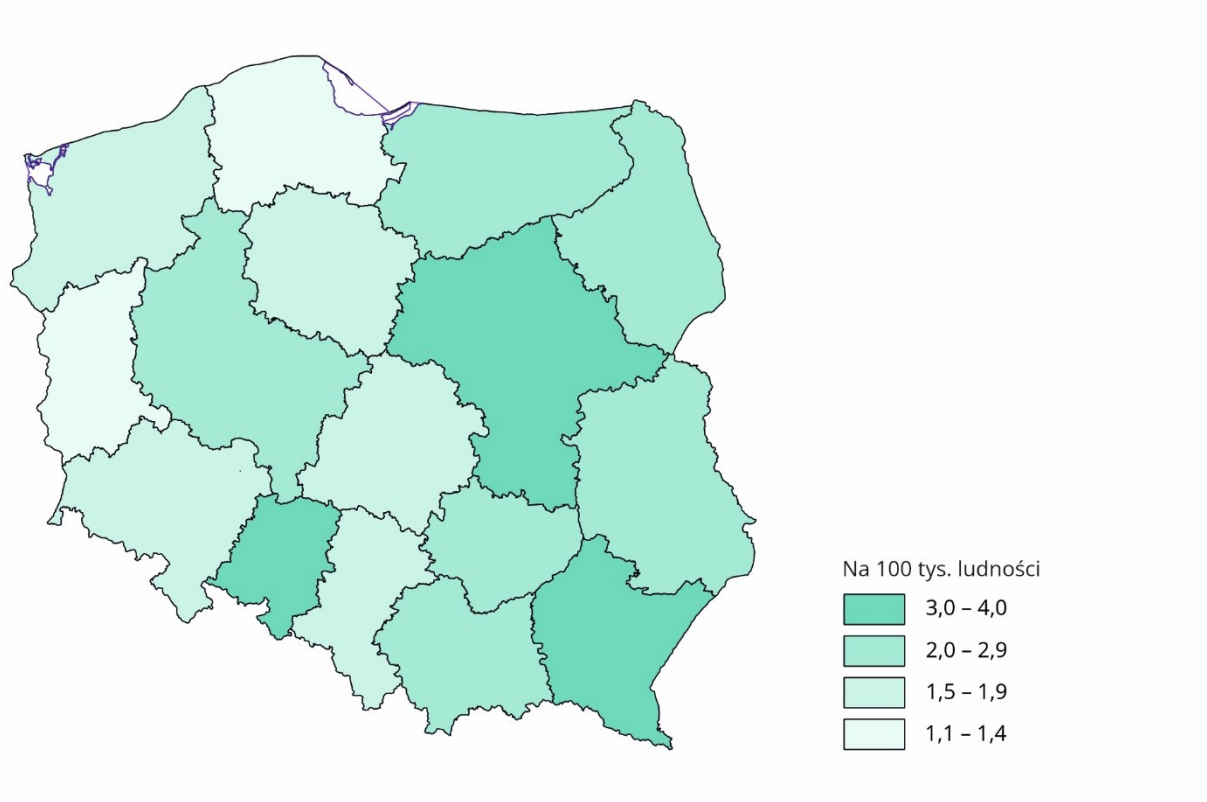
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

[152] Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji dziennej w 2023 r. działało się w województwie podkarpackim (4,01), opolskim (3,42) i mazowieckim (2,99), najmniej zaś w lubuskim (1,13), pomorskim (1,40) i kujawsko-pomorskim (1,55). Średnia wartość dla całego kraju wyniosła 2,26.

Rysunek 158. Ośrodki udzielające świadczeń w ramach rehabilitacji dziennej w 2023 r.

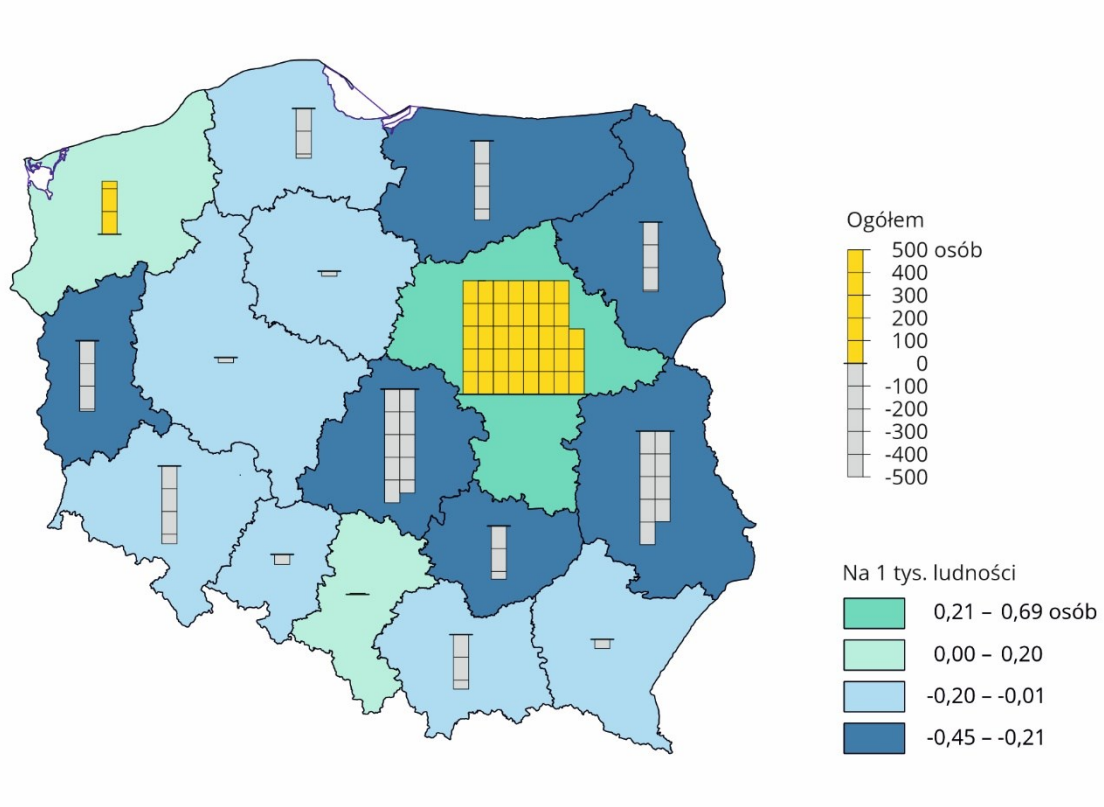


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Migracje pacjentów

W 2023 r. dodatnie saldo migracji w rehabilitacji dziennej odnotowano tylko w województwach mazowieckim (+3 788), zachodniopomorskim (+233) i śląskim (+5). Ujemne saldo migracji zaobserwowano w 13 województwach, przy czym najniższe w województwach łódzkim (-957), lubelskim (-898) i warmińsko-mazurskim (-349).

Rysunek 159. Saldo migracji pacjentów w rehabilitacji dziennej w 2023 r.

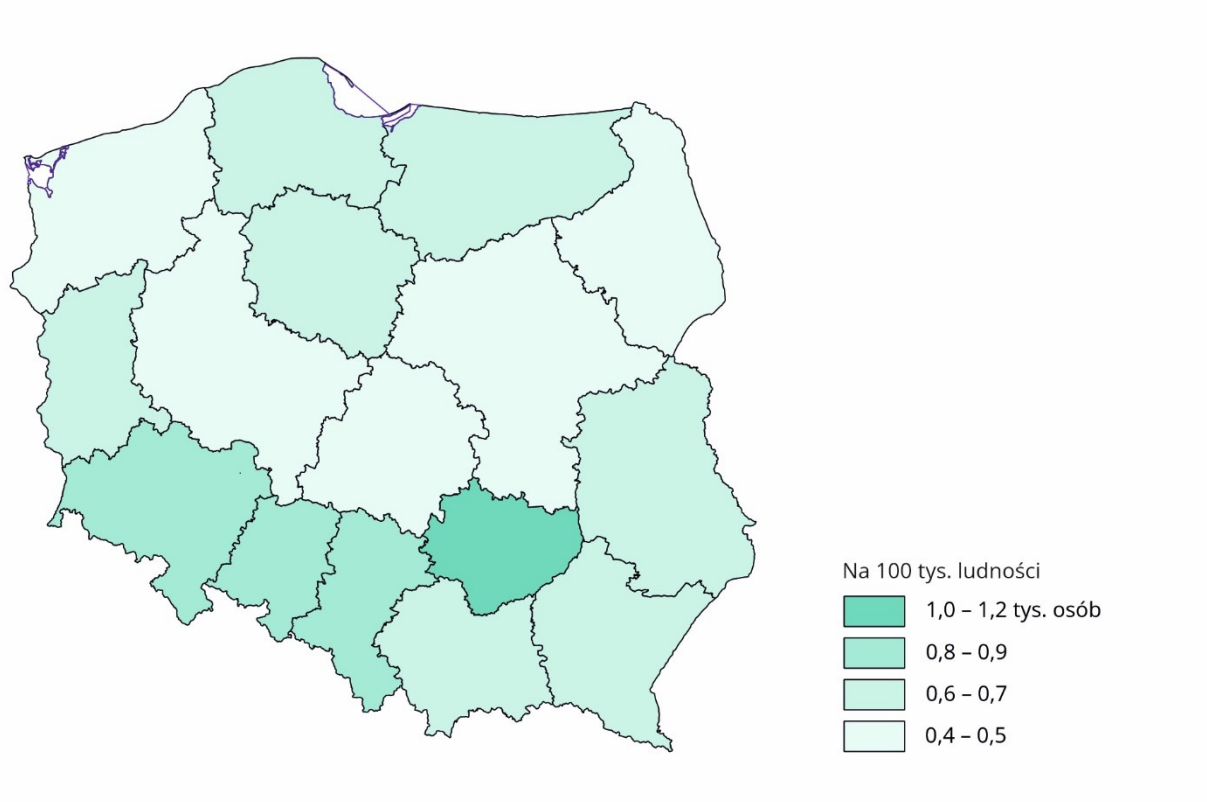


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

8.2.2. Świadczenia stacjonarne

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach stacjonarnych w 2023 r. skorzystało 235 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 625. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwach świętokrzyskim (1 197), śląskim (888) i opolskim (869), najmniej zaś w województwach łódzkim (441), mazowieckim (448) i wielkopolskim (508).

Rysunek 160. Pacjenci objęci rehabilitacją stacjonarną w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Wśród pacjentów w rehabilitacji stacjonarnej 7,2% stanowiły osoby w wieku poniżej 18. r.ż., 32,3% w wieku 18-64 lata i 60,4% powyżej 65. r.ż. Kobiety stanowiły 54,8%, natomiast mieszkańcy miast 63,6%. 60,4% pacjentów nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności, 4,7% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 18,1% w stopniu umiarkowanym i 14,8% w stopniu znacznym, natomiast 2% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. r.ż.

W przypadku każdego zakresu występują znaczące różnice w liczbie realizowanych świadczeń pomiędzy województwami, w szczególności:

- udzielono mało świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie kardiologii w województwach mazowieckim, łódzkim i małopolskim;
- udzielono mało świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie neurologii w województwie łódzkim;
- nie udzielono świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w zakresie pulmonologii w województwach świętokrzyskim i zachodniopomorskim oraz udzielono ich mało w województwach lubelskim, pomorskim i mazowieckim;
- świadczenia leczenia dzieci i dorosłych ze śpiączką udzielono tylko w województwach warmińsko-mazurskim, mazowieckim, opolskim i małopolskim.

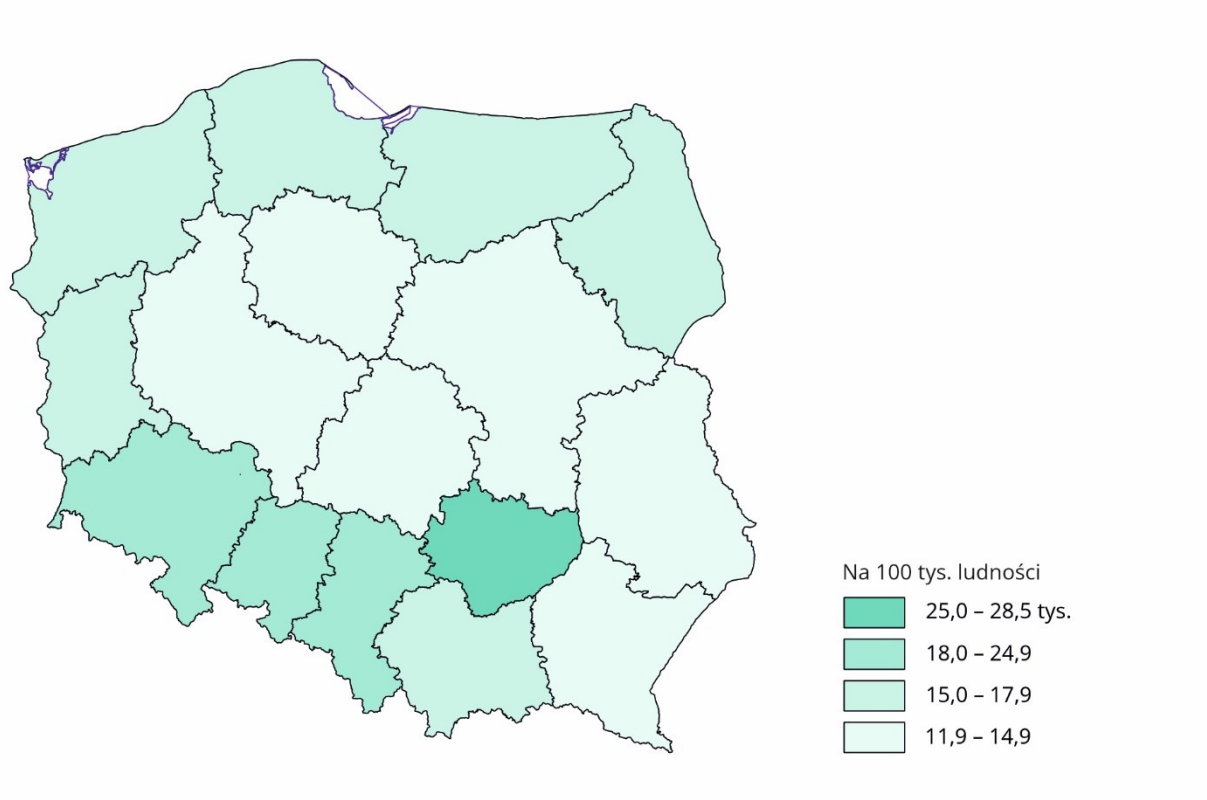
Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w RP trafiali na rehabilitację stacjonarną, wyróżnia się: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (43,5%), choroby układu krążenia

(19,1%), choroby układu nerwowego (15,7%), inne choroby niezakaźne (5,8%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (4,9%).

Analiza świadczeń

W ramach rehabilitacji stacjonarnej w 2023 r. sprawozdanych zostało 6,43 mln osobodni. Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 17 093. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: świętokrzyskie (28 503), dolnośląskie (23 005) i śląskie (22 939), najmniejszą zaś województwa: łódzkie (11 878), lubelskie (13 937) i mazowieckie (13 945).

Rysunek 161. Osobodni w rehabilitacji stacjonarnej w 2023 r.

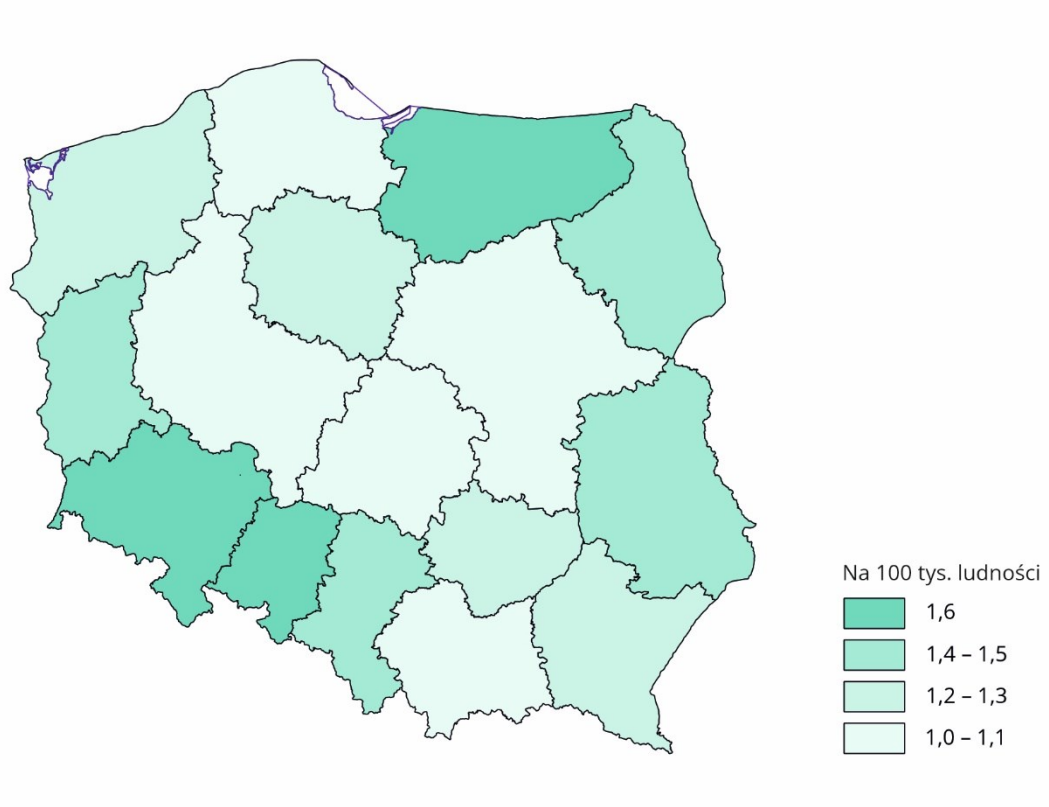


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji stacjonarnej w 2023 r. mieściło się w województwie dolnośląskim (1,6), opolskim (1,6) i warmińsko-mazurskim (1,55), najmniej zaś w wielkopolskim (0,97), pomorskim (1,06) i mazowieckim (1,09). Przeciętna wartość tego wskaźnika dla RP wyniosła 1,26.

Rysunek 162. Ośrodki udzielające świadczeń w ramach rehabilitacji stacjonarnej w 2023 r.

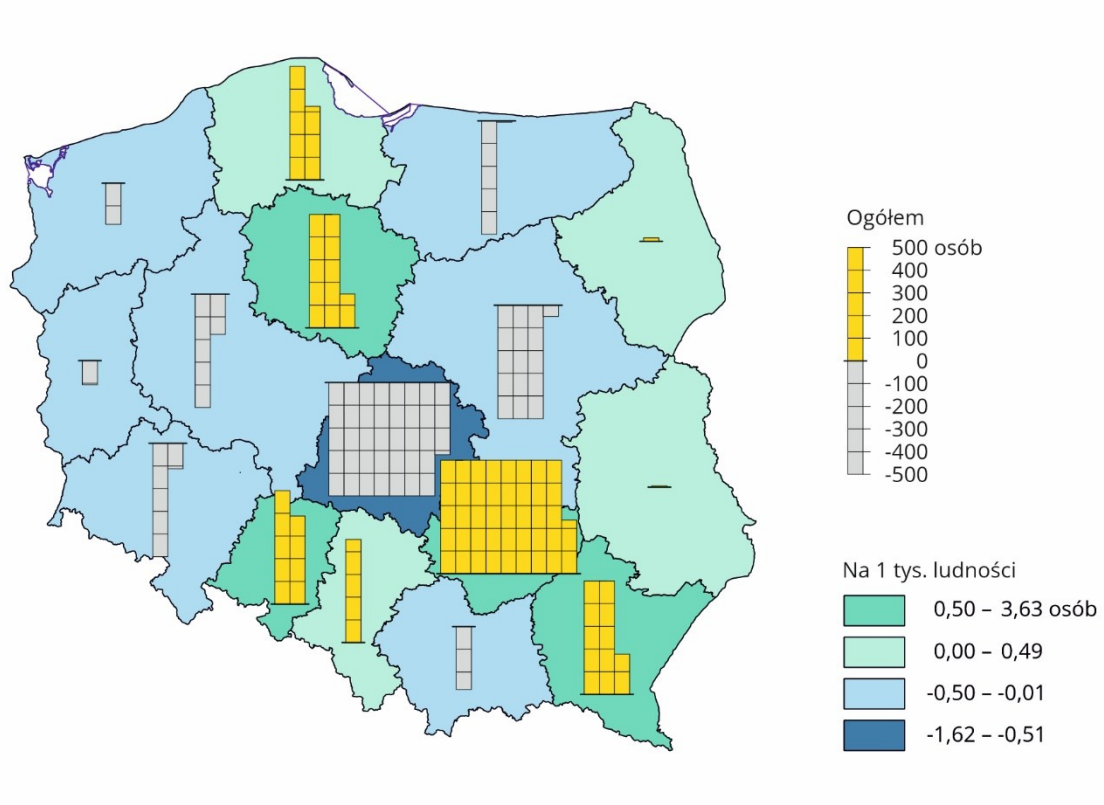


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Migracje pacjentów

Saldo migracji w rehabilitacji stacjonarnej w 2023 r. było najwyższe w województwach świętokrzyskim (+4 236), podkarpackim (+1 177) i kujawsko-pomorskim (+1 149), a najniższe w łódzkim (-3 818), mazowieckim (-1 550) i wielkopolskim (-677). Ujemne saldo migracji wystąpiło w 8 województwach.

Rysunek 163. Saldo migracji pacjentów w rehabilitacji stacjonarnej w 2023 r.

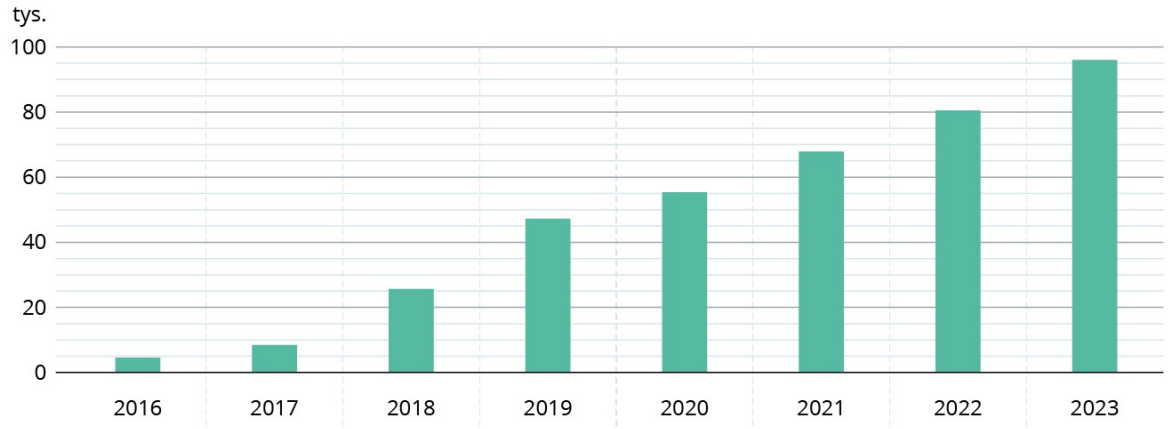


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

8.2.3. Świadczenia domowe

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach domowych w 2023 r. skorzystało 98,6 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 262. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwach świętokrzyskim (581), podkarpackim (574) i łódzkim (326), najmniej zaś w kujawsko-pomorskim (130), warmińsko-mazurskim (131) i lubelskim (163). Ponadto w rehabilitacji domowej obserwuje się znaczący przyrost liczby pacjentów w ostatnich latach – z 4 706 w 2016 r., przez 48 494 w 2019 r., do 98 587 w 2023 r.

Rysunek 164. Liczba pacjentów w rehabilitacji domowej w latach 2016-2023.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Wśród pacjentów w rehabilitacji domowej 1,3% stanowiły osoby w wieku poniżej 18. r.ż., 21,8% w wieku 18-64 lata i 76,9% powyżej 65. r.ż. Udział kobiet wynosił 62,1%, natomiast mieszkańców miast 66,1%. 28% pacjentów nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności, 1% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 8,9% w stopniu umiarkowanym i 61,2% w stopniu znacznym, natomiast 1% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. r.ż.

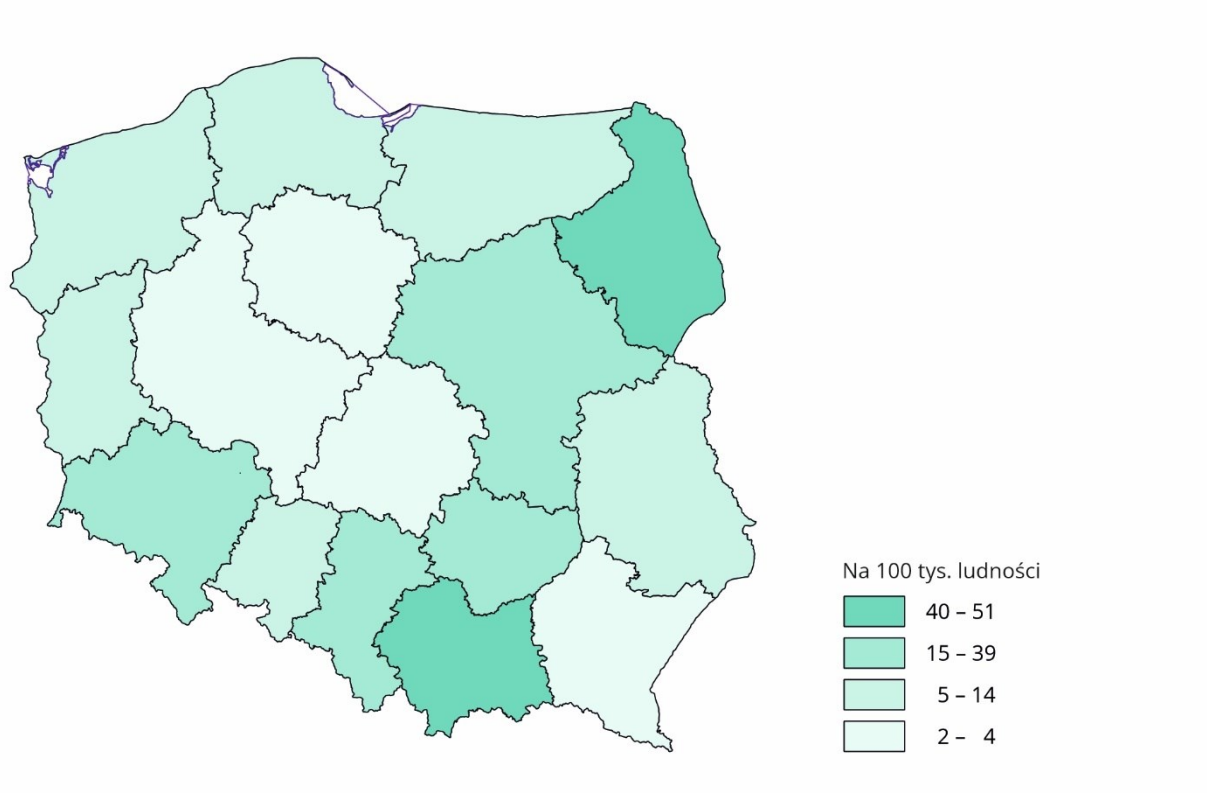
Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci w RP trafiali na rehabilitację domową, wyróżnia się[153]: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (38,4%), choroby układu nerwowego (37,5%), choroby układu krążenia (17,5%), urazy nieumyślne (0,7%), inne choroby niezakaźne (0,7%), nowotwory (0,6%) oraz zaburzenia psychiczne (0,6%).

Analiza świadczeń

W ramach rehabilitacji domowej w 2023 r. sprawozdanych zostało 7 tys. porad lekarskich. Liczba porad lekarskich w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w całym kraju 19. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (51), małopolskie (50) i mazowieckie (34), najmniejszą zaś województwa wielkopolskie (2), łódzkie (2,1) i podkarpackie (3,2).

[153] Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

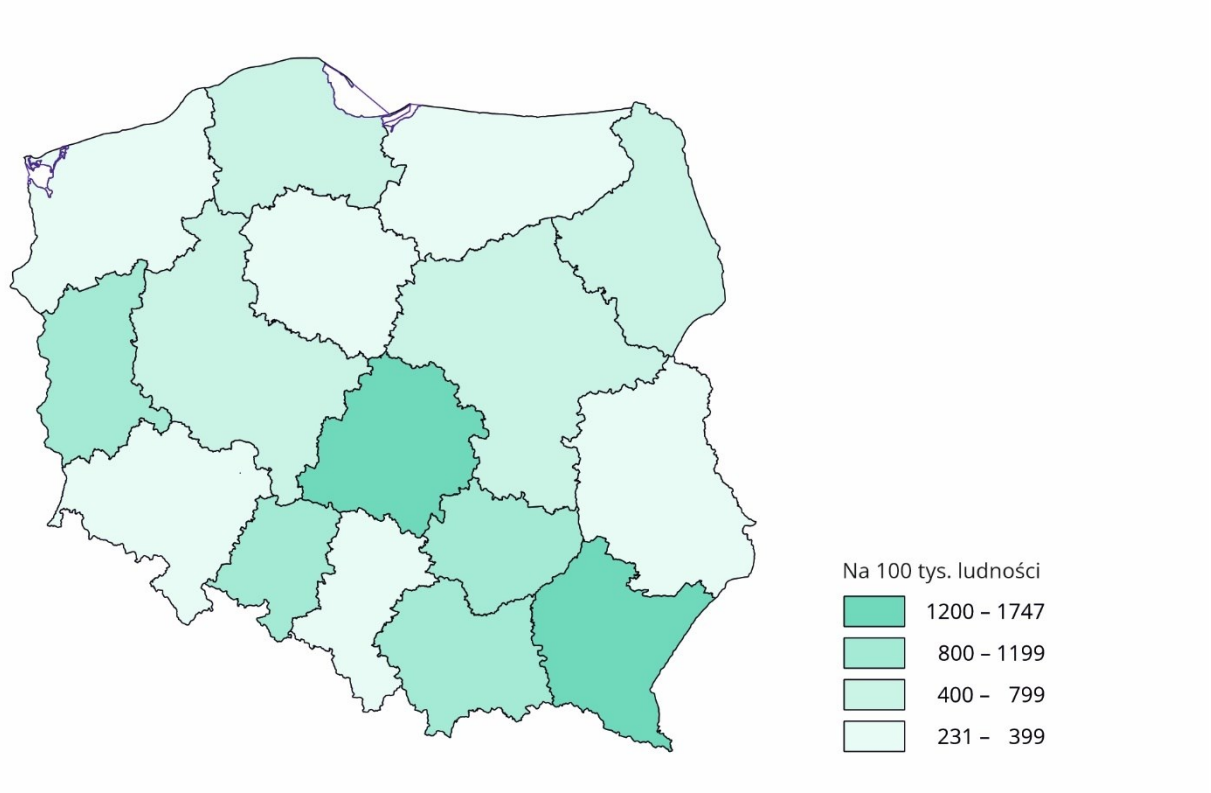
Rysunek 165. Porady lekarskie udzielone w ramach rehabilitacji domowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji domowej w 2023 r. sprawozdanych zostało 246,9 tys. wizyt fizjoterapeutycznych. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 656. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (1 747), łódzkie (1 382) i opolskie (1 075), najmniejszą zaś warmińsko-mazurskie (231), lubelskie (311) i kujawsko-pomorskie (346).

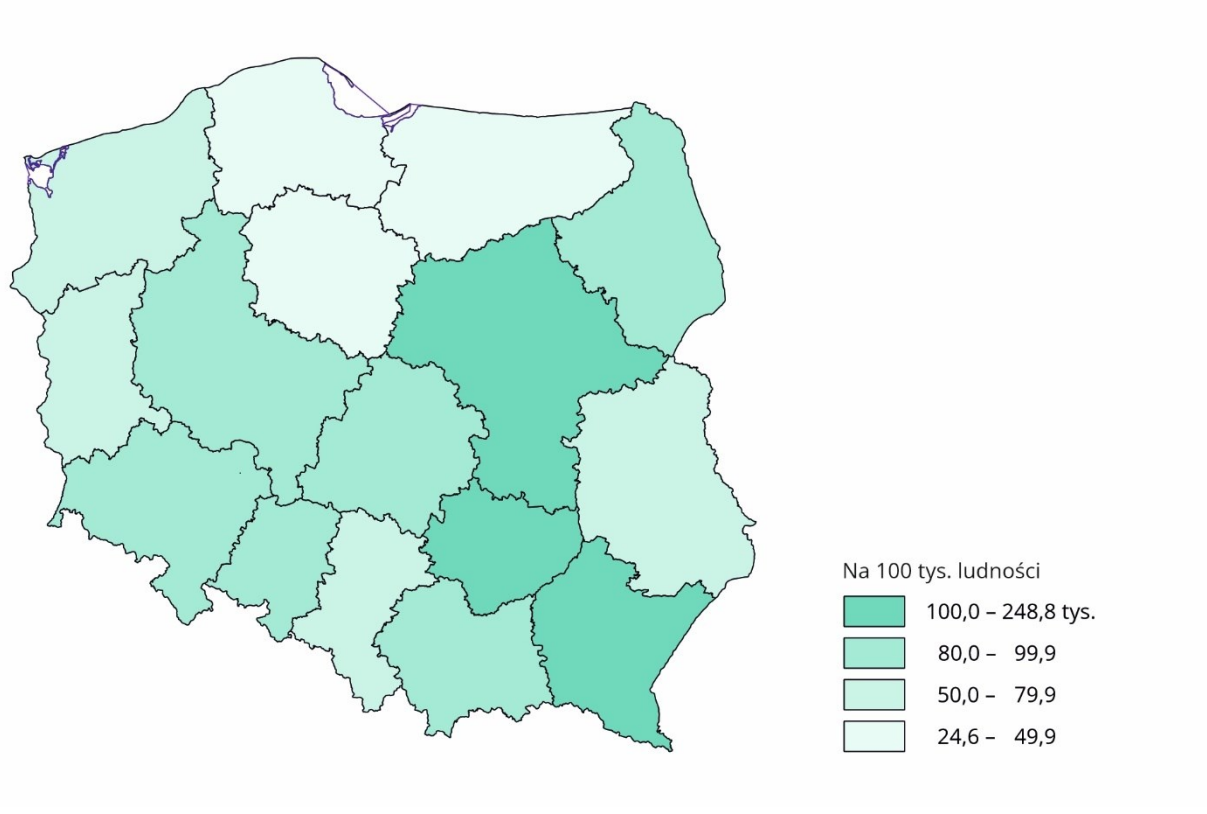
Rysunek 166. Wizyty fizjoterapeutyczne w ramach rehabilitacji domowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji domowej w 2023 r. sprawozdanych zostało 33,2 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba ta w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 88 266. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (248 764), świętokrzyskie (230 888) i mazowieckie (111 771), najmniejszą zaś kujawsko-pomorskie (24 619), warmińsko-mazurskie (30 562) i pomorskie (35 787).

Rysunek 167. Zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach rehabilitacji domowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

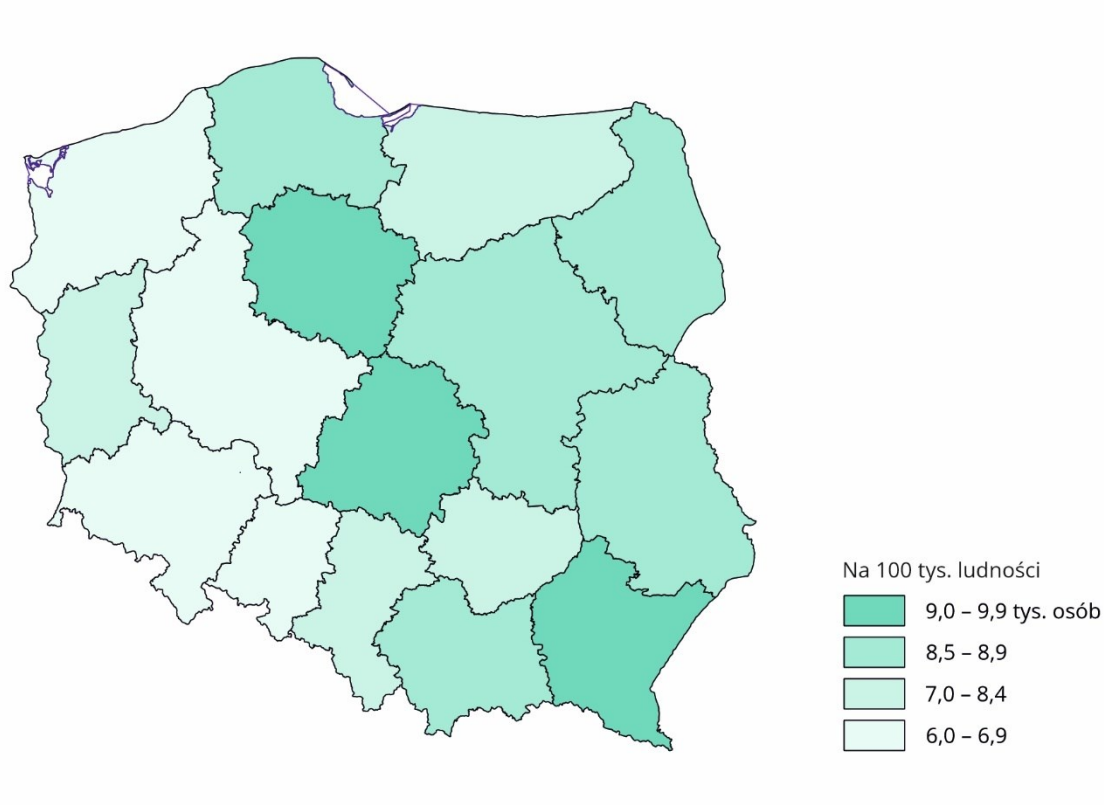
Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji domowej mieściło się w województwach podkarpackim (4,88), świętokrzyskim (2,82) i opolskim (2,24), najmniej zaś w śląskim (0,51), pomorskim (0,51) i kujawsko-pomorskim (0,85). Średnia wartość dla RP to 1,51 ośrodka na 100 tys. ludności.

8.2.4. Świadczenia ambulatoryjne

Ze świadczeń w ramach rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych w 2023 r. skorzystało 3,06 mln pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 8 141. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwach podkarpackim (9 907), kujawsko-pomorskim (9 676) i łódzkim (9 442), najmniej zaś w zachodniopomorskim (6 022), wielkopolskim (6 027) i opolskim (6 664).

Rysunek 168. Pacjenci objęci rehabilitacją ambulatoryjną w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Wśród pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej 8,1% stanowiły osoby w wieku poniżej 18. r.ż., 50,4% w wieku 18-64 lata i 41,5% powyżej 65. r.ż. Udział kobiet wynosił 66,1%, natomiast mieszkańców miast 67,9%. 78,1% pacjentów nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności, 4,8% było niepełnosprawnych w stopniu lekkim, 10,9% w stopniu umiarkowanym i 5,4% w stopniu znacznym, natomiast 0,9% stanowiły dzieci z niepełnosprawnościami do 16. r.ż.

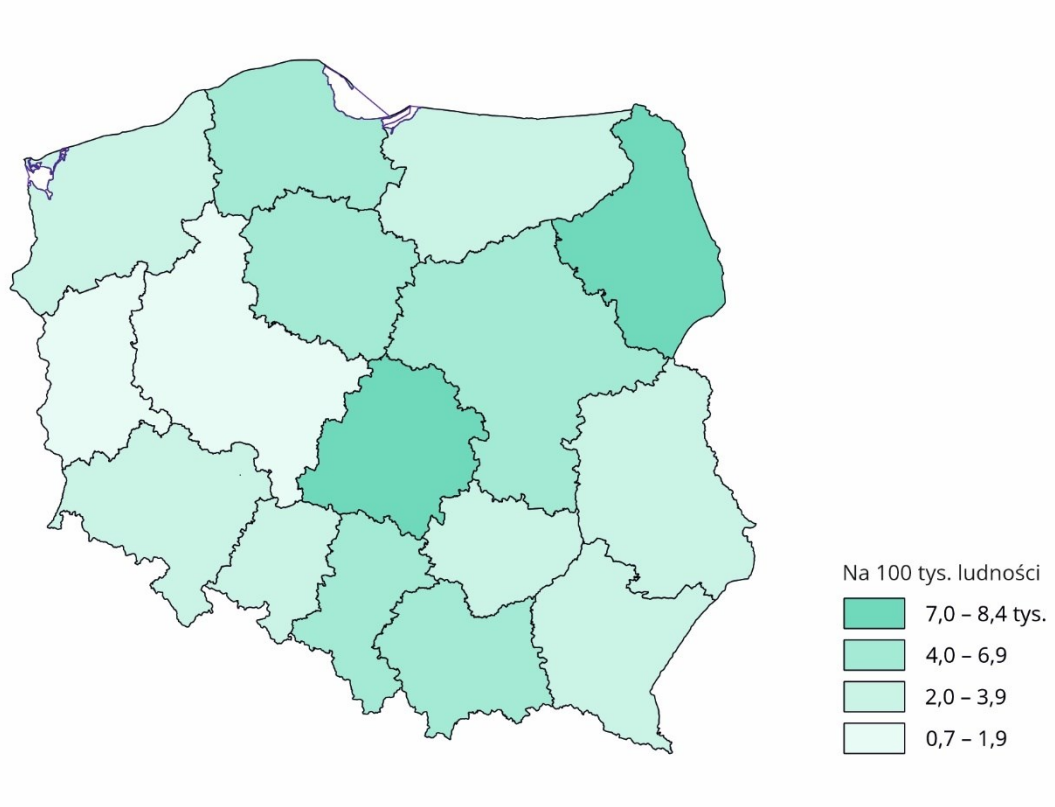
Wśród najczęstszych rozpoznań, z jakimi pacjenci trafiali na rehabilitację ambulatoryjną, wyróżnia się[154]: choroby układu mięśniowo-szkieletowego (76%), choroby układu nerwowego (15,3%), choroby układu krążenia (1,7%), inne choroby niezakaźne (0,8%) oraz nowotwory (0,7%).

Analiza świadczeń

W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r. sprawozdanych zostało 1,7 mln porad lekarskich. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła ona 4 508. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podlaskie (8 391), łódzkie (7 997) i mazowieckie (6 375), najmniejszą zaś lubuskie (735), wielkopolskie (876) i podkarpackie (2 184).

[154] Kategorie rozpoznań na podstawie GBD.

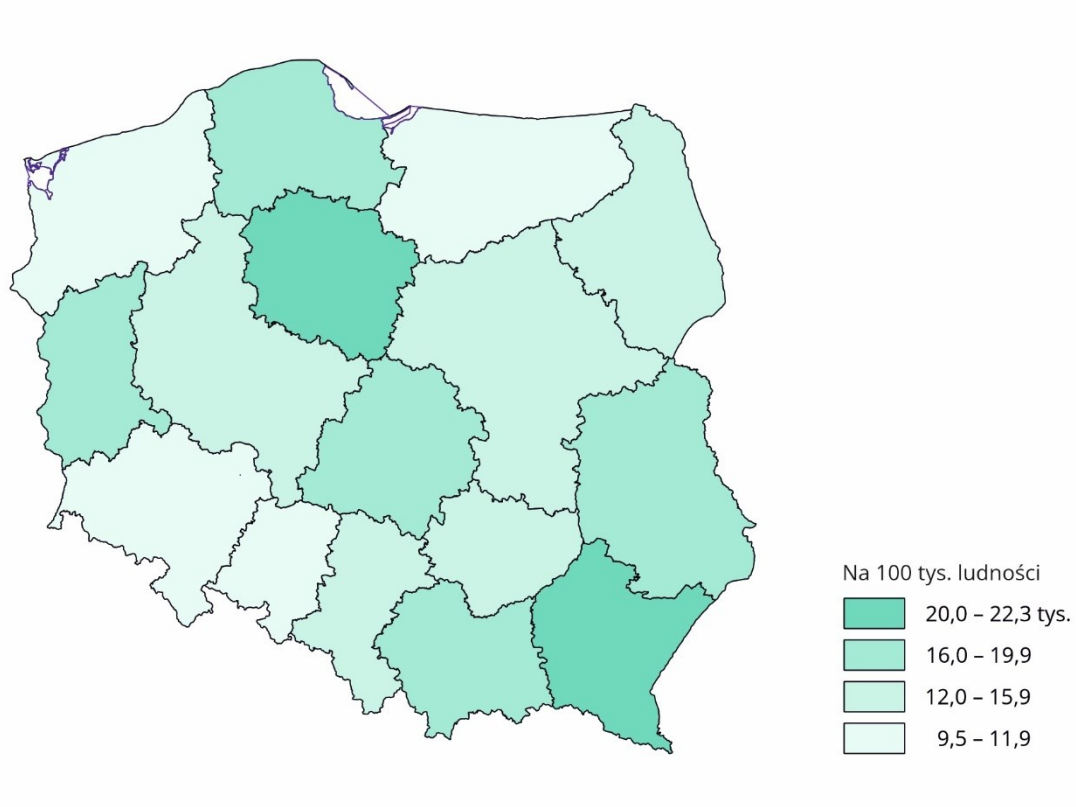
Rysunek 169. Porady lekarskie w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r. sprawozdanych zostało 5,68 mln wizyt fizjoterapeutycznych. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 15 081. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (22 327), kujawsko-pomorskie (20 046) i lubuskie (19 825), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (9 529), dolnośląskie (10 655) i warmińsko-mazurskie (11 008).

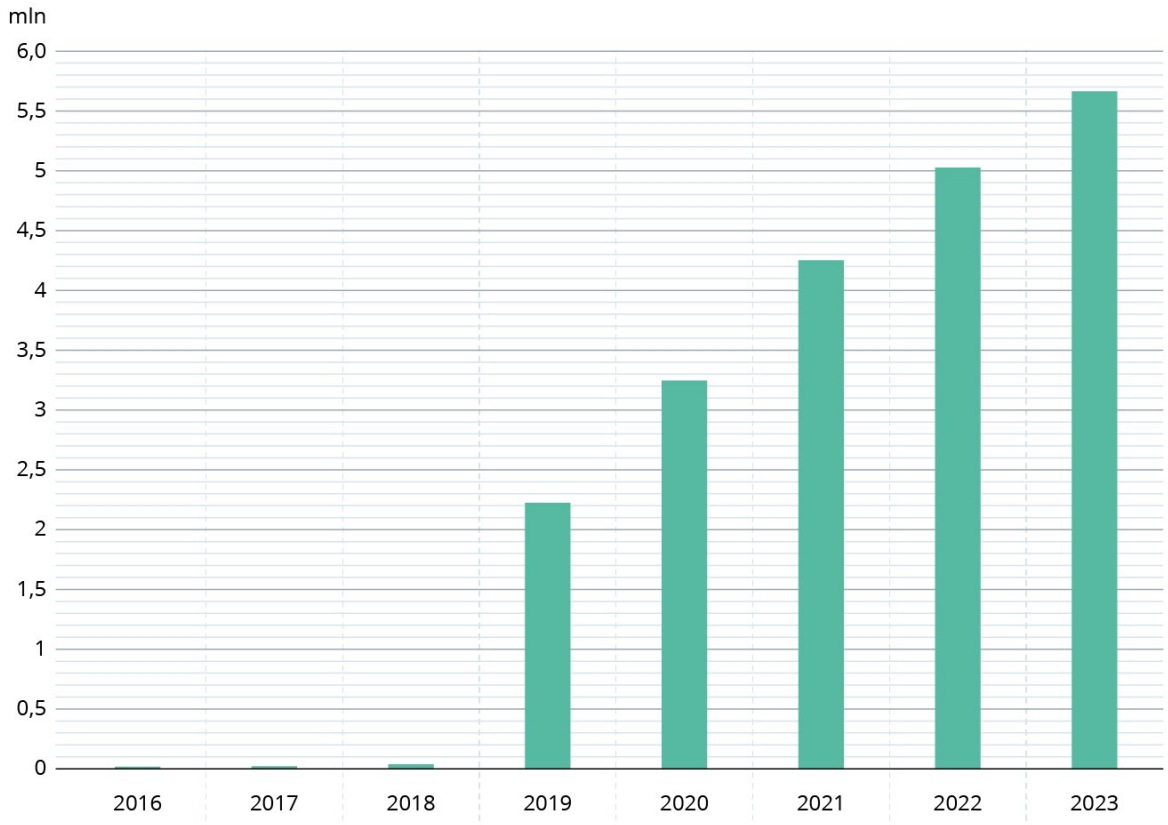
Rysunek 170. Wizyty fizjoterapeutyczne w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2019 r. nastąpił skokowy wzrost liczby wizyt fizjoterapeutycznych, który jest związany z nowymi uprawnieniami fizjoterapeutów do ustalania planu terapii w trakcie takich wizyt. W kolejnych latach liczba wizyt fizjoterapeutycznych nadal się zwiększała i w 2023 r. była 2,5-krotnie większa niż w 2019 r.

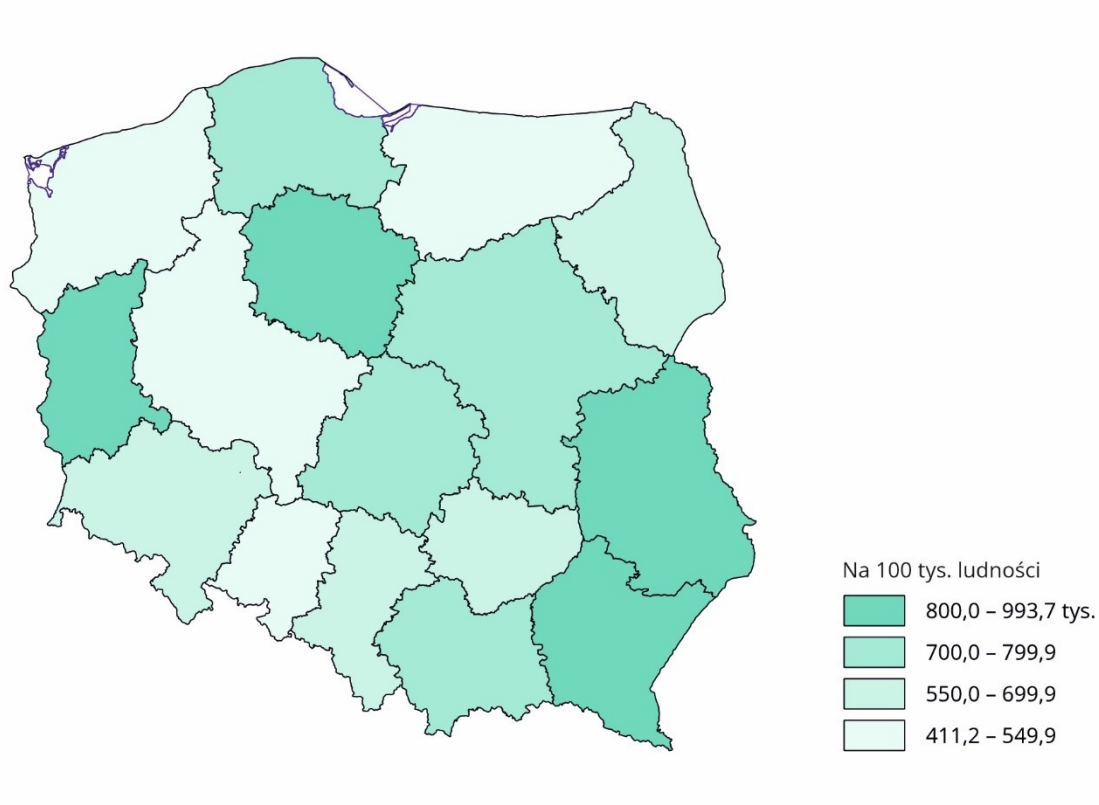
Rysunek 171. Liczba wizyt fizjoterapeutycznych w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w latach 2016-2023.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r. sprawozdanych zostało 263 mln zabiegów fizjoterapeutycznych. Liczba zabiegów fizjoterapeutycznych w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła w RP 699 523. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa: podkarpackie (993 706), lubelskie (921 283) i lubuskie (843 391), najmniejszą zaś zachodniopomorskie (411 235), warmińsko-mazurskie (489 834) i wielkopolskie (549 249).

Rysunek 172. Zabiegi fizjoterapeutyczne w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r.

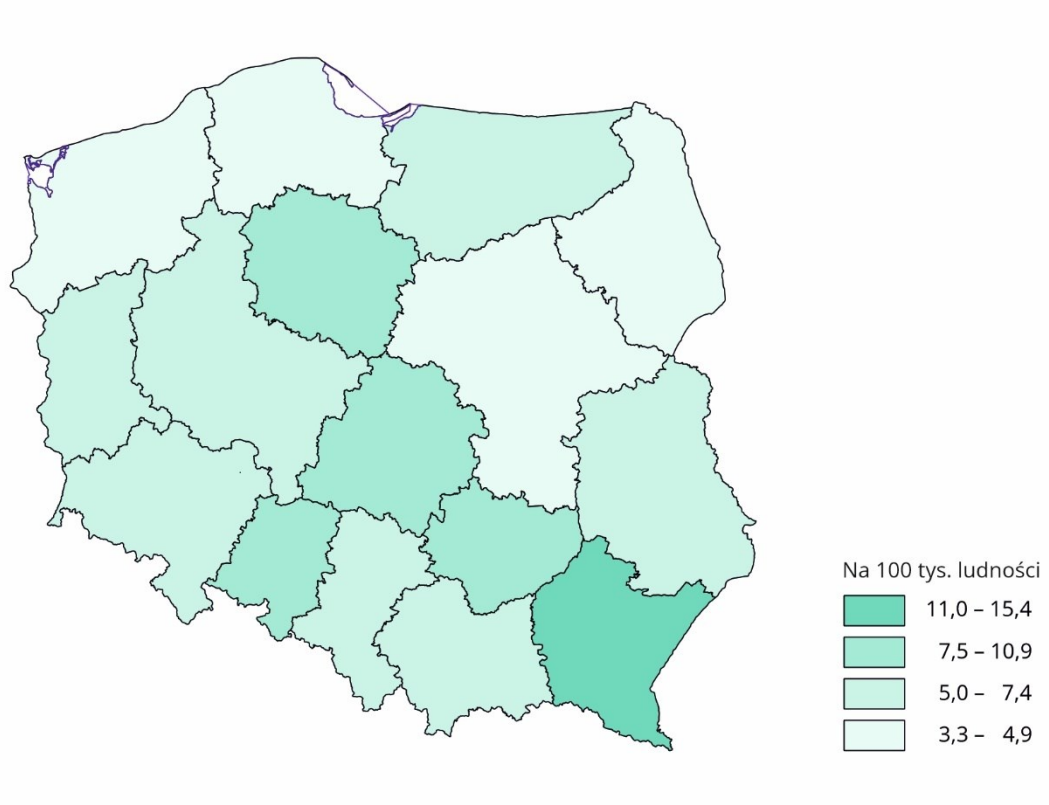


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza świadczeniodawców

Najwięcej ośrodków na 100 tys. ludności udzielających świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej mieściło się w województwach podkarpackim (15,4), świętokrzyskim (10,61) i opolskim (9,07), najmniej zaś w podlaskim (3,34), pomorskim (4,37) i zachodniopomorskim (4,47). Średnia wartość dla RP wyniosła 6,77.

Rysunek 173. Ośrodki udzielające świadczeń w ramach rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r.

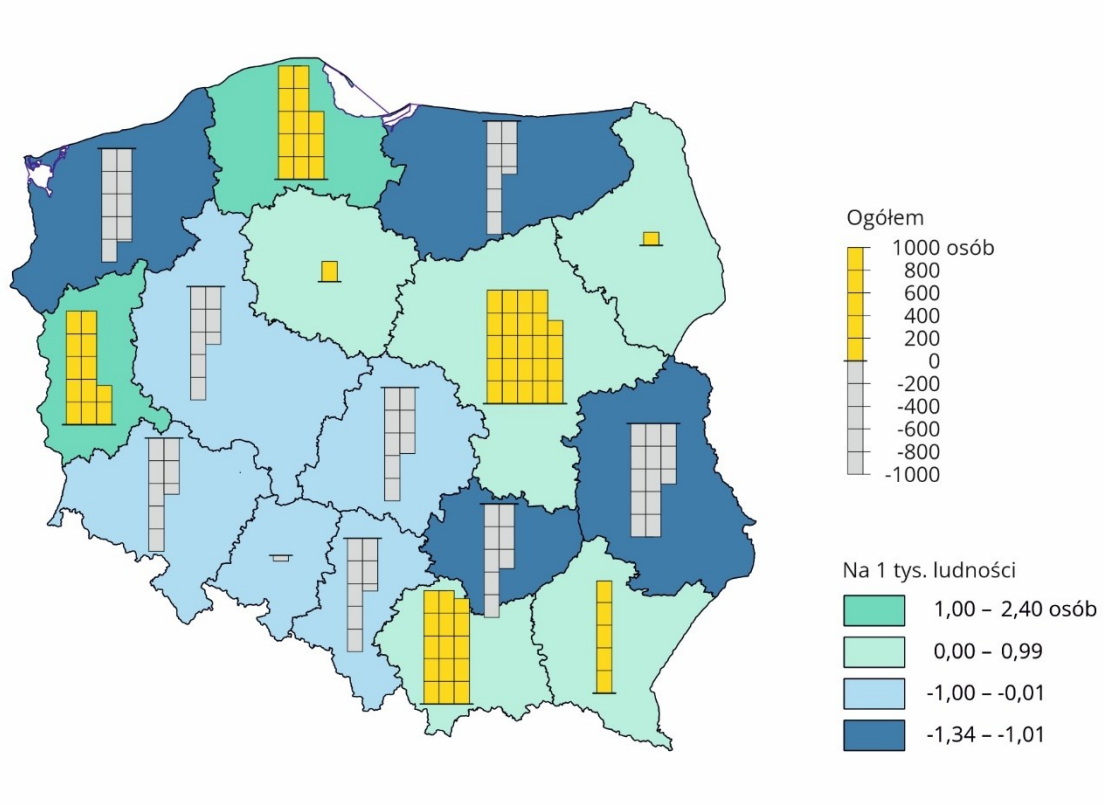


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Migracje pacjentów

Saldo migracji w rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r. było najwyższe w województwach mazowieckim (+4 733), małopolskim (+2 929) i pomorskim (+2 598), a najniższe w lubelskim (-2 535), zachodniopomorskim (-1 822) i łódzkim (-1 582). Ujemne saldo migracji zaobserwowano w 9 województwach.

Rysunek 174. Saldo migracji pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

8.3. Kadry

Ogółem w RP w ramach rehabilitacji pracowało 4 257 lekarzy (dowolnej z wymaganych specjalizacji) oraz 3 221 pielęgniarek[155]. Lekarze specjaliści rehabilitacji medycznej oraz balneologii i medycyny fizykalnej są starsi niż przeciętnie wszyscy lekarze dowolnej specjalizacji (średni wiek odpowiednio 57 lat, 61 lat i 51 lat).

Tabela 40. Liczby lekarzy specjalistów w dziedzinach rehabilitacji medycznej, balneologii i medycyny fizykalnej oraz fizjoterapeutów znajdujących się w bazie umów NFZ oraz udzielających świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej w RP w 2023 r.

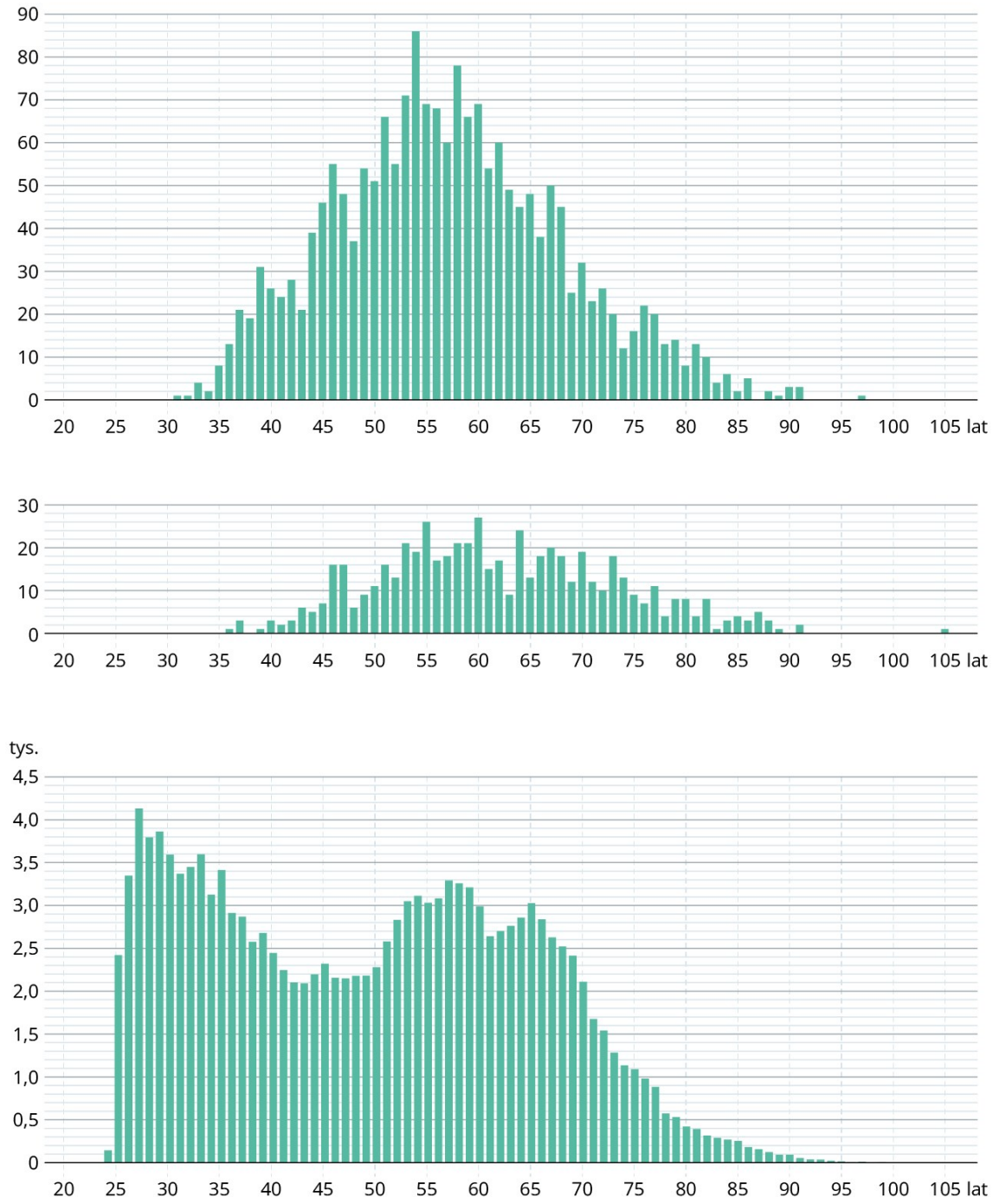
Zawód	Liczba osób znajdujących się w bazie umów NFZ	Liczba osób, która wykonywała świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej
Lekarze specjaliści w dziedzinie rehabilitacji medycznej	1 809	1 594
Lekarze specjaliści w dziedzinie balneologii i medycyny fizykalnej	545	323

[155] Na podstawie bazy umów NFZ.

Fizjoterapeuci	44 650	34 109

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

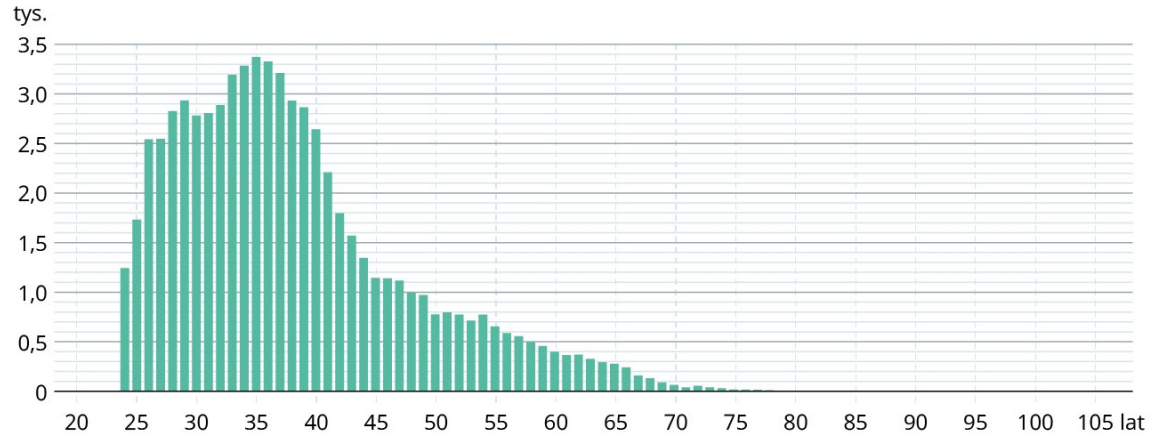
Rysunek 175. Struktura wieku lekarzy specjalistów rehabilitacji medycznej (pierwszy wykres), balneologii i medycyny fizykalnej (drugi wykres) oraz wszystkich lekarzy (trzeci wykres)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ oraz GUS

Fizjoterapeuci są statystycznie znacznie młodsi niż lekarze. Średni wiek fizjoterapeuty wynosi 38 lat.

Rysunek 176. Rozkład wieku fizjoterapeutów



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ oraz GUS

W 2023 r. 2 824 fizjoterapeutów weszło na rynek pracy, a 452 osiągnęło wiek emerytalny, co daje współczynnik zastępowalności pokoleniowej równy 6,25. Prognozuje się zmniejszenie wartości tego współczynnika do 5,45 w 2025 r., ale nadal będzie on znacznie powyżej 1.

Usamodzielnienie zawodu fizjoterapeuty spowodowało zahamowanie wybierania dziedziny rehabilitacji medycznej jako specjalizacji lekarskiej przez młodych lekarzy tuż po ukończeniu studiów medycznych. Wynikało to ze zbyt małej transparentności określenia roli lekarza specjalisty rehabilitacji medycznej w procesie leczenia pacjenta i zdeprecjonowaniu go do roli lekarza zlecającego zabiegi fizjoterapeutyczne[156].

Na koniec 2023 r. w RP było 344 lekarzy rehabilitacji medycznej, którzy w przeciągu 6 lat osiągną wiek emerytalny oraz tylko 162 lekarzy w trakcie specjalizacji. Oznacza to, że w najbliższych latach na emeryturę może przejść o 182 lekarzy więcej niż ukończy specjalizację[157].

8.4. Kolejki

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia w zakresie rehabilitacji leczniczej odbywa się na zasadach ogólnych. O umieszczeniu chorego na liście oczekujących decydują następujące kryteria:

- stan zdrowia,
- rokowania, co do dalszego przebiegu choroby,
- choroby współistniejące mające wpływ na chorobę objętą świadczeniem,

[156] Raport Konsultanta Krajowego w dziedzinie rehabilitacji medycznej z dnia 30 marca 2019 r.

[157] CRL oraz MZ.

– zagrożenie wystąpienia lub pogłębienia niepełnosprawności.

Placówka medyczna przy zapisie na rehabilitację kwalifikuje chorego do kategorii medycznej:

1) przypadek pilny – jeżeli istnieje konieczność pilnego udzielenia świadczenia ze względu na przebieg procesu chorobowego, możliwość szybkiego pogorszenia stanu zdrowia lub znaczącego zmniejszenia szans na powrót do zdrowia,

2) przypadek stabilny – w przypadku innym niż stan nagły, pilny.

Tabela 41. Kolejki w podziale na rodzaj ośrodka rehabilitacji w marcu 2023 r.

Nazwa kolejki	Liczba świadczeniodawców	Liczba oczekujących		Przeciętny czas oczekiwania w dniach		Najdłuższy czas oczekiwania w dniach	
		pilny	stabilny	pilny	stabilny	pilny	stabilny
Fizjoterapia ambulatoryjna	2 261	208 tys.	751 tys.	116	158	570	1 343
Fizjoterapia domowa	902	2 684	8 055	65	74	319	573
Kardiologiczna telerehabilitacja hybrydowa w warunkach stacjonarnych	13	17	0	22	0	22	12
Ośrodek rehabilitacji dziennej	526	33 tys.	79 tys.	158	242	1 761	1 443
Ośrodek rehabilitacji dziennej dla dzieci	285	3 490	14 tys.	90	132	366	553
Ośrodek rehabilitacji kardiologicznej	56	35	813	56	42	197	361
Ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej	1	57	1 685	63	150	63	150
Poradnia rehabilitacji kardiologicznej	1	0	66	0	13	0	13
Poradnia rehabilitacji narządu ruchu	2	54	136	20	23	21	25
Poradnia rehabilitacyjna	992	20 tys.	98 tys.	68	71	280	476
Poradnia rehabilitacyjna dla dzieci	36	793	5 560	85	107	280	394
Rehabilitacja kardiologiczna w warunkach stacjonarnych	86	423	1 088	32	35	78	324
Rehabilitacja neurologiczna w warunkach stacjonarnych	193	1 526	9 518	217	517	1 377	4 035
Rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych	302	29 tys.	95 tys.	270	1 tys.	2 451	3 570

Rehabilitacja pulmonologiczna w warunkach stacjonarnych	28	858	6 602	371	483	625	1 465
Zakład/ośrodek rehabilitacji kardiologicznej dziennej	49	84	675	11	75	39	227
Zakład/ośrodek rehabilitacji leczniczej	3	604	669	1 026	1 524	1 043	1 524
Zakład/ośrodek rehabilitacji neurologicznej	1	0	0	0	0	0	0

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Przeciętny czas oczekiwania na rehabilitację był bardzo długi (np. rehabilitacja ogólnoustrojowa w warunkach stacjonarnych w trybie pilnym: 270 dni, ośrodek rehabilitacji dziennej w trybie pilnym: 158 dni, fizjoterapia ambulatoryjna w trybie pilnym: 116 dni). Na fizjoterapię ambulatoryjną w marcu 2023 r. oczekiwało 959 tys. pacjentów, co w odniesieniu do liczby 3,06 mln pacjentów w rehabilitacji ambulatoryjnej w całym 2023 r. pokazuje skalę braku zaspokojenia potrzeby na świadczenia.

Długi czas oczekiwania to szczególnie istotny problem zwłaszcza dla pacjentów pourazowych i pozabiegowych, którzy ze względu na skuteczność i efektywność leczenia powinni mieć zapewniony dostęp w czasie możliwie jak najkrótszym po incydencie. Pacjenci mają zagwarantowane przyjęcie[158]:

- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 14 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku wystąpienia chorób współistniejących;
- bezpośrednio po wypisie lub w ciągu 30 dni od wypisu z ośrodka leczenia ostrej fazy choroby uszkodzenia ośrodkowego układu nerwowego w przypadku braku chorób współistniejących.

Mimo to, przeciętny czas oczekiwania do ośrodków rehabilitacji neurologicznej w warunkach stacjonarnych w trybie pilnym wyniósł 217 dni.

8.5. Podsumowanie

Rehabilitacja pełni istotną funkcję w procesie leczenia i rekonwalescencji – nie tylko skraca czas powrotu do zdrowia, ale też pozwala pacjentom odzyskać lub utrzymać sprawność, poprawić jakość życia i zachować niezależność w codziennym funkcjonowaniu. Znaczenie to jest szczególnie widoczne w kontekście starzejącego się społeczeństwa i rosnącej liczby chorób przewlekłych. Rehabilitacja lecznicza w systemie ochrony zdrowia realizowana jest w czterech podstawowych formach organizacyjnych: ambulatoryjnej, domowej, dziennej i stacjonarnej. Zdecydowaną większość stanowią świadczenia ambulatoryjne – w 2023 r. skorzystało z nich ponad 3 mln osób, co stanowi niemal 88% wszystkich pacjentów rehabilitowanych w ramach

[158] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej.

publicznego systemu. W tym samym okresie wykonano łącznie około 263 mln zabiegów fizjoterapeutycznych, co wskazuje na ogromne obciążenie tego segmentu i jego kluczową rolę w zapewnianiu dostępności świadczeń.

W RP system rehabilitacji leczniczej finansowany jest z wielu źródeł, w tym ze środków publicznych (NFZ, ZUS, KRUS, PFRON, JST) oraz z prywatnych środków pacjentów. Choć udział sektora prywatnego w rehabilitacji ma istotne znaczenie, brakuje jednolitych danych, które pozwalałyby w pełni ocenić jego skalę i wpływ na cały system świadczeń rehabilitacyjnych.

8.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Zapisywanie pacjentów na listę oczekujących na realizację świadczenia odbywa się na zasadach ogólnych. Wyzwaniem jest określenie szczegółowych regulacji, służących obiektywnej ocenie stanu zdrowia pacjenta i określeniu celu podjętej rehabilitacji. W marcu 2023 r. na świadczenia fizjoterapii ambulatoryjnej oczekiwało 959 tys. osób, rehabilitacji ogólnoustrojowej w warunkach stacjonarnych 124 tys. osób, a do poradni rehabilitacyjnej 118 tys. osób.

W 2023 r. z rehabilitacji w ramach NFZ skorzystało 7% osób w wieku produkcyjnym (1,66 mln osób) oraz 20,8% osób w wieku poprodukcyjnym (1,46 mln osób). Wśród wszystkich rehabilitowanych osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 47,6%, a osoby w wieku poprodukcyjnym 41,8%.

Istnieją znaczące różnice pomiędzy województwami pod względem tego, jak często pacjenci są rehabilitowani. Jedną z przyczyn może być zróżnicowana dostępność świadczeń na terenie kraju, na co wskazują znaczne migracje pacjentów pomiędzy województwami. Dane wskazują także na to, że pacjenci mieszkający w miastach na prawach powiatu są rehabilitowani częściej niż pacjenci mieszkający na ich obrzeżach.

W latach 2016-2023 nastąpił rozwój rehabilitacji w warunkach domowych – od 2020 r. przyrost liczby pacjentów wynosi około 20% rocznie. Jednak pomimo dynamicznego rozwoju rehabilitacji domowej nadal istnieje bardzo znaczące zróżnicowanie pomiędzy województwami.

Pacjenci trafiają na rehabilitację najczęściej z powodu chorób układu mięśniowo-szkieletowego (71,4%), chorób układu nerwowego (15,9%), chorób układu krążenia (3,6%), innych chorób niezakaźnych (1,3%), zaburzeń psychicznych (0,8%), nowotworów (0,7%), przewlekłych chorób układu oddechowego (0,7%) oraz chorób narządów zmysłu (0,5%).

Nie ma jednolitej bazy danych zawierającej informacje o liczbie pacjentów oraz o udzielonych świadczeniach w ramach opieki finansowanej z różnych źródeł. W szczególności brakuje informacji o sektorze prywatnym, co stanowi znaczące utrudnienie w przeprowadzaniu pełniejszej analiz dostępności rehabilitacji w RP.

8.7. Rekomendowane kierunki działań

→ Konieczne jest objęcie rehabilitacją pacjentów w tych grupach chorób, dla których wytyczne kliniczne wskazują rehabilitację jako jeden z podstawowych elementów terapii i którzy aktualnie nie są odpowiednio zaopiekowani w tym zakresie.

→ Należy dostosować przebieg rehabilitacji do specyficznych wytycznych klinicznych w zakresie danych jednostek chorobowych w celu wspomagania procesu leczenia, powrotu do sprawności psychofizycznej oraz uzyskania maksymalnej samodzielności i niezależności. W celu kwalifikacji do terapii dostosowanej do stanu zdrowia pacjenta oraz oceny skuteczności terapii na podstawie skali niesprawności przed terapią i po niej, należy wprowadzić skalę oceny niesprawności pacjentów.

→ Ze względu na długi czas oczekiwania na świadczenia należy dążyć do poprawy dostępności świadczeń, zwłaszcza w zakresie fizjoterapii ambulatoryjnej, rehabilitacji dziennej, rehabilitacji ogólnoustrojowej, pulmonologicznej i neurologicznej w warunkach stacjonarnych oraz w poradni rehabilitacyjnej. Ponadto należy mieć na uwadze zmiany demograficzne niosące ze sobą zwiększenie liczby osób starszych, co może zapowiadać wzrost liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w kolejnych latach.

→ Ważne jest niwelowanie różnic pomiędzy województwami poprzez poprawę dostępu do świadczeń w tych obszarach i zakresach rehabilitacji, w których dany region znajduje się znacznie poniżej średniej ogólnopolskiej.

→ Należy prowadzić edukację pacjentów w zakresie samoopieki w domu, która jest jednocześnie skutecznym i niskokosztowym elementem rehabilitacji.

→ Zalecane jest upowszechnianie telerehabilitacji, czyli ćwiczeń wykonywanych przez pacjentów w domu pod nadzorem fizjoterapeuty za pośrednictwem wideorozmowy. Takie rozwiązanie jest korzystne szczególnie dla pacjentów, których stan zdrowia utrudnia dojazd do miejsca udzielania tradycyjnych świadczeń, a ponadto niweluje ryzyko rozprzestrzeniania chorób zakaźnych.

→ W działaniach rehabilitacyjnych należy uwzględnić założenia NPChUK oraz NSO. Programy wskazują rehabilitację jako kluczowy element kompleksowej opieki nad pacjentem po przebytych chorobach układu krążenia oraz nowotworach. Ich integracja z systemem rehabilitacji pozwoli na wdrożenie sprawdzonych standardów postępowania, poprawę jakości świadczeń, zwiększenie dostępności do rehabilitacji kardiologicznej i onkologicznej oraz lepsze przygotowanie systemu ochrony zdrowia na rosnące potrzeby związane ze starzeniem się społeczeństwa i wzrostem liczby pacjentów z chorobami przewlekłymi.

→ Rozwój i zwiększenie dostępności rehabilitacji kardiologicznej jako integralnej części kompleksowej opieki nad pacjentami z chorobami układu krążenia, zgodnie z założeniami NPChUK. Należy dążyć do wyrównania dostępu do świadczeń w poszczególnych województwach, w tym także w formie telerehabilitacji, oraz zapewnienia ciągłości opieki po hospitalizacji i zabiegach kardiochirurgicznych, co

znacząco wpływa na poprawę rokowania, zmniejszenie liczby rehospitalizacji i poprawę jakości życia pacjentów.

9. Opieka długoterminowa

Biorąc pod uwagę różne definicje (m.in. WHO i OECD), opiekę długoterminową można traktować jako całokształt działań medycznych i społecznych polegających na świadczeniu długotrwałej opieki pielęgniarskiej, rehabilitacji, świadczeń terapeutycznych i usług pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego osób przewlekle chorych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, które nie wymagają hospitalizacji w warunkach oddziału szpitalnego. Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze adresowane są zarówno do dorosłych, jak i do dzieci[159]. Opieka długoterminowa świadczona jest również w sposób nieformalny przez osoby bliskie.

W RP publiczny system opieki długoterminowej opiera się na dwóch niezależnych od siebie filarach. Z uwagi na konieczność zabezpieczenia różnych potrzeb osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, opieka długoterminowa realizowana jest zarówno w systemie ochrony zdrowia, jak i w ramach pomocy społecznej[160]. System pomocy społecznej obejmuje usługi opiekuńcze i specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania osoby, która takiej opieki potrzebuje (w tym wsparcia pozamedycznego). Wyróżnia się dzienne usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, całodobowe usługi świadczone w DPS oraz w RDP, jak również całodobowe usługi świadczone w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom z niepełnosprawnościami, przewlekle chorym lub w podeszłym wieku. W celu zapewnienia wsparcia w przypadkach sprawowania czasowej opieki nad chorym lub członkiem rodziny z niepełnosprawnościami, osobie objętej opieką oraz jego opiekunowi mogą przysługiwać również świadczenia pieniężne. System ochrony zdrowia oferuje natomiast pomoc w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej lub zespołu długoterminowej opieki domowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie oraz całodobowej opieki stacjonarnej w ZOL oraz ZPO.

Obserwowana rosnąca liczba osób starszych, przewlekle chorych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niesie za sobą szereg wyzwań związanych z zapewnieniem dla coraz większej liczby osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

Jedną ze strategii wdrażanych w wielu krajach rozwiniętych jest deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej, czyli transformacja opieki długoterminowej z przewagi opieki instytucjonalnej do przewagi opieki środowiskowej, w tym domowej. Deinstytucjonalizacja jest to proces rozwoju usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności, które mają wyeliminować konieczność opieki instytucjonalnej. Istnieją dowody, że skutkiem opieki instytucjonalnej jest najczęściej gorsza jakość życia osób (w porównaniu do opieki świadczonej

[159] *Stan faktyczny i perspektywy rozwoju opieki długoterminowej w RP*, MZ, 2012, http://oipip.opole.pl/wp-content/uploads/2014/04/pod_strategia.pdf, dostęp w dniu 12.05.2025 r.

[160] Ibidem.

na poziomie społeczności lokalnych), prowadząca do wykluczenia społecznego i izolacji do końca życia[161].

Kierunkiem działań służącym deinstytucjonalizacji powinno być zwiększenie udziału liczby pacjentów otrzymujących pomoc w opiece domowej. Najbliżsi i rodzina są często najbardziej pożądanymi i cenionymi przez pacjenta opiekunami, a dom chorego jest często najlepszym i najbardziej pożądanym przez pacjentów środowiskiem opieki, dlatego tak ważne jest, aby świadczenia realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne. Badania wskazują, że przejście od formalnej opieki instytucjonalnej do formalnej opieki świadczonej w domu lub na poziomie społeczności lokalnej wiąże się z poprawą jakości życia osób objętych opieką[162].

W oparciu o dane z raportu OECD „Health at a Glance 2023"[163], można wskazać wyzwania systemu instytucjonalnej opieki długoterminowej w RP. Zgodnie z raportem, całkowite wydatki na opiekę długoterminową w RP w 2021 r. wynosiły ok. 0,5% PKB, podczas gdy kraje OECD przeciętnie przeznaczały na ten cel czterokrotnie więcej (ok. 2% PKB). W omawianym okresie RP dysponowała 11 łóżkami opieki długoterminowej w przeliczeniu na 1 tys. osób w wieku 65 lat i więcej, w porównaniu do średniej liczby łóżek w państwach OECD wynoszącej 46 na 1 tys. mieszkańców w wieku 65+. Różnice w wartościach wskaźników pomiędzy krajami OECD zależą jednak od kilku aspektów, które mogą uniemożliwiać ich bezpośrednie porównywanie, tj. struktury demograficznej populacji poszczególnych krajów, przyjętej definicji opieki długoterminowej oraz błędów w sprawozdawczości. Analiza potencjału kadrowego w opiece długoterminowej i geriatrycznej wykazała ponadto znaczną dynamikę starzenia się personelu medycznego, co może stwarzać poważne ryzyko niedoborów kadrowych w kolejnych latach[164].

W latach 2020-2023 odnotowano sukcesywny wzrost nakładów NFZ na świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej. Według sprawozdań finansowych NFZ[165] koszty tych świadczeń wyniosły w 2022 r. 2 766 mln zł, a w 2023 r. 3 517 mln zł, co stanowiło 2,3% kosztów przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej. Zgodnie z ostatecznym planem finansowym w 2024 r. NFZ przeznaczył na opiekę

[161] Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki świadczonej na poziomie Lokalnych Społeczności, *Ogólnoeuropejskie wytyczne dotyczące przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności*, 2012, s. 28.

[162] *Stan obecny i przyszłość opieki długoterminowej w starzejącej się RP*, Bank Światowy, 2015, s. 21, http://www.niesamodzielnym.pl/uploads/Bank%20%C5%9Awiatowy%20Opieka_dlugoterminowa.pdf, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

[163] *Health at a Glance 2023 OECD Indicators*, OECD, 2023, https://www.oecd.org/en/publications/health-at-a-glance-2023_7a7afb35-en.html, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

[164] *Kompleksowy przegląd możliwości tworzenia w szpitalach powiatowych ośrodków opieki długoterminowej oraz oddziałów geriatrycznych w RP*, Miernik D1L Krajowego Planu Odbudowy i Zwiększania Odporności, raport MZ, Warszawa 2022 r., https://www.gov.pl/web/zdrowie/kompleksowy-przeglad-mozliwosci-tworzenia-w-szpitalach-powiatowych-osrodkow-opieki-dlugoterminowej-oraz-oddzialow-geriatrycznych-w-RP dostęp w dniu 10.03.2025 r.

[165] Sprawozdania finansowe NFZ, https://www.nfz.gov.pl/bip/finanse-nfz/, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

długoterminową 3 975 mln zł[166]. Jest to o 43,7% więcej w porównaniu do 2022 r. i o 13% więcej niż w 2023 r.

Finansowanie placówek opieki długoterminowej i geriatrycznej zostało uwzględnione także w KPO. W ramach inwestycji D4.1.1 „Rozwój opieki długoterminowej poprzez modernizację infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym", wsparciem objętych zostanie 97 projektów, których celem jest modernizacja infrastruktury szpitali poprzez prace budowlano-remontowe oraz zakup sprzętu medycznego i wyposażenia (nabór rozstrzygnięty w 2025 r.). Efektem realizacji przedsięwzięć będzie utworzenie dodatkowych miejsc opieki długoterminowej lub geriatrycznej (poprzez przekształcenie i zwiększenie liczby łóżek)[167]. Analiza ujęta w dokumencie odnosi się do stanu sprzed realizacji opisanych przedsięwzięć w obszarze opieki długoterminowej.

Działania te wpisują się w całościową reformę opieki długoterminowej podjętą w ramach kamieni milowych A69G i A70G KPO. Jej podstawę stanowi opublikowany w czerwcu 2024 r. „Przegląd strategiczny systemu opieki długoterminowej w Polsce", który przedstawił m.in. analizę możliwości integracji społecznej i zdrowotnej opieki długoterminowej, przyspieszenia ich deinstytucjonalizacji i ograniczenie fragmentacji. Priorytety w zakresie reform określonych w strategicznym przeglądzie opieki długoterminowej będą realizowane poprzez odpowiednie zmiany prawne, których efektem będzie m.in. wypracowanie i przyjęcie definicji opieki długoterminowej, opieki nieformalnej i opiekuna nieformalnego, wspólnej dla systemu ochrony zdrowia i systemu pomocy społecznej. Jest to krok niezbędny dla dalszych prac nad wypracowaniem całościowego systemu opieki długoterminowej i określeniem katalogu świadczeń i usług oraz standardów jakości w zakresie opieki długoterminowej. Ponadto, na podstawie przeprowadzonego przeglądu wydatków publicznych na opiekę długoterminową zostaną zaproponowane rozwiązania budżetowe i organizacyjne ukierunkowane na zapewnienie stabilności finansowania systemu opieki długoterminowej, a także opracowane zasady zbierania i analizowania danych z obszaru opieki długoterminowej i wprowadzone mechanizmy monitorowania jej jakości.

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia

Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia w ramach ubezpieczenia zdrowotnego jest realizowana w warunkach stacjonarnych (ZOL i ZPO) oraz domowych (przez zespoły długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej).

Świadczenia gwarantowane w warunkach stacjonarnych są udzielane świadczeniobiorcy wymagającemu ze względu na stan zdrowia całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych

[166] Plan finansowy NFZ na 2024 r., https://www.gov.pl/web/zdrowie/plany-finansowe-nfz, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

[167] Informacja o rozstrzygnięciu naboru wniosków dla przedsięwzięć infrastrukturalnych z zakresu opieki długoterminowej lub geriatrycznej na szczeblu powiatowym - inwestycja D4.1.1 (wcześniej D1.2.1), Wsparcie w zakresie rozwoju opieki długoterminowej lub geriatrycznej poprzez modernizacje infrastruktury podmiotów leczniczych na poziomie powiatowym - inwestycja D4.1.1 (wcześniej D1.2.1) - Ministerstwo Zdrowia - Portal Gov.pl, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

i opiekuńczych, rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia, a niewymagającemu hospitalizacji w oddziale szpitalnym, który w ocenie za pomocą skali poziomu samodzielności, zwaną dalej „skalą Barthel", otrzymał 40 punktów lub mniej. W przypadku dzieci do ukończenia 3. r.ż. lub chorych na AIDS nie dokonuje się oceny w skali Barthel. Do zakładu opiekuńczego nie przyjmuje się świadczeniobiorcy, który w skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej, jeżeli podstawowym wskazaniem do objęcia go opieką jest zaawansowana choroba nowotworowa, choroba psychiczna lub uzależnienie[168].

Świadczenia gwarantowane w warunkach domowych realizowane przez zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie są udzielane świadczeniobiorcy z przewlekłą niewydolnością oddechową, wymagającemu stosowania inwazyjnej, prowadzonej przy pomocy respiratora (przez rurkę tracheostomijną), bądź nieinwazyjnej (prowadzonej przez różnorodne ustniki, maski czy hełmy), ciągłej lub okresowej wentylacji mechanicznej, niewymagającemu hospitalizacji w oddziałach intensywnej terapii lub pobytu w zakładach udzielających całodobowych świadczeń, wymagającemu jednak stałego specjalistycznego nadzoru lekarza, profesjonalnej pielęgnacji i rehabilitacji. Natomiast świadczenia realizowane przez pielęgniarską opiekę długoterminową domową są udzielane świadczeniobiorcy, który w ocenie za pomocą skali Barthel otrzymał 40 punktów lub mniej. Warunkami objęcia świadczeniobiorcy pielęgniarską opieką długoterminową domową są: nieobjęcie opieką przez hospicjum domowe, inny zakład opiekuńczy udzielający świadczeń gwarantowanych w warunkach stacjonarnych, zespół długoterminowej opieki domowej dla dorosłych, dzieci i młodzieży wentylowanych mechanicznie oraz niepozostawanie w ostrej fazie choroby psychicznej[169].

W analizie zaprezentowanej w kolejnych podrozdziałach nie uwzględniono danych dotyczących ZOL i ZPO o profilu psychiatrycznym.

Zmiany systemowe

Głównym celem zmian systemowych wprowadzanych w ostatnich latach było zwiększenie dostępności do różnych form opieki długoterminowej, w tym opieki domowej oraz wdrożenie standardów udzielania świadczeń.

Z dniem 1 stycznia 2023 r. wszedł w życie przepis nakładający na zakłady opiekuńcze obowiązek monitorowania sytuacji zdrowotnej świadczeniobiorców (pacjentów) przebywających na okresowym pobycie w szpitalu, dla których placówka utrzymuje w tym czasie rezerwację łóżka. Przed złożeniem dokumentów rozliczeniowych świadczeniodawcy są zobowiązani do ustalenia, czy nie nastąpił wypis świadczeniobiorcy ze szpitala lub zgon

[168] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. 2024 poz. 253 z późn. zm.).

[169] Ibidem.

świadczeniobiorcy[170]. Celem wprowadzenia powyższej regulacji jest ograniczenie błędów w sprawozdawczości, polegających na wykazywaniu przez świadczeniodawców pacjenta w przypadku, gdy zmarł on w szpitalu. Ponadto, uzyskanie informacji o zgonie chorego w czasie hospitalizacji pozwoli świadczeniodawcy na wcześniejsze przyjęcie kolejnego pacjenta z listy oczekujących, zwiększając tym samym dostępność do świadczeń opieki długoterminowej.

W ramach ostatniej aktualizacji przepisów dotyczących zasad udzielania świadczeń z zakresu opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, zniesiony został wymóg zatrudniania przez placówki lekarzy o określonej specjalizacji oraz zwiększono wymiar jednego etatu przeliczeniowego lekarza z 35 na 40 łóżek[171]. Jednocześnie, w celu realizacji odpowiedniej jakości usług, świadczeniodawcy są zobowiązani do zapewnienia dostępu do konsultacji specjalistycznych udzielanych co najmniej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie: geriatrii, medycyny rodzinnej lub chorób płuc, psychiatrii oraz neurologii. W przypadku pacjentów chorych na AIDS lub zakażonych HIV, wymagany jest dostęp do konsultacji specjalistycznych udzielanych co najmniej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie: chorób wewnętrznych lub medycyny rodzinnej, chorób zakaźnych oraz psychiatrii. Zgodnie z założeniami, powyższe zmiany pozwolą na bardziej optymalną organizację pracy placówek i wykorzystanie dostępnych zasobów kadrowych.

W celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów i personelu medycznego, dopuszczona została możliwość realizacji porad i wizyt z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub innych systemów łączności, pod warunkiem, że taki sposób postępowania nie zagraża pogorszeniem stanu zdrowia świadczeniobiorcy[172]. Powyższa regulacja dotyczyła świadczeń udzielanych w warunkach domowych przez zespół długoterminowej opieki domowej lub w ramach pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej.

Opieka długoterminowa w ramach pomocy społecznej

Oprócz podmiotów finansowanych z NFZ osoby potrzebujące mogły skorzystać ze stacjonarnej opieki długoterminowej w DPS oraz w RDP, a także w placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej.

DPS oferują stacjonarne usługi opiekuńcze dla osób wymagających całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności i niemogących samodzielnie funkcjonować w codziennym życiu, dla których istniejące wsparcie rodziny lub opieka środowiskowa okazały się niewystarczające. Znacznie rzadziej alternatywą dla osób poszukujących opieki stacjonarnej

[170] Zarządzenie nr 156/2022/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 30 listopada 2022 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej.

[171] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 lutego 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 171).

[172] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 marca 2020 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz. U. poz. 460).

jest RDP, który może założyć osoba fizyczna albo podmiot do tego uprawniony na podstawie umowy z gminą. Liczba RDP w skali kraju jest jednak niższa. Miejsce w RDP może uzyskać osoba, która ze względu na wiek lub niepełnosprawność wymaga całodobowej opieki. Podobnie jak DPS, placówki RDP świadczą usługi bytowe (zakwaterowanie i wyżywienie) oraz opiekuńcze[173].

DPS stanowiły 42,3% wszystkich zakładów stacjonarnych pomocy społecznej działających w końcu 2023 r. Placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej stanowiły 30,5%. Na koniec 2023 r. na terenie RP działały 904 DPS, 23 RDP i 652 placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. W końcu 2023 r. spośród wszystkich miejsc w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej 63,8% przypadało na DPS, 20,4% na placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej. W zakładach stacjonarnych pomocy społecznej przebywało 121,9 tys. mieszkańców. Spośród wszystkich mieszkańców 66,9% to pensjonariusze domów pomocy społecznej. W placówkach zapewniających całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej znajdowało się 19,6% wszystkich osób przebywających w zakładach stacjonarnych pomocy społecznej. Mieszkańcy rodzinnych domów pomocy stanowili jedynie 0,1% ogólnej liczby mieszkańców. Ponad połowę mieszkańców zakładów stacjonarnych pomocy społecznej stanowiły osoby, które ukończyły 65. r.ż.[174].

W ramach systemu pomocy społecznej dostępne są również następujące świadczenia i usługi: usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, usługi opiekuńcze w formie usług sąsiedzkich świadczone w miejscu zamieszkania, specjalistyczne usługi opiekuńcze świadczone w miejscu zamieszkania, specjalistyczne usługi dla osób z zaburzeniami psychicznymi, usługi świadczone w ośrodkach wsparcia, mieszkania treningowe i wspomagane, usługi wsparcia krótkoterminowego realizowane w DPS, świadczenie pielęgnacyjne – adresowane do opiekuna sprawującego opiekę nad niepełnosprawnym dzieckiem (od 1 stycznia 2024r.), świadczenie pielęgnacyjne – pobierane przez opiekuna osoby niepełnosprawnej na zasadzie praw nabytych (pozostanie na starych zasadach), specjalny zasiłek opiekuńczy – pobierany przez opiekuna dorosłej osoby niepełnosprawnej na zasadzie praw nabytych, zasiłek dla opiekuna – pobierany przez opiekuna dorosłej osoby niepełnosprawnej, zasiłek pielęgnacyjny – pobierany przez osobę z niepełnosprawnością, dodatek pielęgnacyjny, świadczenie wspierające pobierane przez osobę z niepełnosprawnością, świadczenie uzupełniające dla osób niezdolnych do samodzielnej egzystencji (tzw. 500 plus dla niesamodzielnych), asystent osobisty, dofinansowanie do zaopatrzenia w sprzęt rehabilitacyjny, przedmioty ortopedyczne i środki

[173] Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w RP, Bank Światowy, 2024, https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-w-RP-opracowany-przez-bank-swiatowy, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

[174] *Zakłady stacjonarne pomocy społecznej w 2023 r., GUS 2024,* https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/ubostwo-pomoc-spoleczna/zaklady-stacjonarne-pomocy-spolecznej-w-2023-roku,18,8.html, dostęp w dniu 12.05.2025 r.

pomocnicze, wypożyczalnia technologii wspomagających dla osób z niepełnosprawnością, opieka wytchnieniowa.

Nieformalna opieka długoterminowa

Wsparcie w codziennym funkcjonowaniu oraz wynikającym z tego potrzebom opiekuńczym w dużej mierze zapewnia rodzina. Zadania i role jej członków są w RP nadal postrzegane w tradycyjny sposób, a system opieki nad osobami starszymi wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu w RP opiera się w głównej mierze właśnie na opiece nieformalnej sprawowanej przez bliskich chorego. Rola opiekuńcza rodziny jako swoista norma kulturowa ma zatem istotny wpływ w kształtowaniu modelu opieki nad osobami wymagającymi takiego wsparcia. Podjęcie decyzji o zaopiekowaniu się osobą wymagającą wsparcia w codziennym funkcjonowaniu jest często podyktowane ograniczoną dostępnością do świadczeń systemów ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz niewystarczającą ofertą wsparcia publicznego dedykowaną tej grupie osób[175].

Badanie *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna*[176] wskazało charakterystyczne cechy opieki nieformalnej w RP. Główne wnioski wynikające z badania:

- w obszarze wsparcia osób niesamodzielnych widoczne jest zjawisko feminizacji roli opiekuna nieformalnego (67% opiekunów to kobiety);
- opiekunowie nieformalni znajdują się najczęściej w średnim i późnym okresie dorosłości, 70% opiekunów to osoby w wieku od 41 lat do 70 lat (74,8% kobiet, 72,9% mężczyzn);
- opiekunowie nieformalni są najczęściej opiekunami rodzinnymi (83,1%);
- osobą, wobec której świadczona jest opieka nieformalna, jest najczęściej rodzic (50,8%), inny członek rodziny (16%) oraz małżonek (13,4%). W niespełna połowie przypadków (48,9%) osoba wymagająca wsparcia w codziennym funkcjonowaniu zamieszkuje wraz z opiekunem, a więc najczęściej ze swoim dzieckiem. Osobą najczęściej zamieszkującą z opiekunem jest senior znacznie niesprawny (44,7%). W 67% przypadków opieka nieformalna trwa powyżej 2 lat, a w co trzecim powyżej 5 lat;
- w badanej grupie opiekunów nieformalnych podjęcie opieki nad osobą starszą, w opinii 74% z nich, na ogół nie wpływa negatywnie na sytuację materialną rodziny. Być może taka sytuacja wynika z tego, że 52% opiekunów jest aktywnych zawodowo, natomiast wśród osób niepracujących, aż 66% pobiera emeryturę lub rentę;
- opiekunowie nieformalni mogą być narażeni na doświadczanie negatywnych zjawisk wynikających z nadmiernego obciążenia obowiązkami, do których można zaliczyć

[175] *Strategia deinstytucjonalizacji: opieka zdrowotna nad osobami starszymi* - załącznik do dokumentu *Zdrowa Przyszłość - Ramy Strategiczne Rozwoju Systemu Ochrony Zdrowia na lata 2021–2027, z perspektywą do 2030 r.,* Załącznik do uchwały nr 196/2021 Rady Ministrów z dnia 27 grudnia 2021 r.

[176] *Pogłębione studium usług opiekuńczych skierowanych do osób starszych. Środowiskowa opieka formalna i nieformalna,* Obserwatorium Integracji Społecznej, 2017

np. wypalenie opiekuńcze (syndrom opiekuna), co w konsekwencji może doprowadzić do pogorszenia ich stanu zdrowia.

Ponadto w ramach badań przeprowadzonych przez Bank Światowy w 2023 r. obliczono liczbę nieformalnych opiekunów w RP na około 2,77 mln (9% respondentów). Dane pokazują, że aby utrzymać obecny poziom opieki przy rosnących potrzebach, konieczna byłaby znaczna liczba nieformalnych opiekunów. Sprostanie prognozowanemu zapotrzebowaniu na nich będzie ogromnym wyzwaniem, biorąc pod uwagę malejące wskaźniki populacji w wieku produkcyjnym i już dziś trudną sytuację opiekunów w RP. Potencjalnie mniejsza dostępność nieformalnych opiekunów prawdopodobnie spowoduje wzrost zapotrzebowania na formalną opiekę w sektorach zdrowotnym i społecznym; w takim scenariuszu potrzebnych będzie jeszcze więcej pracowników opieki długoterminowej, niż przewidywano[177].

9.1. Analiza opieki długoterminowej

Charakterystyka pacjentów

Opieką długoterminową w systemie ochrony zdrowia są w większości objęte osoby powyżej 65. r.ż., które w 2023 r. stanowiły 86,3% pacjentów. Z kolei pacjenci w wieku powyżej 80. r.ż. stanowiły 53,8%. Analizując rozkład płci, możemy zaobserwować przewagę kobiet, które stanowiły 65,9% wszystkich pacjentów. Udział kobiet był jednak różny w poszczególnych grupach wiekowych. Wśród pacjentów poniżej 65. r.ż. kobiety stanowiły 39,6%, a w grupie wiekowej powyżej 80. r.ż. już 79,3%. 65,2% pacjentów było mieszkańcami miast.

Tabela 42. Struktura demograficzna pacjentów w 2023 r.

Przedziały wiekowe	Liczba pacjentów w opiece długoterminowej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece stacjonarnej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece domowej [tys.]
<18	1,5	0,5	0,9
18-39	2,8	0,5	2,3
40-59	7	2,3	4,7
60-64	5	1,9	3,1
65-79	38,5	16,5	22,6
powyżej 80. r.ż.	63,7	28,5	36,1

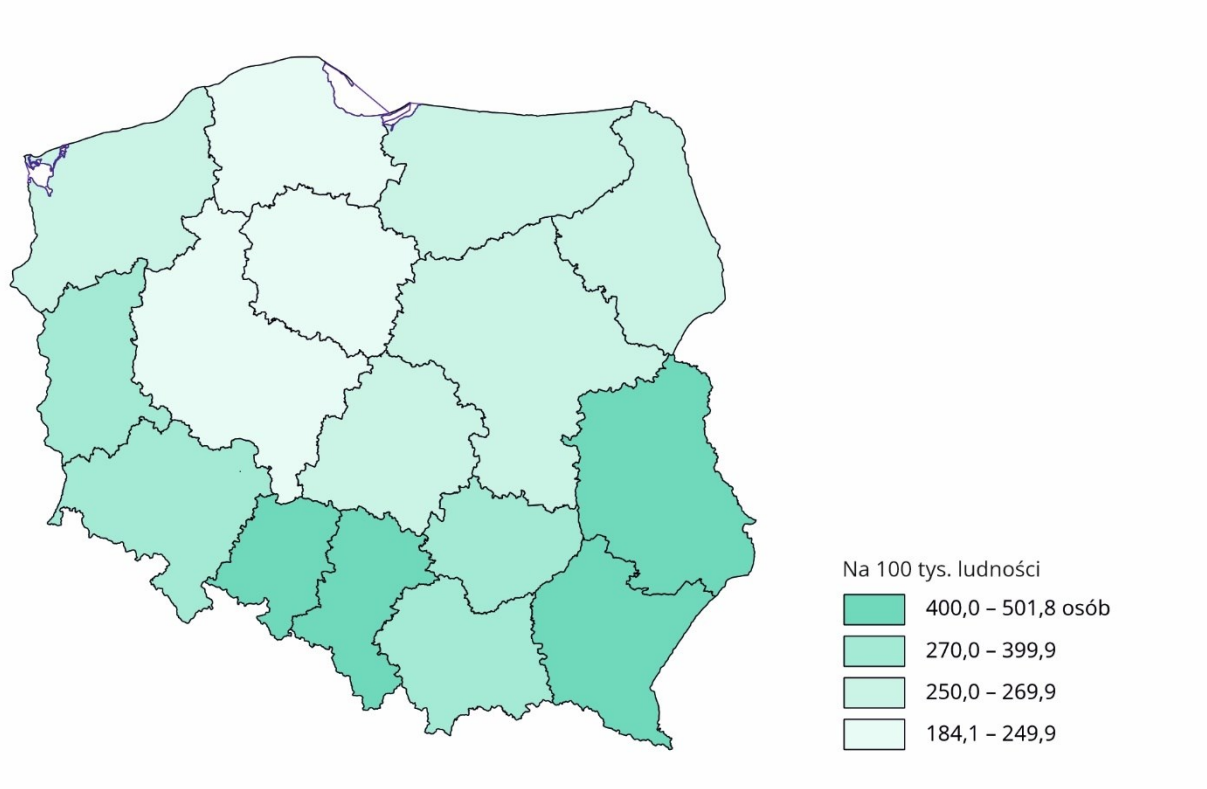
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

[177] *Przegląd strategiczny opieki długoterminowej w RP*, Bank Światowy, 2024, https://www.gov.pl/web/zdrowie/przeglad-strategiczny-opieki-dlugoterminowej-w-RP-opracowany-przez-bank-swiatowy, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

W 2023 r. ze świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej finansowanych ze środków NFZ skorzystało 118,4 tys. pacjentów. 1,5 tys. stanowiły osoby poniżej 18. r.ż., natomiast 102,2 tys. było pacjentami powyżej 65. r.ż., co stanowiło 1,4% wszystkich osób w tym wieku. Pacjentów powyżej 80. r.ż. było 63,7 tys., co stanowiło 4% osób w tym wieku.

Liczba pacjentów, którym udzielono świadczenia w ramach opieki długoterminowej na 100 tys. ludności, była również zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (502), podkarpackie (465) i śląskie (446), zaś najniższe wskaźniki odnotowano w województwach pomorskim (184), wielkopolskim (229) i kujawsko-pomorskim (248). Wartość dla kraju wynosiła 315. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

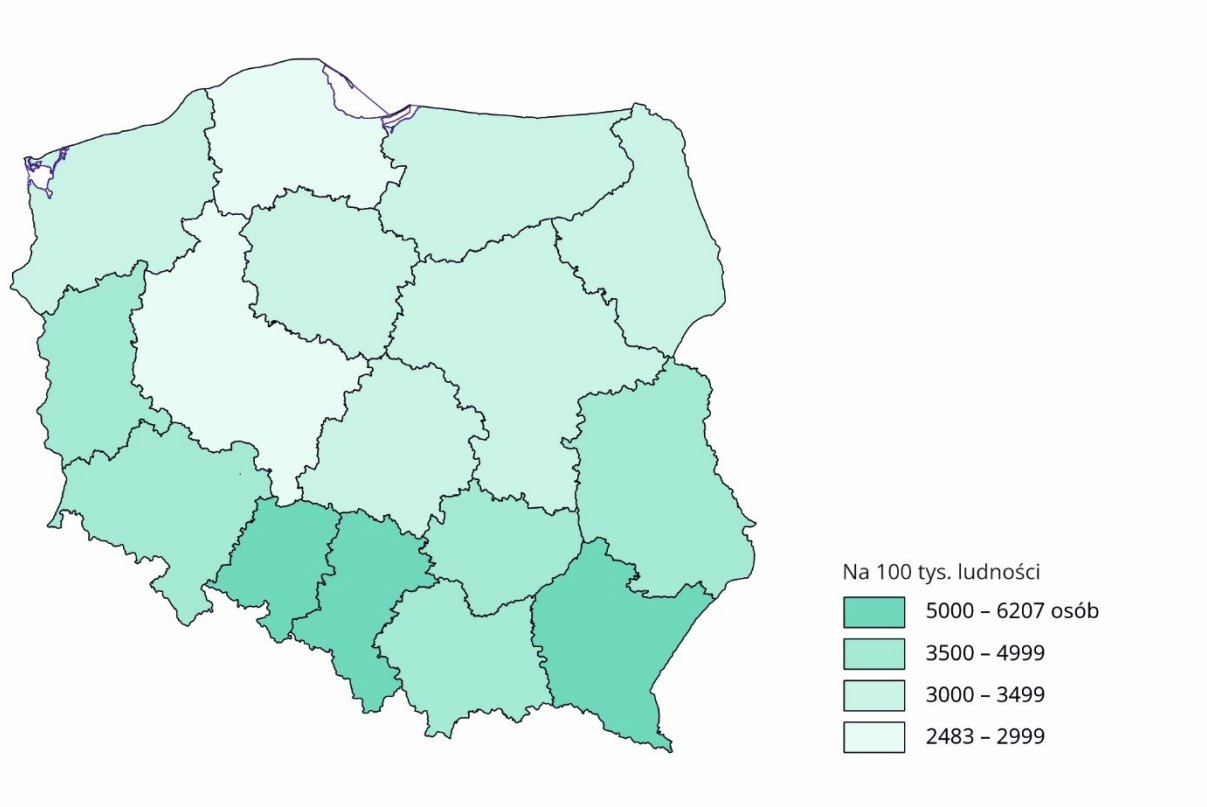
Rysunek 177. Pacjenci objęci opieką długoterminową według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Najwięcej pacjentów powyżej 80. r.ż. na 100 tys. ludności leczonych w ramach opieki długoterminowej zanotowano w województwach podkarpackim (6 207), opolskim (5 803) i śląskim (5 433), najmniej zaś w województwach pomorskim (2 483), wielkopolskim (2 892) i podlaskim (3 041).

Rysunek 178. Pacjenci powyżej 80. r.ż. objęci opieką długoterminową według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza rozpoznań

Najczęstszymi rozpoznaniami według klasyfikacji zaczerpniętej z opracowań GBD, z jakimi pacjenci trafiali do opieki długoterminowej (w oparciu o rozpoznanie główne ICD-10), były: udar (16,7% pacjentów), choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (14,8% pacjentów) oraz choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia (8,6% pacjentów). Osoby poniżej 40. r.ż. najczęściej trafiały pod opiekę długoterminową z chorobami układu nerwowego i oddechowego, niepełnosprawnością intelektualną lub z wadami wrodzonymi.

Tabela 43. Rozkład najczęstszych rozpoznań u pacjentów w opiece długoterminowej w 2023 r. w RP

Podgrupa chorób	Liczba pacjentów	%
Udar	19 803	16,7
Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	17 500	14,8
Pozostałe choroby	17 349	14,6

Inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia	10 233	8,6
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	9 803	8,3
Choroba tętnic obwodowych	7 728	6,5
Inne choroby układu nerwowego	7181	6,1
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	4 592	3,9
Cukrzyca	3 694	3,1
Odleżyna	2 772	2,3

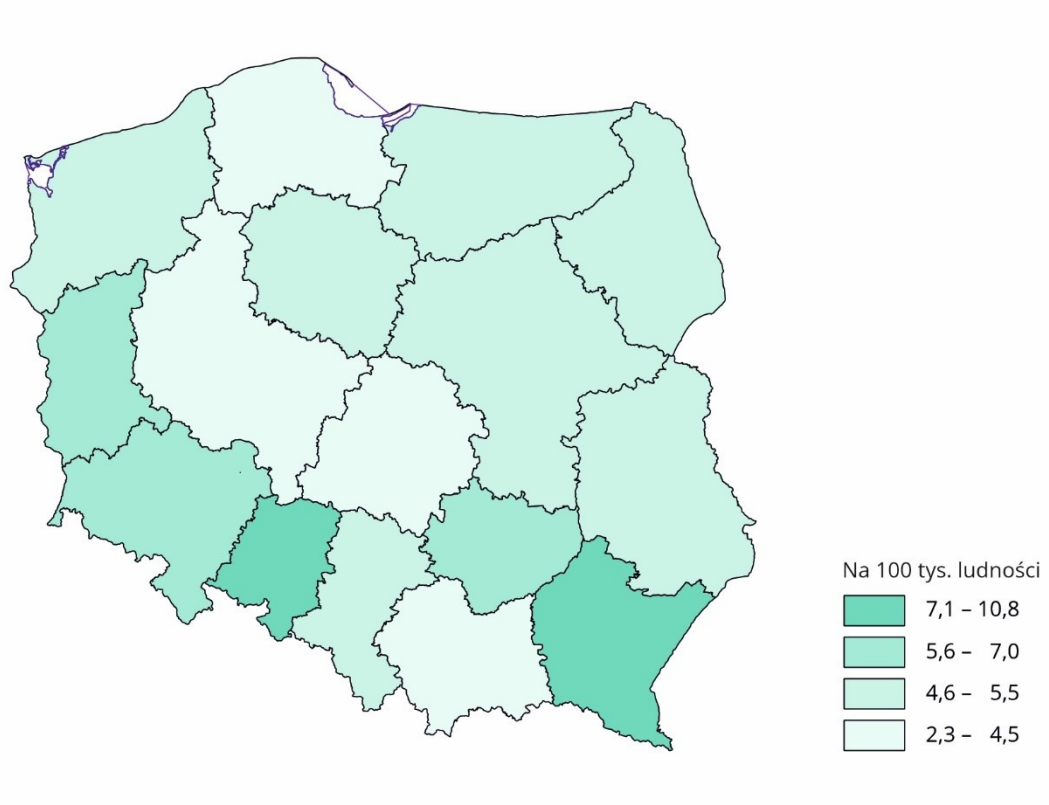
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Analiza świadczeniodawców

W RP w ramach systemu opieki zdrowotnej finansowanego ze środków NFZ w 2023 r. funkcjonowało 1 938 ośrodków (podmiotów definiowanych na podstawie kodu świadczeniodawcy realizujących świadczenia na terenie danego powiatu) realizujących opiekę długoterminową, w tym 484 świadczące opiekę stacjonarną oraz 1 535 świadczących opiekę domową (część ośrodków udziela świadczeń w warunkach stacjonarnych i domowych).

Rozmieszczenie liczby ośrodków na 100 tys. ludności nie było równomierne względem województw. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (10,78), podkarpackie (9,17) i dolnośląskie (6,67), najmniejszą zaś pomorskie (2,29), łódzkie (4,19) i małopolskie (4,26). Wartość dla kraju wynosiła 5,15. Wartość poniżej średniej odnotowano w 8 województwach.

Rysunek 179. Ośrodki opieki długoterminowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Kadry

Niekorzystne zmiany demograficzne prowadzące do starzenia się społeczeństwa przyczyniają się do wzrostu zapotrzebowania na kadry medyczne w opiece zdrowotnej oraz kadry opiekuńcze w opiece długoterminowej. W 2023 r. w ramach opieki długoterminowej finansowanej ze środków NFZ świadczeń udzielało 34,2 tys. pracowników, z czego 4,5 tys. stanowił kadra lekarska, 5,4 tys. fizjoterapeuci, a 24,3 tys. kadra pielęgniarska.

Większość lekarzy (3,4 tys.) udzielało świadczeń w opiece stacjonarnej (ZOL lub ZPO), podczas gdy w zespołach długoterminowej opieki domowej pracowało 1,3 tys. lekarzy. W ZOL lub ZPO zatrudnionych było 10,2 tys. osób z personelu pielęgniarskiego, podczas gdy w opiece domowej – 15,2 tys., w tym 13,5 tys. w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, a 1,7 tys. w zespole długoterminowej opieki domowej.

Tabela 44. Liczba pracowników w opiece długoterminowej w ramach umów z NFZ w 2023 r.

	Rodzaj opieki	Personel lekarski	Personel pielęgniarski	Fizjoterapeuci
Opieka domowa	Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	0	13 548	0

	Zespół długoterminowej opieki domowej	1 251	1 757	2 377
	Opieka domowa – ogółem	**1 251**	**15 159**	**2 377**
Opieka stacjonarna	Zakład/odział pielęgnacyjno-opiekuńczy	815	2 386	781
	Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	2 660	8 054	2 509
	Opieka stacjonarna – ogółem	**3 355**	**10 232**	**3 225**
Ogółem		**4 451**	**24 346**	**5 430**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Biorąc pod uwagę specjalizację lekarzy opieki długoterminowej, najwięcej lekarzy posiadało specjalizację w chorobach wewnętrznych (1 414), anestezjologii i intensywnej terapii (948) oraz neurologii (566).

Tabela 45. Najczęściej występujące specjalizacje wśród lekarzy opieki długoterminowej w 2023 r.

Dziedzina specjalizacji	Personel lekarski
Choroby wewnętrzne	1 414
Anestezjologia i intensywna terapia	948
Neurologia	566
Psychiatria	434
Choroby płuc	385

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Pod względem rozmieszczenia terytorialnego najwięcej lekarzy na 100 tys. ludności w 2023 r. pracowało na terenie województwa lubelskiego (18,4), warmińsko-mazurskiego (18,4) oraz podlaskiego (15,9), zaś najmniej na terenie województwa wielkopolskiego (9), zachodniopomorskiego (10) oraz mazowieckiego (10). Biorąc pod uwagę opiekę pielęgniarską, najwięcej personelu pielęgniarskiego na 100 tys. ludności udzielało świadczeń na terenie województwa podkarpackiego (118,4), opolskiego (105,9) oraz śląskiego (102,1), zaś najmniej na terenie województwa pomorskiego (33,5), kujawsko-pomorskiego (40,3) oraz wielkopolskiego (41,9).

Tabela 46. Liczba pracowników personelu medycznego na terenie kraju w opiece długoterminowej w ramach umów z NFZ w 2023 r.

Województwo	Kadra lekarska	Kadra lekarska na 100 tys. ludności	Kadra pielęgniarska	Kadra pielęgniarska na 100 tys. ludności	Fizjoterapeuci	Fizjoterapeuci na 100 tys. ludności
dolnośląskie	400	13,9	1 807	62,8	509	17,7
kujawsko-pomorskie	222	11,1	804	40,3	230	11,5
lubelskie	370	18,4	1 555	77,3	362	18
lubuskie	113	11,6	565	57,9	133	13,6
łódzkie	300	12,7	1 338	56,6	281	11,9
małopolskie	470	13,7	2 360	68,8	690	20,1
mazowieckie	551	10	2 922	53	713	12,9
opolskie	141	15,1	922	105,9	153	16,3
podkarpackie	326	15,7	2453	118,4	457	22,1
podlaskie	181	15,9	655	57,5	161	14,1
pomorskie	257	10,9	790	33,5	242	10,3
śląskie	560	13	4 410	102,1	611	14,1
świętokrzyskie	182	15,6	1 148	98,2	212	18,1
warmińsko-mazurskie	250	18,4	668	49,2	205	15,1
wielkopolskie	315	9	1 463	41,9	441	12,6
zachodniopomorskie	163	10	780	47,8	196	12
Ogółem	**4 451**	**11,8**	**24 346**	**64,7**	**5 430**	**14,4**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Kolejki

Od 1 stycznia 2020 r. ZPO, ZOL oraz zespoły długoterminowej opieki domowej i pielęgniarskiej opieki długoterminowej domowej są zobowiązane prowadzić harmonogramy i listy oczekujących. Zgodnie z ustawą w przypadku świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej świadczeniodawca może nie wpisywać w harmonogramie przyjęć terminu udzielenia świadczenia.

W marcu 2023 r. najwięcej pacjentów oczekiwało na miejsce w ośrodkach stacjonarnych. Na miejsce w ZOL oczekiwało 11,3 tys. pacjentów, a w ZPO 3,2 tys. pacjentów. Czas oczekiwania na miejsce w opiece stacjonarnej w zależności od kategorii medycznej wynosił od 64 do 173 dni. W pielęgniarskiej opiece domowej w kolejce czekało 4,9 tys. pacjentów, z przeciętnym czasem oczekiwania w przypadku pilnym 91 dni, a w przypadku stabilnym 98 dni.

Tabela 47. Kolejki do zakładów opieki długoterminowej w podziale na rodzaj i kategorię medyczną w marcu 2023 r.

Kolejka	Kategoria medyczna	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Liczba świadczeniodawców
		Opieka domowa		
Pielęgniarska opieka długoterminowa domowa	przypadek pilny	1 100	91	947
	przypadek stabilny	3 835	98	947
Zespół długoterminowej opieki domowej	przypadek pilny	1	0	88
	przypadek stabilny	15	6	88
Zespół długoterminowej opieki domowej dla dzieci	przypadek pilny	0	0	49
	przypadek stabilny	5	13	49
		Opieka stacjonarna		
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy	przypadek pilny	1 546	64	324
	przypadek stabilny	9 760	114	324
Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci	przypadek pilny	0	0	17
	przypadek stabilny	1	0	17
	przypadek pilny	601	173	120

Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy	przypadek stabilny	2 627	115	119
Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci	przypadek pilny	0	0	2
	przypadek stabilny	0	0	2

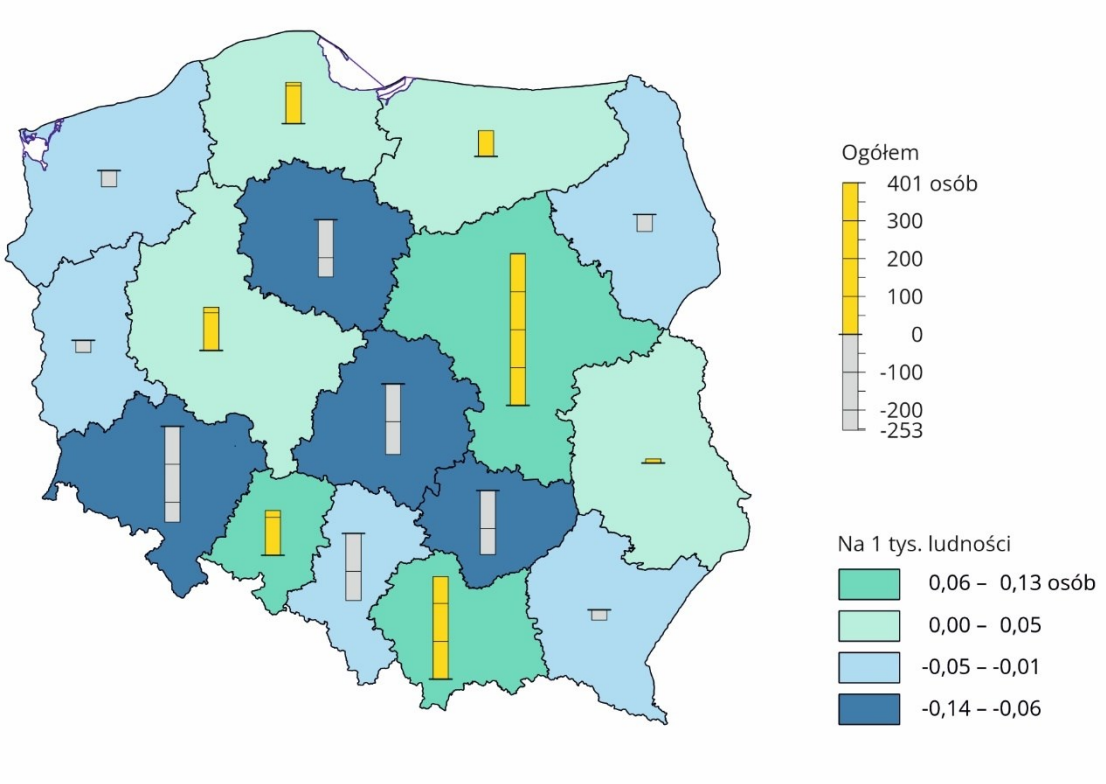
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Migracje pacjentów

Ważnym wskaźnikiem mówiącym o dostępie do świadczeń opieki zdrowotnej jest saldo migracji. Saldo migracji dla danego obszaru jest to różnica pomiędzy liczbą pacjentów z innych obszarów leczoną w danym obszarze, a liczbą pacjentów z tego obszaru leczoną w innym obszarze. Ujemna wartość salda migracji może wskazywać na słabą dostępność do świadczeń na danym terenie. Najniższe saldo migracji odnotowano w województwach dolnośląskim (- 253), łódzkim (-186) i śląskim (-177), zaś najwyższe w mazowieckim (401), małopolskim (271) i opolskim (118). Ujemną wartość salda migracji odnotowano w 9 województwach.

Zróżnicowanie odsetka migracji może wskazywać na nierówności w zapewnieniu odpowiedniej opieki. Może też świadczyć o renomie ośrodków w danym województwie, ich bliskości od miejsca zamieszkania pacjenta lub jego rodziny oraz umiejscowienia ośrodków.

Rysunek 180. Saldo migracji w opiece długoterminowej w 2023 r.



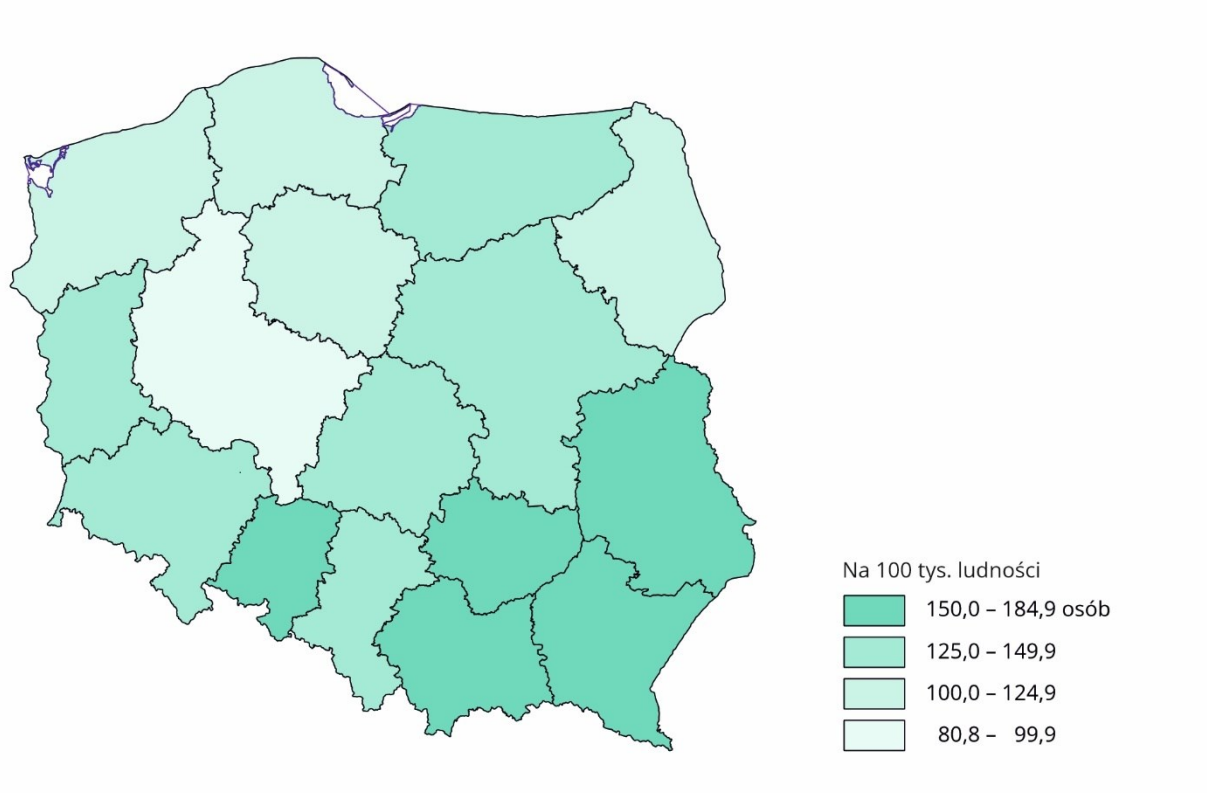
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

9.2. Opieka stacjonarna

Charakterystyka pacjentów

Ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych skorzystało w 2023 r. 50 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 133. Najwięcej pacjentów na 100 tys. ludności odnotowano w województwach podkarpackim (185), lubelskim (181) i opolskim (176), najmniej zaś w wielkopolskim (81), zachodniopomorskim (105) i kujawsko-pomorskim (109). Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 181. Pacjenci objęci opieką długoterminową stacjonarną według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.

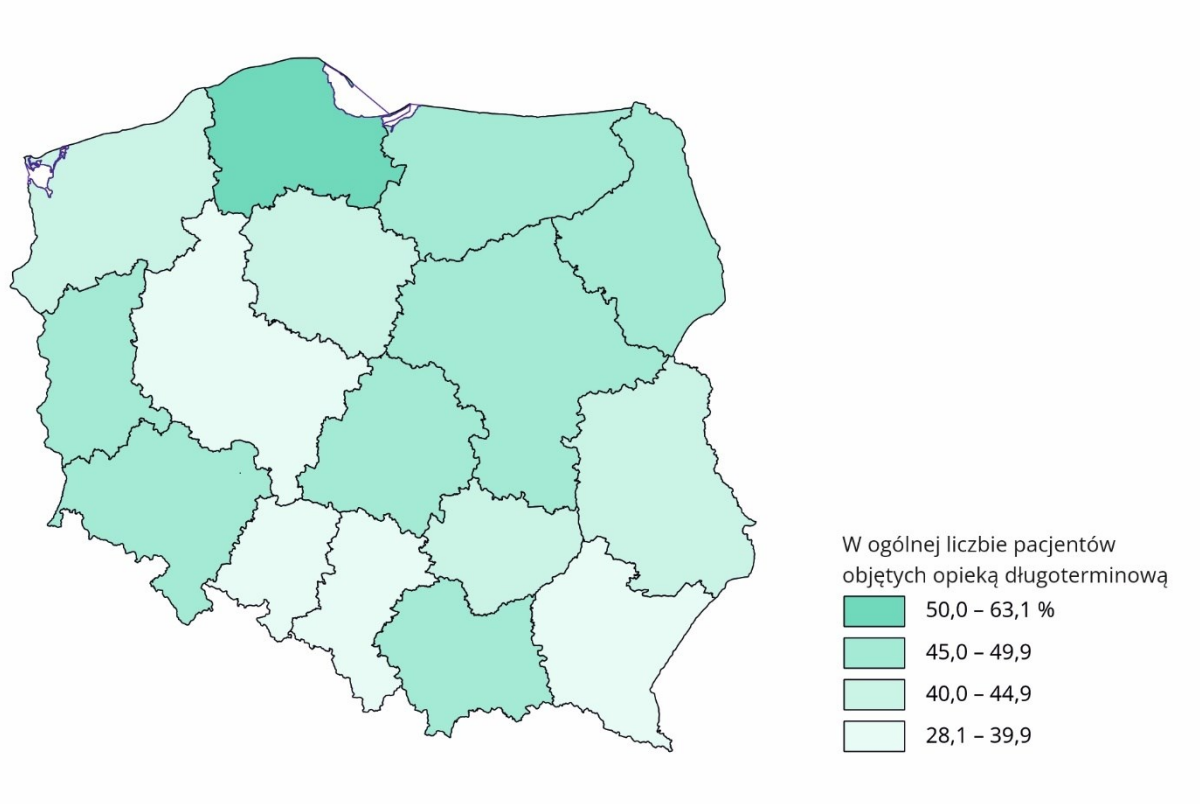


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W przypadku opieki stacjonarnej osoby powyżej 80. r.ż. stanowiły 57% pacjentów, w grupie wiekowej 65-79 lat znajdowało się 32,6% pacjentów, 3,9% stanowiła grupa wiekowa 60-64 lat, 4,6% stanowiła grupa wiekowa 40-59, natomiast 1,9% pacjentów miało poniżej 40 lat. 66,8% ogółu pacjentów stanowiły kobiety oraz 65,8% mieszkańcy miast. Według analiz 35,9% pacjentów miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 9,3% umiarkowany bądź lekki.

Należy wziąć pod uwagę istniejącą różnicę w udziale opieki stacjonarnej na poziomie województw. W województwie śląskim udział pacjentów objętych stacjonarną opieką długoterminową wyniósł 28,1%, natomiast w województwie pomorskim aż 63,1%.

Rysunek 182. Udział pacjentów objętych opieką długoterminową stacjonarną w 2023 r.

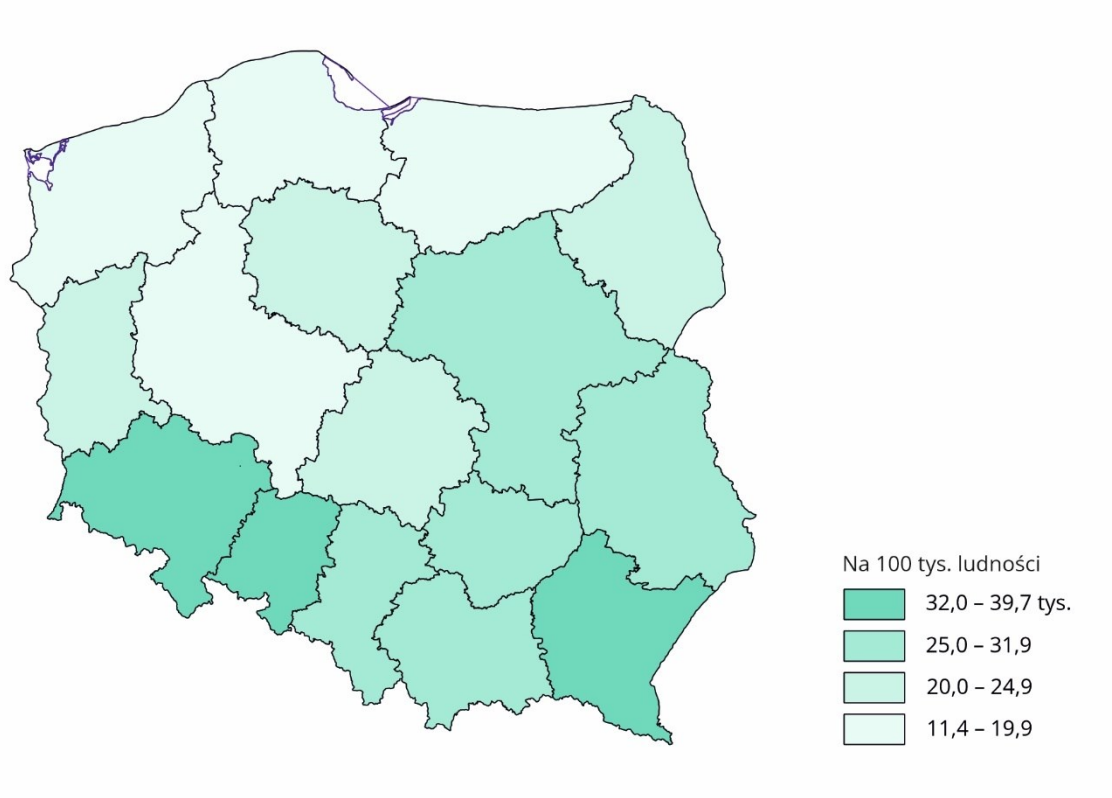


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Analiza świadczeń

W ramach opieki stacjonarnej w 2023 r. sprawozdano 9,7 mln osobodni. Rozkład osobodni na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny we wszystkich województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa podkarpackie (39,7 tys.), dolnośląskie (32,6 tys.) oraz opolskie (32,5 tys.), zaś najniższą wielkopolskie (11,4 tys.), warmińsko-mazurskie (17,9 tys.) oraz zachodniopomorskie (18,7 tys.). Średnia dla RP wyniosła 25,8 tys.

Rysunek 183. Osobodni w ramach opieki długoterminowej stacjonarnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza rozpoznań

Najczęstszymi rozpoznaniami (według klasyfikacji GBD), z jakim pacjenci trafiali do opieki stacjonarnej (zarówno wśród kobiet i mężczyzn), były: udar (22,4% wszystkich pacjentów), choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (15,3%) oraz choroba tętnic obwodowych (13,8%). Około 30% pacjentów między 40. a 79. r.ż. trafiło do opieki stacjonarnej po przebytym udarze. Po 80. r.ż. najczęstszym rozpoznaniem wymagającym pomocy stacjonarnej była choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (19,2%) oraz przebyty udar (18%).

Tabela 48. Rozkład najczęstszych rozpoznań u pacjentów w stacjonarnej opiece długoterminowej w 2023 r.

Podgrupa chorób	Liczba pacjentów	% pacjentów
Udar	11 237	22,4
Pozostałe choroby	8 338	16,6
Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	7 656	15,3
Choroba tętnic obwodowych	6 916	13,8
Inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia	3 881	7,7

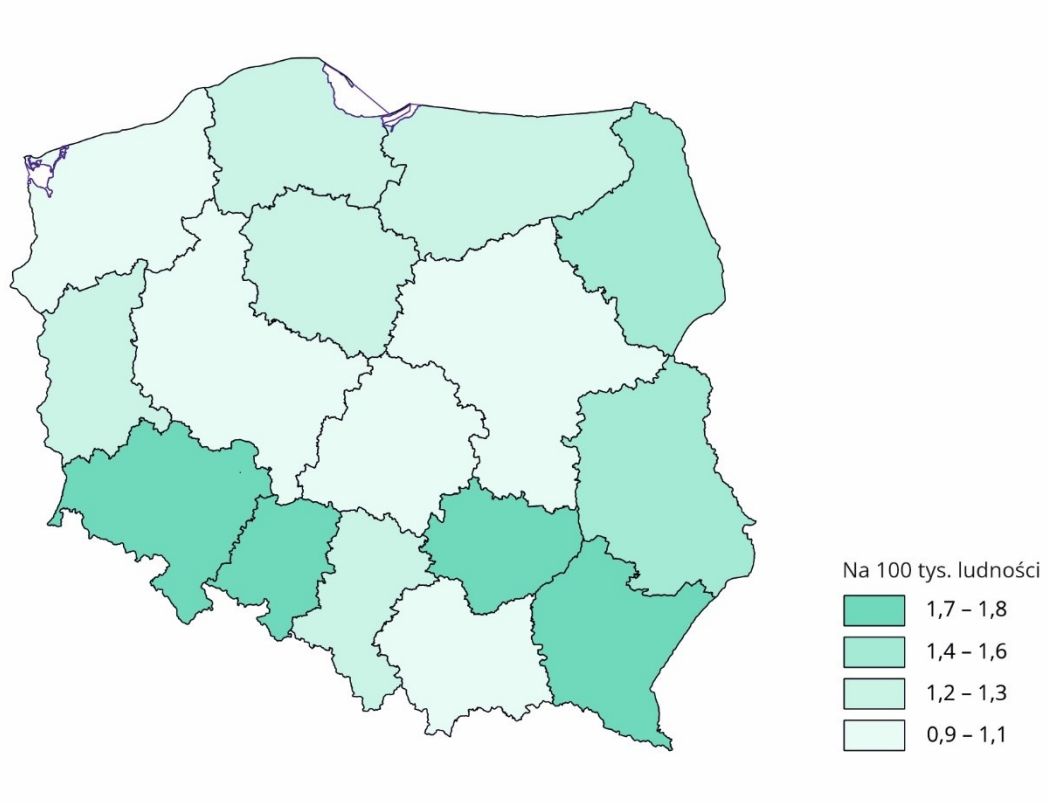
Inne choroby układu nerwowego	2 458	4,9
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	2 023	4,0
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	938	1,9
Cukrzyca	910	1,8
Choroba Parkinsona	755	1,5

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Analiza świadczeniodawców

W 2023 r. w ramach umów z NFZ udzielano świadczeń w 484 ośrodkach (podmiotach definiowanych na podstawie kodu świadczeniodawcy realizujących świadczenia na terenie danego powiatu) opieki stacjonarnej. Najwięcej stacjonarnych ośrodków opieki długoterminowej mieściło się w województwach śląskim (56), mazowieckim (56) i dolnośląskim (51), najmniej zaś w lubuskim (12), zachodniopomorskim (17), podlaskim (17), warmińsko-mazurskim (17) i opolskim (17). Liczba ośrodków na 100 tys. ludności wyniosła 1,29. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (1,81), świętokrzyskie (1,8) i podkarpackie (1,79), najmniejszą zaś wielkopolskie (0,86), mazowieckie (1,02) i zachodniopomorskie (1,04). Wartość poniżej średniej odnotowano w 9 województwach.

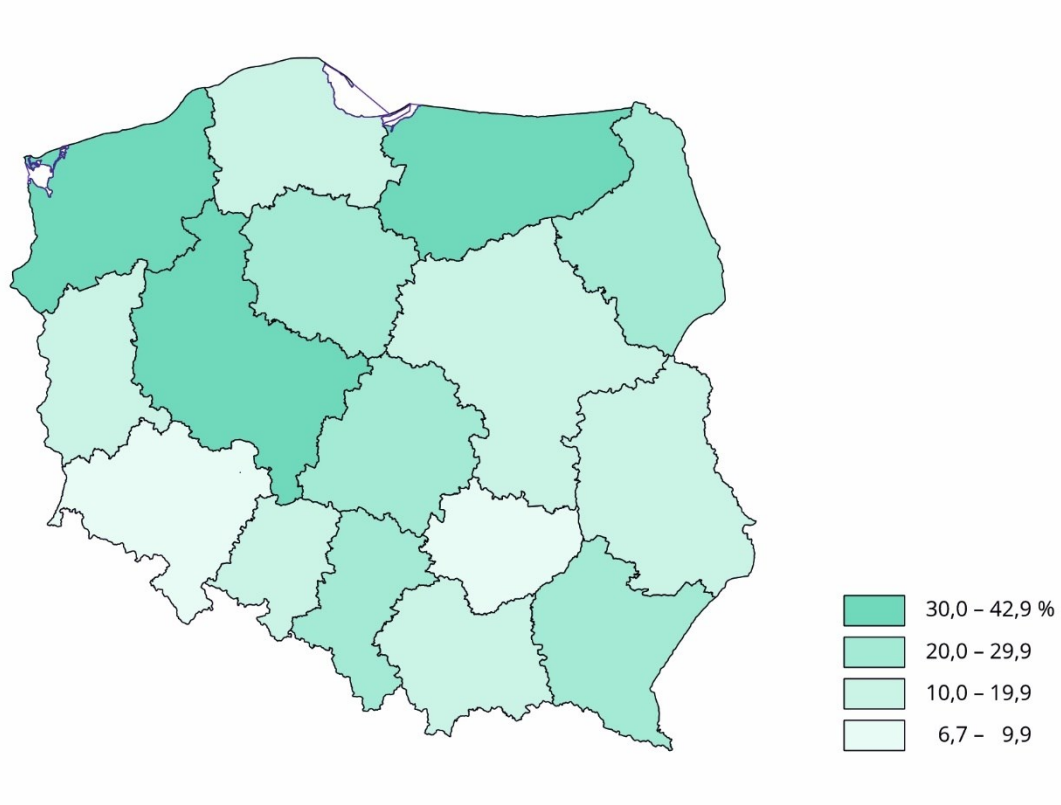
Rysunek 184. Odsetek powiatów bez ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

W 2023 r. w 82 powiatach nie funkcjonował ani jeden ośrodek stacjonarnej opieki długoterminowej (tzw. białe plamy). Stanowi to 21,6% wszystkich powiatów w RP. Największy odsetek powiatów bez stacjonarnej opieki długoterminowej odnotowano w województwach zachodniopomorskim (42,9%), warmińsko-mazurskim (33,3%) i wielkopolskim (31,4%), a najmniejszy w dolnośląskim (6,7%), świętokrzyskim (7,1%) i lubelskim (12,5%).

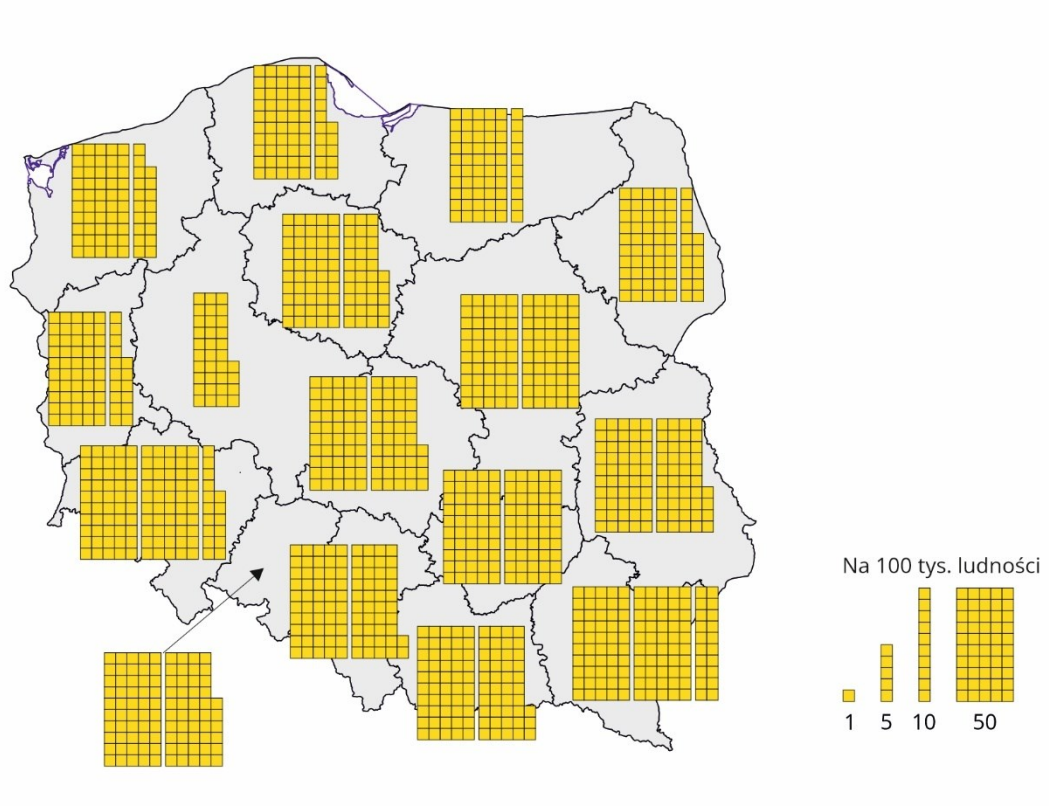
Rysunek 185. Odsetek powiatów bez ośrodków stacjonarnej opieki długoterminowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Liczba łóżek na koniec 2023 r. w stacjonarnych ośrodkach opieki długoterminowej wynosiła 32 380. Najwięcej łóżek na 100 tys. ludności znajdowało się na terenie województw podkarpackiego (120), dolnośląskiego (116), świętokrzyskiego (100) oraz mazowieckiego (100), najmniej zaś w województwie wielkopolskim (34), warmińsko-mazurskim (60) oraz pomorskim (65).

Rysunek 186. Łóżka w opiece długoterminowej stacjonarnej w 2023 r.



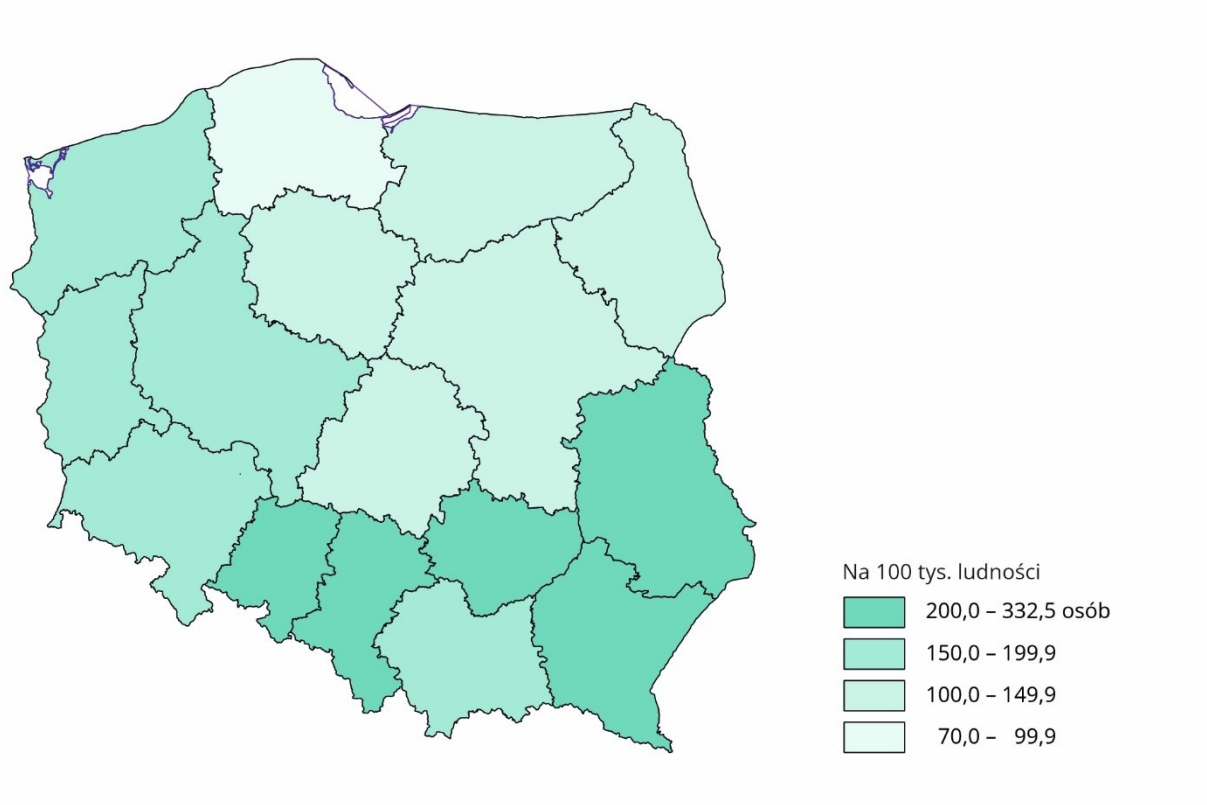
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz sprawozdań MZ i MSWiA

9.3. Opieka domowa

Charakterystyka pacjentów

Ze świadczeń w ramach opieki długoterminowej w warunkach domowych w 2023 r. skorzystało łącznie ponad 69,8 tys. pacjentów. Liczba pacjentów korzystających z analizowanych świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności wyniosła 186. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (333), śląskie (326) i podkarpackie (287), najmniejszą zaś pomorskie (70), warmińsko-mazurskie (141) i kujawsko-pomorskie (141). Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 187. Pacjenci objęci opieką długoterminową domową według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Podobnie jak w przypadku opieki stacjonarnej, opieką domową również w większości były objęte osoby w wieku powyżej 80. r.ż., które stanowiły 51,7% pacjentów, grupa wiekowa 65-79 lat stanowiła 32,3% pacjentów, 4,5% stanowiła grupa wiekowa 60-64 lat, 6,8% stanowiła grupa wiekowa 40-59, natomiast 4,7% pacjentów miała poniżej 40 lat. 65,4% ogółu pacjentów stanowiły kobiety, a 64,9% mieszkańcy miast. Według danych 48,5% pacjentów miało stwierdzony znaczny stopień niepełnosprawności, a 9,3% umiarkowany bądź lekki.

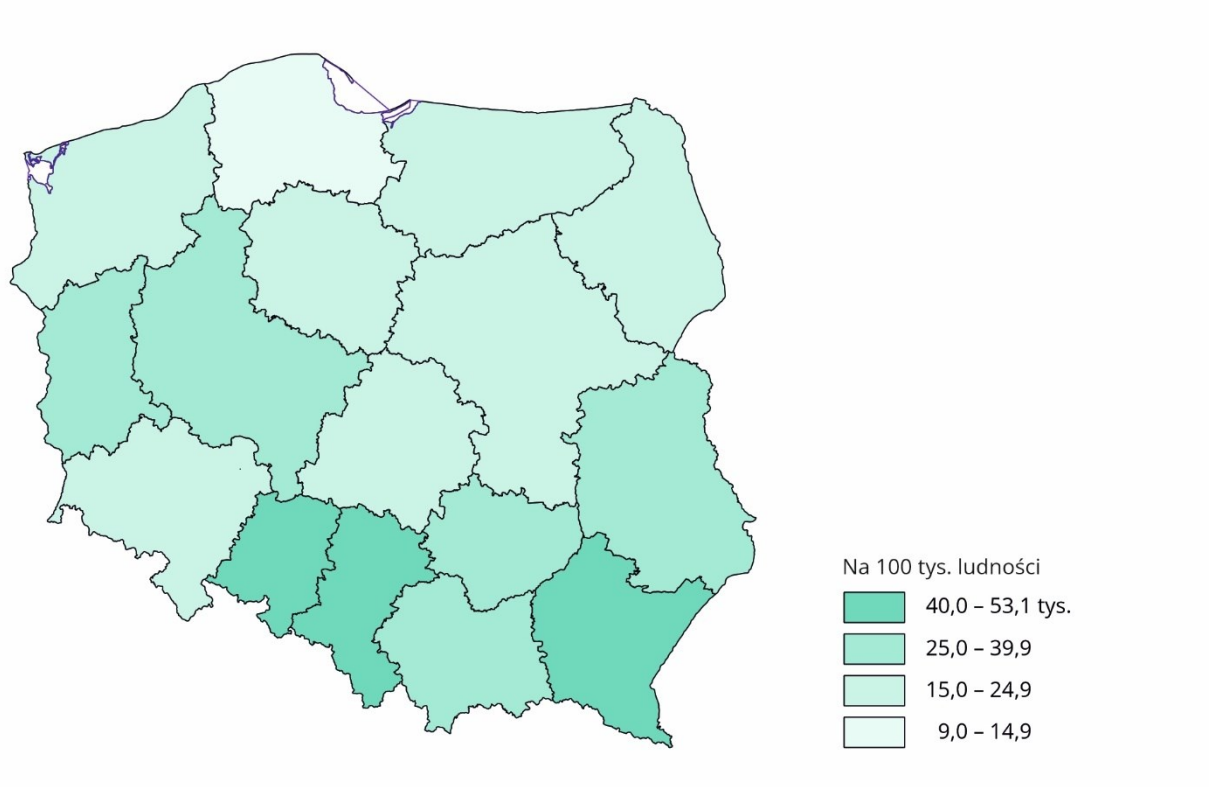
Analiza świadczeń

W ramach opieki domowej w 2023 r. udzielono ponad 10,8 mln wizyt z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych[178]. Najwięcej zrealizowano w przypadku pacjentów powyżej 80. r.ż. (5,53 mln wizyt). Rozkład wizyt na 100 tys. ludności względem miejsca udzielania świadczeń nie był równomierny we wszystkich województwach. Najwyższą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (53 077), śląskie (51 389) oraz podkarpackie (47 571), zaś najniższą pomorskie (9 047), warmińsko-mazurskie (17 733) oraz

[178] Jako wizytę uznano wizytę pielęgniarki długoterminowej lub fizjoterapeuty z indywidualnym kodem produktu.

kujawsko-pomorskie (19 118). Średnia dla RP wyniosła 28 638. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 188. Wizyty w ramach opieki długoterminowej domowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Analiza rozpoznań

Najczęstszymi rozpoznaniami (według klasyfikacji GBD), z jakim pacjenci trafiali do opieki domowej (zarówno wśród kobiet i mężczyzn), były choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (14,2% wszystkich pacjentów), udar (12,4%) oraz przewlekłe choroby układu oddechowego (11,3%).

Wśród osób w grupie wiekowej 18-39 lat najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej (zarówno wśród kobiet, jak i mężczyzn) były inne choroby układu nerwowego (35,2%), natomiast w grupach wiekowych 40-59 lat oraz 60-64 lat inne przewlekłe choroby układu oddechowego (odpowiednio 25% oraz 27,5%). Wśród osób starszych (w wieku 65-79 lat) najczęstszym rozpoznaniem wymagającym opieki domowej również były inne przewlekłe choroby układu oddechowego (17,5%), natomiast u osób powyżej 80. r.ż. choroba Alzheimera i inne choroby otępienne (21%).

Tabela 49. Rozkład najczęstszych rozpoznań u pacjentów w domowej opiece długoterminowej w 2023 r.

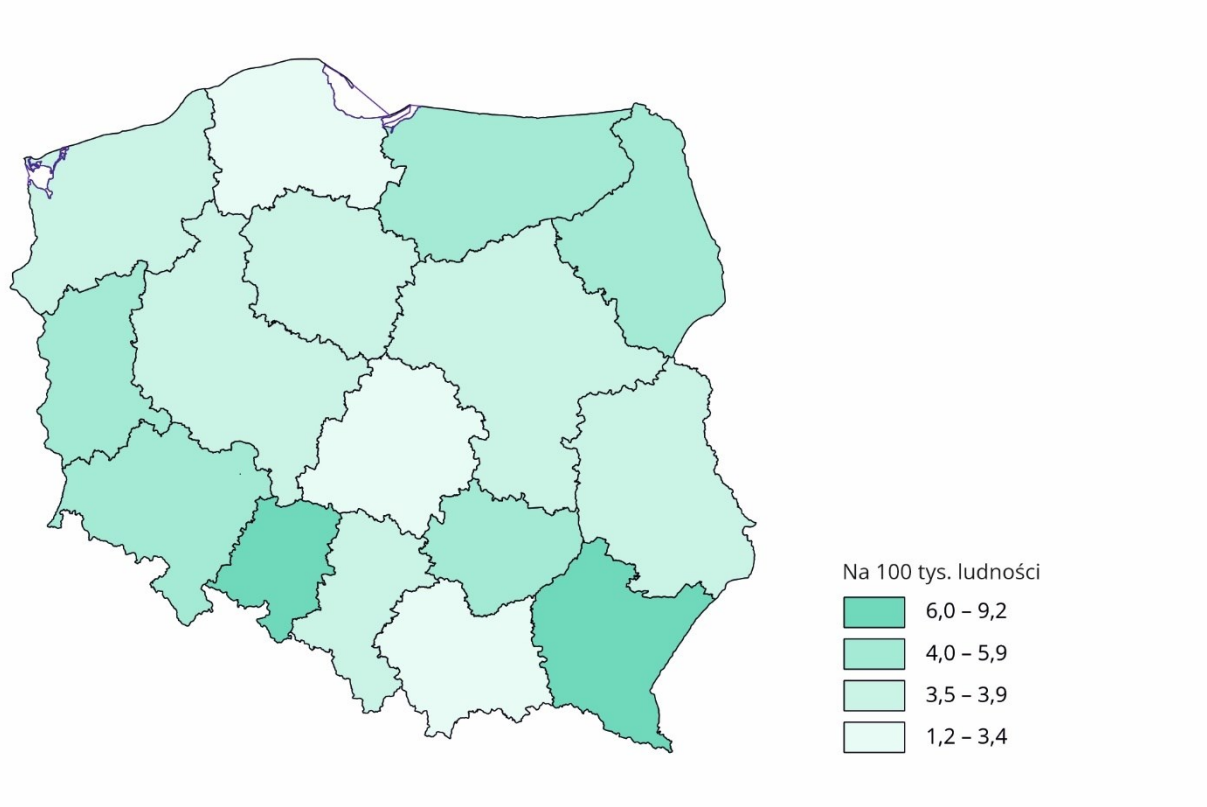
Podgrupa chorób	Liczba pacjentów	% pacjentów
Choroba Alzheimera i inne choroby otępienne	9 947	14,2
Pozostałe choroby	9 068	13
Udar	8 695	12,4
Inne przewlekłe choroby układu oddechowego	7 860	11,3
Inne choroby sercowo-naczyniowe i układu krążenia	6 377	9,1
Inne choroby układu nerwowego	4 742	6,8
Inne zaburzenia układu mięśniowo-szkieletowego	3 659	5,2
Cukrzyca	2 794	4
Odleżyna	2 620	3,8
Zakażenie bakteryjne skóry	2 552	3,7

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Analiza świadczeniodawców

W 2023 r. 1 535 ośrodków (podmiotów definiowanych na podstawie kodu świadczeniodawcy realizujących świadczenia na terenie danego powiatu) oferowało swoje usługi w ramach opieki długoterminowej domowej. Najwięcej placówek świadczących opiekę domową mieściło się w województwach mazowieckim (212), podkarpackim (165) oraz śląskim (156), najmniej zaś w pomorskim (29), podlaskim (46) oraz lubuskim (49). Rozmieszczenie liczby ośrodków na 100 tys. ludności nie było równomierne w województwach. Największą wartością tego wskaźnika charakteryzowały się województwa opolskie (9,18), podkarpackie (7,96) i dolnośląskie (5,24), najmniejszym zaś pomorskie (1,23), małopolskie (3,29) i łódzkie (3,34). Średnia dla kraju wynosiła 4,08. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach.

Rysunek 189. Ośrodki oferujące uświadczenia w ramach opieki długoterminowej domowej w 2023 r.



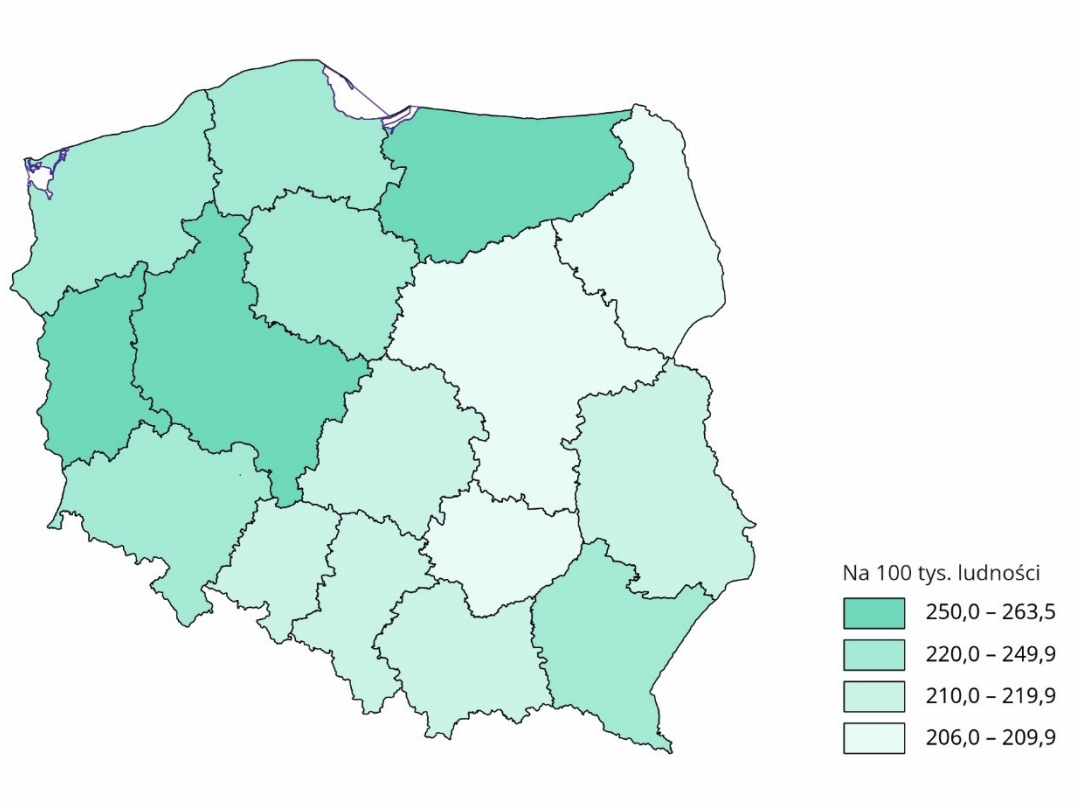
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

9.4. Współczynnik pielęgnacyjny

Starzenie się społeczeństwa powoduje spadek potencjału opiekuńczego rodziny ze względu na zwiększanie liczby osób wymagających wsparcia i zmniejszanie liczby osób mogących tego wsparcia udzielać. Malejący współczynnik pielęgnacyjny[179] przyczynia się do zmniejszenia potencjału opieki nieformalnej i konieczności zwiększenia roli placówek udzielających opieki. Najwyższy współczynnik pielęgnacyjny w RP w 2023 r. odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (264), lubuskim (258), i wielkopolskim (258), najmniejszy zaś w świętokrzyskim (206), mazowieckim (206) i podlaskim (209). Współczynnik dla RP wyniósł 224. Wartość poniżej średniego współczynnika odnotowano w 9 województwach.

[179] Współczynnik pielęgnacyjny oblicza się poprzez podzielenie liczby kobiet w wieku 50-64 (czyli potencjalnych opiekunów) przez liczbę populacji powyżej 80. r.ż. w przeliczeniu na 100 osób.

Rysunek 190. Współczynnik pielęgnacyjny w 2023 r.



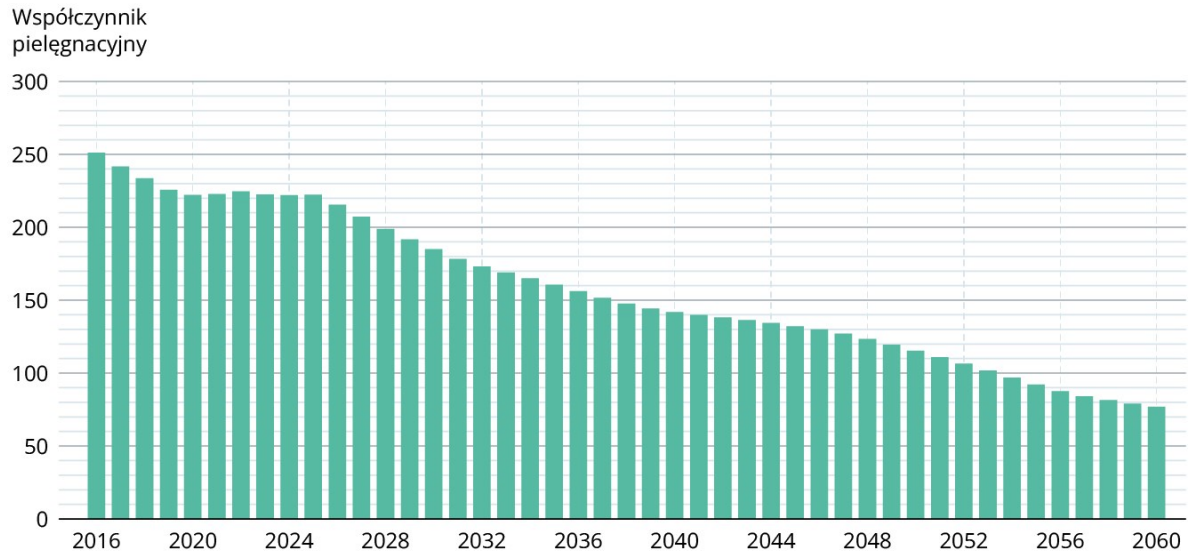
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Według prognoz GUS[180] współczynnik potencjału pielęgnacyjnego będzie się z roku na rok bardzo obniżać z około 224 w 2023 r. do niespełna 186 w 2030 r. (poniżej wartości 200 współczynnik pielęgnacyjny spadnie już w 2028 r.). Spadek tego wskaźnika będzie jedną z przyczyn kreujących popyt na usługi opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze[181].

[180] Prognoza ludności na lata 2023-2060, GUS, 2023, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html, dostęp w dniu 10.03.2025 r.

[181] B. Zasępa, *Prognozy demograficzne dla Rzeczypospolitej Polskiej do roku 2050 — analiza wybranych aspektów procesu starzenia się populacji*, Studia Politicae Universitatis Silesiensis, 2015, s. 98.

Rysunek 191. Współczynnik pielęgnacyjny w RP w latach 2016-2023 oraz prognoza do 2060 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych GUS

9.5. Prognozy potrzeb zdrowotnych

Proces demograficznego starzenia się ludności, będący rezultatem wzrostu długości życia oraz znaczącego obniżenia wskaźników umieralności, stanowi jedno z fundamentalnych wyzwań dla współczesnych systemów ochrony zdrowia. To zjawisko – choć będące pozytywnym efektem rozwoju cywilizacyjnego i postępu medycyny – generuje jednocześnie konieczność dostosowania strategii zdrowotnych do zmieniającej się struktury populacji.

W 2023 r. w RP osoby w wieku powyżej 65 lat stanowiły 20,1% całkowitej liczby ludności. Prognozy demograficzne wskazują na dalszy wzrost udziału tej grupy – do 24,6% w 2040 r. i ponad 32% w 2060 r.[182]. Te nieuchronne zmiany wymagają uwzględnienia w polityce zdrowotnej, która powinna nie tylko reagować na aktualne potrzeby, ale również przewidywać skutki długofalowe i proaktywnie im przeciwdziałać.

W odpowiedzi na rosnące potrzeby zdrowotne populacji osób starszych, kluczowe staje się zapewnienie adekwatnego dostępu do świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych. W 2023 r. pomoc w ramach opieki długoterminowej otrzymało łącznie 118,4 tys. pacjentów – z czego 69,8 tys. w formie opieki domowej oraz 50 tys. w ramach świadczeń stacjonarnych. Osoby powyżej 65. r.ż. stanowiły zdecydowaną większość beneficjentów tej formy wsparcia, jednak nadal jedynie około 1,35% populacji senioralnej objęto taką pomocą.

[182] Prognoza ludności na lata 2023-2060, GUS, 2023, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html, dostęp w dniu 12.05.2025 r.

Tabela 50. Udział pacjentów opieki długoterminowej w populacji w 2023 r. według grup wiekowych.

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 455	0,02%
18-39	2 751	0,03%
40-59	6 979	0,07%
60-64	5 037	0,21%
65-79	38 479	0,65%
powyżej 80. r.ż.	63 747	3,98%
Ogółem dla pacjentów powyżej 65. r.ż.	102 226	1,35%
Ogółem	**118 448**	**0,31%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Jeżeli struktura świadczeń i zasoby kadrowe w obszarze opieki długoterminowej nie zostaną odpowiednio dostosowane do rosnącej liczby osób powyżej 65. r.ż., realnym zagrożeniem stanie się spadek wskaźnika objęcia opieką długoterminową w tej grupie wiekowej. Według szacunków, w przypadku braku interwencji, do 2040 r. udział seniorów korzystających z tego typu wsparcia może spaść do zaledwie 1,18% populacji w tym przedziale wiekowym – mimo że ogólna liczba osób starszych będzie systematycznie rosnąć.

Tabela 51. Udział pacjentów opieki długoterminowej w populacji w 2040 r. według grup wiekowych w przypadku, gdy liczba pacjentów, którzy otrzymają świadczenia w ramach opieki długoterminowej, nie ulegnie zmianie.

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 455	0,03%
18-39	2 751	0,03%
40-59	6 979	0,07%
60-64	5 037	0,18%
65-79	38 479	0,69%
powyżej 80. r.ż.	63 747	2,09%

Ogółem dla pacjentów powyżej 65. r.ż.	102 226	1,18%
Ogółem	**118 448**	**0,34%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 192. Udział pacjentów w grupach wiekowych do populacji tych grup na przestrzeni lat w przypadku, gdy liczba pacjentów, którzy otrzymają świadczenia w ramach opieki długoterminowej, nie ulegnie zmianie



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Metodykę oszacowania przyszłej liczby pacjentów w opiece długoterminowej opracowano na podstawie prognozy liczby ludności GUS na lata 2020-2050 oraz obecnej liczby pacjentów w opiece długoterminowej. Pacjentów podzielono na grupy wiekowe <18, 18-39, 40-59, 60-64, 65-79, powyżej 80. r.ż. w celu zaobserwowania udziału pacjentów danej grupy wiekowej w populacji.

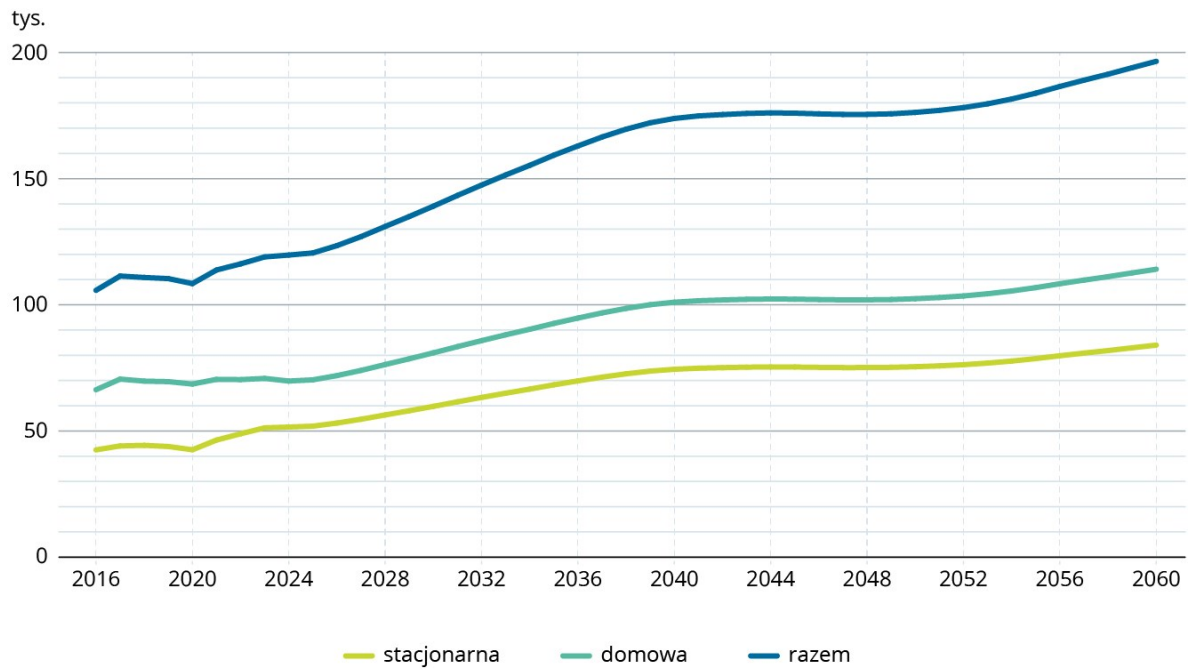
Aby zapewnić taki sam poziom świadczeń na poziomie kraju w 2040 r. jak w 2023 r., należałoby objąć opieką długoterminową o 47% więcej pacjentów, czyli około 173,8 tys. osób. Utrzymując obecny udział opieki stacjonarnej do opieki domowej (42%), oznaczałoby to udzielenie pomocy 100,3 tys. pacjentów w warunkach domowych oraz 73,5 tys. pacjentów w warunkach stacjonarnych.

Tabela 52. Prognozowana liczba pacjentów opieki długoterminowej w populacji w 2040 r. w przypadku utrzymania udziałów w poszczególnych grupach wiekowych z 2023 r.

Grupa wiekowa	Liczba pacjentów	Udział procentowy pacjentów w populacji
<18	1 118	0,02%
18-39	2303	0,03%
40-59	6 535	0,07%
60-64	5 951	0,21%
65-79	36 354	0,65%
powyżej 80. r.ż.	121 570	3,98%
Ogółem dla pacjentów powyżej 65. r.ż.	157 924	1,82%
Ogółem	**173 831**	**0,49%**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Rysunek 193. Rzeczywista liczba pacjentów w latach 2016-2023 oraz prognozowana liczba pacjentów w latach 2024-2060 w podziale na rodzaj opieki długoterminowej



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

Prognoza jest oparta o liczbę pacjentów pod opieką systemu zdrowia w 2023 r. oraz udział tej liczby w odpowiednich grupach wiekowych populacji RP. Celem jest pokazanie, jak może

kształtować się liczba pacjentów w przyszłości w przypadku próby utrzymania obecnego poziomu świadczeń, zwiększenia udziału pacjentów w grupie wiekowej powyżej 65. r.ż. oraz zaprezentowanie, jak udział pacjentów będzie się kształtował, gdy liczba pacjentów, którym udziela się pomocy, nie wzrośnie. Prognoza nie uwzględnia zmian wprowadzonych po 2023 r. lub planowanych do wprowadzenia w systemie opieki długoterminowej w nadchodzących latach. Ponadto nie uwzględnia niezaspokojonych potrzeb osób oczekujących na udzielenie świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

9.6. Podsumowanie

W RP system opieki długoterminowej opiera się na dwóch filarach: systemie ochrony zdrowia oraz systemie pomocy społecznej. Opieka długoterminowa w systemie ochrony zdrowia jest realizowana w warunkach stacjonarnych oraz domowych. Kryterium kwalifikacyjnym do objęcia zdrowotną opieką długoterminową jest stan zdrowia pacjenta, który determinuje zapotrzebowanie na dany charakter świadczeń. Obserwowana w kraju rosnąca liczba osób starszych, przewlekle chorych i wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, niesie za sobą szereg wyzwań związanych z zapewnieniem dla coraz większej liczby osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. Najwięcej usług opieki długoterminowej jest opartych na opiece nieformalnej wykonywanej przez rodzinę. Na skutek zmian tradycyjnego modelu rodziny, stylu życia społeczeństwa oraz zmniejszającej się wartości współczynnika pielęgnacyjnego opieka nieformalna w przyszłości stanie się mniej znaczącą formą opieki nad osobami wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu niż obecnie.

9.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Postępujący proces starzenia się społeczeństwa nieodłącznie wiąże się z koniecznością zapewnienia coraz większej liczbie osób świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej. W 2023 r. udział osób powyżej 65. r.ż. wyniósł w RP 20,1% w ogólnej liczbie ludności. Do 2040 r. udział ten zwiększy się do 24,6%, a w 2060 r. będzie przekraczać 32%. Według prognoz GUS współczynnik pielęgnacyjny będzie malał, z około 224 w 2023 r. do niespełna 186 w 2030 r. (poniżej wartości 200 współczynnik pielęgnacyjny spadnie już w 2028 r.).

Nie wszyscy pacjenci, którzy potrzebowali opieki długoterminowej, mieli ją zapewnioną. Część pacjentów korzystała ze świadczeń w prywatnych domach opieki. Przeciętny czas oczekiwania na miejsce w opiece stacjonarnej w marcu 2023 r. w zależności od kategorii medycznej wynosił od 64 do 173 dni.

Istnieje duże zróżnicowanie w liczbie pacjentów korzystających ze świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej między województwami. W 2023 r. średnia dla kraju wynosiła 315 pacjentów na 100 tys. ludności. Wartość poniżej średniej odnotowano w 10 województwach. W województwie pomorskim leczonych było jedynie 184 pacjentów na 100 tys. ludności, a w województwie opolskim 502.

W polskim systemie opieki zdrowotnej brakuje innowacyjnych form pomocy z zakresu telemedycyny, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia

w codziennym funkcjonowaniu. Malejąca liczba osób w wieku produkcyjnym, którzy mogliby świadczyć opiekę nieformalną, może spowodować wzrost zapotrzebowania na formalną opiekę w sektorze zdrowotnym i społecznym.

9.8. Rekomendowane kierunki działań

→ Przygotowanie systemu opieki zdrowotnej na nieunikniony wzrost liczby osób potrzebujących, związany ze starzeniem się populacji kraju.

→ Wyrównanie różnic w dostępie do opieki długoterminowej w województwach o niższej niż średnia w kraju liczbie osób objętych opieką na 100 tys. ludności, ze szczególnym uwzględnieniem populacji osób powyżej 65. r.ż. Zapewnienie w poszczególnych województwach adekwatnego do potrzeb dostępu do opieki długoterminowej domowej i stacjonarnej dla ludności powyżej 65. r.ż. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam, czyli powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.

→ Kontynuacja zainicjowanego w ramach KPO wsparcia rozwoju i modernizacji infrastruktury oraz doposażenia podmiotów leczniczych przekształcających części oddziałów szpitalnych w celu rozwoju świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w zakresie opieki długoterminowej. Działania związane z podnoszeniem kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych.

→ Zwiększenie udziału formalnej opieki zdrowotnej świadczonej blisko miejsca zamieszkania pacjenta względem opieki instytucjonalnej, poprzez wzrost liczby świadczeń udzielanych w warunkach domowych, w województwach o niskim udziale tej formy opieki na tle kraju.

→ Zwiększenie dostępności nowoczesnych form usług z zakresu telemedycyny, teleopieki oraz e-zdrowia, w szczególności dla osób starszych i innych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu.

→ Stworzenie wielokierunkowych form wsparcia i pomocy dla opiekunów nieformalnych osób wymagających wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, m.in. poprzez działania informacyjne i edukacyjne mające na celu podnoszenie wiedzy i kompetencji opiekuńczych tych osób w zakresie właściwej opieki w domu oraz zapewnienie wsparcia psychologicznego i poradnictwa tym osobom. Wymienione powyżej obszary wsparcia mają szczególne znaczenie ze względu na to, że opiekunowie nieformalni mają bardzo duży udział w opiece nad osobami starszymi i wymagającymi wsparcia w codziennym funkcjonowaniu, co również ma wpływ na stan zdrowia opiekunów.

→ W planowaniu rozwoju opieki długoterminowej należy uwzględnić założenia NPChUK, w szczególności w zakresie zapewnienia ciągłości opieki dla pacjentów z przewlekłymi chorobami sercowo-naczyniowymi, w tym niewydolnością serca i stanami poudarowymi. Pozwoli to na lepsze dopasowanie świadczeń do potrzeb starzejącego się społeczeństwa oraz zwiększy efektywność systemu opieki zdrowotne.

10. Opieka paliatywna i hospicyjna

Opieka paliatywna to wszechstronna opieka nad osobami z nieuleczalnymi, niepoddającymi się leczeniu przyczynowemu, postępującymi i ograniczającymi życie chorobami. Opieka ta ma na celu poprawienie jakości życia chorych, zapobieganie lub uśmierzanie bólu i innych objawów somatycznych, łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i socjalnych. WHO bardzo szeroko zdefiniowała pojęcie opieki paliatywnej, stawiając za jej cel nie tylko poprawę jakości życia chorych, ale również zapewnienie wsparcia ich rodzinom[183].

Według szacunków WHO[184], każdego roku 56,8 mln osób na świecie potrzebuje opieki paliatywnej, z czego 25,7 mln w ostatnim r.ż. Większość osób dorosłych cierpi na choroby przewlekłe, takie jak choroby układu krążenia (38,5%), nowotwory (34%), przewlekłe choroby układu oddechowego (10,3%), AIDS (5,7%) i cukrzycę (4,6%). Poza tym, wiele innych schorzeń, takich jak niewydolność nerek, przewlekła choroba wątroby, stwardnienie rozsiane, choroba Parkinsona, reumatoidalne zapalenie stawów, choroby neurologiczne, demencja, wady wrodzone i gruźlica lekooporna, mogą wymagać tego rodzaju opieki.

W RP ruch hospicyjny rozwijał się dynamicznie już w latach 90-tych ubiegłego wieku, zaś od 2009 r. jest odrębnym, gwarantowanym świadczeniem zdrowotnym finansowanym ze środków publicznych. Przysługuje ono osobom cierpiącym na nieuleczalne choroby nowotworowe i nienowotworowe. W przypadku osób dorosłych do leczenia kwalifikuje się 8 jednostek chorobowych: choroby wywołane przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), nowotwory, następstwa zapalnych chorób ośrodkowego układu nerwowego, układowe zaniki pierwotne zajmujące ośrodkowy układ nerwowy, kardiomiopatia, niewydolność oddechowa niesklasyfikowana gdzie indziej oraz owrzodzenie odleżynowe. Lista chorób kwalifikujących do leczenia osoby poniżej 18. r.ż. jest znacznie szersza i obejmuje m.in. atypowe wirusowe zakażenia ośrodkowego układu nerwowego, chorobę wywołaną przez ludzki wirus upośledzenia odporności (HIV), następstwa chorób zakaźnych i pasożytniczych, nowotwory, choroby metaboliczne, całościowe zaburzenia rozwojowe, wybrane choroby układu nerwowego, niewydolność serca, następstwa chorób naczyniowych mózgu, przewlekłą niewydolność oddechową, niewydolność wątroby, zwłóknienie i marskość wątroby [185].

Decyzją Ministra Zdrowia (a w konsekwencji zarządzeniem Prezesa NFZ[186]), z dniem 1 kwietnia 2024 r. wprowadzono nielimitowane finansowanie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. Rozliczanie świadczeń wykonanych ponad kwotę określoną w umowie z NFZ

[183] https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/, dostęp w dniu 11.03.2025

[184] Ibidem.

[185] Wykaz chorób kwalifikujących do leczenia w ramach opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

[186] Zarządzenie nr 54/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka paliatywna i hospicyjna.

o udzielanie tych świadczeń następuje więc na wniosek świadczeniodawcy składany po upływie kwartału, w którym nastąpiło to przekroczenie.

W systemie ochrony zdrowia opieka paliatywna i hospicyjna jest realizowana w warunkach:

1) stacjonarnych w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej,
2) domowych w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. r.ż.,
3) ambulatoryjnych w poradni medycyny paliatywnej,
4) perinatalnej opieki paliatywnej w ośrodku diagnostyki prenatalnej, w ośrodku kardiologii prenatalnej, w zakładzie genetyki, w poradni medycyny paliatywnej, w hospicjum domowym dla dzieci lub w hospicjum stacjonarnym.

W przypadku opieki stacjonarnej świadczeniobiorcom przysługują świadczenia opieki zdrowotnej udzielane przez lekarzy i pielęgniarki, leczenie farmakologiczne, leczenie bólu i innych objawów somatycznych oraz zapobieganie powikłaniom, opieka psychologiczna nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitacja, badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum stacjonarnym lub na oddziale medycyny paliatywnej, zaopatrzenie w wyroby medyczne konieczne do wykonania świadczenia oraz opiekę wyręczającą, która polega na przyjęciu pacjenta do hospicjum stacjonarnego lub oddziału medycyny paliatywnej na okres nie dłuższy niż 10 dni.

W ramach opieki domowej pacjenci mogą skorzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych przez lekarzy i pielęgniarki, leczenia bólu i innych objawów somatycznych, opieki psychologicznej nad świadczeniobiorcą i jego rodziną, rehabilitacji oraz zapobiegania powikłaniom. Ponadto, świadczenia te obejmują badania zlecone przez lekarza zatrudnionego w hospicjum domowym dla dorosłych lub dla dzieci do ukończenia 18. r.ż., ordynację leków i bezpłatne wypożyczanie przez hospicja domowe wyrobów medycznych (określonych w załączniku do rozporządzenia).

Świadczenia gwarantowane realizowane w warunkach ambulatoryjnych obejmują porady i konsultacje lekarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy (w tym również porady dla osób, które nie zostały zakwalifikowane do hospicjum domowego), porady psychologa oraz świadczenia pielęgniarskie w poradni lub w domu świadczeniobiorcy. W ramach porady w poradni medycyny paliatywnej lub w domu pacjentom przysługują badania podmiotowe i przedmiotowe, zalecenia lekarza dotyczące ilości przyjmowanych leków (w tym leków przeciwbólowych), zapewnienie niezbędnych badań diagnostycznych oraz zlecenie zabiegów pielęgnacyjnych, kierowanie do podmiotów leczniczych, w tym udzielających świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych lub domowych, a także wydawanie niezbędnych orzeczeń i opinii o stanie zdrowia[187].

Świadczenia gwarantowane z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zostały w dniu 31 lipca 2017 r. rozszerzone o świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej. Perinatalna opieka

[187] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. z 2022 r. poz. 262).

paliatywna jest ukierunkowana przede wszystkim na ciężkie wady, zaburzenia rozwojowe i inne stany chorobowe uznane za letalne.

Diagnostyka prenatalna umożliwia uzyskanie we wczesnym okresie ciąży informacji o zagrożeniach dla płodu i podjęcie racjonalnych działań prewencyjnych bądź leczniczych. Stanowi ona również możliwość wykluczenia poważnych wad genetycznych i rozwojowych płodu oraz uzyskania informacji dotyczących jego rozwoju. Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka oraz Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników uznają, że każda kobieta ciężarna, niezależnie od wieku, przebiegu ciąży i wywiadu dotyczącego ciąż poprzednich, powinna być poinformowana w ramach opieki położniczej o możliwości przeprowadzenia badań prenatalnych w kierunku najczęściej występujących zagrożeń ciąży lub nieprawidłowości rozwojowych u płodu, w tym chorób genetycznych płodu[188]. W ramach perinatalnej opieki paliatywnej kobieta oraz jej rodzina mają zagwarantowaną opiekę lekarza, psychologa oraz koordynatora opieki.

Organizacja opieki nad chorymi w zaawansowanej fazie nieuleczalnej choroby stanowi wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia. Wśród największych problemów wymienia się:

- zbyt wąski wykaz chorób kwalifikujących do leczenia. W RP w 2023 r. ponad 85% pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowiły osoby z rozpoznaniem onkologicznym. Natomiast WHO szacuje, że pacjenci z chorobami nowotworowymi wymagający opieki paliatywnej i hospicyjnej stanowią blisko 30% wszystkich osób wymagających takiej opieki[189]. Zgodnie z raportem NIK[190] z 2019 r., według konsultantów krajowych i wojewódzkich, zakres jednostek chorobowych uprawniających do leczenia powinien zostać w pierwszej kolejności rozszerzony o niewydolność serca oraz przewlekłą niewydolność nerek;
- nierównomierny dostęp do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej ze względu na miejsce zamieszkania – ponad dwukrotnie więcej pacjentów objętych tą opieką pochodzi z obszarów miejskich niż z wiejskich, a niemal 90% ośrodków opieki stacjonarnej zlokalizowanych jest w miastach;
- stały wzrost zapotrzebowania na świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej związany ze starzeniem się społeczeństwa i rosnącą liczbą osób przewlekle i nieuleczalnie chorych;
- brak standardów opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz słabe skoordynowanie opieki pomiędzy różnymi instytucjami publicznymi[191].

[188] Polskie Towarzystwo Ginekologiczne, *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników oraz Polskiego Towarzystwa Genetyki Człowieka dotyczące badań przesiewowych oraz diagnostycznych badań genetycznych wykonywanych w okresie prenatalnym*, Ginekologia i Perinatologia Praktyczna, 2022, tom 7, nr 1, s. 20-33.

[189] WHO, WHPCA i in., *Global Atlas of Palliative Care*. 2nd edition, Londyn, 2020.

[190] NIK, *Zapewnienie opieki paliatywnej i hospicyjnej*, 2019, https://www.nik.gov.pl/plik/id,21371,vp,24011.pdf, dostęp w dniu 11.03.2025 r.

[191] Ibidem.

Problemy w obszarze opieki paliatywnej i hospicyjnej są przedmiotem analiz Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej[192]. Prace dotyczą m.in. zmiany w definicji świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej, w kryteriach kwalifikacji do tych świadczeń oraz w wykazie jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Według sprawozdań finansowych NFZ koszty opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r. wyniosły 1,604 mld zł, co stanowiło ponad 1% całości kosztów przeznaczanych na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych.

10.1. Analiza opieki paliatywnej i hospicyjnej

Charakterystyka pacjentów

Ze świadczeń z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r. łącznie skorzystało 105,1 tys. pacjentów, co stanowi wzrost o ponad 9% względem 2019 r. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona z minimalną przewagą kobiet (51,3%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby powyżej 65. r.ż. (76,9%), przy czym osoby w wieku 65-79 lat stanowiły 48,2%, a osoby powyżej 80. r.ż. 28,7%.

Tabela 53. Struktura demograficzna pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r.

Przedziały wiekowe	Liczba pacjentów w OPH [tys.]	Liczba pacjentów w opiece stacjonarnej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece ambulatoryjnej [tys.]	Liczba pacjentów w opiece domowej [tys.]
<18	2,3	0,2	0,0	2,2
18-39	1,8	0,4	0,2	1,3
40-64	20,2	8,1	3,2	12,4
65-79	50,7	20,1	5,9	33,3
powyżej 80. r.ż.	30,2	13,7	2,1	18,6

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Według danych ministra właściwego ds. polityki społecznej, w 2023 r. 44,5% pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej posiadało orzeczoną niepełnosprawność, z czego 71,7% stanowili pacjenci ze znacznym stopniem niepełnosprawności, 20,0% z umiarkowanym, 4,3% z lekkim, natomiast 4,0% stanowiły osoby niepełnosprawne do 16. r.ż.

[192] Podstawa prawna: zarządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2022 r. w sprawie powołania Zespołu do spraw przygotowania projektu długookresowej strategii rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. Urz. Min. Zdrow. poz. 81, z 2022 r. poz. 142, z 2023 r. poz. 118).

Na podstawie danych z 2023 r. zaobserwowano, że istnieje dysproporcja między liczbą pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej związana z miejscem zamieszkania. Pacjenci zamieszkujący obszary miejskie stanowili aż 66,8% wszystkich pacjentów. W przypadku opieki ambulatoryjnej dysproporcja była największa – pacjenci zamieszkujący obszary wiejskie stanowili jedynie 26,2%.

Należy mieć na uwadze, że według danych GUS z 2023 r.[193] liczba ludności miejskiej również była większa niż liczba ludności wiejskiej i wynosiła 59%. Dodatkowo, zaobserwowana dysproporcja może mieć związek z rozmieszczeniem ośrodków – tylko 10,6% pacjentów opieki paliatywnej i hospicyjnej korzystało ze świadczeń w podmiotach zlokalizowanych na terenach wiejskich. W przypadku opieki ambulatoryjnej było to jedynie 2,4%.

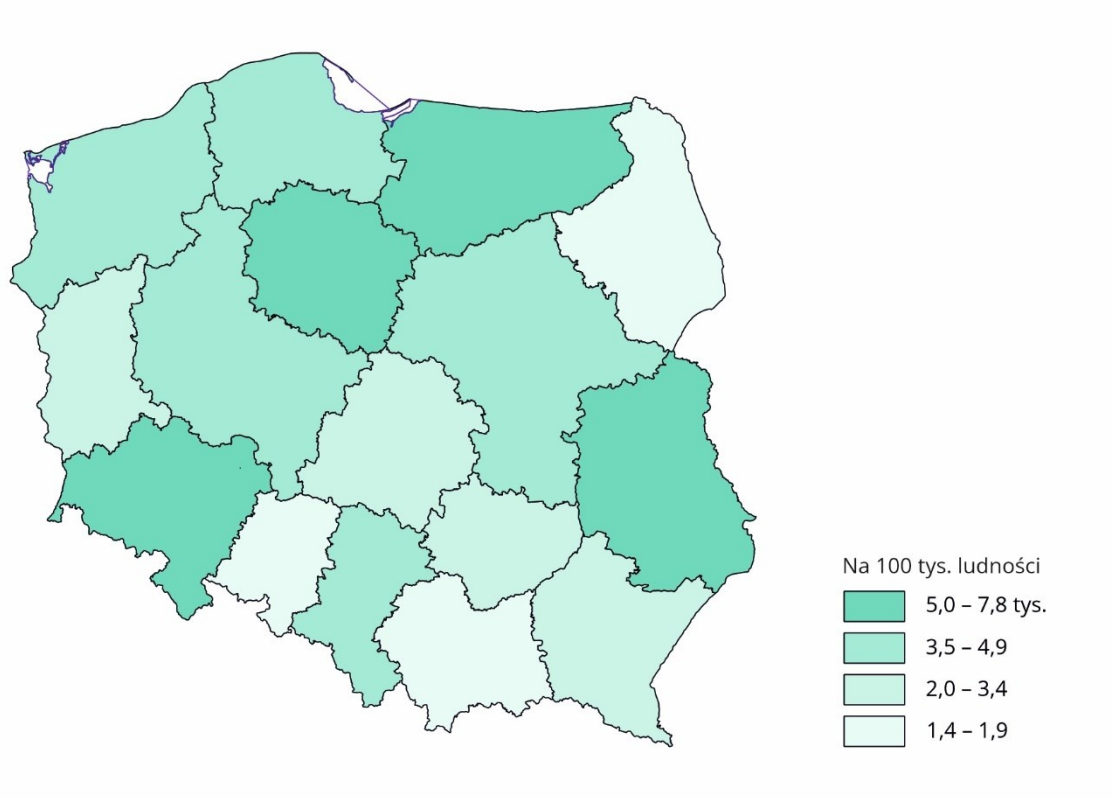
Analiza liczby świadczeń opieki zdrowotnej

W 2023 r. w RP przeprowadzono 1,534 mln wizyt/pobytów, co stanowi ponad dwukrotny wzrost względem 2019 r., gdzie było ich 654 tys. Średnio w roku na 1 pacjenta przypadło ok. 15 wizyt/pobytów, podczas gdy w 2019 r. było to 7 wizyt/pobytów. Najwięcej świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej udzielono w warunkach domowych (1,437 mln wizyt). W warunkach ambulatoryjnych odbyło się 50,2 tys. wizyt, zaś stacjonarnie 47,5 tys. pobytów.

Istnieje duże zróżnicowanie w liczbie świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej pomiędzy województwami. W 2023 r. najwięcej wizyt/pobytów na 100 tys. ludności odnotowano w województwie dolnośląskim (7,8 tys.) oraz kujawsko-pomorskim (7,4 tys.). Najniższą wartość wskaźnika wykazano w województwach podlaskim (blisko 1,4 tys.) i opolskim (1,5 tys.).

[193] Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym w 2023 r. Stan w dniu 31 grudnia, Główny Urząd Statystyczny, 2024

Rysunek 194. Wizyty/pobyty w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r.



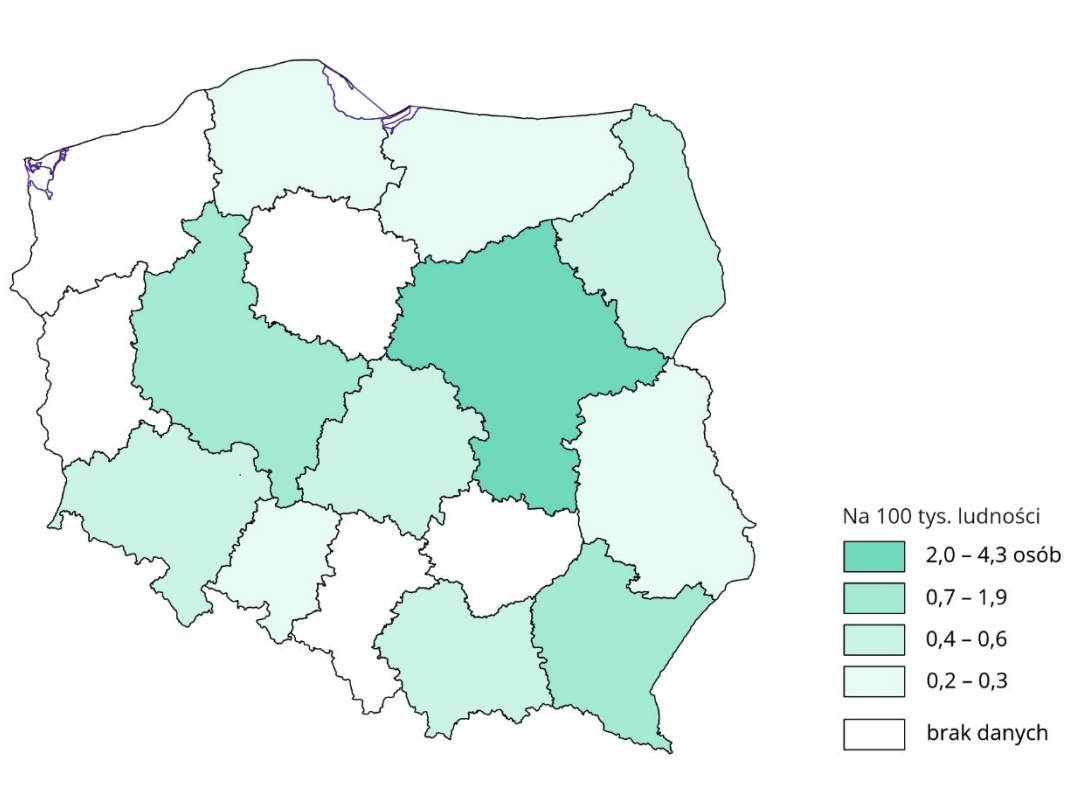
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

We wszystkich województwach wykonywano świadczenia w zakresach:

- świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym,
- porada w poradni medycyny paliatywnej,
- świadczenia w hospicjum domowym,
- świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci.

Natomiast w przypadku świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej zaobserwowano różnice między regionami. Mianowicie, w 5 województwach (zachodniopomorskim, lubuskim, kujawsko-pomorskim, świętokrzyskim i śląskim) nie sprawozdano świadczeń z tego zakresu, mimo że pacjentami były osoby zamieszkujące na ich terenie. Widoczna jest w tym aspekcie zmiana względem 2019 r. Wówczas nie sprawozdano świadczeń z zakresu perinatalnej opieki paliatywnej w województwie wielkopolskim, natomiast wykazano je w województwie śląskim.

Rysunek 195. Pacjenci perinatalnej opieki paliatywnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Średni okres objęcia opieką pacjentów w ośrodkach stacjonarnych w 2023 r. wyniósł około 35 dni, a w ośrodkach domowych około 118 dni. Dzieci pozostawały pod opieką przez znacznie dłuższy czas – 127 dni w opiece stacjonarnej i 272 dni w opiece domowej. Ponadto, w przypadku dzieci, świadczenia w opiece stacjonarnej realizowano tylko w 9 województwach, jednak i tak były to o 3 województwa więcej niż w 2019 r.

Analiza rozpoznań

Najczęściej występującym rozpoznaniem, z jakim w 2023 r. pacjenci trafiali do opieki paliatywnej i hospicyjnej, były nowotwory (85,4%). Jest to w dużej części zdeterminowane przez wykaz jednostek chorobowych kwalifikujących do leczenia paliatywnego, określony w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Najpowszechniej występującymi nowotworami wśród kobiet były nowotwór złośliwy sutka (13,8%) oraz nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (12,1%), natomiast wśród mężczyzn nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (17,7%) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (11,5%). Patrząc na ogół, najczęstszymi rozpoznaniami były nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzeli i płuc (14,8%) oraz nowotwór złośliwy jelita grubego i odbytnicy (10,5%).

W przypadku dzieci najczęściej występującymi jednostkami chorobowymi były wady wrodzone płodu (40,6%) oraz inne choroby układu nerwowego (34,5%).

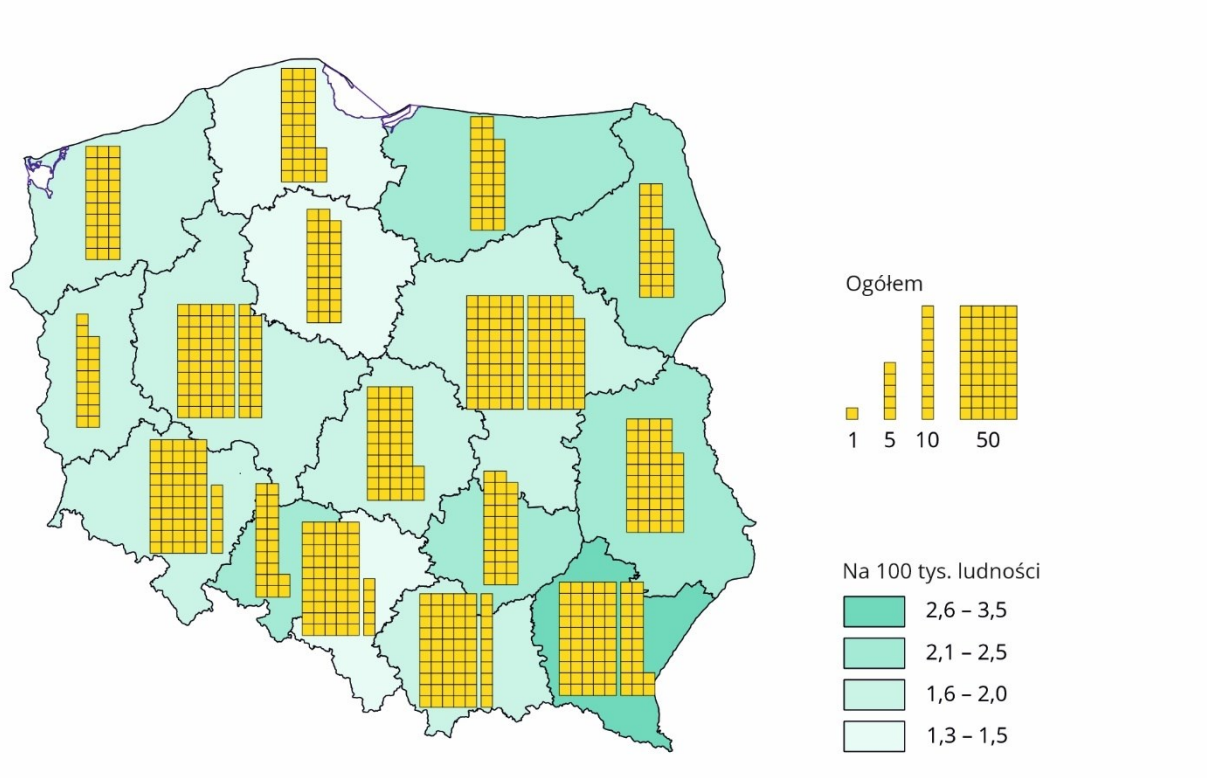
Analiza świadczeniodawców

W 2023 r. łącznie 715 ośrodków udzielało świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, z czego 228 w warunkach stacjonarnych, 160 w warunkach ambulatoryjnych i 590 w warunkach domowych (część podmiotów realizowała jednocześnie kilka form opieki). W porównaniu do 2019 r. zaobserwowano wzrost liczby podmiotów świadczących usługi z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej o 8% (52 podmioty), z czego o 19% w ramach opieki stacjonarnej (37 podmiotów), o 5,5% w ramach opieki domowej (31 podmiotów) i o 3% w przypadku poradni medycyny paliatywnej (5 poradni).

W 2023 r. w ramach umów z NFZ działało 76 hospicjów domowych dla dzieci (o 5 więcej niż w 2019 r.). Świadczenia perinatalnej opieki paliatywnej realizowało 14 podmiotów: 1 ośrodek stacjonarny w województwie lubelskim, 2 ośrodki ambulatoryjne w województwach wielkopolskim i warmińsko-mazurskim oraz 11 ośrodków domowych (po 2 w województwach dolnośląskim, małopolskim i pomorskim oraz po 1 w województwach łódzkim, mazowieckim, opolskim, podkarpackim oraz podlaskim).

W RP na 100 tys. ludności przypadało średnio 1,9 ośrodka opieki paliatywnej i hospicyjnej. Niższą niż średnia krajowa liczbą ośrodków w przeliczeniu na 100 tys. ludności dysponowało 8 województw śląskie (1,27), pomorskie (1,4), kujawsko-pomorskie (1,45), małopolskie (1,75), mazowieckie (1,78), łódzkie (1,82), zachodniopomorskie (1,84) oraz lubuskie (1,85).

Rysunek 196. Ośrodki opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

W przypadku świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na oddziale medycyny paliatywnej lub w hospicjum stacjonarnym w ramach umów z NFZ działało 0,61 podmiotu na 100 tys. ludności, w przypadku świadczeń ambulatoryjnych 0,42 poradni na 100 tys. ludności, w przypadku świadczeń udzielanych w hospicjach domowych 1,48 podmiotu na 100 tys. ludności, w przypadku świadczeń udzielanych w hospicjach domowych dla dzieci 0,2 podmiotu na 100 tys. ludności oraz w przypadku perinatalnej opieki paliatywnej 0,04 podmiotu na 100 tys. ludności.

Tabela 54. Liczba ośrodków opieki paliatywnej i hospicyjnej na 100 tys. ludności w RP w 2023 r. według zakresu świadczeń

Zakres świadczeń	Liczba ośrodków na 100 tys. ludności
Świadczenia w hospicjum domowym	1,48
Świadczenia w oddziale medycyny paliatywnej/hospicjum stacjonarnym	0,61
Porada w poradni medycyny paliatywnej	0,42
Świadczenia w hospicjum domowym dla dzieci	0,2
Perinatalna opieka paliatywna	0,04
Razem	1,9

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

Kolejki oczekujących

Zgodnie z ustawą z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych od dnia 1 stycznia 2020 r. hospicja stacjonarne i stacjonarne ośrodki opieki paliatywnej, hospicja domowe i zespoły domowej opieki paliatywnej oraz hospicja domowe i zespoły opieki paliatywnej dla dzieci są zobowiązane prowadzić harmonogramy i listy oczekujących[194].

W marcu 2023 r. liczba oczekujących na świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej wyniosła blisko 3,5 tys., z czego 68,6% osób oczekiwało na świadczenia z zakresu opieki domowej, 27,7% z zakresu opieki stacjonarnej i 3,7% z zakresu opieki ambulatoryjnej. Najwięcej pacjentów oczekiwało na świadczenia w hospicjach domowych i zespołach domowej opieki paliatywnej (2,4 tys.), a czas oczekiwania na te świadczenia wynosił odpowiednio 34 i 25 dni dla przypadków stabilnych i pilnych. Najdłużej oczekiwano na świadczenia realizowane na oddziale medycyny paliatywnej (46 dni w przypadku stabilnym i 24 w przypadku pilnym).

[194] Na podstawie art. 20 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Tabela 55. Kolejki do podmiotów realizujących świadczenia z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej w marcu 2023 r.

Kolejka	Liczba świadczeniodawców[195]	Przypadek pilny		Przypadek stabilny	
		Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania	Liczba oczekujących	Przeciętny czas oczekiwania
Opieka stacjonarna					
Oddział medycyny paliatywnej	81	34	24	448	46
Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej	134	116	11	363	9
Opieka domowa					
Hospicjum domowe/zespół domowej opieki paliatywnej	381	377	25	1976	34
Hospicjum domowe dla dzieci/zespół domowej opieki paliatywnej dla dzieci	67	-	-	32	3
Opieka ambulatoryjna					
Poradnia medycyny paliatywnej	152	10	6	120	9

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. średni czas pobytu pacjenta w ciągu roku w hospicjum stacjonarnym wyniósł 39 dni, a na oddziale medycyny paliatywnej 27 dni. Paliatywną opieką domową pacjenci byli objęci średnio 118 dni w ciągu roku. Z tego względu czasy oczekiwania na świadczenia opieki paliatywnej, mimo że są jednymi z najkrótszych systemie ochrony zdrowia, są wciąż zbyt długie.

[195] Liczba komórek organizacyjnych sprawozdających listę osób oczekujących do wybranej kolejki.

Kadry

W wielu krajach podstawowe zasoby kadrowe opieki paliatywnej i hospicyjnej wywodzą się z różnych specjalności medycznych, zaś specjalistyczna opieka paliatywna zapewnia wsparcie interdyscyplinarnego zespołu w łagodzeniu cierpienia w zaawansowanej fazie nieuleczalnej choroby[196]. Z danych NFZ wynika, że w 2023 r. w podmiotach realizujących świadczenia zdrowotne z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej zatrudnionych było 7 059 osób z personelu pielęgniarskiego, 2 037 fizjoterapeutów i 2 984 lekarzy (w tym 886 lekarzy specjalistów chorób wewnętrznych, 529 lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej, 301 lekarzy specjalistów anestezjologii i intensywnej terapii, 364 lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej, 268 pediatrów, 142 chirurgów ogólnych, 139 onkologów klinicznych, 105 lekarzy specjalistów chorób płuc i innych).

Tabela 56. Kadra pracująca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r. w podziale na województwa

Województwo	Kadra ogółem	Lekarze	Pielęgniarki	Fizjoterapeuci
dolnośląskie	1 074	242	579	248
kujawsko-pomorskie	671	194	350	126
lubelskie	661	151	415	93
lubuskie	276	82	146	48
łódzkie	695	191	400	99
małopolskie	1 263	289	747	227
mazowieckie	1 427	376	821	230
opolskie	332	64	218	49
podkarpackie	1 145	306	654	179
podlaskie	349	74	225	48
pomorskie	757	220	410	127

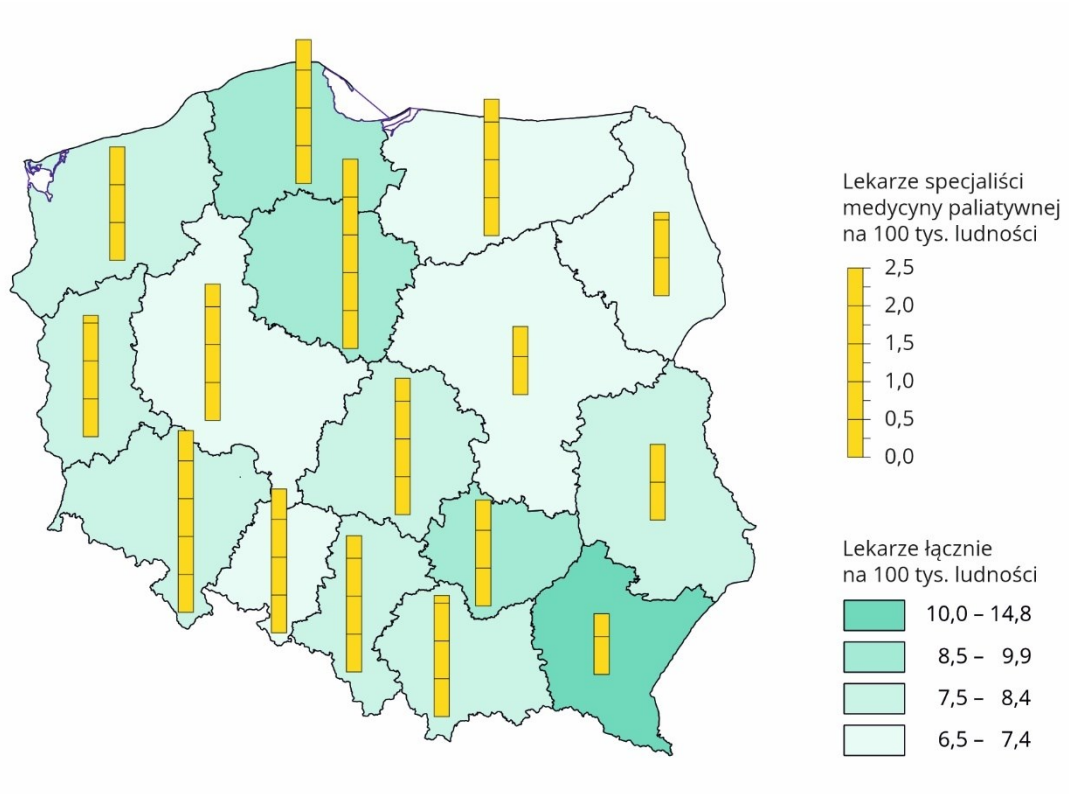
[196] T. Buss, M. Lichodziejewska-Niemierko, *Opieka paliatywna w RP - od idei do praktyki (również lekarza rodzinnego)*, Zakład Medycyny Paliatywnej Katedry Medycyny Rodzinnej Akademii Medycznej w Gdańsku, Forum Medycyny Rodzinnej 2008, tom 2, nr 4, 277–285.

śląskie	1 374	357	824	187
świętokrzyskie	490	106	316	67
warmińsko-mazurskie	341	91	181	68
wielkopolskie	1 098	257	631	209
zachodniopomorskie	407	123	224	58

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W przeliczeniu na 100 tys. ludności występowanie najliczniejszej kadry lekarskiej w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej odnotowano w województwie podkarpackim (14,8), natomiast najmniej licznej w podlaskim (6,5). Najwyższy współczynnik specjalistów medycyny paliatywnej na 100 tys. ludności odnotowano w województwach kujawsko-pomorskim (2,5) oraz dolnośląskim (2,4), a najniższy w podkarpackim (0,8).

Rysunek 197. Kadra lekarska pracująca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r.



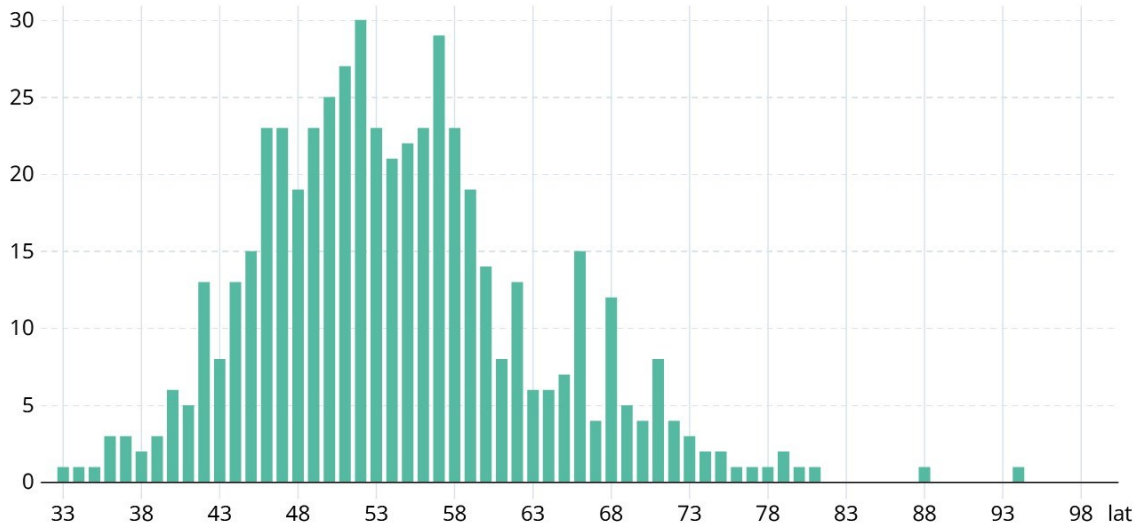
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

W przypadku kadry pielęgniarskiej, w 2023 r. województwo podkarpackie odznaczało się najwyższym wskaźnikiem na 100 tys. ludności (31,6), następnie województwo świętokrzyskie (27,0) oraz opolskie (23,3). Najniższą wartość personelu pielęgniarskiego na 100 tys. ludności

odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (13,3), zachodniopomorskim (13,7) oraz mazowieckim (14,9).

Średni wiek lekarza specjalisty medycyny paliatywnej pracującego w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniósł 54 lata i był o ponad 3 lata wyższy od średniego wieku lekarzy w RP.

Rysunek 198. Piramida wieku lekarzy specjalistów medycyny paliatywnej pracujących w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r.



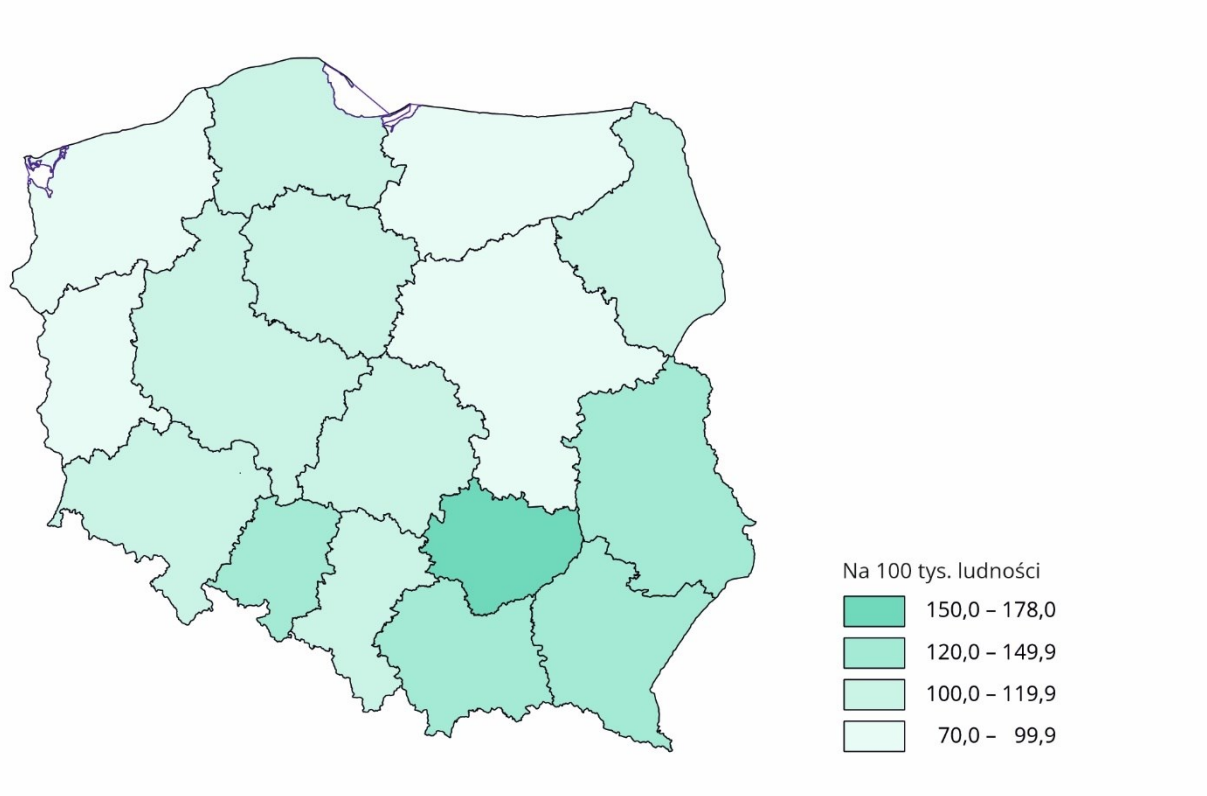
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

10.2. Opieka stacjonarna

W 2023 r. łącznie 42,5 tys. pacjentów było leczonych na oddziałach medycyny paliatywnej lub w hospicjach stacjonarnych. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z minimalną przewagą kobiet (50,9%). W przeważającej większości ze świadczeń opieki zdrowotnej korzystały osoby powyżej 65. r.ż. (79,6%), przy czym osoby w wieku 65-79 lat stanowiły 47,3%, a osoby powyżej 80. r.ż. 32,3%.

Rozkład liczby pacjentów na 100 tys. ludności leczonych w poszczególnych województwach był nierównomierny. Wskaźnik ten wahał się od 69,98 w województwie zachodniopomorskim do 178,01 w województwie świętokrzyskim. Średnia dla RP wyniosła 112,98, a wartości niższe od niej odnotowano w 5 województwach: zachodniopomorskim (69,98), warmińsko-mazurskim (72,17), lubuskim (89,33), mazowieckim (95,69) i śląskim (110,11).

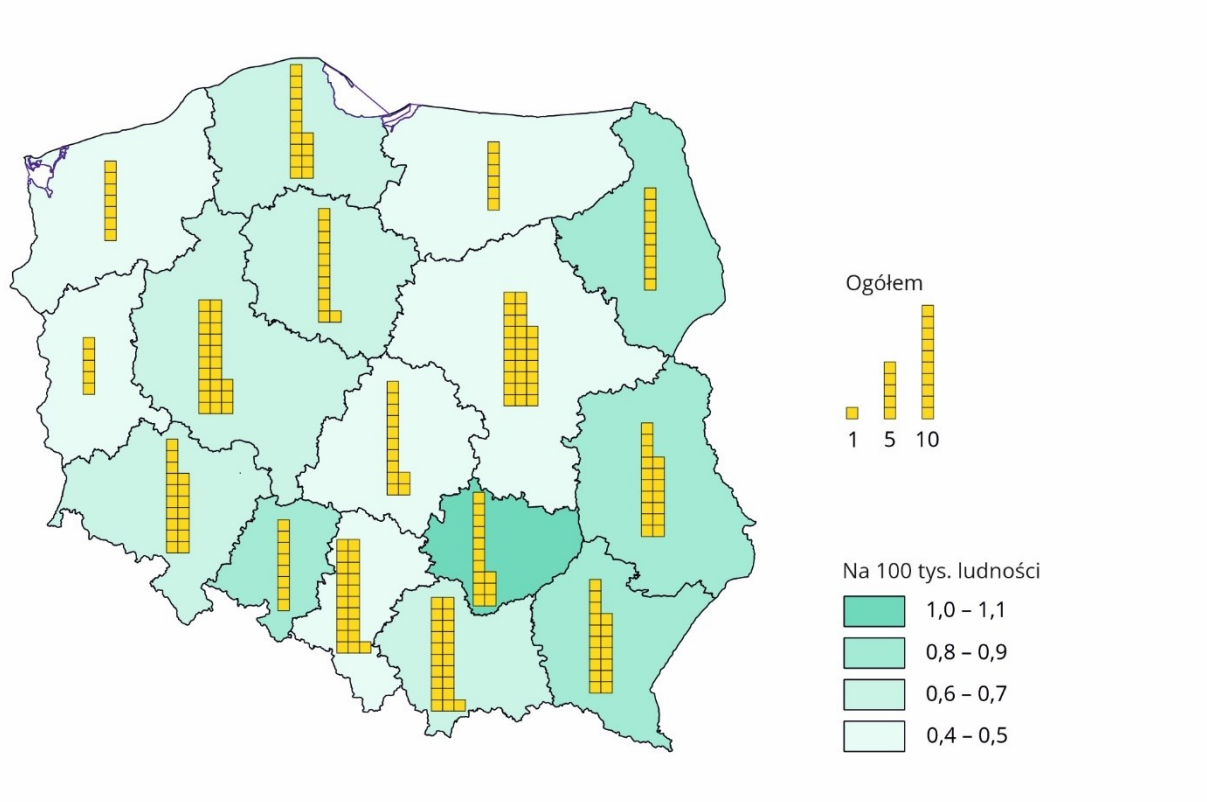
Rysunek 199. Pacjenci w opiece stacjonarnej według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

W 2023 r. na terenie RP działało łącznie 228 ośrodków stacjonarnych w ramach umów zawartych z NFZ. Średnio ich liczba na 100 tys. ludności wyniosła 0,61. W większości województw (aż w 10) wskaźnik ten był niższy od średniej krajowej. Rozmieszczenie ośrodków opieki stacjonarnej nie jest więc równomierne. Ośrodki tego typu znajdują się w 173 powiatach, a mediana odległości gmin od najbliższej komórki wynosi 17,5 km. Największe skupiska ośrodków można zauważyć w okolicach Warszawy oraz w województwie śląskim.

Rysunek 200. Ośrodki opieki stacjonarnej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

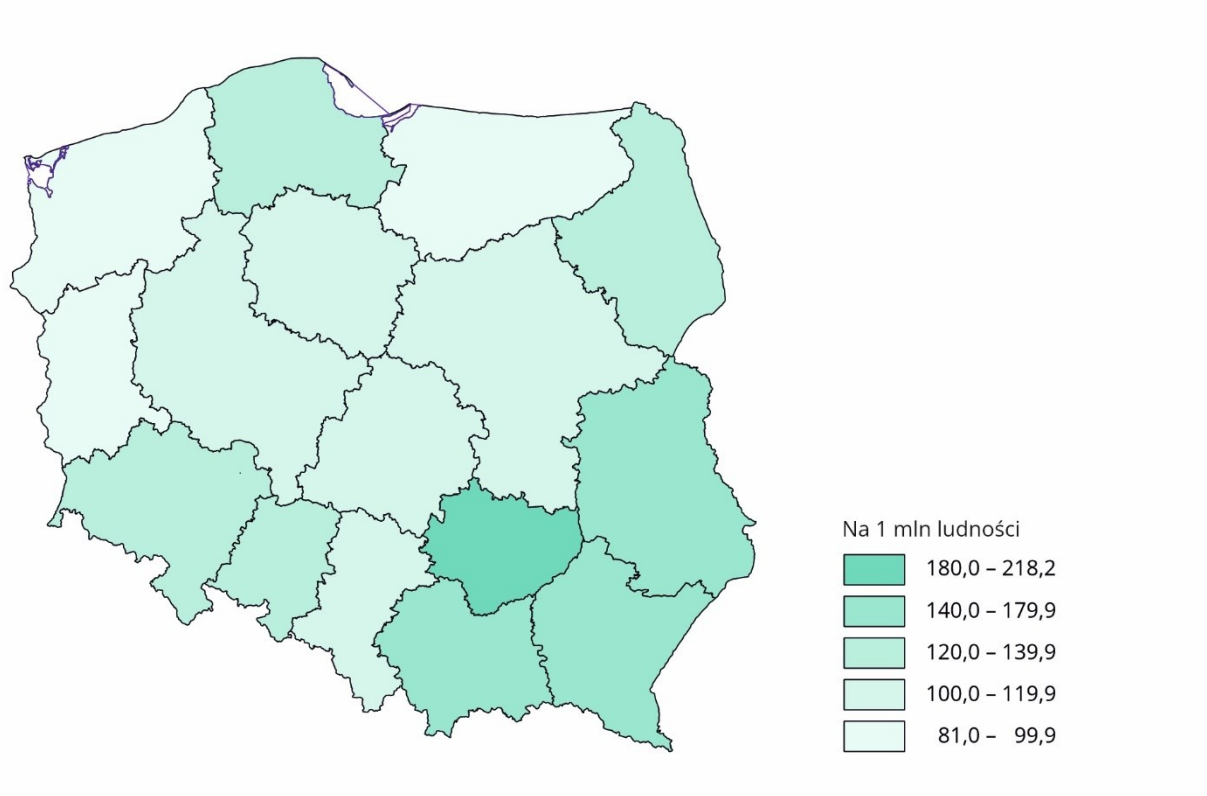
Na koniec 2023 r. oddziały medycyny paliatywnej i hospicja stacjonarne dysponowały łącznie 4,7 tys. łóżek[197], co stanowi wzrost o 32% względem 2019 r.

Z raportu konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej za 2022 r. wynika, że należałoby zabezpieczyć województwa pod względem bazy łóżkowej poprzez osiągnięcie liczby 130 łóżek na milion mieszkańców (zwiększenie względem zalecanych przez EAPC 80-100 łóżek na milion mieszkańców[198]). W RP na koniec 2023 r. liczba łóżek w opiece paliatywnej i hospicyjnej w przeliczeniu na 1 mln ludności wyniosła 126,4. Wartość powyżej 130 odnotowano w 7 województwach, przy czym najwyższy wskaźnik wykazano w województwach świętokrzyskim (218,2), podkarpackim (174,3) oraz małopolskim (150,7). Wartość poniżej 100 odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim (81), lubuskim (82) i zachodniopomorskim (91,3).

[197] Dane na temat liczby łóżek pochodzą ze sprawozdań MZ-29, MZ-29A, MZ-30, MSWiA-43, MSWiA-33, ZD-2, MSWiA-45 oraz RPWDL i uwzględniają wszystkie podmioty w kraju, również te, które nie miały kontraktu z NFZ.

[198] S. Payne, A. Harding, T. Williams, J. Ling, C. Ostgathe, *Revised recommendations on standards and norms for palliative care in Europe from the European Association for Palliative Care (EAPC): A Delphi study*, Palliat Med. 2022 Apr;36(4):680-697

Rysunek 201. Łóżka w ośrodkach stacjonarnej opieki paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r.

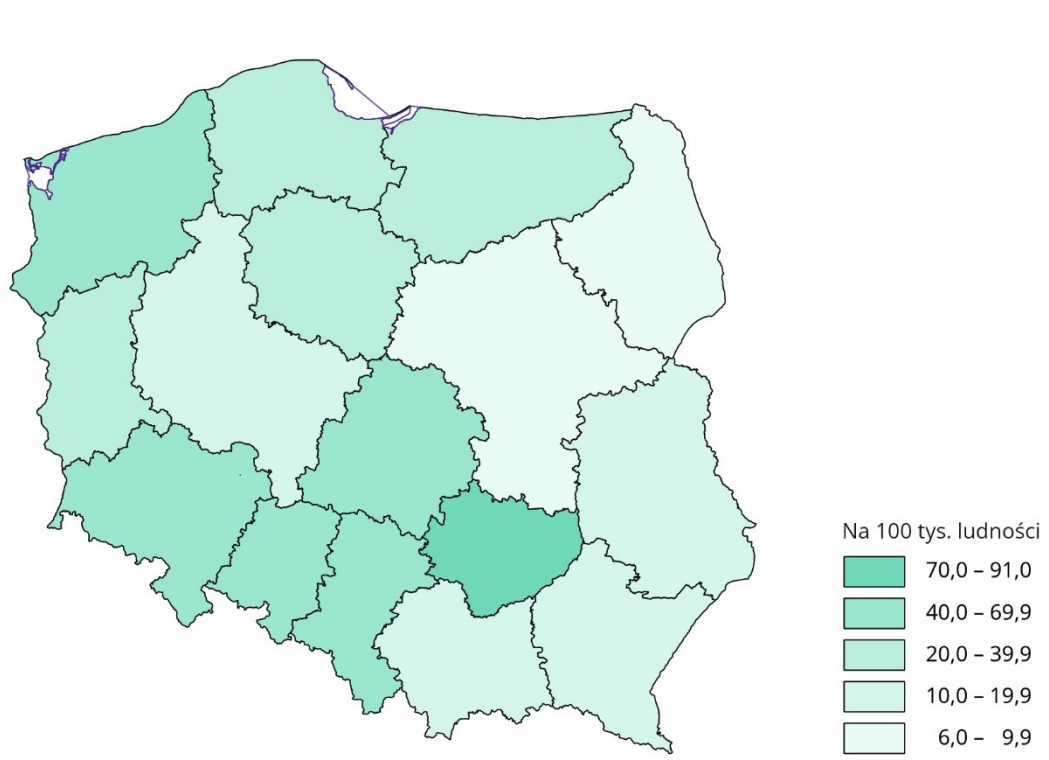


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS oraz sprawozdań MZ i MSWiA

10.3. Opieka ambulatoryjna

W 2023 r. ze świadczeń zdrowotnych w warunkach ambulatoryjnych skorzystało łącznie 11,5 tys. pacjentów. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z minimalną przewagą kobiet (52,3%). Wizyty w poradni medycyny paliatywnej odbywali młodsi pacjenci niż w pozostałych rodzajach opieki – 28,2% stanowiły osoby w wieku 40-64 lata, a 51,1% osoby w wieku 65-79 lat. Osoby najstarsze (powyżej 80. r.ż.) stanowiły 18,5% pacjentów.

Rysunek 202. Pacjenci w opiece ambulatoryjnej według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.



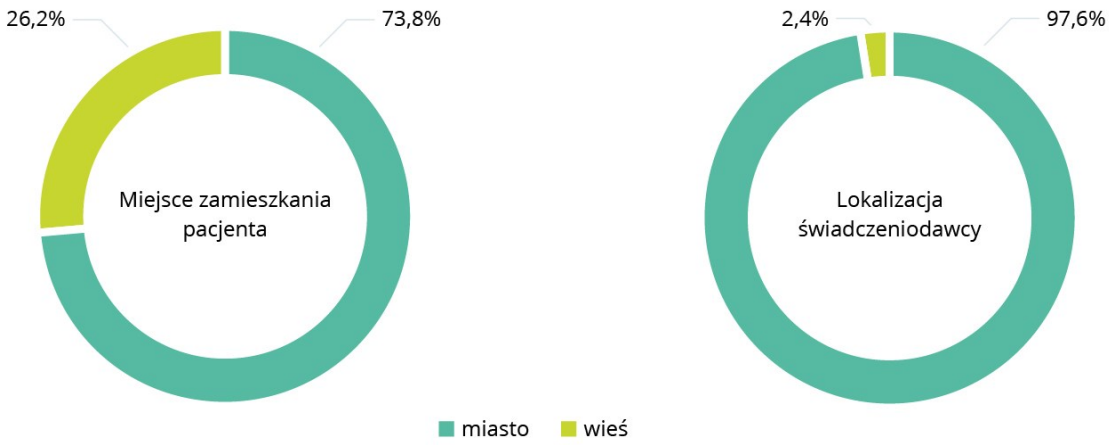
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

W ramach ambulatoryjnej opieki paliatywnej zaobserwowano największe zróżnicowanie regionalne pod względem liczby przyjmowanych pacjentów. Najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie świętokrzyskim (90,97), natomiast najniższy (ponad 15-krotnie niższy) w mazowieckim (6,04).

Średnia krajowa wyniosła 30,46 pacjentów w opiece ambulatoryjnej na 100 tys. ludności, a wartości niższe od niej odnotowano w 9 województwach: mazowieckim (6,04), podlaskim (8,26), podkarpackim (15,49), małopolskim (16,82), lubelskim (17,65), wielkopolskim (17,98), pomorskim (23,06), kujawsko-pomorskim (26,00) oraz warmińsko-mazurskim (30,05).

W 2023 r. pacjenci zamieszkujący tereny wiejskie stanowili tylko 26,2% wszystkich pacjentów korzystających ze świadczeń ambulatoryjnej opieki paliatywnej, a jedynie 2,37% pacjentów ambulatoryjnych skorzystało ze świadczeń w poradniach medycyny paliatywnej działających na wsi.

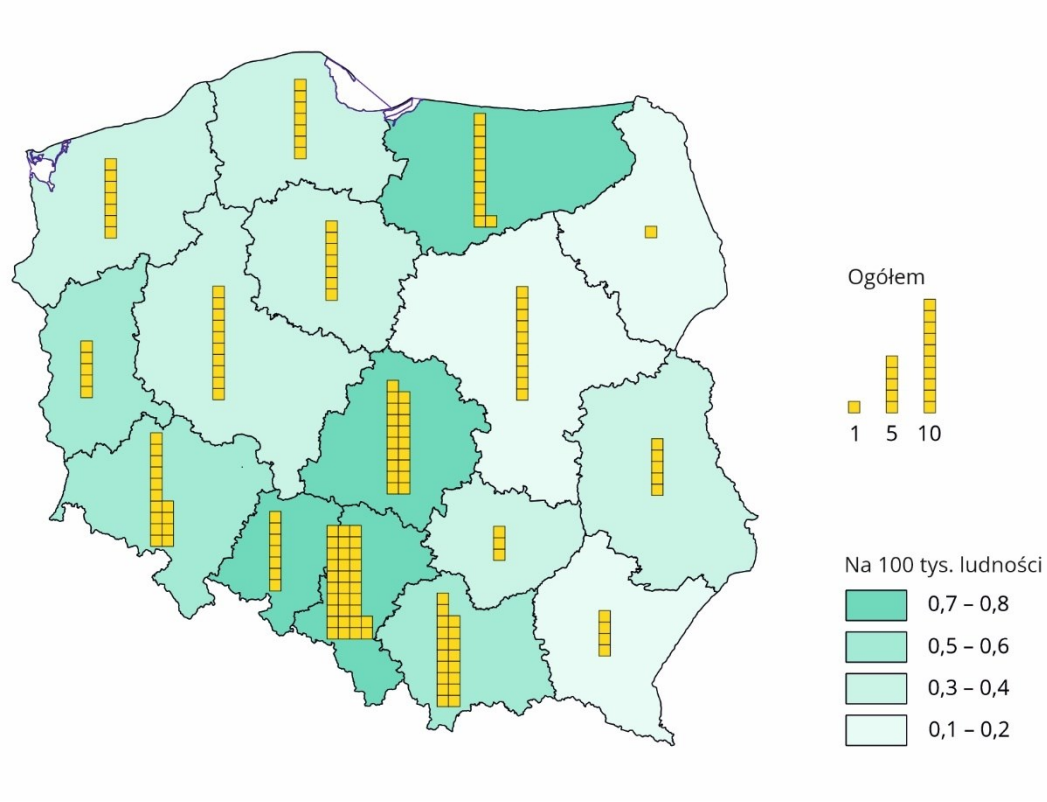
Rysunek 203. Struktura pacjentów w opiece ambulatoryjnej ze względu na miejsce zamieszkania pacjenta (lewy wykres) oraz lokalizację świadczeniodawcy (prawy wykres) w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

W 2023 r. na terenie RP działało łącznie 160 poradni medycyny paliatywnej w ramach umów zawartych z NFZ. Poradnie znajdowały się głównie w dużych miastach i ich okolicach. Średnio w RP liczba poradni na 100 tys. ludności wyniosła 0,43. W większości województw (aż w 9) wskaźnik ten był niższy od średniej krajowej.

Rysunek 204. Poradnie medycyny paliatywnej w 2023 r.



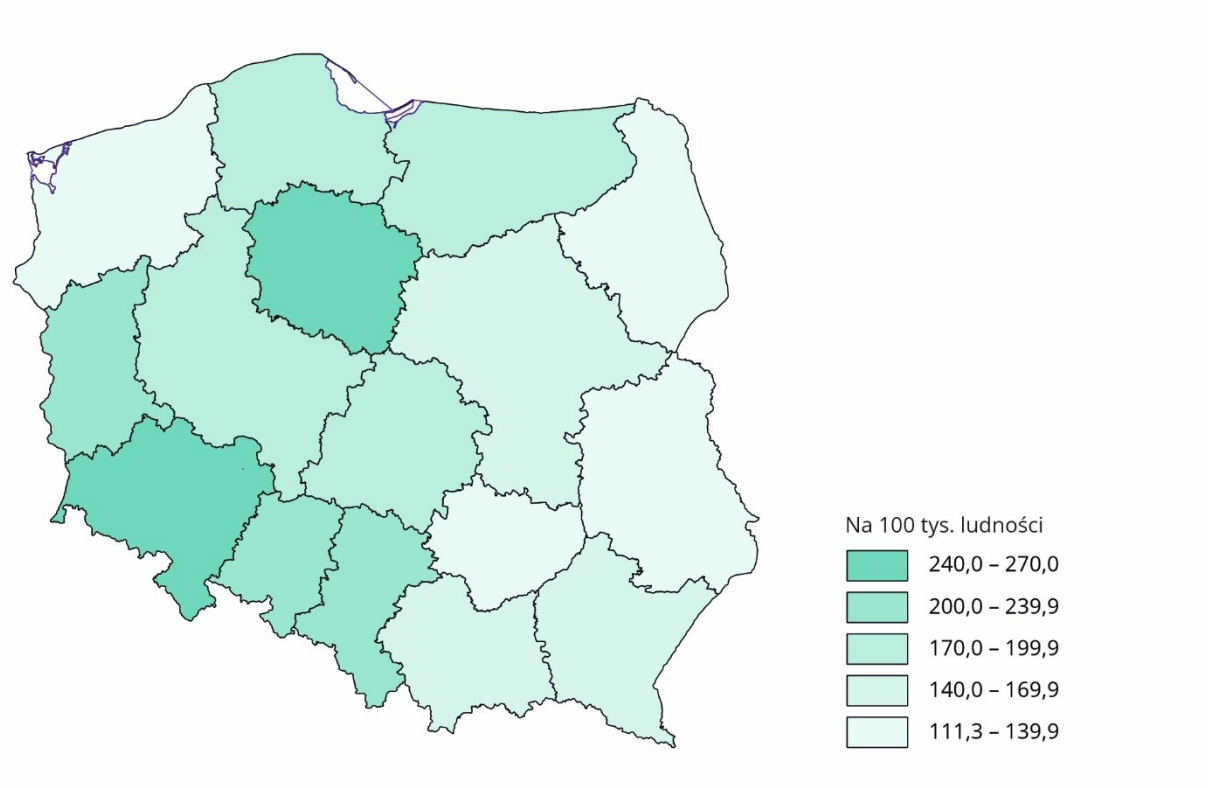
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

10.4. Opieka domowa

Domowa opieka paliatywna jest najbardziej rozpowszechnioną formą opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2023 r. ze świadczeń tego rodzaju skorzystało 67,8 tys. pacjentów. W porównaniu do 2019 r. liczba pacjentów zwiększyła się o 8,5%. Struktura pacjentów ze względu na płeć była zbliżona, z niewielką przewagą kobiet (51,4%). W przeważającej większości ze świadczeń korzystały osoby powyżej 65. r.ż. (76,5%), przy czym osoby w wieku 65-79 lat stanowiły 49,1%, a osoby powyżej 80. r.ż. 27,4%.

Wartość wskaźnika liczby pacjentów objętych świadczeniami w ramach opieki domowej na 100 tys. ludności wahała się od 111,34 w województwie świętokrzyskim do 270,04 w kujawsko-pomorskim. Średnia krajowa wyniosła 180,09, a wartość niższą od niej odnotowano aż w 9 województwach.

Rysunek 205. Pacjenci w opiece domowej według miejsca udzielania świadczeń w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

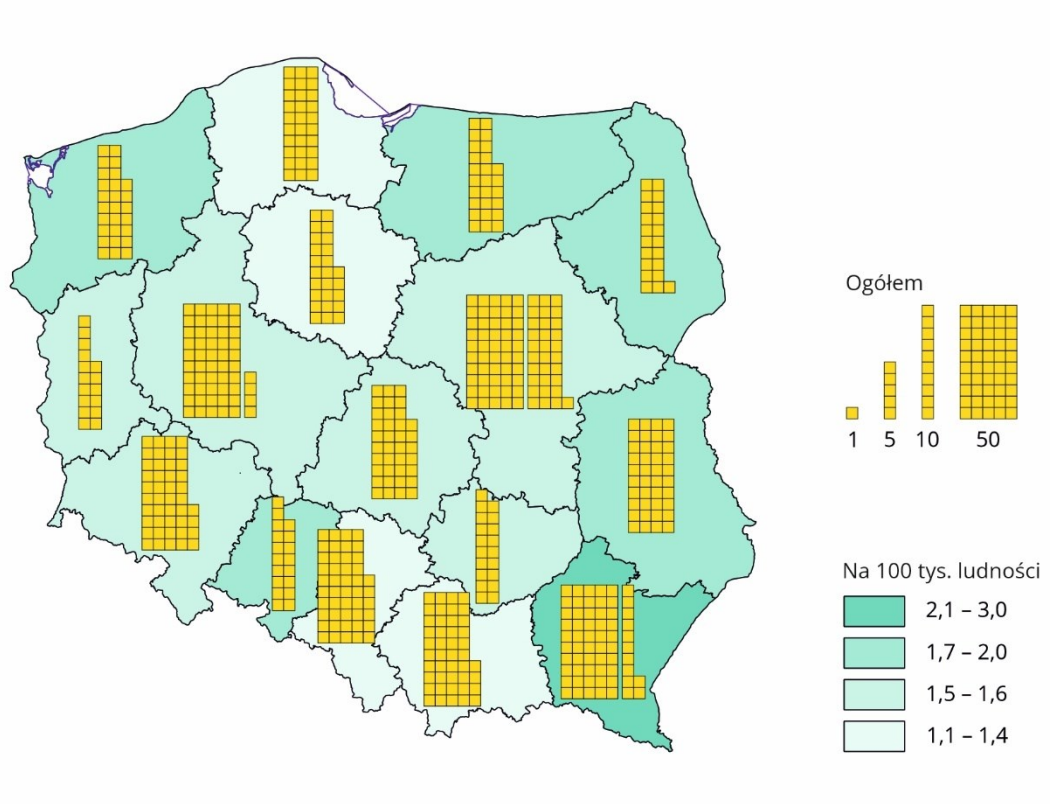
Oprócz zabezpieczenia terytorium RP pod względem bazy łóżkowej, powinno dążyć się do zapewnienia opieki domowej w każdym powiecie. Hospicja domowe opiekują się zarówno pacjentem, jak i jego najbliższymi, zapewniając im wsparcie psychologiczne oraz duchowe. Najbliżsi i rodzina są często najbardziej pożądanymi i cenionymi przez chorego opiekunami, a jego dom najlepszym i preferowanym środowiskiem opieki, dlatego tak ważne jest, aby świadczenia realizowane w warunkach domowych były ogólnodostępne.

W RP w 2023 r. tylko na terenie 4 województw, tj. dolnośląskiego, mazowieckiego, podkarpackiego i warmińsko-mazurskiego, w każdym powiecie zapewniony był dostęp do

ośrodków opieki domowej. W większości przypadków powiaty, w których nie było zlokalizowanego ośrodka opieki domowej, to powiaty „obwarzankowe". W sąsiadujących miastach na prawach powiatu, takich jak Bydgoszcz, Toruń, Suwałki czy Lublin znajdowały się ośrodki opieki domowej, natomiast w okalających je powiatach: bydgoskim, toruńskim, suwalskim czy lubelskim ośrodków tych nie było wcale.

W RP w 2023 r. w ramach umów z NFZ funkcjonowało 590 hospicjów domowych (w tym 76 przeznaczonych dla dzieci), a na 100 tys. ludności przypadało średnio 1,57 ośrodka domowej opieki paliatywnej i hospicyjnej. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie podkarpackim (2,99), zaś najniższą w śląskim (1,06).

Rysunek 206. Ośrodki opieki domowej w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ oraz GUS

10.5. Prognoza liczby miejsc

Opis metodyki szacowania liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej

Starzenie się społeczeństwa, a w związku z tym rosnąca liczba chorych przewlekle, stawia przed systemem ochrony zdrowia w RP nowe wyzwania związane z zapewnieniem świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej. W tym celu opracowano model zapotrzebowania na miejsca

w opiece paliatywnej i hospicyjnej. Autorzy modelu posiłkowali się metodyką zaprezentowaną przez WHO w publikacji *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*[199].

Metodykę zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w oparciu o analizę WHO prezentuje poniższa lista:

- wykorzystano wskaźniki zapadalności na guzy lite przedstawione w mapach potrzeb zdrowotnych dla tych chorób opublikowanych w grudniu 2016 r. według sześciu grup wiekowych;
- w celu obliczenia populacji zagrożonej ryzykiem zachorowania na analizowane rozpoznania obliczono iloczyn wskaźnika zapadalności oraz prognozy ludności RP przygotowanej przez GUS na lata 2024-2050 według województw i kodów TERYT;
- stworzono ramę matrycy dożycia prezentującą liczbę pacjentów w poszczególnych latach, którzy według danych NFZ i KRN dożywają:
    - do 1 roku od momentu rozpoznania choroby,
    - od 1 roku do 2 lat od momentu rozpoznania choroby,
    - od 2 do 3 lat od momentu rozpoznania choroby,
    - od 3 do 4 lat od momentu rozpoznania choroby,
    - od 4 do 5 lat od momentu rozpoznania choroby,
    - od 5 do 6 lat od momentu rozpoznania choroby;
- obliczono dożycia przez zmultiplikowanie wartości odpowiadającej populacji zapadłej na rozpoznania z analizowanych rozpoznań ICD-10 oraz prawdopodobieństw przeżycia osób z rozpoznaniem nowotworowym według wszystkich województw oraz kodów TERYT (wartości prawdopodobieństw zaczerpnięto z onkologicznych map potrzeb zdrowotnych z 2016 r.);
- obliczono matrycę zgonów w każdym z przedziałów matrycy dożywalności według analizowanych jednostek chorobowych i grup wiekowych.

Oryginalny model proponował, aby opieką paliatywną i hospicyjną objętych było 84% wszystkich pacjentów z rozpoznaniami z katalogu C oraz D (według ICD-10) na rok przed zgonem, z uwagi na wyniki badań nad przewlekłością bólu u wspomnianej grupy pacjentów. Jednak po dyskusji z krajowymi ekspertami w dziedzinie medycyny paliatywnej, aby uwzględnić specyfikę lokalnych uwarunkowań determinujących konieczność objęcia opieką paliatywną hospicyjną, zdecydowano się na podniesienie wartości tego parametru do 90%.

Zaproponowany model multiplikatywny ma 4 składniki: A, B, C oraz D.

- Populacja hospicjum = A * B * C * D.
- A = populacja zapadła na rozpoznania z katalogu C (poza nowotworami układu krwiotwórczego i chłonnego) wchodzące w skład analizy w podziale na płeć oraz kod

[199] WHO, WHPCA i in., *Global Atlas of Palliative Care at the End of Life*, Londyn, 2014.

TERYT. Metodyka została zaprezentowana w publikacji „Proces leczenia w RP – analizy i modele Tom I: Onkologia”[200].

- B = 0,9 (odsetek wszystkich pacjentów wymagających opieki paliatywnej i hospicyjnej na rok przed zgonem).
- C = 1,5187 (syntetyczny współczynnik domiaru odzwierciedlający konieczność uwzględnienia pacjentów z rozpoznaniami innymi niż wymienione w składniku A, a wchodzącymi w skład rozpoznań wymienionych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej, wyznaczony na podstawie danych z 2023 r. jako stosunek liczby pacjentów ogółem do liczby pacjentów z analizowanymi rozpoznaniami ICD-10).
- D = 1,064 (syntetyczny współczynnik domiaru odzwierciedlający konieczność uwzględnienia pacjentów pozostających pod opieką hospicyjną i paliatywną przez okres przekraczający rok, wyznaczony na podstawie danych z 2023 r. jako stosunek liczby pacjentów ogółem do liczby pacjentów pozostających pod opieką krócej niż rok).

Finalny model wskazuje na niezbędną liczbę miejsc opieki paliatywnej i hospicyjnej ogółem. W celu obliczenia liczby niezbędnych miejsc w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej posłużono się wytycznymi EAPC wskazującymi na konieczność zapewnienia co najmniej 80-100 łóżek w hospicjach stacjonarnych na 1 mln populacji. Liczba miejsc w hospicjach domowych stanowi różnicę oszacowanej liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej ogółem oraz liczby miejsc w hospicjach stacjonarnych.

Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej została przygotowana wyłącznie w zakresie opieki domowej i stacjonarnej (nie uwzględniono zapotrzebowania na świadczenia udzielane w warunkach ambulatoryjnych). Prognoza jest silnie uwarunkowana zmianami demograficznymi, w szczególności w zakresie opieki stacjonarnej, w przypadku której zapotrzebowanie na liczbę miejsc uzależniono wyłącznie od prognozy liczby ludności według GUS oraz od spełnienia kryterium 100 łóżek na 1 mln ludności. Model szacowania łącznej liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej został oparty o wskaźniki zapadalności i przeżywalności z 2014 r. dla wybranej grupy nowotworów (C00-C16, C18-C26, C30-C34, C43, C50, C53-C54, C56, C61-C62, C64-C67, C70-C73, D05 wraz z rozszerzeniami) i w związku z tym nie obejmuje wszystkich rozpoznań ujętych w załączniku nr 1 do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej[201].

Wyniki prognozy

Wyniki modelu zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej wskazują, że w 2027 r. powinno zostać zapewnionych 173 tys. miejsc, z czego 97,9% z w opiece domowej

[200] http://mpz.mz.gov.pl/publikacje/proces-leczenia-w-RP-analizy-i-modele-tom-i-onkologia/, dostęp w dniu 12.05.2025 r.

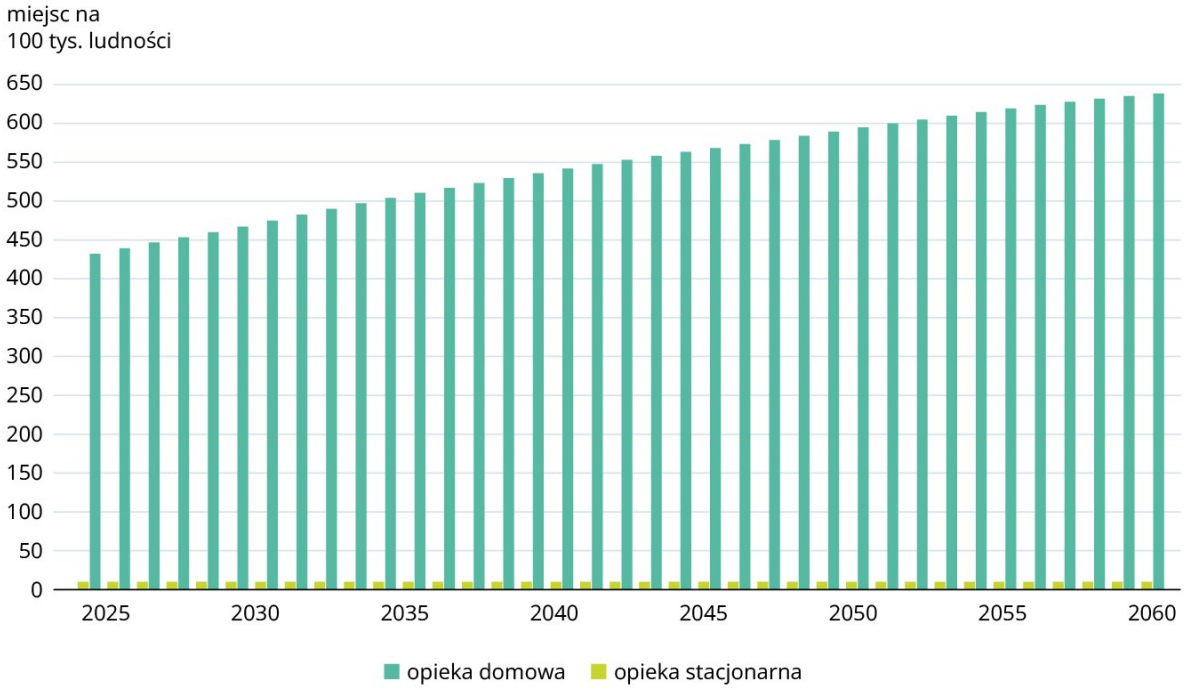
[201] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 października 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki paliatywnej i hospicyjnej (Dz. U. 2022 poz. 262).

(170 tys.). W 2031 r. powinno to już być 184 tys. miejsc ogółem, z czego 98% w opiece domowej (181 tys.).

W związku z rosnącą liczbą osób starszych, do 2050 r. spodziewany wzrost zapotrzebowania na liczbę miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej wyniesie 16,3% (względem 2027 r.). Łącznie w 2050 r. w RP będzie potrzeba około 202 tys. miejsc, z czego 198 tys. w ośrodkach opieki domowej oraz 3,3 tys. w hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej.

W przeliczeniu na 100 tys. ludności, w 2027 r. potrzebnych będzie 465 miejsc w opiece domowej, w 2031 r. będą to 494 miejsca, a w 2050 r. 597.

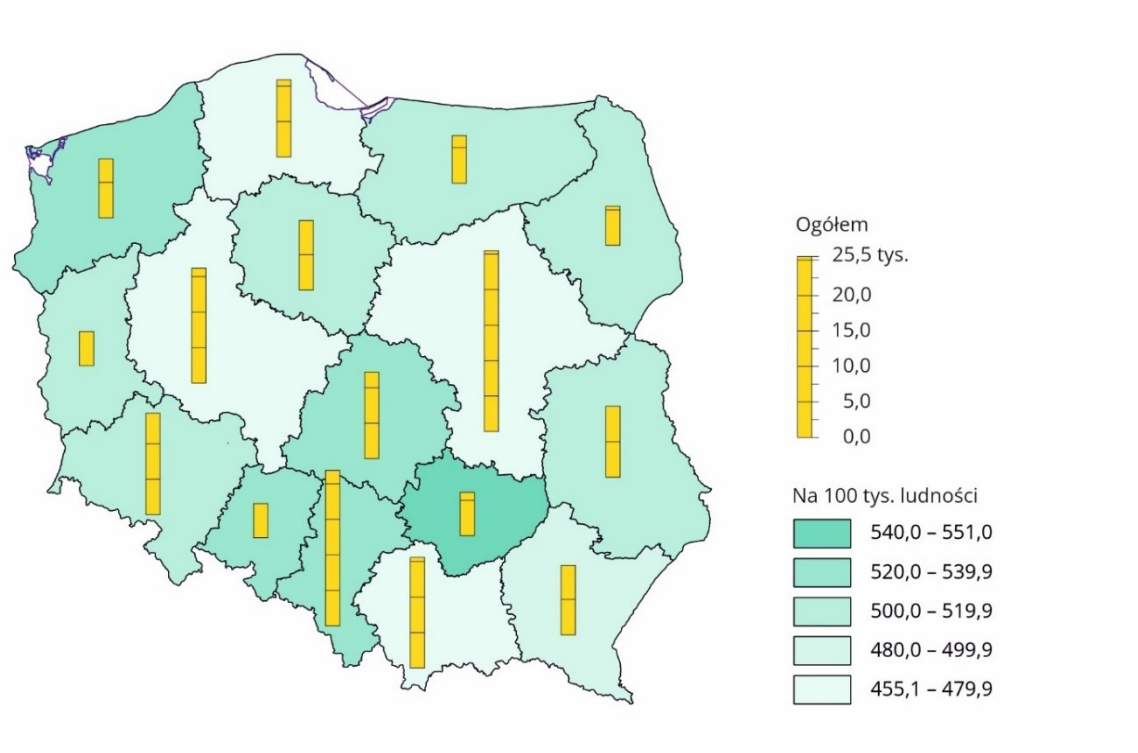
Rysunek 207. Prognoza liczby miejsc w opiece paliatywnej i hospicyjnej w RP na lata 2024-2060



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, KRN oraz GUS

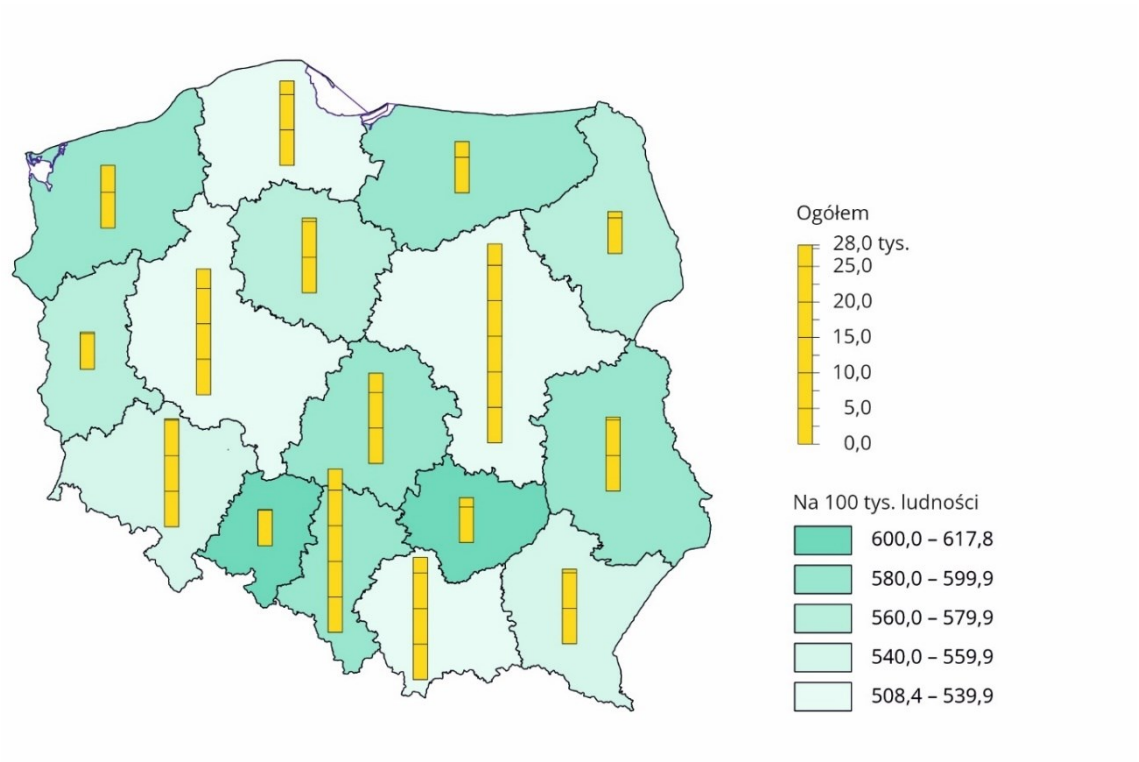
W przeliczeniu na 100 tys. ludności w 2031 r. największa liczba miejsc powinna zostać zapewniona w województwach świętokrzyskim (551), łódzkim (538) i opolskim (534), zaś najmniejsza w małopolskim (455), pomorskim (456) i mazowieckim (458).

Rysunek 208. Miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2031 r. (prognoza).



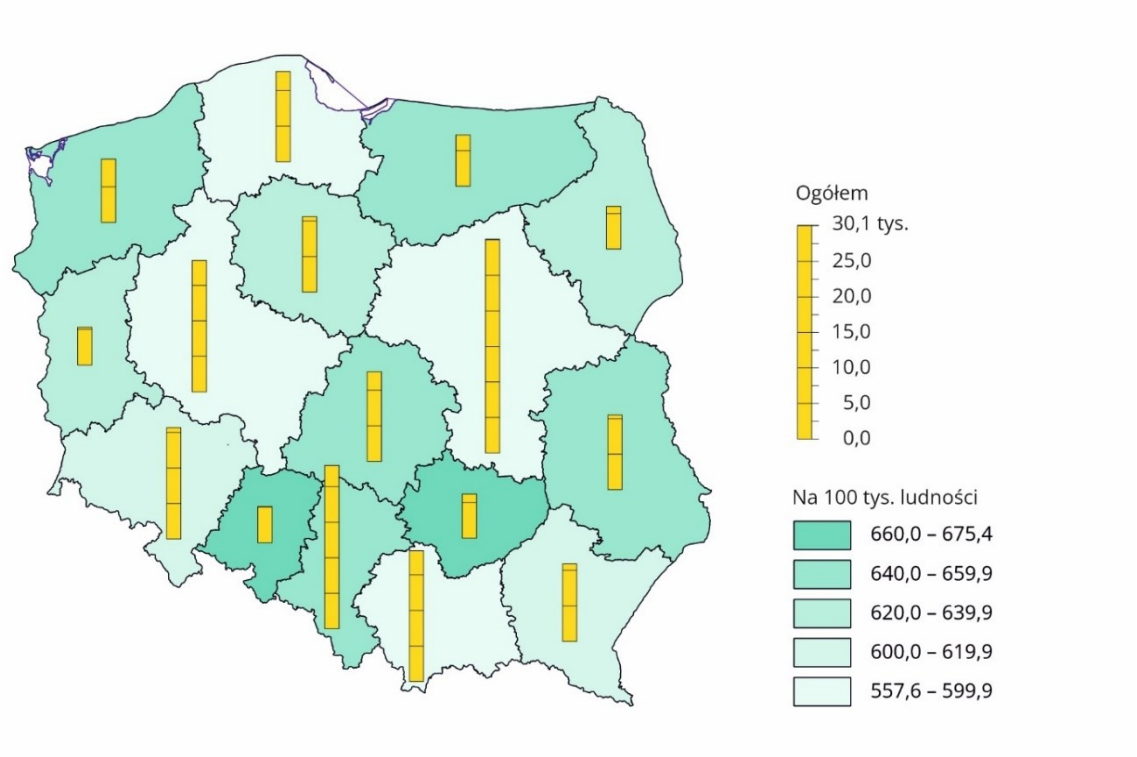
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, KRN oraz GUS

Rysunek 209. Miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2040 r. (prognoza).



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, KRN oraz GUS

Rysunek 210. Miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2050 r. (prognoza).



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, KRN oraz GUS

10.6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Opieka paliatywna i hospicyjna w ramach systemu ochrony zdrowia jest realizowana w warunkach stacjonarnych, w warunkach domowych, w warunkach ambulatoryjnych oraz w warunkach perinatalnej opieki paliatywnej. Jej podstawowym celem jest objęcie opieką pacjentów w stanie terminalnym.

W 2023 r. ze świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej skorzystało 105,1 tys. pacjentów, co oznacza wzrost o ponad 9% w porównaniu do 2019 r. Zdecydowaną większość osób objętych opieką stanowiły osoby powyżej 65. r.ż. (76,9%), a niemal połowa pacjentów posiadała orzeczenie o niepełnosprawności. Zauważalna była dysproporcja w dostępie do świadczeń – ponad dwie trzecie pacjentów (66,8%) mieszkało w miastach, podczas gdy mieszkańcy obszarów wiejskich stanowili jedynie 33,2% ogółu.

Łączna liczba wizyt i pobytów w ramach opieki paliatywnej wyniosła 1,534 mln, co stanowi ponad dwukrotny wzrost w porównaniu do 2019 r. Największa część świadczeń, bo aż 1,437 mln, została udzielona w warunkach domowych. Analiza regionalna wskazuje na różnice w dostępności opieki – najwyższy wskaźnik liczby świadczeń w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano w województwach dolnośląskim i kujawsko-pomorskim, natomiast najniższy w podlaskim i opolskim.

Najczęstszym rozpoznaniem wśród pacjentów objętych opieką paliatywną i hospicyjną były choroby nowotworowe, które stanowiły 85,4% wszystkich przypadków. W grupie dorosłych

najczęściej diagnozowano nowotwory płuc oraz jelita grubego, natomiast wśród dzieci w rozpoznaniach dominowały wady wrodzone oraz choroby układu nerwowego.

W 2023 r. świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej realizowało 715 placówek, co oznacza wzrost o 8% w stosunku do 2019 r. Największą liczbę ośrodków stanowiły te świadczące opiekę domową (590), podczas gdy w warunkach ambulatoryjnych funkcjonowało ich najmniej (160). Pomimo wzrostu liczby placówek, zapotrzebowanie na opiekę nadal przewyższało dostępność. W marcu 2023 r. na świadczenia oczekiwało około 3,5 tys. pacjentów, z czego aż 68,6% dotyczyło opieki domowej. Czas oczekiwania na świadczenia w hospicjach domowych i zespołach domowej opieki paliatywnej wynosił 34 i 25 dni odpowiednio dla przypadków stabilnych i pilnych.

Kadra medyczna w opiece paliatywnej i hospicyjnej w 2023 r. liczyła 7 059 pielęgniarek, 2 984 lekarzy oraz 2 037 fizjoterapeutów. Średni wiek lekarza specjalisty medycyny paliatywnej wyniósł 54 lata i był o ponad 3 lata wyższy od średniego wieku lekarzy w RP.

W placówkach stacjonarnych w 2023 r. leczono 42,5 tys. pacjentów. W ośrodkach tych znajdowało się 4,7 tys. łóżek, co oznacza wzrost o 32% względem 2019 r. W skali kraju na koniec 2023 r. liczba łóżek w przeliczeniu na milion mieszkańców wynosiła 126,4, co przekracza zalecenia EAPC i jest zbliżone do zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej z raportu za 2022 r. W trzech województwach (warmińsko-mazurskim, lubuskim i zachodniopomorskim) nie udało się osiągnąć zalecanego poziomu.

Prognozy wskazują na znaczny wzrost zapotrzebowania na miejsca w opiece paliatywnej i hospicyjnej. W 2027 r. powinno ich być 173 tys., w 2031 r. liczba ta powinna wzrosnąć do 184 tys., a w 2050 r. do 202 tys. Największe zapotrzebowanie w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców w 2031 r. przewiduje się w województwach świętokrzyskim, łódzkim i opolskim, a najmniejsze w małopolskim, pomorskim i mazowieckim. W perspektywie długoterminowej kluczowe będzie rozwijanie opieki domowej, która pozostanie dominującą formą wsparcia.

10.7. Rekomendowane kierunki działań

→ Zapewnienie wszystkim chorym w stanie terminalnym odpowiedniej opieki w ramach systemu ochrony zdrowia. Osoby cierpiące z powodu nieuleczalnych, postępujących i ograniczających życie chorób powinny być objęte opieką odpowiednią dla ich potrzeb, tj. paliatywną i hospicyjną, długoterminową lub w ramach innego rodzaju świadczeń gwarantowanych. Biorąc pod uwagę komfort pacjenta, wskazane jest przy tym przeniesienie punktu ciężkości z opieki stacjonarnej w stronę świadczeń udzielanych w warunkach pozainstytucjonalnych.

→ Wyrównanie w górę różnic w dostępie do świadczeń pomiędzy województwami oraz pomiędzy obszarami miejskimi i wiejskimi poprzez zwiększenie liczby udzielanych świadczeń.

→ Zwiększanie dostępu do opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych np. poprzez włączenie opiekunów medycznych do personelu udzielającego tego rodzaju świadczeń gwarantowanych. Opieka zdrowotna realizowana w ramach hospicjum domowego – poza zapobieganiem bólowi i innym objawom somatycznym oraz ich

uśmierzaniem – opiera się w znaczącym stopniu na codziennej pomocy w wykonywaniu podstawowych czynności takich jak czynności higieniczno-pielęgnacyjne, profilaktyce przeciwodleżynowej oraz wsparciu w użytkowaniu przedmiotów ortopedycznych i sprzętu rehabilitacyjnego, co w dużej mierze pokrywa się z zakresem czynności opiekuńczych przewidzianych do realizacji przez opiekunów medycznych.

→ Dążenie do zapewnienia opieki w warunkach domowych na terenie całej RP (w każdym powiecie), jak również organizacji kompleksowego wsparcia informacyjnego, edukacyjnego i psychologicznego dla opiekunów nieformalnych, którzy mają bardzo duży udział w opiece nad osobami z nieuleczalnymi i postępującymi chorobami.

→ Zwiększanie bazy łóżkowej w paliatywnej opiece stacjonarnej zgodnie ze wskazaniem konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej z raportu za 2022 r. przy jednoczesnym rozwijaniu form opieki zdrowotnej w warunkach pozainstytucjonalnych, w miarę możliwości w domu pacjenta lub jego rodziny.

→ Zwiększenie dostępności do perinatalnej opieki paliatywnej dla wymagających takiej formy opieki rodzin z dziećmi.

→ Wprowadzenie standardu organizacyjnego opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz koordynacja działań pomiędzy POZ, opieką długoterminową i pomocą społeczną.

→ Zwiększenie dostępności nowoczesnych form usług z zakresu telemedycyny, teleopieki oraz e-zdrowia, które zwiększyłyby możliwości wsparcia pacjentów bez potrzeby wychodzenia z domu.

→ W planowaniu rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej należy uwzględnić założenia NSO, w szczególności w zakresie zapewnienia kompleksowej opieki dla pacjentów onkologicznych w zaawansowanym stadium choroby. Integracja działań z NSO umożliwi poprawę dostępności i jakości świadczeń paliatywnych, rozwój opieki domowej oraz wdrażanie standardów organizacyjnych, co przełoży się na lepsze wsparcie pacjentów i ich rodzin w ostatnim etapie życia.

→ W kontekście rosnącej liczby pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca, należy rozważyć rozszerzenie katalogu jednostek chorobowych kwalifikujących do opieki paliatywnej i hospicyjnej o wybrane przypadki chorób układu krążenia, zgodnie z założeniami NPChUK. Umożliwi to zapewnienie kompleksowego wsparcia pacjentom z zaawansowanymi postaciami chorób układu krążenia, którzy wymagają opieki objawowej, wsparcia psychologicznego i opieki domowej, podobnie jak pacjenci onkologiczni.

11. Państwowe Ratownictwo Medyczne

System PRM został utworzony w celu realizacji zadań państwa polegających na zapewnieniu pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Zasady funkcjonowania ratownictwa medycznego w RP określa ustawa z dnia 8 września 2006 r. o PRM (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.).

W ramach systemu działają dyspozytornie medyczne oraz jednostki systemu, czyli:

- ZRM (w tym lotnicze zespoły ratownictwa),
- szpitalne oddziały ratunkowe.

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 wojewódzkich planach działania systemu PRM.

Ponadto z systemem współpracują m.in. jednostki Państwowej Straży Pożarnej, Ochotniczej Straży Pożarnej włączone do Krajowego Systemu Ratowniczo-Gaśniczego, Policji, Straży Granicznej, Ministerstwa Obrony Narodowej, Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego, Morskiej Służby Poszukiwania i Ratownictwa, ratownictwa górniczego, w tym także społecznych organizacji ratowniczych. Współpraca ta jest bardzo istotna, zwłaszcza w przypadku zdarzeń mnogich w trudnym terenie lub przy braku wolnego ZRM.

Nadzór nad systemem na terenie kraju sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia, natomiast planowanie, organizowanie, koordynowanie systemu oraz nadzór nad nim na terenie województwa jest zadaniem wojewody.

Na obszarze województwa system działa na podstawie wojewódzkiego planu działania, sporządzanego przez wojewodę. Aktualizowany jest co najmniej raz w roku, nie później niż do dnia 31 marca, według danych za rok poprzedni. Obejmuje w szczególności:

- liczbę i rozmieszczenie na obszarze województwa jednostek systemu oraz sposób koordynowania ich działań;
- obszary działania i rejony operacyjne;
- sposób współpracy z organami administracji publicznej i jednostkami systemu z innych województw, zapewniający sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- sposób współpracy jednostek systemu z jednostkami współpracującymi z systemem;
- informacje o lokalizacji centrów powiadamiania ratunkowego;
- opis struktury systemu powiadamiania o stanach nagłego zagrożenia zdrowotnego;
- dane dotyczące:
    - dyspozytorni medycznej,

- wyjazdów ZRM, obejmujące m.in.:
  - medianę czasu dotarcia na miejsce zdarzenia,
  - maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
  - średni i maksymalny czas trwania akcji medycznej,
  - liczbę wyjazdów przekraczających maksymalny czas dotarcia na miejsce zdarzenia,
  - liczby pacjentów SOR oraz izby przyjęć szpitala,
  - liczby pacjentów urazowych oraz liczby pacjentów urazowych dziecięcych;

– sposób organizacji i działania łączności radiowej.

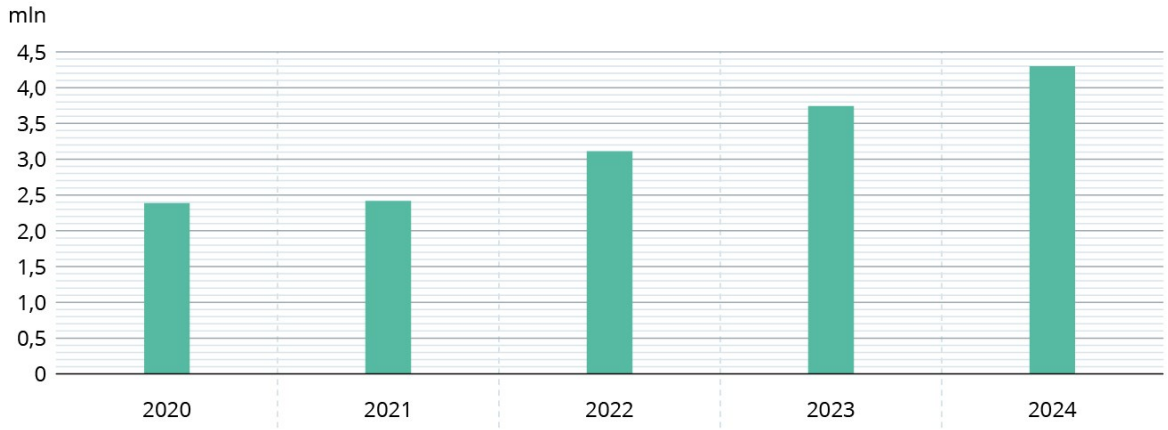
Finansowanie zadań PRM

Każdy z elementów systemu PRM posiada osobne źródła finansowania:

– SOR i ZRM finansowane są z budżetu NFZ,

– LPR z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

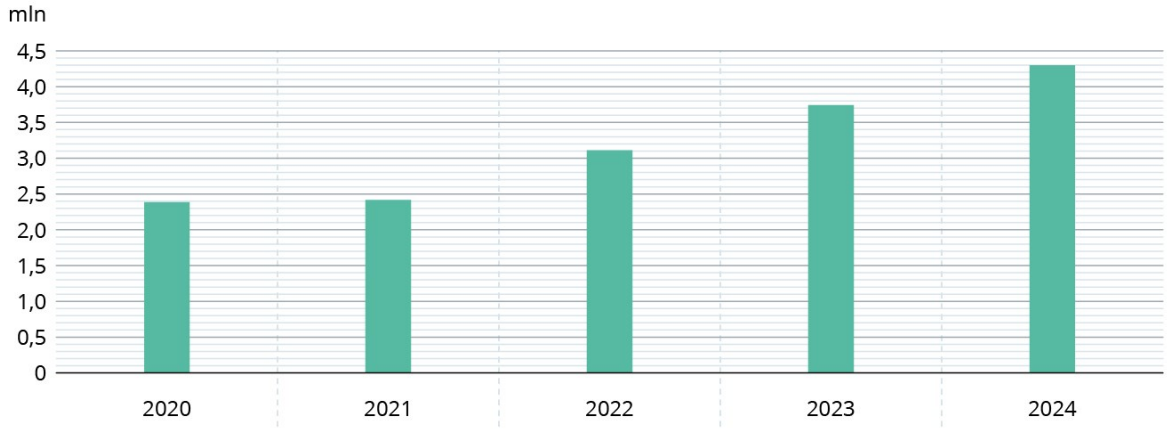
Rysunek 211. Koszty świadczeń PRM w latach 2020-2024 (w tys. zł)



Źródło: opracowanie MZ

W latach 2020-2024 finansowanie świadczeń PRM zwiększało się z każdym rokiem. W 2024 r. koszt świadczeń PRM wyniósł ok 4,35 mld zł i w porównaniu do 2020 r. wzrósł o 80,5%, natomiast w 2024 r. w stosunku do 2023 r. koszt ten wzrósł o 15,1%.

Rysunek 212. Koszty świadczeń DM w UW w latach 2020-2024 (w tys. zł)



Źródło: opracowanie MZ

Koszty DM również w rosły w ostatnich latach. W 2024 r. wyniosły one ok. 254 mln zł, co daje wzrost o 31% w porównaniu do 2021 r. i o 15% względem 2023 r.

ZRM według typu

ZRM zostały podzielone na typy w zależności od składu zespołu:

- zespoły specjalistyczne (S): co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- zespoły podstawowe (P):co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny;
- zespoły lotnicze: co najmniej trzy osoby, w tym co najmniej jeden pilot zawodowy, lekarz systemu oraz ratownik medyczny lub pielęgniarka systemu.

Od 1 stycznia 2026 r. w skład zespołów podstawowych wejdą również motocyklowe jednostki ratunkowe, w których skład wchodzi co najmniej jedna osoba uprawniona do wykonywania medycznych czynności ratunkowych będąca lekarzem systemu, pielęgniarką systemu lub ratownikiem medycznym. Ramowe procedury dysponowania ZRM określone zostały w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 19 sierpnia 2019 r. w sprawie ramowych procedur obsługi zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach przez dyspozytora medycznego (Dz. U. poz. 1703). Ustalenie priorytetu zadysponowania ZRM następuje na podstawie przeprowadzonego wywiadu medycznego i w zależności od niego dyspozytor medyczny nadaje kod pilności wyjazdu:

- kod 1 oznacza niezbędny natychmiastowy wyjazd ZRM o najkrótszym przewidywanym czasie do miejsca zdarzenia w związku ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającym natychmiastowego podjęcia medycznych czynności ratunkowych,

– kod 2 oznacza niezbędny wyjazd wolnego ZRM do stanu nagłego zagrożenia zdrowotnego wymagającego pilnego podjęcia medycznych czynności ratunkowych.

W związku z powyższym do pacjenta znajdującego się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia, w przypadku którego dyspozytor medyczny nadał kod pilności 1, dysponowany jest najbliższy wolny ZRM - bez względu na jego typ - celem jak najszybszego udzielenia pomocy.

Analiza powodów wezwań nie wykazała istotnych różnic w zakresie dysponowania ZRM w zależności od typu ZRM. Z uwagi na to, że w poszczególnych miesiącach następowały zmiany w liczbie lub typie ZRM, obłożenie ZRM należy oceniać w ujęciu miesięcznym. Dla przykładu w grudniu funkcjonowało 1 607 ZRM, z czego 20% stanowiły zespoły S.

Liczbę zespołów typu S i P ustala wojewoda według potrzeb i możliwości. W przytoczonym okresie najwięcej ZRM funkcjonowało w województwie mazowieckim (213, w tym 17% stanowiły zespoły S), a najmniej w opolskim (44, w tym 27% stanowiły zespoły S). Najwięcej zespołów S pełniło dyżury w województwie mazowieckim (37, czyli 17% wszystkich ZRM w województwie), a najmniej w lubuskim (8, czyli 14% wszystkich ZRM w województwie). Zmiany w typach ZRM zwykle podyktowane są brakiem możliwości obsadzenia dyżurów i najczęściej dotyczą przekwalifikowania zespołu typu S na P. Niesie to za sobą konieczność aktualizacji planu wojewódzkiego, która musi uzyskać akceptację Ministra Zdrowia. Następnie dokonuje się aneksowania umowy z NFZ.

W miesiącach letnich zwykle uruchamia się dodatkowe zespoły (tzw. sezonowe) w miejscowościach turystycznych celem zapewnienia właściwego poziomu przy zwiększonej liczbie ludności.

Istotne zmiany w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym

Ustawą z dnia 24 kwietnia 2025 r. o zmianie ustawy o PRM oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 637) wprowadzono szereg istotnych zmian w zakresie PRM.

W szczególności usprawniono w niej funkcjonowanie systemu PRM m.in. przez wprowadzenie zmian w zakresie większego zróżnicowania rodzajów ZRM, wytycznych do planowania liczby SOR i ZRM oraz dyspozytorni medycznych, a także kursów dla lekarzy i pielęgniarek systemu PRM. Ustawa wprowadza m.in. takie zmiany jak:

– utworzenie nowego typu ZRM: motocyklowych jednostek ratowniczych. Ten rodzaj zespołów będzie docierać w miejsca, do których nie może dojechać ambulans, m.in. w czasie większych zgromadzeń oraz w czasie wystąpienia utrudnień komunikacyjnych. Motocykl ratunkowy będzie prowadzony przez osobę uprawnioną do medycznych czynności ratunkowych, wyposażoną w niezbędne leki i wyroby medyczne, a także w sprzęt do obsługi Systemu Wspomagania Dowodzenia PRM. Liczba motocyklowych jednostek ratowniczych będzie określona w wojewódzkim planie działania systemu PRM. Czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby;

– rozróżnienie zespołów podstawowych na dwu- i trzyosobowe. Dotychczas ustawa o PRM ustalała minimalny skład zespołów podstawowych na poziomie dwóch osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych. W większości

przypadków, do których są wzywane zespoły, skład ten jest wystarczający. Zdarzają się jednak sytuacje, w których trzecia osoba w składzie zespołu jest niezbędna (np. resuscytacja krążeniowo-oddechowa w zespołach pozbawionych urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej, transport pacjenta z otyłością olbrzymią, pacjent z urazem wielonarządowym, stosowanie przymusu bezpośredniego, transport matki z noworodkiem itd.);

– rozszerzenie definicji pierwszej pomocy o możliwość podawania w sytuacji nagłej produktów leczniczych dostępnych na miejscu zdarzenia, dopuszczonych do obrotu na terytorium RP. Lek taki będzie mógł podać poszkodowanemu świadek zdarzenia;

– wprowadzenie przepisu, zgodnie z którym jeden SOR zabezpieczy obszar nie większy niż obszar zamieszkały przez 200 tys. mieszkańców, pozwalający na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do tego oddziału w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Według tych wytycznych wojewodowie będą zobowiązani zaplanować liczbę i rozlokowanie oddziałów ratunkowych nowych i przewidywanych do utworzenia;

– wprowadzenie obowiązku zapewnienia wsparcia psychologicznego członkom ZRM;

– wprowadzenie obligatoryjnych cyklicznych szkoleń w zakresie samoobrony oraz technik deeskalacyjnych. Przeszkolenie dotyczy wszystkich członków ZRM i ma być przeprowadzane nie rzadziej niż raz na 5 lat. Przeszkolenie takie obejmuje omówienie podstaw prawnych związanych z samoobroną (w tym omówienie granic obrony koniecznej oraz stosowania przymusu bezpośredniego), stosowanie zasad i technik samoobrony w sytuacji zagrożenia oraz stosowanie przymusu bezpośredniego, jak również stosowanie technik deeskalacyjnych mających na celu zmniejszenie intensywności agresywnych zachowań oraz zapobieganie eskalacji konfliktów;

– wprowadzenie obowiązku wypłacania dodatków za pracę w porze nocnej oraz w porze dziennej w niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy, wynikające z przyjętego pięciodniowego tygodnia pracy, dla pracowników wykonujących zawód medyczny zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w jednostkach systemu, analogicznie jak ma to miejsce w przypadku pracowników wykonujących zawód medyczny, zatrudnionych w systemie pracy zmianowej w podmiocie leczniczym wykonującym działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne.

11.1. Zespoły Ratownictwa Medycznego

Zdarzenia obsługiwane przez ZRM

W 2023 r. wystąpiło łącznie około 3,3 mln zdarzeń (około 8,7 tys. na 100 tys. ludności w RP), przy czym 27% wyjazdów zrealizowano w kodzie 1. Najwięcej zdarzeń odnotowano w województwie mazowieckim (około 486 tys.), a najmniej w opolskim (około 75 tys.). W przeliczeniu na 100 tys. ludności w województwie najwięcej zdarzeń wystąpiło w województwie zachodniopomorskim (około 10,5 tys.), a najmniej w wielkopolskim (6,8 tys.).

Tabela 57. Zdarzenia obsługiwane przez ZRM w województwach w 2023 r.

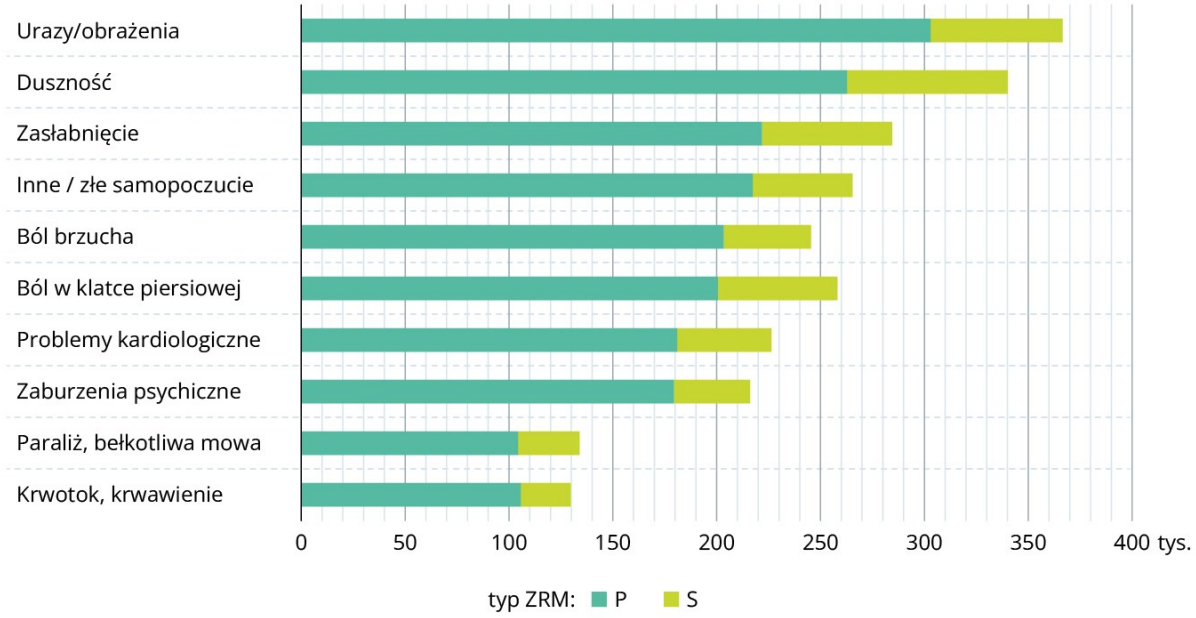
Województwo	Liczba wezwań	Liczba wezwań w kodzie 1	Liczba wezwań w kodzie 2
dolnośląskie	290 770	70 494	220 276
kujawsko-pomorskie	192 520	51 040	141 480
lubelskie	174 690	45 213	129 477
lubuskie	97 525	24 139	73 386
łódzkie	218 785	49 475	169 310
małopolskie	257 884	51 421	206 463
mazowieckie	486 357	133 526	352 831
opolskie	75 314	16 017	59 297
podkarpackie	151 408	59 574	91 834
podlaskie	80 498	23 863	56 635
pomorskie	191 839	45 844	145 995
śląskie	434 650	120 734	313 916
świętokrzyskie	112 863	37 085	75 778
warmińsko-mazurskie	126 266	29 476	96 790
wielkopolskie	237 225	83 124	154 101
zachodniopomorskie	175 724	37 194	138 530
Razem	**3 304 318**	**878 219**	**2 426 099**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Powody wezwania ZRM

Dyspozytor przyjmuje wezwanie i na podstawie przeprowadzonego wywiadu określa powód wezwania, korzystając z zamkniętego katalogu liczącego kilkadziesiąt pozycji. W analizowanym okresie najczęstszym powodem wezwania były „Urazy/obrażenia" (około 367 tys., w tym 17% zdarzeń obsłużonych przez zespoły S).

Rysunek 213. Najczęstsze powody wezwania ZRM w 2023 r.



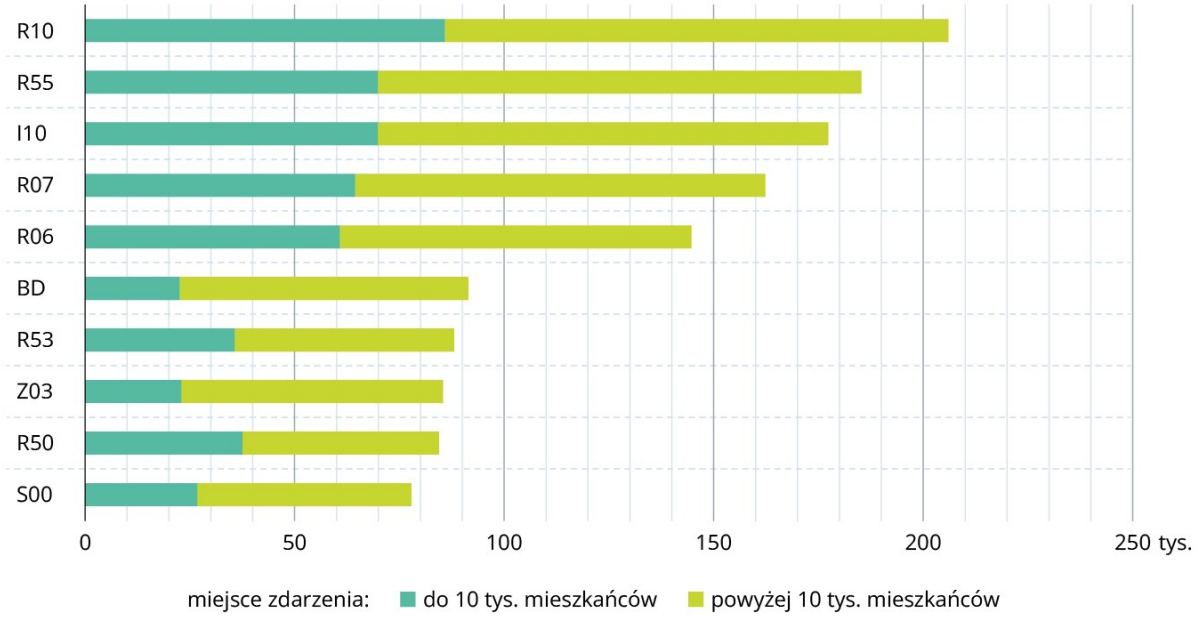
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Dyspozytor nie zawsze ma możliwość ustalenia w drodze wywiadu medycznego, czy zdarzenie wiąże się ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego, a co za tym idzie, czy zachodzi konieczność wysłania ZRM, czy też wystarczy przekierowanie pacjenta do przychodni POZ lub SOR.

Rozpoznania stawiane przez ZRM na miejscu zdarzenia

Na miejscu zdarzenia kierownik zespołu wpisuje do Karty Medycznych Czynności Ratunkowych rozpoznanie z katalogu ICD-10. W analizowanym okresie najczęściej stawianym rozpoznaniem było R10 – ból w okolicy brzucha i miednicy (207 tys.), R55 – omdlenie i zapaść (186 tys.), I10 – samoistne (pierwotne) nadciśnienie (178 tys.), R07 – ból w gardle i klatce (163 tys.) oraz R06 – zaburzenia oddychania (145 tys.).

Rysunek 214. Najczęstsze rozpoznania główne ICD-10 stawiane przez ZRM w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Zgony

W 2023 r. około 206,3 tys. zdarzeń zakończyło się zgonem pacjenta w ciągu 30 dni od interwencji ZRM (najwięcej w mazowieckim – 29,4 tys., najmniej w podlaskim – 4,9 tys.).

Tabela 58. Zdarzenia obsługiwane przez ZRM zakończone zgonem do 30 dni w województwach w 2023 r.

Województwo	Liczba wezwań	Liczba wezwań ZRM P	Liczba wezwań ZRM S	Liczba wezwań w kodzie 1	Liczba wezwań w kodzie 2
dolnośląskie	17 315	12 930	4 385	7 153	10 162
kujawsko-pomorskie	11 277	9 473	1 804	4 824	6 453
lubelskie	10 584	7 044	3 540	4 122	6 462
lubuskie	6 024	4 696	1 328	2 339	3 685
łódzkie	15 153	10 858	4 295	6 781	8 372
małopolskie	16 018	13 156	2 862	7 554	9 464
mazowieckie	29 369	22 834	6 535	12 967	16 402
opolskie	5 276	3 397	1 879	1 942	3 334

podkarpackie	9 242	7 236	2 006	5 236	4 006
podlaskie	4 927	2 569	2 358	2 398	2 529
pomorskie	10 960	8 158	2 802	4 454	6 506
śląskie	28 508	23 079	5 429	13 032	15 476
świętokrzyskie	7 573	5 629	1 944	3 836	3 737
warmińsko-mazurskie	8 210	6 375	1 835	3 153	5 057
wielkopolskie	15 866	11 007	4 859	8 361	7 505
zachodniopomorskie	10 071	7 627	2 444	3 783	6 288
Razem	**206 373**	**156 068**	**50 305**	**90 935**	**115 438**

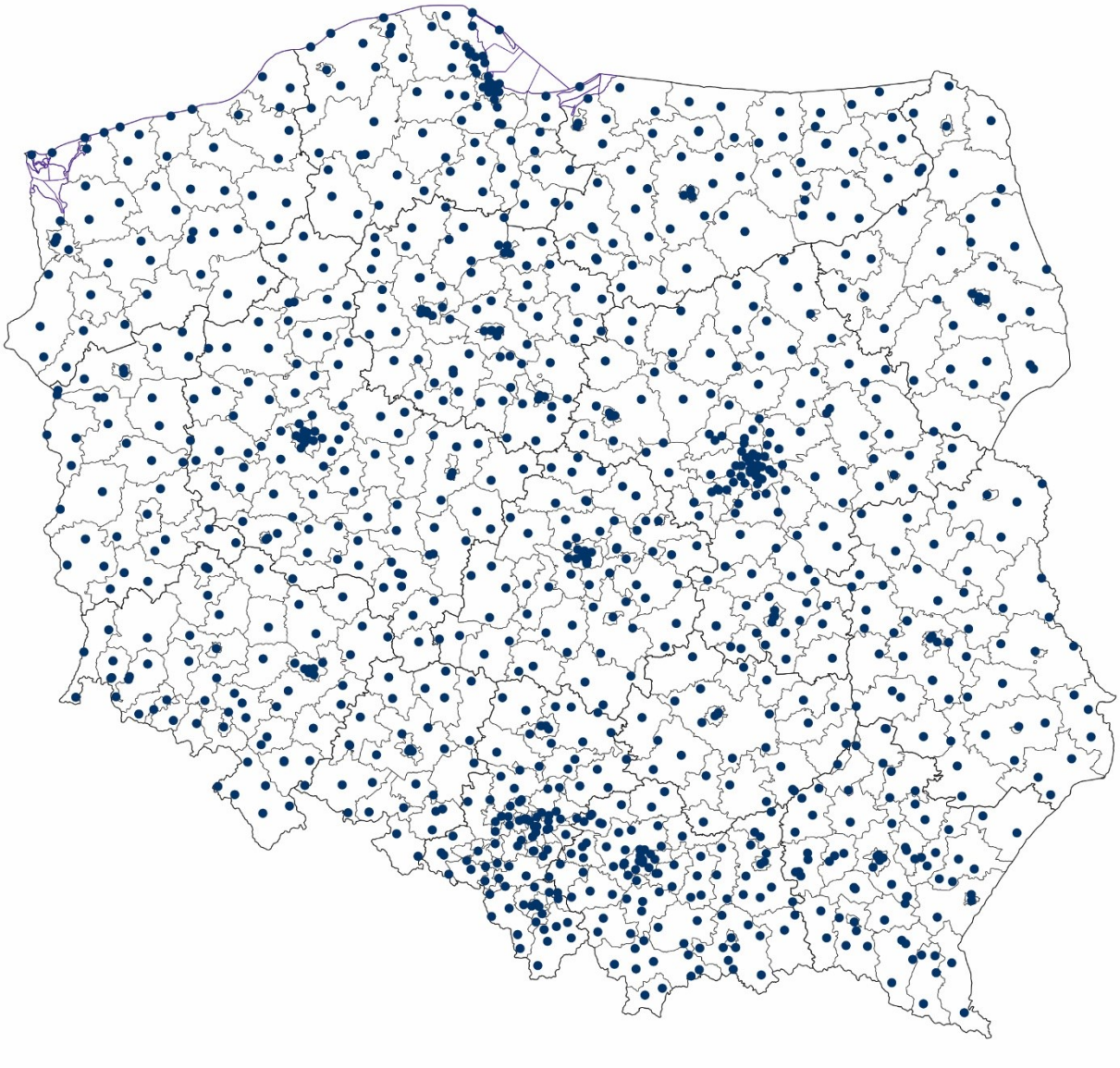
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM oraz danych z P1.

Na przedstawione wyżej statystyki wpływ ma wiele czynników: rodzaj zdarzenia (wypadek komunikacyjny, próba samobójcza etc.), okoliczności (np. uraz wielonarządowy, przy którym jedyna pomoc świadków to wezwanie karetki), lub wezwanie, które sprowadza się do stwierdzenia przez ZRM zgonu pacjenta. Równie istotna jest kwestia placówki, do której trafi pacjent, jak również dalszej opieki hospitalizacyjnej i pohospitalizacyjnej.

Miejsca stacjonowania ZRM

W 2023 r. ZRM rozlokowane były w 1 094 miejscach stacjonowania. Nie wszystkie z miejsc stacjonowania funkcjonowały przez cały rok. Poszczególne miejsca stacjonowania są wyznaczane przez wojewodów w sposób, który pozwala na równomierne pokrycie podległych obszarów i umożliwia dojazd ZRM w czasie wskazanym w ustawie.

Rysunek 215. Miejsca stacjonowania ZRM w RP w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Lokalizacja miejsca stacjonowania jest skorelowana z czasem dojazdu do miejsca zdarzenia, zatem w przypadku obserwowania znacznych przekroczeń czasu dojazdu, warto rozważyć korektę położenia miejsc stacjonowania.

Obłożenie ZRM

Z uwagi na to, że w poszczególnych miesiącach następowały zmiany w liczbie lub typie ZRM, obłożenie należy oceniać w ujęciu miesięcznym. Dla przykładu w grudniu 2023 r. odnotowano około 309 tys. zdarzeń, które były obsługiwane przez 1 607 ZRM. Średnia liczba ZRM na 100 tys. ludności w RP wynosiła 4,22, natomiast średnie obłożenie 192,17. Najwyższy wskaźnik średniego obłożenia odnotowano w województwie śląskim (248,49), a najniższy w podlaskim

(123,88). Z kolei, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, najwięcej ZRM stacjonowało w województwie lubuskim (5,60), a najmniej w wielkopolskim (3,61).

Tabela 59. ZRM w grudniu 2023 r.

Województwo	Liczba ZRM	Liczba ZRM P	Liczba ZRM S	Liczba ZRM na 100 tys. ludności	Średnie obłożenie ZRM
dolnośląskie	117	90	27	4,06	237,69
kujawsko-pomorskie	94	82	12	4,59	191,37
lubelskie	93	65	28	4,48	172,06
lubuskie	56	48	8	5,60	167,50
łódzkie	104	83	21	4,30	193,30
małopolskie	135	114	21	3,96	177,07
mazowieckie	213	176	37	3,93	215,76
opolskie	44	32	12	4,54	160,86
podkarpackie	96	82	14	4,55	148,99
podlaskie	57	37	20	4,89	123,88
pomorskie	94	75	19	4,01	187,30
śląskie	167	139	28	3,75	248,49
świętokrzyskie	50	41	9	4,12	207,94
warmińsko-mazurskie	78	66	12	5,55	146,56
wielkopolskie	126	94	32	3,61	176,77
zachodniopomorskie	83	68	1615	4,95	193,08
Razem	**1 607**	**1 292**	**315**	**4,22**	**192,17**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

Czas dotarcia do miejsca zdarzenia

Analizując funkcjonowanie PRM należy w szczególności zwrócić uwagę na czasy dotarcia, uwzględniając przy tym parametry określone w art. 24 pkt. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM. Przykładowo w grudniu 2023 r. najkrótszy czas dojazdu w przypadku zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie świętokrzyskim (44,78%

wezwań z czasem dojazdu do 8 min, przy medianie 9:09 min). Natomiast najdłuższy czas dojazdu odnotowano w województwie śląskim (22,29% wezwań z czasem dojazdu do 8 min). W przypadku zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najkrótszy czas dojazdu odnotowano w województwie małopolskim (57,33% wezwań z czasem dojazdu do 15 min, przy medianie 14:36 min). Dla porównania najdłuższy czas dojazdu w przypadku zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (tylko 31,92% wezwań z czasem dojazdu do 15 min).

Zarówno w przypadku zdarzeń w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, jak i poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, zauważalny jest stosunkowo duży odsetek przypadków, kiedy czas dotarcia zadysponowanego ZRM na miejsce zdarzenia przekraczał wartości określone w ustawie o PRM. W 2023 r. w RP mediana czasu dojazdu miastach powyżej 10 tys. mieszkańców wyniosła 10:46 min, co oznacza skrócenie względem 2022 r. o 38 sek. Również mediana czasu dojazdu do zdarzenia poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców wyniosła 17:08, co oznacza skrócenie o 46 sek. względem 2022 r. Mediany zostały wyliczone na podstawie wszystkich nieodwołanych interwencji ZRM bez wyłączenia 0,5% najdłuższych czasów dotarcia.

11.2. Lotnicze Zespoły Ratownictwa Medycznego (HEMS)

Do zadań SP ZOZ LPR należy wykonywanie lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz pomoc ich ofiarom, transport pacjentów wymagających opieki medycznej pomiędzy zakładami opieki zdrowotnej, lotniczy transport medyczny poza granice kraju oraz transport do RP obywateli naszego kraju, ofiar wypadków lub nagłych zachorowań, do których doszło poza granicami RP.

Zespół HEMS jest w stanie rozpocząć proces leczenia od momentu przylotu na miejsce zdarzenia, a także szybko przetransportować chorego do SOR w ramach tzw. złotej godziny.

W 2023 r. śmigłowce stacjonowały w 21 bazach stałych rozmieszczonych w całej RP oraz jednej bazie sezonowej w Koszalinie, uruchamianej w czasie letnich wakacji. Nowoczesny śmigłowiec EC 135/H135 w ciągu kilkunastu minut jest w stanie dolecieć do miejsca wypadku oddalonego o 60 kilometrów w zależności od wiatru. W skład LPR wchodzi także Samolotowy Zespół Transportowy (EMS[202]) zlokalizowany na warszawskim lotnisku im. F. Chopina.

Poszczególne bazy pełnią dyżury od godziny 7.00 do 20.00 (część z nich od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00). Całodobowy dyżur pełnią bazy[203] w Gdańsku,

Kraków HEMS – Ratownik 6,

Lublin HEMS – Ratownik 7,

Poznań HEMS – Ratownik 9,

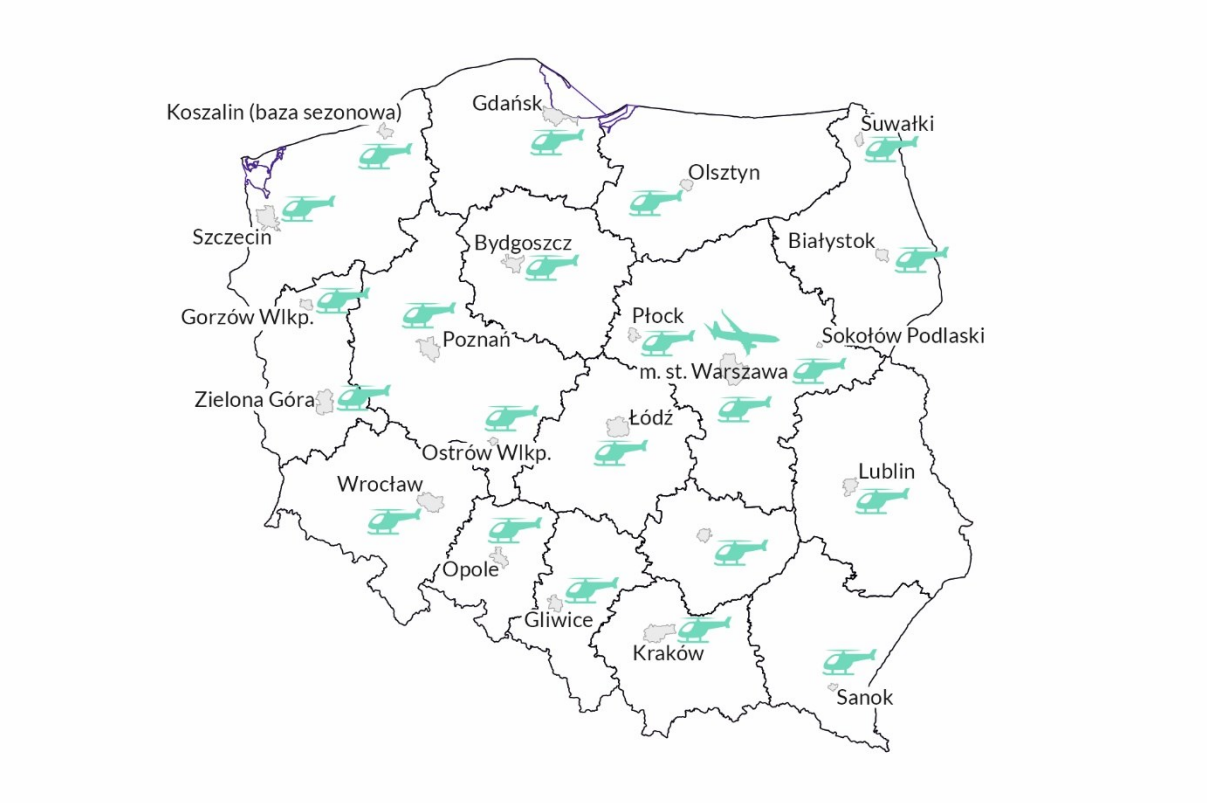
[202] ang. *Emergency Medical Service.*

[203] https://www.lpr.com.pl/pl/dla-dyspozytorow-medycznych/czas-dyzurow-baz-hems/, aktualizacja z dnia 21 sierpnia 2018 r., dostęp w dniu 01.08.2021 r.

Warszawa HEMS – Ratownik 12,

Wrocław HEMS – Ratownik 13.

Rysunek 216. Rozmieszczenie baz LPR



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych LPR

Do wezwania zespołu HEMS (śmigłowca) uprawnieni są:

- dyspozytor medyczny, o którym mowa w art. 26 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o PRM,
- dyspozytor Centrum Operacyjnego LPR,
- dyspozytorzy innych podmiotów ratowniczych (Państwowa Straż Pożarna, Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe, Polskie Ratownictwo Okrętowe, Mazurska Służba Ratownicza) poprzez dyspozytora medycznego lub bezpośrednio na podstawie podpisanych porozumień.

Zadysponowanie zespołu LPR (HEMS) powinno nastąpić przede wszystkim w sytuacji, gdy:

- czas transportu drogą lotniczą z miejsca zdarzenia/wezwania pacjenta w stanie nagłym do SOR lub innego stosownego jest krótszy od czasu transportu innymi środkami lokomocji i może przynieść korzyść w dalszym procesie leczenia,

- występują okoliczności, które mogą uniemożliwić lub istotnie opóźnić dotarcie przez inne podmioty ratownictwa do poszkodowanego znajdującego się w stanie nagłym (np. topografia terenu),
- wystąpiło zdarzenie masowe (nagłe zagrożenie, w wyniku którego zapotrzebowanie na medyczne działania ratownicze przekracza możliwości obecnych na miejscu zdarzenia sił i środków, oraz zachodzi konieczność prowadzenia segregacji rozumianej jako ustalanie priorytetów leczniczo-transportowych).

W 2023 r. Zespoły LPR wykonały 10 031 misji, najwięcej na terenie województwa mazowieckiego (1 416), a najmniej na terenie województwa warmińsko-mazurskiego (385).

Tabela 60. Misje realizowane przez załogi LPR w 2023 r.

Województwo	Liczba misji
dolnośląskie	592
kujawsko-pomorskie	502
lubelskie	514
lubuskie	766
łódzkie	494
małopolskie	711
mazowieckie	1 416
opolskie	487
podkarpackie	479
podlaskie	685
pomorskie	545
śląskie	569
świętokrzyskie	403
warmińsko-mazurskie	385
wielkopolskie	895

zachodniopomorskie	698
Suma	**10 031**

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z SWD PRM

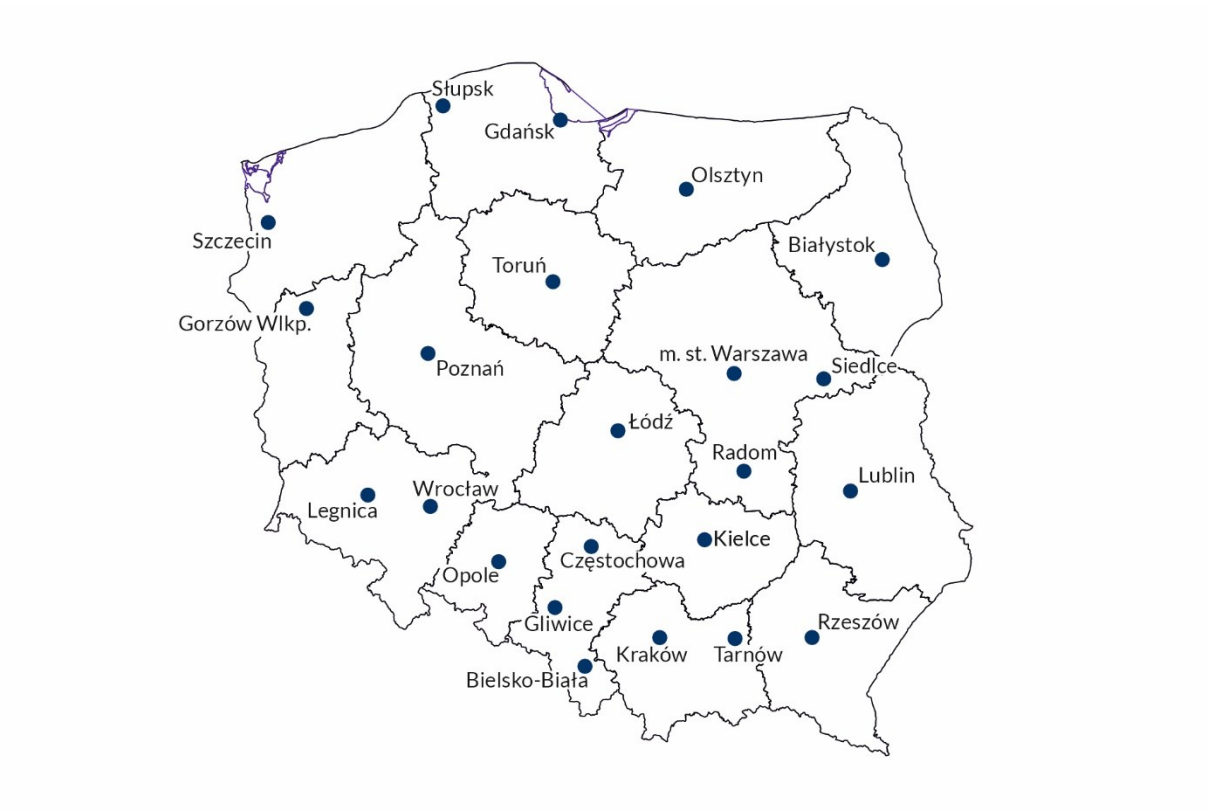
11.3. Dyspozytornie medyczne

Dyspozytornia medyczna to miejsce, w którym przyjmowane są zgłoszenia kierowane na numer 999, połączenia przełączane z numeru 112 oraz dysponowane ZRM do poszczególnych zdarzeń.

Liczba dyspozytorni medycznych jest wprost powiązana z liczbą tzw. rejonów operacyjnych, na które zostały podzielone poszczególne województwa. Na każdy rejon operacyjny przypada jedna dyspozytornia. Z uwagi na specyfikę poszczególnych województw część z nich jest podzielona na więcej niż 1 rejon operacyjny.

W 2023 r. funkcjonowały 23 dyspozytornie medyczne. W województwach mazowieckim oraz śląskim funkcjonowały po trzy dyspozytornie, w dolnośląskim, małopolskim i pomorskim, po dwie, natomiast w każdym z pozostałych województw funkcjonowała jedna dyspozytornia.

Rysunek 217. Rozmieszczenie dyspozytorni medycznych w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SWD PRM

11.4. Podsumowanie

System PRM to specyficzny element systemu ochrony zdrowia przeznaczony dla osób, które znalazły się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia. W ostatnich latach nakłady finansowe na funkcjonowanie PRM zwiększyły się, natomiast w dalszym ciągu istnieje problem związany z czasem dotarcia do miejsca zdarzenia na co mają wpływ wskaźniki takie jak liczba ZRM na 100 tys. mieszkańców, a także średnie obłożenie ZRM.

W 2025 r. zostały wprowadzone istotne zmiany w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o PRM mające na celu m.in. poprawę jakości świadczonych usług, a także zwiększenie bezpieczeństwa ZRM. Wprowadzono również trzeci typ ZRM: motocyklowa jednostka ratownicza, która dojedzie w miejsca z utrudnionym dojazdem dla ambulansów.

11.5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Nie występują znaczące różnice w rodzaju zdarzeń (powód wezwania/rozpoznanie) w zależności od typu zadysponowanego ZRM. Zarówno zespoły S, jak i P, dysponowane są do takich samych wezwań.

Widoczny jest problem czasu dojazdu ZRM do zdarzenia zarówno w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, jak i poza miastami powyżej 10 tys. mieszkańców. W wielu województwach znaczna część dojazdów trwa dłużej niż czasy przewidziane w ustawie. W 2023 r. największy udział wezwań w miastach powyżej 10 tys., z czasem dotarcia przekraczającym 15 min, miało województwo mazowieckie (ok. 24%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców największy udział zdarzeń z czasem dotarcia powyżej 20 min było w województwie dolnośląskim (ok. 37%).

11.6. Rekomendowane kierunki działań

→ Część dokumentów wypełnianych przez LPR funkcjonuje w wersji papierowej. Elektroniczna dokumentacja pozwala na lepszą dostępność oraz jakość danych. Z tego względu należy dążyć do wprowadzenia pełnej dokumentacji elektronicznej w sprawozdawczości LPR oraz pełnej integracji z SWD PRM.

→ W przypadku realizacji zadań z zakresu ratownictwa medycznego nadal istotnym problemem jest deficyt lekarzy systemu do pracy w specjalistycznych ZRM.

→ Należy także zweryfikować obowiązkowe wyposażenie ambulansów i dostosować je do obecnych potrzeb i możliwości, np. poprzez obowiązek posiadania urządzeń do mechanicznej kompresji klatki piersiowej.

→ Należy zwiększać kompetencje członków ZRM przy postępowaniu z dziećmi w stanach nagłych i ich kwalifikacje w oparciu o kursy takie jak NLS (Newborn Life Support – resucytacja noworodka) czy EPALS (European Pediatric Advanced Life Support) - zaawansowane zabiegi resuscytacyjne u dzieci).

→ Wciąż problemem jest wydłużony czas dotarcia ZRM do pacjenta. Wojewodowie, których dotyczy ten problem, powinni zmodyfikować rozmieszczenie miejsc stacjonowania zespołów celem lepszego pokrycia obszarów operacyjnych.

→ W przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo-oddechowej oraz wdrożenie defibrylacji w czasie NZK przez świadków zdarzenia znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie:

- należy zwiększyć dostępność AED w przestrzeni publicznej,
- wskazane jest wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, przynajmniej w zakresie prowadzenia bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

12. Kadry

Kadra medyczna jest podstawą systemu opieki zdrowotnej, a jej szczegółowa analiza jest niezbędna do oceny efektywności całego systemu ochrony zdrowia. Niedobór zasobów w tym zakresie utrudnia zaspokojenie rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Ponadto proces starzenia się społeczeństwa oraz wzrost liczby osób cierpiących na choroby przewlekłe prowadzi do większego zapotrzebowania na usługi zdrowotne, a w konsekwencji również na kadrę medyczną. W związku z tym kluczowe stają się planowanie i rozwój zasobów ludzkich w medycynie, oparte na rzetelnych danych. Należy jednak pamiętać, że liczba pracowników medycznych to tylko jeden z czynników, który wpływa na funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia i dostępność świadczeń zdrowotnych.

W analizie uwzględniono personel w różnych dziedzinach, takich jak lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki, położne, fizjoterapeuci, diagności laboratoryjni i farmaceuci, z uwzględnieniem różnic regionalnych. Dokonano analizy struktury wiekowej kadry medycznej oraz skali jej aktywności zawodowej po osiągnięciu wieku emerytalnego. Zestawienie liczby odchodzących z zawodu specjalistów z liczbą nowo wykształconych kadr pozwoliło ocenić tempo i charakter zmian pokoleniowych w sektorze medycznym.

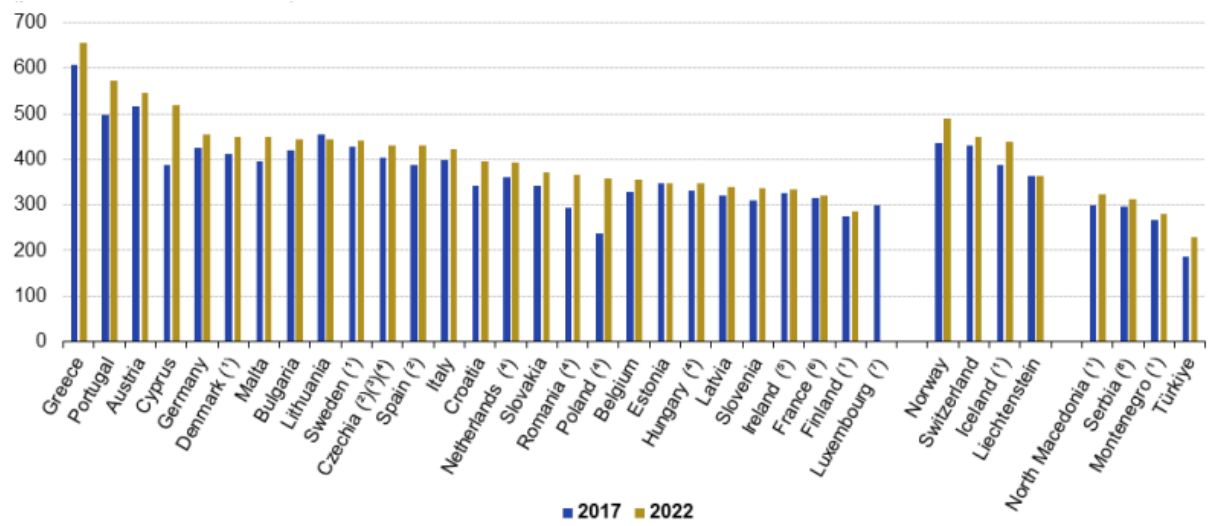
12.1. Lekarze

W 2023 r. w RP pracowało 143,26 tys. lekarzy, z czego 41,31 tys. nie posiadało specjalizacji, a 101,95 tys. to specjaliści. Kobiety stanowiły liczniejszą grupę wśród pracujących lekarzy (83,49 tys. vs. 59,18 tys. mężczyzn). Liczba lekarzy w RP na 100 tys. ludności w 2023 r. wynosiła 380,7.

Zróżnicowanie regionalne w liczbie lekarzy na 100 tys. ludności było znaczące. Najwyższy wskaźnik występował w województwach mazowieckim (571,9) oraz łódzkim (473,0), a najniższy w lubuskim (276,5), warmińsko-mazurskim (281,4) i opolskim (284,5). Wskaźnik ten w województwie mazowieckim był o 106% większy niż w województwie lubuskim.

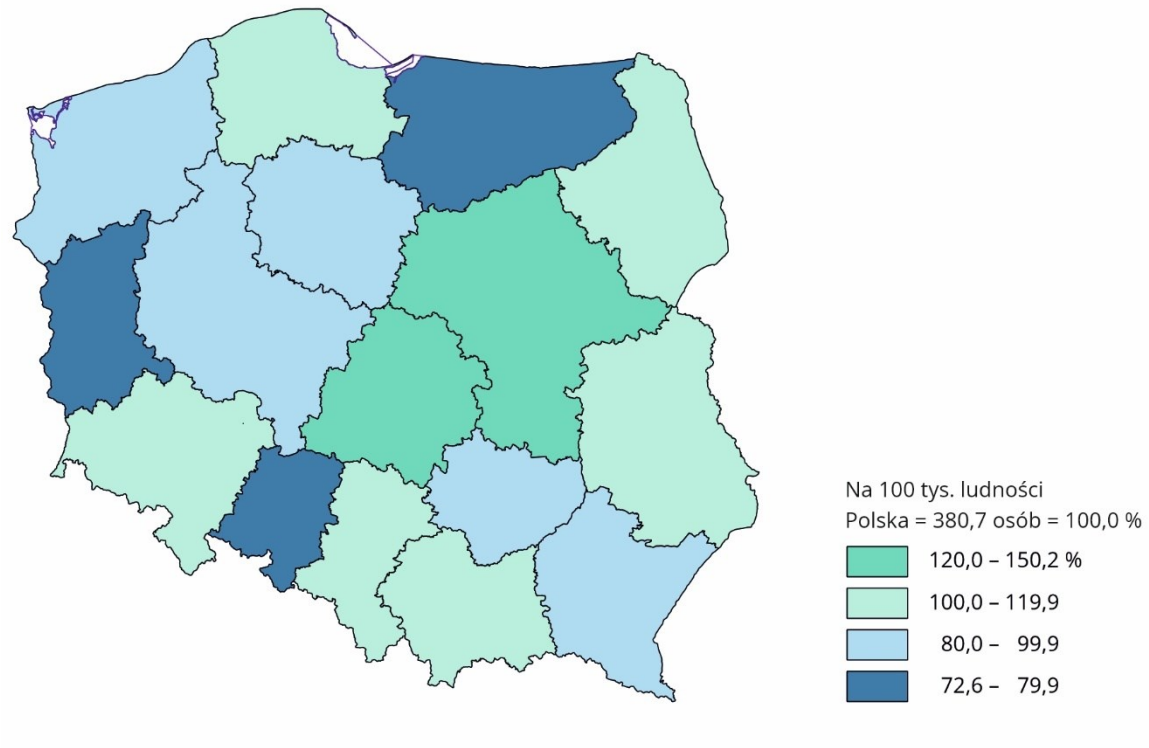
Porównanie wskaźników z innymi krajami utrudnia odmienna metodyka gromadzenia i analizowania danych. Każdy kraj ma swoją specyficzną definicję zawodów medycznych, zakres kompetencji oraz podejście do zbierania danych, co wpływa na wyniki analiz. Na podstawie danych Eurostatu za 2022 r., RP znajduje się w środkowej części zestawienia krajów europejskich pod względem liczby lekarzy na 100 tys. ludności. Wskaźnik na 100 tys. ludności w 2022 r. wyniósł 356,9.

Rysunek 218. Liczba lekarzy aktywnych zawodowo na 100 tys. ludności w Europie w 2017 r. i 2022 r.



Źródło: Eurostat[204]

Rysunek 219. Lekarze ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS.

[204] Healthcare personnel statistics - physicians - Statistics Explained (https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_personnel_statistics_-_physicians); dostęp 13.03.2025 r.

Prawie w każdym z województw nastąpił wzrost liczby lekarzy w 2023 r. w porównaniu do 2020 r. Największy obserwowany jest w województwie lubuskim, opolskim oraz podkarpackim, a najmniejszy w województwie wielkopolskim, małopolskim i dolnośląskim. Jedynie województwo mazowieckie odnotowało nieznaczny spadek liczby lekarzy na 100 tys. ludności o 0,3%.

Tabela 61. Liczba lekarzy na 100 tys. ludności w RP w latach 2020-2023 w podziale na województwa

Województwo	2020	2021	2022	2023	Zmiana liczby lekarzy na 100 tys. Ludności w latach 2020-2023
dolnośląskie	381,9	395,8	407,1	418,2	9,5
kujawsko-pomorskie	297,5	303,7	324,6	332,0	11,6
lubelskie	381,3	394,7	413,0	419,1	9,9
lubuskie	236,1	247,1	266,3	276,5	17,1
łódzkie	420,2	455,0	459,2	473,0	12,6
małopolskie	358,0	369,7	378,2	390,5	9,1
mazowieckie	573,5	553,9	594,5	571,9	-0,3
opolskie	246,0	252,1	266,8	284,5	15,6
podkarpackie	268,5	279,1	295,3	305,8	13,9
podlaskie	373,0	387,0	408,4	422,0	13,1
pomorskie	350,8	366,7	377,8	386,9	10,3
śląskie	357,8	367,4	384,2	393,7	10,0
świętokrzyskie	297,7	312,2	325,0	338,0	13,5
warmińsko-mazurskie	251,1	258,5	273,0	281,1	11,9
wielkopolskie	298,8	306,3	312,0	321,8	7,7
zachodniopomorskie	320,5	330,7	341,1	356,8	11,3

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

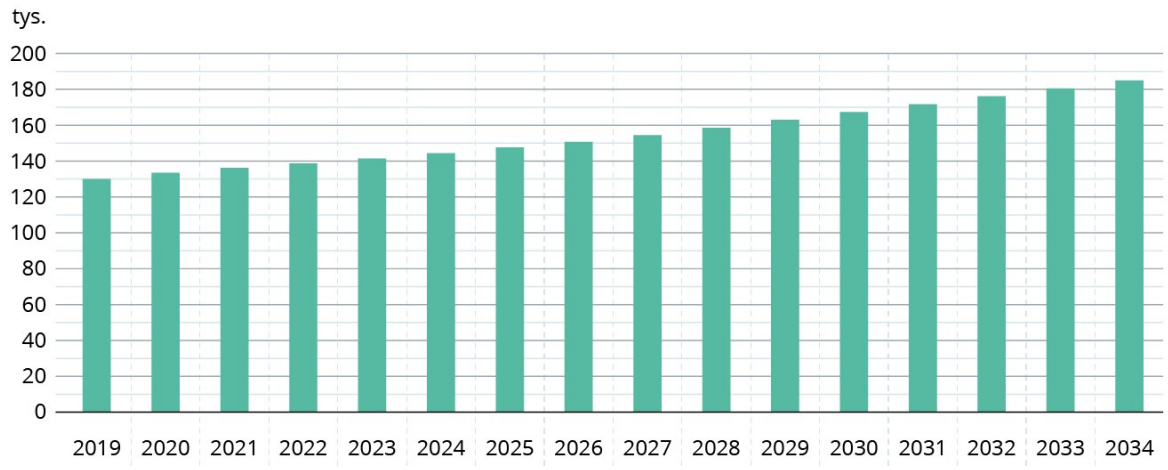
Tabela 62. Liczba lekarzy, średni wiek oraz liczba i udział lekarzy w wieku emerytalnym w województwach w 2023 r.

Województwo	Liczba lekarzy	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności	Średni wiek lekarza	Liczba lekarzy w wieku em.	Udział kadry w, wieku em. [%]
dolnośląskie	12 042	418,2	50,8	2 878	24%
kujawsko-pomorskie	6 626	332,0	51,3	1 537	23%
lubelskie	8 428	4 191,0	51,7	2 127	25%
lubuskie	2 696	276,5	52,8	726	27%
łódzkie	11 174	473,0	51,7	2 844	25%
małopolskie	13 394	390,5	50,5	2 955	22%
mazowieckie	31 515	571,9	51,4	7 410	24%
opolskie	2 665	284,5	51,9	705	26%
podkarpackie	6 336	305,8	50,7	1 504	24%
podlaskie	4 803	422,0	50,3	1 090	23%
pomorskie	9 129	386,9	50,0	1 855	20%
śląskie	17 007	393,7	51,6	4 461	26%
świętokrzyskie	3 949	338,0	52,2	1 024	26%
warmińsko-mazurskie	3 821	281,4	52,4	994	26%
wielkopolskie	11 223	321,8	51,2	2 809	25%
zachodniopomorskie	5 823	356,8	51,5	1 552	27%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

W 2023 r. w RP średni wiek pracującego lekarza wynosił 50,8 lat. Lekarze w wieku emerytalnym stanowili 25% wszystkich aktywnych zawodowo lekarzy. Najwyższą wartość wskaźnik ten osiągnął w województwie lubuskim i zachodniopomorskim (27%), natomiast najniższą w województwie pomorskim (20%).

Rysunek 220. Prognoza podaży lekarzy w horyzoncie do 2034 r.

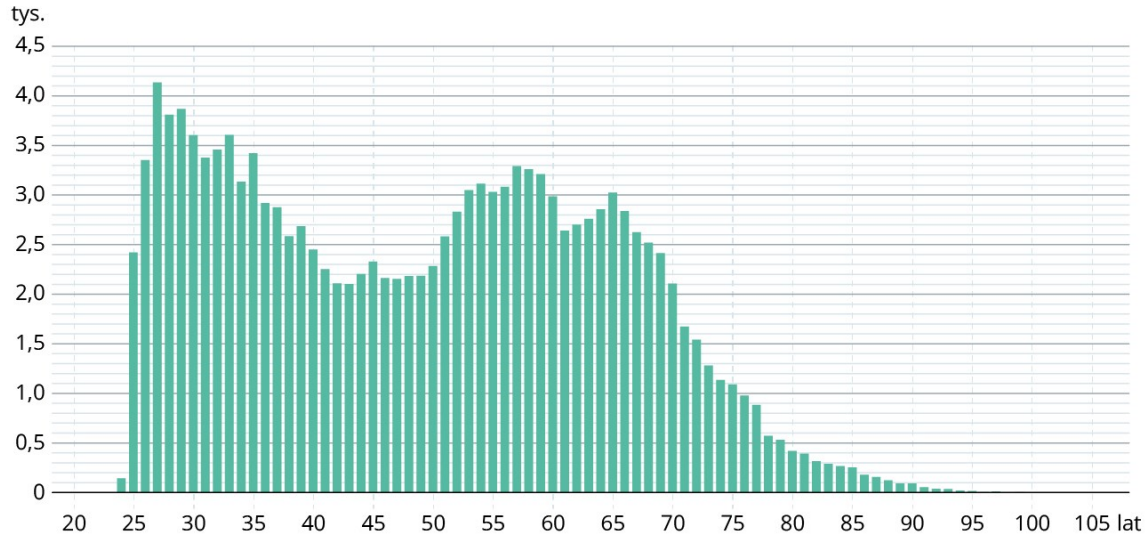


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Według prognoz, w horyzoncie czasowym do 2034 r. liczba lekarzy wzrośnie do 182 tys. Co więcej, z roku na rok liczby te rosną, co pozwala przyjąć, że w przyszłości nie powinien występować problem z zastępowalnością pokoleniową wśród lekarzy. Z modelu popytowo-podażowego wynika, że w RP nastąpi wzrost liczby lekarzy, co jest głównie efektem intensyfikacji kształcenia. Należy zauważyć, że efekt ten, jest odczuwany z opóźnieniem, z uwagi na dłuższy czas kształcenia

Liczba potrzebnych lekarzy jest ściśle zależna od czasu ich pracy. Zakładając utrzymanie średniego miesięcznego wymiaru pracy lekarzy, podaż liczby lekarzy przewyższy zapotrzebowanie w prognozowanych latach. Należy jednak zaznaczyć, że istnieje prawdopodobieństwo, że lekarze będę dążyli do większej równowagi pomiędzy czasem pracy, a życiem prywatnym.

Rysunek 221. Rozkład wieku pracujących lekarzy w RP ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

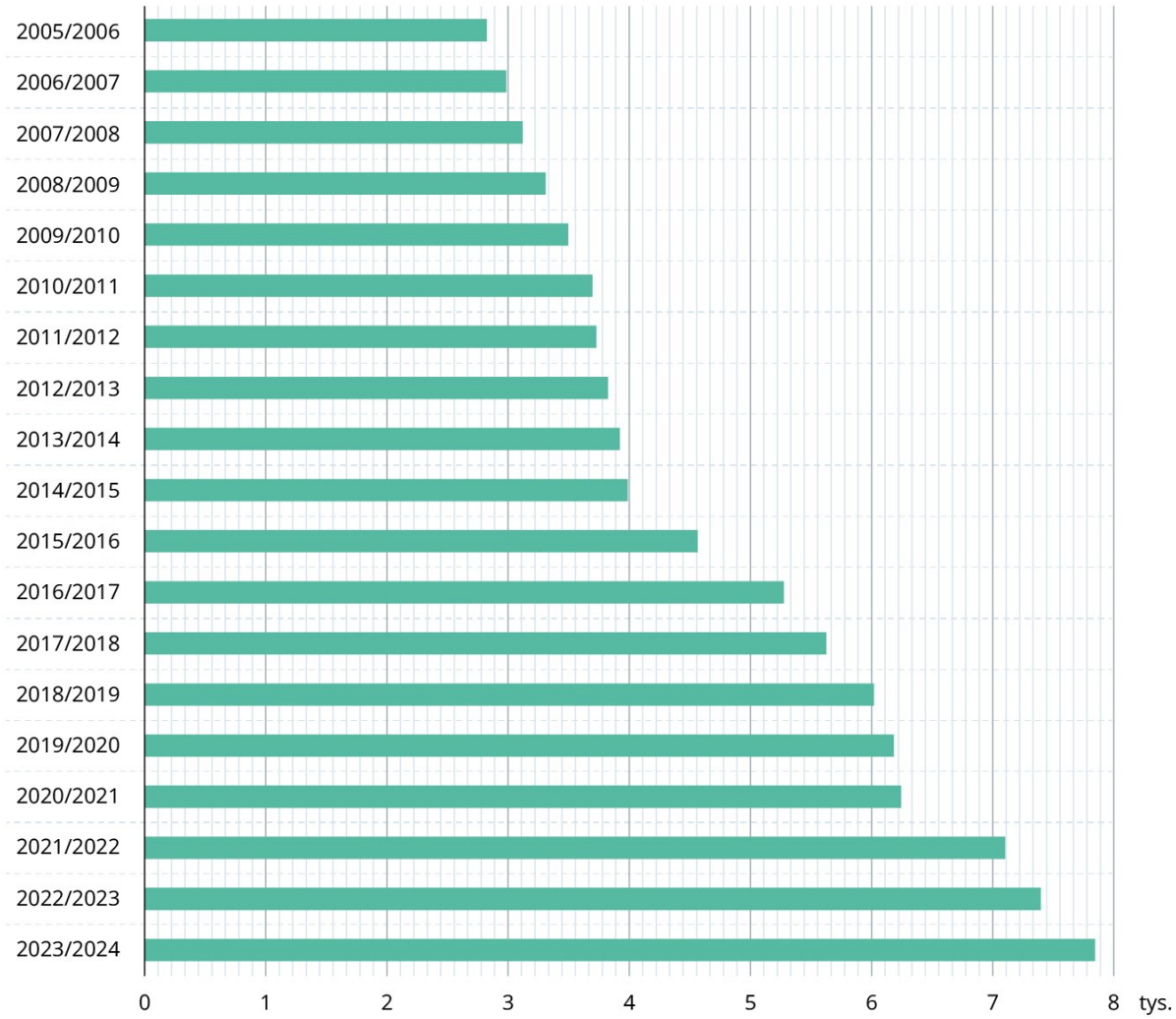
Struktura wiekowa lekarzy ogółem (bez podziału na dziedziny medycyny) charakteryzuje się przewagą osób w młodszych grupach wiekowych. Wpływ na wysoką wartość średniego wieku lekarzy ma znaczący udział osób pracujących pomimo osiągniętego wieku emerytalnego (25% w 2023 r.).

Rozkład wieku lekarzy różni się pomiędzy poszczególnymi dziedzinami medycyny. Jeden z największych udziałów lekarzy w wieku emerytalnym można zaobserwować wśród lekarzy z dziedziny pediatrii (51% lekarzy w wieku emerytalnym), natomiast jednym z najniższych wyników charakteryzowała się kardiologia (20% lekarzy w wieku emerytalnym).

Kształcenie lekarzy

Od 2005 r. obserwuje się zwiększenie limitów na I rok studiów kierunku lekarskiego. Na przestrzeni lat 2005-2023 zwiększono limity na kierunku lekarskim prowadzonym w języku polskim dla obywateli RP o ok. 182%.

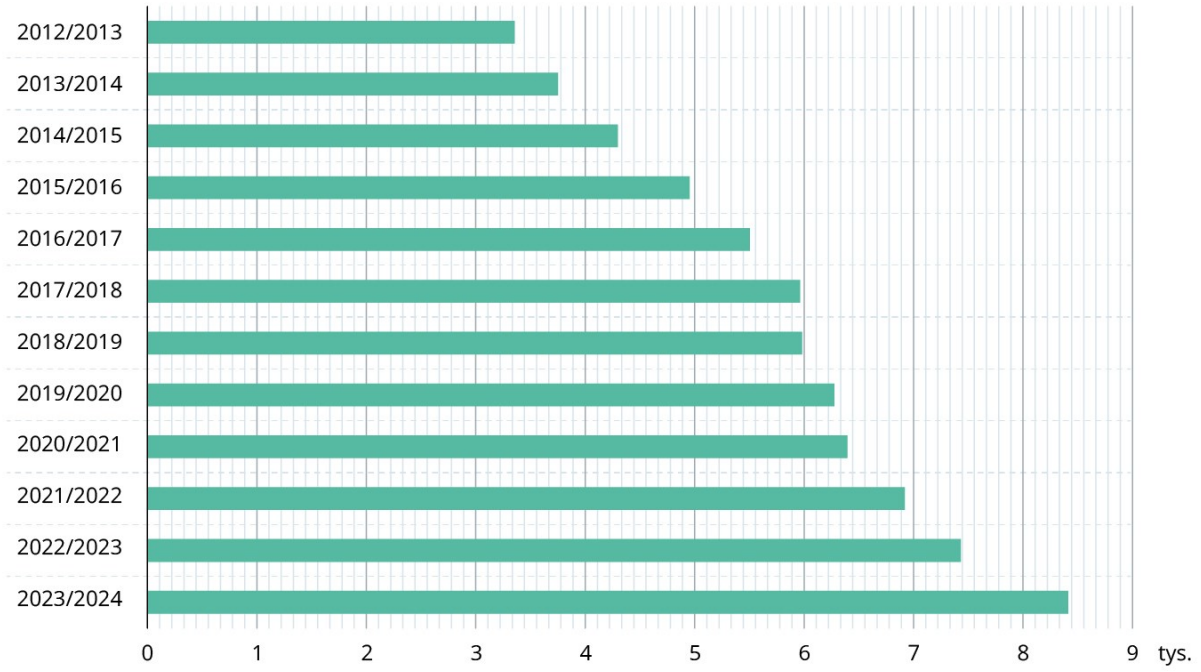
Rysunek 222. Limity na I rok studiów kierunku lekarskiego prowadzonych w języku polskim dla obywateli RP w trybie stacjonarnym i niestacjonarnym



Źródło: Opracowanie MZ na podstawie Rozporządzeń Ministra Zdrowia

Wzrost limitów ma przełożenie na liczbę studentów – od roku akademickiego 2012/2013 do roku akademickiego 2023/2024 zwiększyła się liczba osób studiujących na I semestrze kierunku lekarskiego o 154%.

Rysunek 223. Liczba studentów na I semestrze studiów kierunku lekarskiego (obywatele RP)



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POL-on

W oparciu o analizy wykonane w aplikacji dotyczącej studentów i absolwentów prezentowanej na BASiW można zaobserwować, że absolwenci najczęściej podejmują zatrudnienie w województwie, w którym studiowali.

Tabela 63. Miejsce pracy i studiowania absolwentów narodowości polskiej kierunku lekarskiego, którzy ukończyli studia w 2020/2021 r. i stan ich zatrudnienia w 2023 r.

	Procent absolwentów:			
Województwo ukończenia studiów	**niezatrudnionych w 2023 r.**	**którzy pracowali w województwie ukończenia studiów**	**którzy pracowali w innym województwie**	**którzy pracowali zarówno w województwie, w którym ukończyli studia jak i poza nim**
dolnośląskie	3,0%	46,9%	15,8%	34,3%
kujawsko-pomorskie	2,5%	43,8%	23,8%	30,0%
lubelskie	0,7%	46,9%	26,4%	26,0%
lubuskie	2,0%	35,3%	37,3%	25,5%
łódzkie	2,7%	41,8%	27,6%	27,8%
małopolskie	10,3%	53,2%	12,3%	24,2%

mazowieckie	2,6%	71,0%	11,7%	14,7%
podkarpackie	0,0%	53,1%	28,6%	18,4%
podlaskie	3,4%	53,4%	22,8%	20,4%
pomorskie	2,0%	54,6%	15,7%	27,6%
śląskie	1,3%	48,8%	25,7%	24,2%
świętokrzyskie	1,1%	34,1%	30,7%	34,1%
warmińsko-mazurskie	5,1%	27,1%	37,3%	30,5%
wielkopolskie	2,0%	55,6%	16,9%	25,4%
zachodniopomorskie	4,2%	54,2%	14,9%	26,8%
opolskie	Brak absolwentów w roku akademickim 2020/2021			

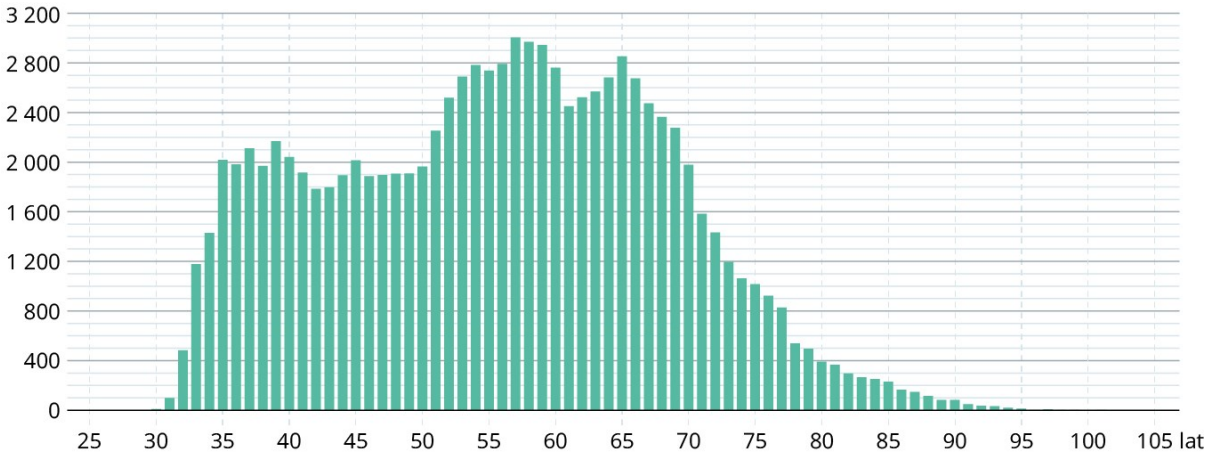
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POLon

Specjalizacje lekarzy

Posiadanie specjalizacji lub uzyskanie tytułu specjalisty pozwala lekarzowi na nabycie dodatkowych umiejętności i rozszerzenie swoich kompetencji w danej dziedzinie medycyny, co pozwala na leczenie pacjentów z wybranymi chorobami, wykonywanie zabiegów oraz specjalistycznych badań. Lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty jest lekarzem, który w szerszym zakresie może zająć się opieką nad pacjentem. Liczba lekarzy specjalistów w latach 2020 – 2023 wzrosła o ok. 1,9% (wzrost z 100 113 w 2020 r. do 101 991 w 2023 r.).

Wzrost liczby lekarzy w RP nie jest tożsamy ze wzrostem liczby lekarzy posiadających specjalizację lub tytuł specjalisty w poszczególnych dziedzinach. Proces kształcenia lekarzy specjalistów jest czasochłonny więc efekt przyrostu kadry specjalistycznej jest widoczny z opóźnieniem. Dodatkowo należy zaznaczyć, że wzrost liczby osób w trakcie szkolenia specjalizacyjnego jest ściśle związany z dostępnością miejsc szkoleniowych oraz zainteresowaniem daną specjalizacją.

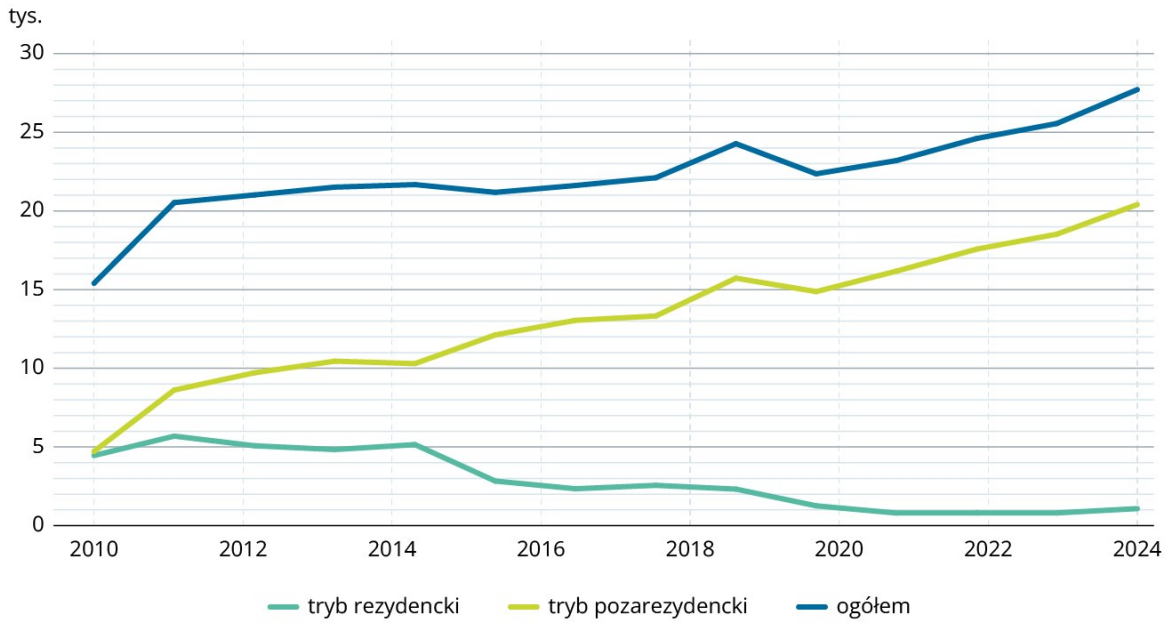
Rysunek 224. Rozkład wieku pracujących lekarzy specjalistów w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS, ZUS

Liczba lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne stabilnie wzrastała wraz ze zwiększaniem liczby miejsc specjalizacyjnych w latach 2020-2023. Nie są jednak zapełniane wszystkie miejsca specjalizacyjne.

Rysunek 225. Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych SMK

W celu przeanalizowania zastępowalności pokoleniowej wśród lekarzy specjalistów obliczono różnicę pomiędzy lekarzami w trakcie szkolenia specjalizacyjnego a pracującymi specjalistami, którzy do przewidywanego, maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego obecnie szkolących się lekarzy osiągną wiek emerytalny (co nie jest jednak równoznaczne z odejściem z rynku pracy). Największy problem może szczególnie dotknąć chorób wewnętrznych, gdzie liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższa prawie

dwukrotnie liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalizacyjnego. Znaczący problem związany z mniejszą liczbą lekarzy może zachodzić w przyszłości także w dziedzinach medycyny, takich jak chirurgia ogólna oraz choroby płuc. Największe prawdopodobieństwo sukcesywnej wymiany lekarzy w wieku okołoemerytalnym może dotyczyć specjalizacji takich jak radiologia i diagnostyka obrazowa, medycyna rodzinna, psychiatria, kardiologia oraz ortopedia i traumatologia narządu ruchu. W tych obszarach liczba lekarzy w trakcie szkoleń specjalizacyjnych znacząco przewyższa liczbę lekarzy w wieku okołoemerytalnym.

Tabela 64. Liczba lekarzy oraz różnica pomiędzy lekarzami uzyskującymi tytuł specjalisty a lekarzami osiągającymi wiek emerytalny*

Dziedzina	Maksymalny rok ukończenia szkolenia specjalizacyjnego lekarzy, którzy są w trakcie specjalizacji	Liczba lekarzy w 2023 r.	Zastępowalność tj. różnica w liczbie lekarzy, którzy prawdopodobnie wejdą na rynek pracy, a liczbą lekarzy, którzy osiągną wiek emerytalny do końca maksymalnego roku ukończenia szkolenia specjalizacyjnego
Alergologia	2028	1 401	8
Anestezjologia i intensywna terapia	2029	6 659	397
Angiologia	2028	285	10
Audiologia i foniatria	2028	365	1
Balneologia i medycyna fizykalna	2028	589	-53
Chirurgia dziecięca	2029	1 043	-42
Chirurgia klatki piersiowej	2029	268	-4
Chirurgia naczyniowa	2029	639	65
Chirurgia ogólna	2029	8 053	-507
Chirurgia onkologiczna	2029	1 010	127
Chirurgia plastyczna	2029	263	33
Choroby płuc	2028	2 591	-154
Choroby płuc dzieci	2028	132	50
Choroby wewnętrzne	2028	26 866	-1 717

Choroby zakaźne	2028	995	-12
Dermatologia i wenerologia	2028	2350	82
Diabetologia	2028	1 580	38
Diagnostyka laboratoryjna	2027	147	-14
Endokrynologia	2028	1 690	90
Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	2026	102	32
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	2028	183	72
Epidemiologia	2027	200	0
Farmakologia kliniczna	2027	86	9
Fizjologia kliniczna	-	2	-
Gastroenterologia	2029	1 152	54
Gastroenterologia dziecięca	2029	130	51
Genetyka kliniczna	2027	146	27
Geriatria	2028	555	0
Ginekologia onkologiczna	2026	377	103
Hematologia	2029	576	149
Higiena	-	321	-
Hipertensjologia	2025	376	-8
Immunologia kliniczna	2028	156	35
Intensywna terapia	2026	27	46
Kardiochirurgia	2029	295	21
Kardiologia	2029	5 161	456

Kardiologia dziecięca	2029	194	49
Medycyna lotnicza	2027	325	-27
Medycyna lotnicza wojskowa	-	325	-
Medycyna morska wojskowa	-	2	-
Medycyna nuklearna	2028	331	30
Medycyna paliatywna	2028	614	14
Medycyna pracy	2028	2 695	-241
Medycyna ratunkowa	2028	1 132	152
Medycyna rodzinna	2027	11 078	891
Medycyna sądowa	2028	176	-2
Medycyna sportowa wojskowa	-	313	-
Medycyna tropikalna	-	58	-
Mikrobiologia lekarska	2027	96	11
Nefrologia	2028	1 399	-3
Nefrologia dziecięca	2028	124	20
Neonatologia	2028	1 584	84
Neurochirurgia	2029	624	56
Neurologia	2028	4 142	140
Neurologia dziecięca	2028	452	69
Neuropatologia	2025	25	7
Okulistyka	2028	4 364	381
Onkologia i hematologia dziecięca	2029	249	27
Onkologia kliniczna	2029	1 143	216

Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	2029	4 301	529
Otorynolaryngologia	2029	3 050	-50
Otorynolaryngologia dziecięca	2029	207	22
Patomorfologia	2028	712	22
Pediatria	2028	13 580	51
Pediatria metaboliczna	2027	36	7
Perinatologia	2025	144	69
Położnictwo i ginekologia	2028	7 202	156
Psychiatria	2028	4 156	1 015
Psychiatria dzieci i młodzieży	2028	513	251
Radiologia i diagnostyka obrazowa	2028	3 986	986
Radioterapia onkologiczna	2028	786	-1
Rehabilitacja medyczna	2028	1 893	-187
Reumatologia	2028	1 646	96
Seksuologia	2025	208	14
Toksykologia kliniczna	2027	96	0
Transfuzjologia kliniczna	2028	212	-20
Transplantologia kliniczna	2026	577	79
Urologia	2029	1 348	248
Urologia dziecięca	2025	78	15

Zdrowie publiczne	2027	1 181	-78

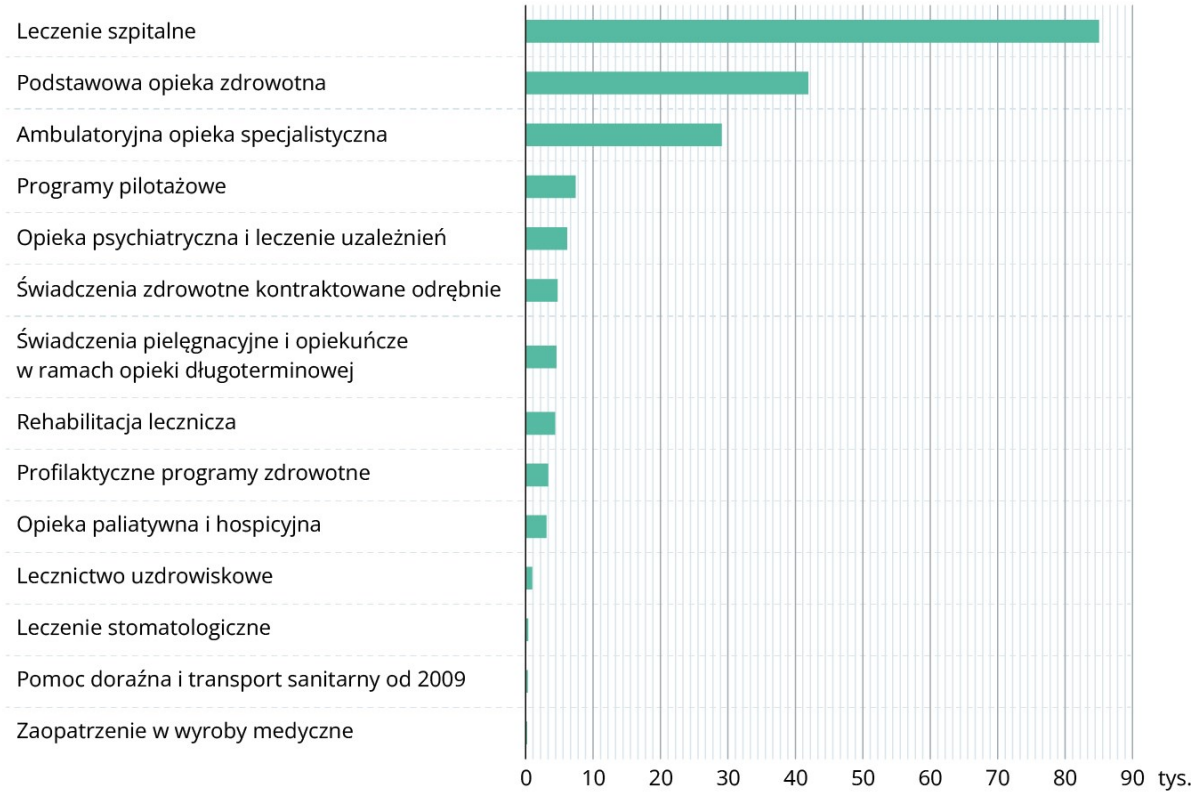
**Brak danych oznacza, iż w 2023 r. nie odnotowano lekarzy odbywających szkolenie w danym kierunku specjalizacji.*

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, MZ

Lekarze udzielający świadczeń w ramach NFZ

W systemie publicznym w 2023 r. świadczeń opieki zdrowotnej ramach umów zawartych z NFZ udzielało 124,65 tys. lekarzy. Stanowili oni 87% wszystkich pracujących lekarzy w kraju i 93% lekarzy pracujących w podmiotach prowadzących działalność leczniczą. Kadra lekarska najczęściej zatrudniona była w ramach leczenia szpitalnego (84,6 tys.), POZ (41,6 tys.) oraz AOS (28,9 tys.). Ze względu na typ komórki, w jakiej pracują lekarze (bez względu na rodzaj świadczeń), znacząca grupa lekarzy znajdowała zatrudnienie w poradniach POZ (37,1 tys.), w SOR (18,8 tys.) oraz na izbie przyjęć szpitala (17,9 tys.).

Rysunek 226. Liczba lekarzy według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa

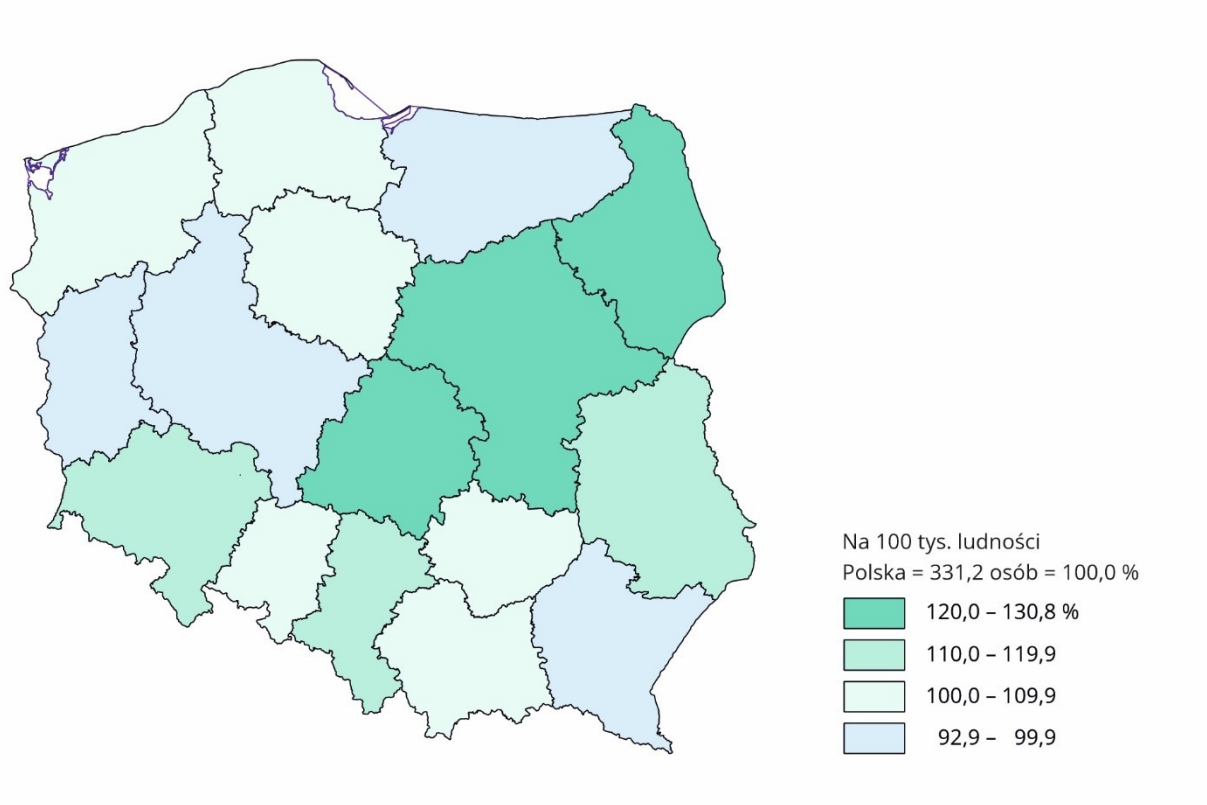


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Liczba dostępnych lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r. była zróżnicowana regionalnie. Najwięcej lekarzy było zatrudnionych w województwie łódzkim (433,1 na 100 tys. ludności), mazowieckim (419,8 na 100 tys. ludności) oraz podlaskim (402,8 na 100 tys. ludności). Województwa, które charakteryzowały się najmniejszą liczbą lekarzy zatrudnionych w ramach umowy z NFZ to podkarpackie (307,7

na 100 tys. ludności), warmińsko-mazurskie (311,7 na 100 tys. ludności) oraz lubuskie (317,5 na 100 tys. ludności).

Rysunek 227. Lekarze zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CWPM

Tabela 65. Liczba lekarzy zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w podziale na województwa

Województwo	Liczba lekarzy na 100 tys. ludności	Liczba lekarzy
łódzkie	433,1	10 233
mazowieckie	419,8	23 131
podlaskie	402,8	4 585
śląskie	385,1	16 638
lubelskie	380,1	7 643
dolnośląskie	376,5	10 840
świętokrzyskie	359,0	4 195

pomorskie	357,2	8 428
małopolskie	354,4	12 156
opolskie	350,6	3 284
kujawsko-pomorskie	336,7	6 721
zachodniopomorskie	333,7	5 445
wielkopolskie	318,2	11 099
lubuskie	317,5	3 096
warmińsko-mazurskie	311,7	4 233
podkarpackie	307,7	6 374

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CWPM

Warto zwrócić uwagę, że liczba lekarzy realizujących świadczenia w ramach umów z NFZ może być wyższa niż liczba lekarzy wykonujących zawód w podmiotach leczniczych. Wynika to z różnic metodyki sprawozdawania danych i obliczeń.

Tabela 66. Lekarze specjaliści zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ[205]

	Liczba lekarzy:			Udział lekarzy pracujących w ramach NFZ do:	
Dziedzina	ogółem	pracujących w podmiotach leczniczych	pracujących w ramach NFZ	wszystkich lekarzy	lekarzy pracujących w podmiotach leczniczych
Alergologia	1 401	1 370	1 200	86%	88%
Anestezjologia i intensywna terapia	6 659	6 274	6 241	94%	99%
Angiologia	285	283	268	94%	95%
Audiologia i foniatria	365	355	327	90%	92%
Balneologia i medycyna fizykalna	589	557	545	93%	98%
Chirurgia dziecięca	1 043	996	956	92%	96%

[205] wartości ponad 100% mogą wynikać z różnic metodycznych liczenia lekarzy na podstawie danych CWU i danych NFZ

Chirurgia klatki piersiowej	268	259	256	96%	99%
Chirurgia naczyniowa	639	623	604	95%	97%
Chirurgia ogólna	8 053	7 681	7 196	89%	94%
Chirurgia onkologiczna	1 010	992	979	97%	99%
Chirurgia plastyczna	263	255	174	66%	68%
Choroby płuc	2 591	2 475	2 389	92%	97%
Choroby płuc dzieci	132	122	127	96%	104%
Choroby wewnętrzne	26 866	25 488	23 956	89%	94%
Choroby zakaźne	995	951	892	90%	94%
Dermatologia i wenerologia	2 350	2 244	1 535	65%	68%
Diabetologia	1 580	1 539	1 482	94%	96%
Diagnostyka laboratoryjna	147	122	67	46%	55%
Endokrynologia	1 690	1 645	1 395	83%	85%
Endokrynologia ginekologiczna i rozrodczość	102	102	82	80%	80%
Endokrynologia i diabetologia dziecięca	183	181	178	97%	98%
Epidemiologia	200	170	120	60%	71%
Farmakologia kliniczna	86	76	68	79%	89%
Fizjologia kliniczna	2	1	1	50%	100%
Gastroenterologia	1 152	1 128	1 069	93%	95%
Gastroenterologia dziecięca	130	128	125	96%	98%
Genetyka kliniczna	146	138	138	95%	100%
Geriatria	555	530	531	96%	100%
Ginekologia onkologiczna	377	373	361	96%	97%
Hematologia	576	554	538	93%	97%
Higiena	321	262	174	54%	66%

Hipertensjologia	376	365	341	91%	93%
Immunologia kliniczna	156	154	143	92%	93%
Intensywna terapia	27	27	27	100%	100%
Kardiochirurgia	295	287	286	97%	100%
Kardiologia	5 161	5 031	4 838	94%	96%
Kardiologia dziecięca	194	187	188	97%	101%
Medycyna lotnicza	325	274	182	56%	66%
Medycyna lotnicza wojskowa	325	274	182	56%	66%
Medycyna morska wojskowa	2	1	1	50%	100%
Medycyna nuklearna	331	314	285	86%	91%
Medycyna paliatywna	614	594	608	99%	102%
Medycyna pracy	2 695	2 546	1 565	57%	61%
Medycyna ratunkowa	1132	1101	1043	92%	95%
Medycyna rodzinna	11 078	10 336	10 471	95%	101%
Medycyna sądowa	176	120	47	27%	39%
Medycyna sportowa (cywilna)	313	297	267	85%	90%
Medycyna sportowa wojskowa	313	297	267	85%	90%
Medycyna tropikalna	58	52	22	38%	42%
Medycyny morska i tropikalna	66	61	41	62%	67%
Mikrobiologia lekarska	96	83	53	55%	64%
Nefrologia	1 399	1 361	1 347	96%	99%
Nefrologia dziecięca	124	121	121	98%	100%
Neonatologia	1 584	1 519	1 522	96%	100%
Neurochirurgia	624	604	578	93%	96%
Neurologia	4 142	3 947	3 645	88%	92%
Neurologia dziecięca	452	444	419	93%	94%
Neuropatologia	25	24	19	76%	79%

Ochrona radiologiczna wojskowa	9	7	6	67%	86%
Okulistyka	4 364	4 170	3 391	78%	81%
Onkologia i hematologia dziecięca	249	241	238	96%	99%
Onkologia kliniczna	1 143	1 089	1 117	98%	103%
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu	4 301	4 178	3 931	91%	94%
Otorynolaryngologia	3 050	2 915	2 505	82%	86%
Otorynolaryngologia dziecięca	207	202	185	89%	92%
Patomorfologia	712	659	420	59%	64%
Pediatria	13 580	12 801	12 461	92%	97%
Pediatria metaboliczna	36	36	35	97%	97%
Perinatologia	144	144	140	97%	97%
Położnictwo i ginekologia	7 202	6 939	6 109	85%	88%
Psychiatria	4 156	3 957	3 240	78%	82%
Psychiatria dzieci i młodzieży	513	497	429	84%	86%
Radiologia i diagnostyka obrazowa	3 986	3 736	3 360	84%	90%
Radioterapia onkologiczna	786	724	753	96%	104%
Rehabilitacja medyczna	1 893	1 817	1 809	96%	100%
Reumatologia	1 646	1 570	1 465	89%	93%
Seksuologia	208	203	159	76%	78%
Toksykologia kliniczna	96	91	78	81%	86%
Toksykologia wojskowa	4	4	3	75%	75%

Transfuzjologia kliniczna	212	195	115	54%	59%
Transplantologia kliniczna	577	567	554	96%	98%
Urologia	1 348	1 314	1 244	92%	95%
Urologia dziecięca	78	77	75	96%	97%
Zdrowie publiczne	1 181	1 003	789	67%	79%
Zdrowie publiczne wojskowe	18	4	4	22%	100%
Brak specjalizacji	41 312	37 475	35 404	86%	94%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

12.2. Lekarze dentyści

W 2023 r. liczba pracujących lekarzy dentystów w RP wynosiła 37,31 tys. Liczba lekarzy dentystów na 100 tys. ludności w 2023 r. wynosiła średnio 99,1.

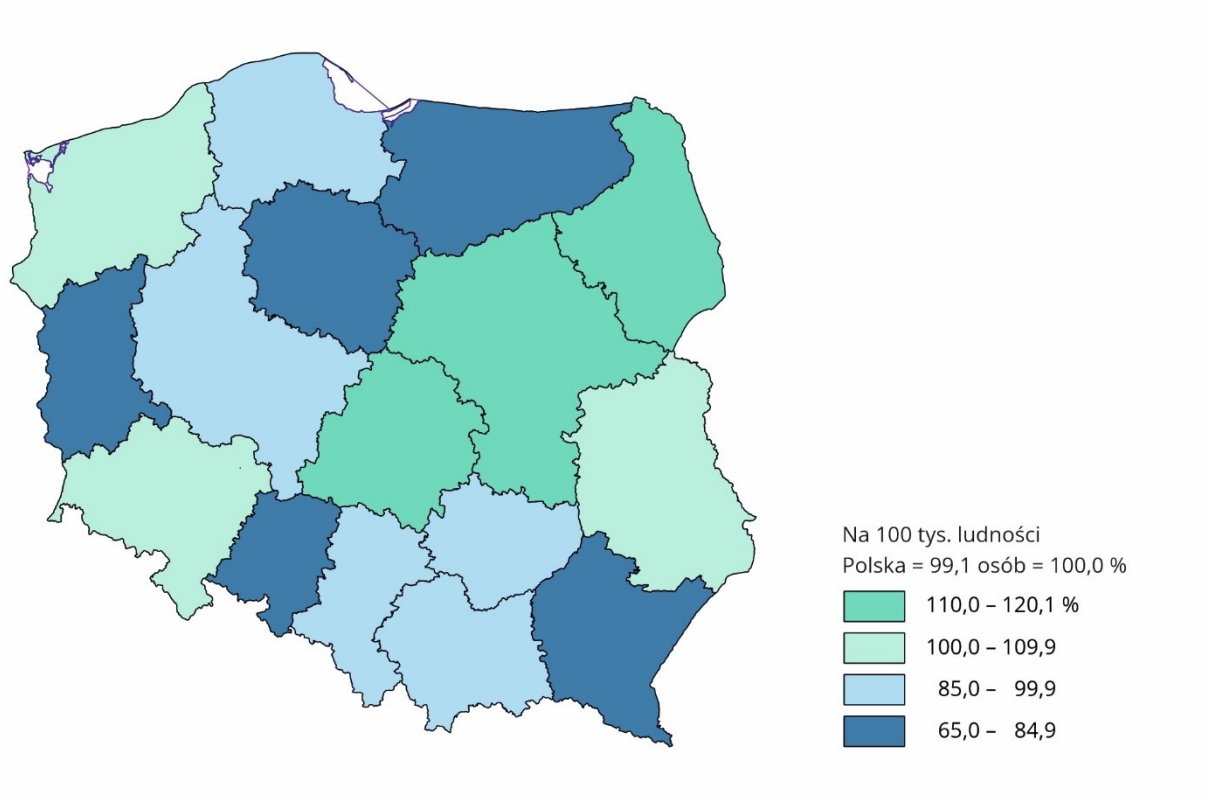
Liczba lekarzy dentystów przypadających średnio na 100 tys. ludności była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik ten miał największą wartość, to mazowieckie (119,1) i łódzkie (113,7). Najmniej przypadało w województwach kujawsko-pomorskim (64,5) i warmińsko-mazurskim (71,1). W województwie mazowieckim było więc o 85% więcej lekarzy dentystów niż w województwie kujawsko-pomorskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Dane te nie pokrywają się ze statystykami międzynarodowymi, co prawdopodobnie wynika z różnic metodologicznych i utrudnia obiektywne porównania. Według danych Eurostatu oraz OECD w 2022 r. RP posiadała 34,9 tys. lekarzy dentystów, co oznaczało 94,8 praktykujących lekarzy dentystów na 100 tys. ludności. Był to 6. najwyższy wynik spośród państw UE, dla których dostępne są dane. Najwyższą wartość osiągnęła Bułgaria (115,35).[206] [207]

[206] OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 03.03.2025 r.

[207] Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/data/database, dostęp w dniu 03.03.2025 r.

Rysunek 228. Lekarze dentyści ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 67. Liczba lekarzy dentystów, średni wiek oraz liczba i udział kadry medycznej w wieku emerytalnym w podziale na województwa w 2023 r.

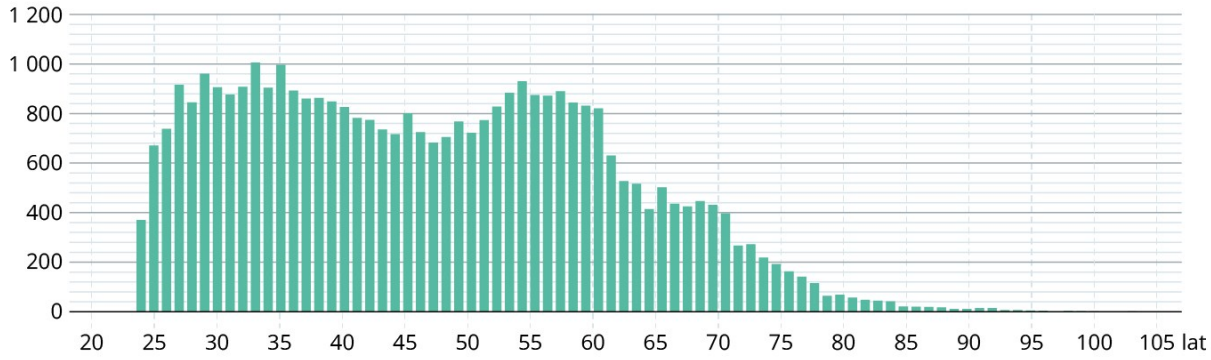
Województwo	Liczba kadry	Na 100 tys. ludności	Średni wiek	Liczba kadra w wieku em.	Udział kadry w wieku em.
dolnośląskie	3 006	104,4	48,5	649	22%
kujawsko-pomorskie	1 287	64,5	49,4	302	23%
lubelskie	2 064	102,6	48,6	431	21%
lubuskie	790	81	49,1	169	21%
łódzkie	2 686	113,7	47,5	483	18%
małopolskie	3 279	95,6	47,3	530	16%
mazowieckie	6 563	119,1	48,1	1 170	18%
opolskie	677	72,3	50,5	152	22%
podlaskie	1 246	109,5	47,7	226	18%

podkarpackie	1 702	82,2	47,6	284	17%
pomorskie	2 255	95,6	47,4	372	16%
śląskie	3 801	88	47,6	645	17%
świętokrzyskie	1 019	87,2	47,8	194	19%
warmińsko-mazurskie	966	71,1	50,2	223	23%
wielkopolskie	3 022	86,6	47,8	636	21%
zachodniopomorskie	1 760	107,9	47,6	327	19%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ, GUS

Średni wiek lekarzy dentystów wynosił 47,1 lat. Lekarze dentyści często kontynuowali pracę zawodową pomimo osiągnięcia wieku emerytalnego. Aktywni zawodowo w wieku emerytalnym mieli największy udział w województwie kujawsko-pomorskim i warmińsko-mazurskim (23%), a najmniejszy w województwach pomorskim i małopolskim (po 16%). Rozkład wieku lekarzy dentystów świadczył także o wysokim przyroście liczby młodych lekarzy dentystów.

Rysunek 229. Rozkład wieku pracujących lekarzy dentystów w RP w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Kształcenie lekarzy dentystów

Liczba absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego od roku akademickiego 2019/2020 do roku akademickiego 2022/2023 sukcesywnie rosła.

Tabela 68. Liczba absolwentów kierunku lekarsko-dentystycznego oraz liczba absolwentów na 100 tys. ludności narodowości polskiej

Rok	Liczba osób	Liczba osób w przeliczeniu na 100 tys. ludności
2023/2024	830	2,21
2022/2023	909	2,41
2021/2022	940	2,47
2020/2021	926	2,42
2019/2020	892	2,32

Źródło: Opracowanie MZ na podstawie POL-on

Liczba lekarzy dentystów, którzy w 2030 r. osiągną wiek emerytalny, wynosi 836. Zestawiając to z liczbą studentów na I semestrze kierunku lekarsko-dentystycznego studiów jednolitych magisterskich, którzy rozpoczeli studiowanie w 2023 r. (1 039) oraz zakładając, że liczba studentów w przyszłych latach nie ulegnie zmianie, zapewniona zostanie wymienialność pokoleniowa.

Specjalizacje lekarzy dentystów

Większość pracujących lekarzy dentystów w 2023 r. nie posiadała specjalizacji. Było ich 24,4 tys., co stanowiło 65% liczby całkowitej. Najpopularniejszą specjalizacją była stomatologia zachowawcza z endodoncją, w której specjalizowało się 9,5 tys. osób. Pozostałe specjalizacje były zdecydowanie mniej liczne.

Tabela 69. Liczba lekarzy dentystów według specjalizacji w 2023 r.

Dziedzina	Liczba lekarzy dentystów
Brak specjalizacji	24 368
Chirurgia stomatologiczna	1 767
Chirurgia szczękowo-twarzowa	179
Ortodoncja	1 244
Periodontologia	301
Protetyka stomatologiczna	1 477

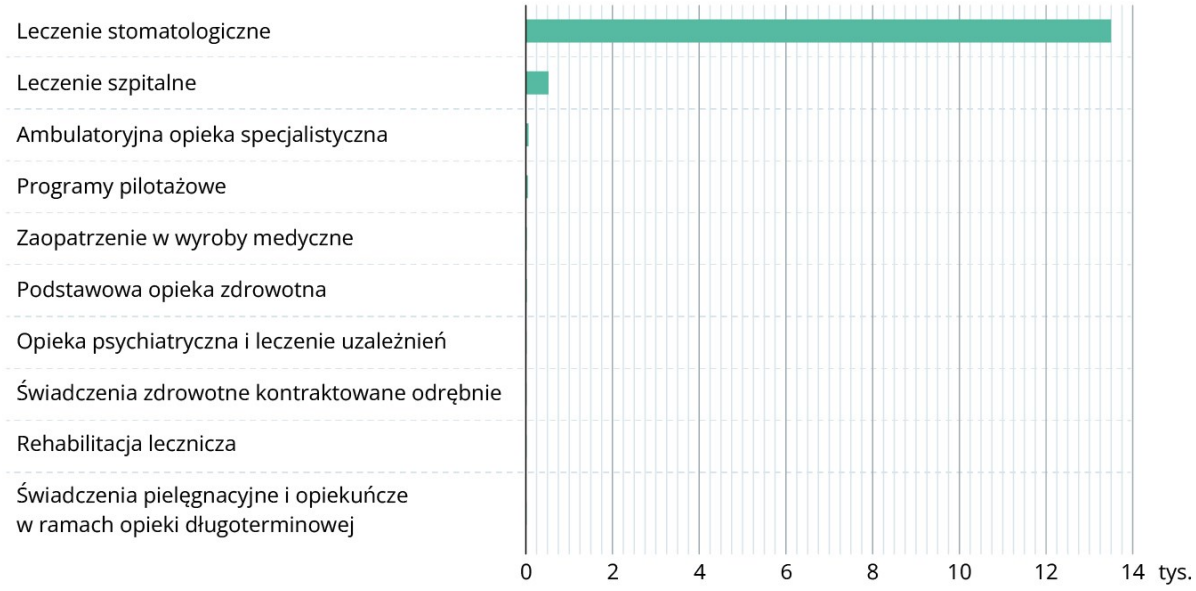
Stomatologia dziecięca	722
Stomatologia zachowawcza z endodoncją	9 548

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Lekarze dentyści udzielający świadczeń w ramach NFZ

W 2023 r. w jednostkach ochrony zdrowia, które miały kontrakt z NFZ, pracowało 13,8 tys. lekarzy dentystów, co stanowiło 37% całkowitej liczby lekarzy dentystów oraz 41% zatrudnionych w placówkach medycznych. Najwięcej z nich było zatrudnionych w gabinetach stomatologicznych (13,5 tys.), a na drugim miejscu znalazły się placówki szpitalne, w których pracowało 509 lekarzy dentystów. Z analizy typu jednostki, w której pracują lekarze dentyści, wynika, że większość z nich była zatrudniona w poradniach stomatologicznych (11,4 tys.).

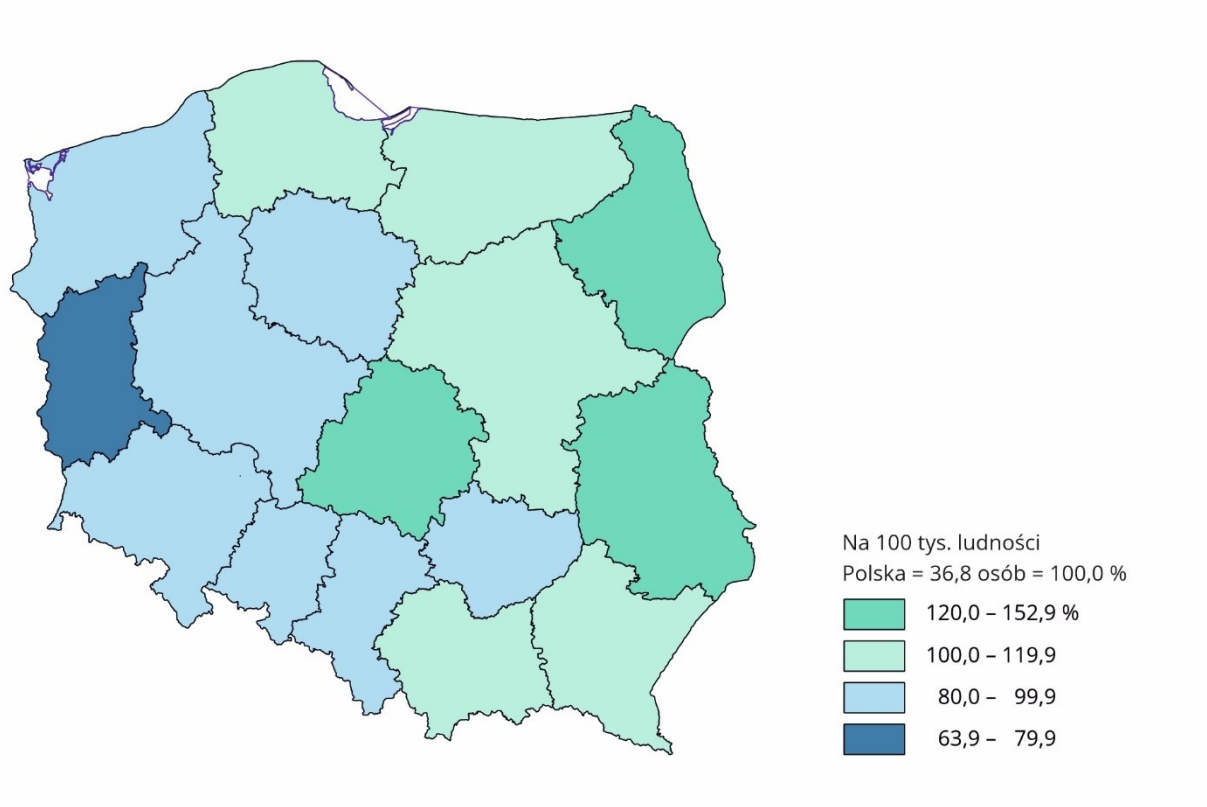
Rysunek 230. Liczba lekarzy dentystów według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CRL, NFZ

Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była silnie zróżnicowana regionalnie. Województwa z największą liczbą lekarzy dentystów to lubelskie (56,2 na 100 tys. ludności), podlaskie (51,3 na 100 tys. ludności) oraz łódzkie (50,4 na 100 tys. ludności). Najmniejsze wartości można obserwować w województwach lubuskim (23,5 na 100 tys. ludności), opolskim (29,8 na 100 tys. ludności) oraz kujawsko-pomorskim (30 na 100 tys. ludności).

Rysunek 231. Lekarze dentyści zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CWPM

Tabela 70. Liczba lekarzy dentystów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach oraz na 100 tys. ludności

Województwo	Liczba lekarzy dentystów na 100 tys. ludności	Liczba lekarzy dentystów
dolnośląskie	34,1	981
kujawsko-pomorskie	30	598
lubelskie	56,2	1 131
lubuskie	23,5	229
łódzkie	50,4	1 191
małopolskie	41,2	1 414
mazowieckie	38,6	2 129
opolskie	29,8	279

podkarpackie	37,4	774
podlaskie	51,3	584
pomorskie	36,9	871
śląskie	35,3	1 523
świętokrzyskie	36,7	429
warmińsko-mazurskie	39,2	532
wielkopolskie	30	1 046
zachodniopomorskie	30,2	493

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS, CRL

12.3. Pielęgniarki

W MZ sukcesywnie podejmowane są działania mające na celu zwiększenie liczby aktywnych zawodowo pielęgniarek i położnych w systemie opieki zdrowotnej, uatrakcyjnienie oraz zwiększenie prestiżu tych zawodów, a także zachęcenie do podejmowania kształcenia na kierunkach pielęgniarstwo lub położnictwo, jak też doskonalenia zawodowego w ramach kształcenia podyplomowego.

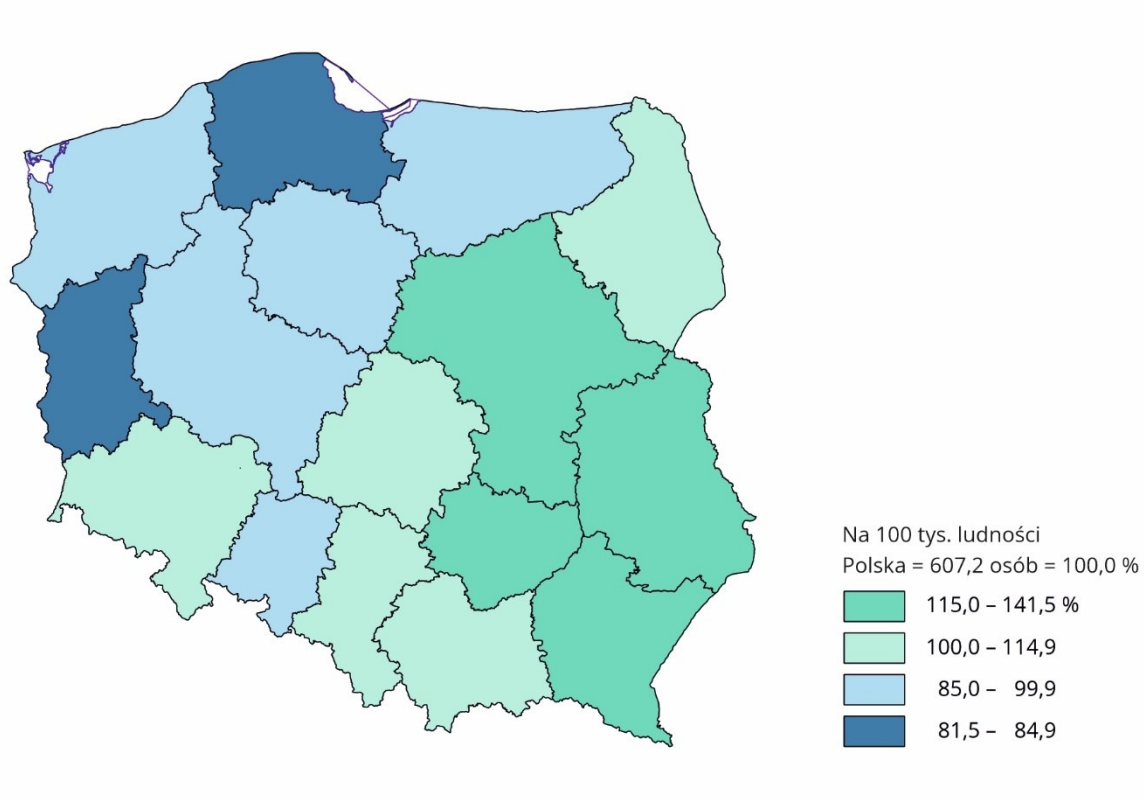
Liczba wszystkich pielęgniarek, które pracowały w podmiotach wykonujących działalność leczniczą oraz tych niewykonujących działalności leczniczej, w 2023 r. wynosiła 228,5 tys. (607,2 na 100 tys. ludności). Liczba pielęgniarek przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik na 100 tys. ludności miał największą wartość to mazowieckie (859,2), lubelskie (771,2) oraz świętokrzyskie (741,1). Najmniej pielęgniarek przypadało w województwach pomorskim (494,8), lubuskim (504,6) oraz zachodniopomorskim (525,1). W województwie mazowieckim było więc o 74% więcej pielęgniarek niż w województwie pomorskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Według Eurostatu i OECD, RP posiadała w 2022 r. 214,4 tys. pielęgniarek, co oznacza 582,1 pielęgniarek na 100 tys. ludności. Był to dopiero 16. wynik spośród państw UE, dla których dostępne są dane (najwyższy wskaźnik w UE posiadają Niemcy – 1 198,12 pielęgniarki na 100 tys. ludności, a najniższy Grecja – 220,9).[208] [209]

[208] OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

[209] Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/data/database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

Rysunek 232. Pielęgniarki ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 71. Liczba pielęgniarek pracujących oraz w wieku emerytalnym w 2023 r. w podziale na województwa

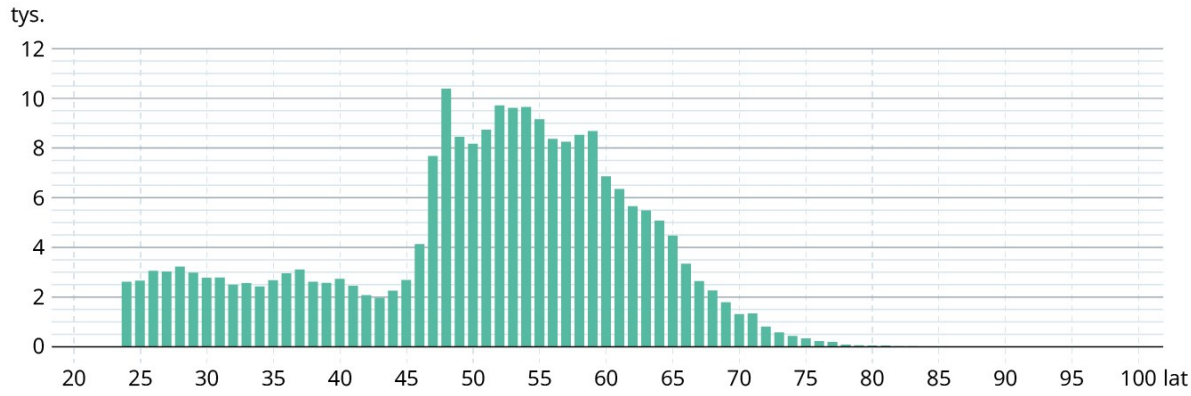
Województwo	Liczba pielęgniarek	Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności	Średni wiek pielęgniarki	Liczba pielęgniarek w wieku em.	Udział pielęgniarek w wieku em [%]
dolnośląskie	17 832	619,3	51,7	4 394	25%
kujawsko-pomorskie	12 083	605,4	49,9	2 240	19%
lubelskie	15 509	771,2	49	2 826	18%
lubuskie	4 920	504,6	51,5	1 132	23%
łódzkie	14 762	624,8	50,8	3 365	23%
małopolskie	22 227	648,1	48,7	4 057	18%
mazowieckie	47 346	859,2	49,7	10 310	22%
opolskie	5 352	571,4	49,7	982	18%

podkarpackie	15 100	728,9	48,2	2 303	15%
podlaskie	7 797	685	49,1	1 609	21%
pomorskie	11 676	494,8	50,4	2 294	20%
śląskie	29 319	678,7	50,7	6 012	21%
świętokrzyskie	8 660	741,1	48,6	1 476	17%
warmińsko-mazurskie	7 514	553,4	50,8	1 806	24%
wielkopolskie	19 114	548	50,6	4 081	21%
zachodniopomorskie	8 568	525,1	51,6	2 194	26%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Średni wiek pracujących pielęgniarek w RP wynosił 49,9 lat. Udział kadry medycznej w wieku emerytalnym wynosił 22%. Najwyższy odsetek wystąpił w województwie zachodniopomorskim i miał wartość 26%, natomiast najniższy w podkarpackim i wynosił zaledwie 15%. Rozkład wieku pielęgniarek wskazuje na znaczącą liczbę pielęgniarek powyżej 46. r.ż.

Rysunek 233. Rozkład wieku pielęgniarek w RP w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ

Kształcenie pielęgniarek

Od roku akademickiego 2019/2020 obserwować możemy niemal nieustanny wzrost liczby studentów na pierwszym semestrze kierunku pielęgniarstwo I stopnia. Liczba studentów od roku akademickiego 2019/2020 do roku 2023/2024 zwiększyła się o 44%. Znaczny wzrost zauważyć można również w liczbie absolwentów kierunku pielęgniarstwa I stopnia w takim samym horyzoncie czasowym (zmiana o 30%).

Tabela 72. Liczba studentów i absolwentów narodowości polskiej kierunku pielęgniarstwo I stopnia w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności

Rok	Liczba studentów	Liczba studentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności	Liczba absolwentów	Liczba absolwentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności
2023/2024	12 448	33,07	6 885	18,29
2022/2023	11 330	30,00	6 972	18,46
2021/2022	13 460	35,35	7 401	19,44
2020/2021	9 479	24,77	5 781	15,11
2019/2020	8 620	22,46	5 314	13,84

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POL-on

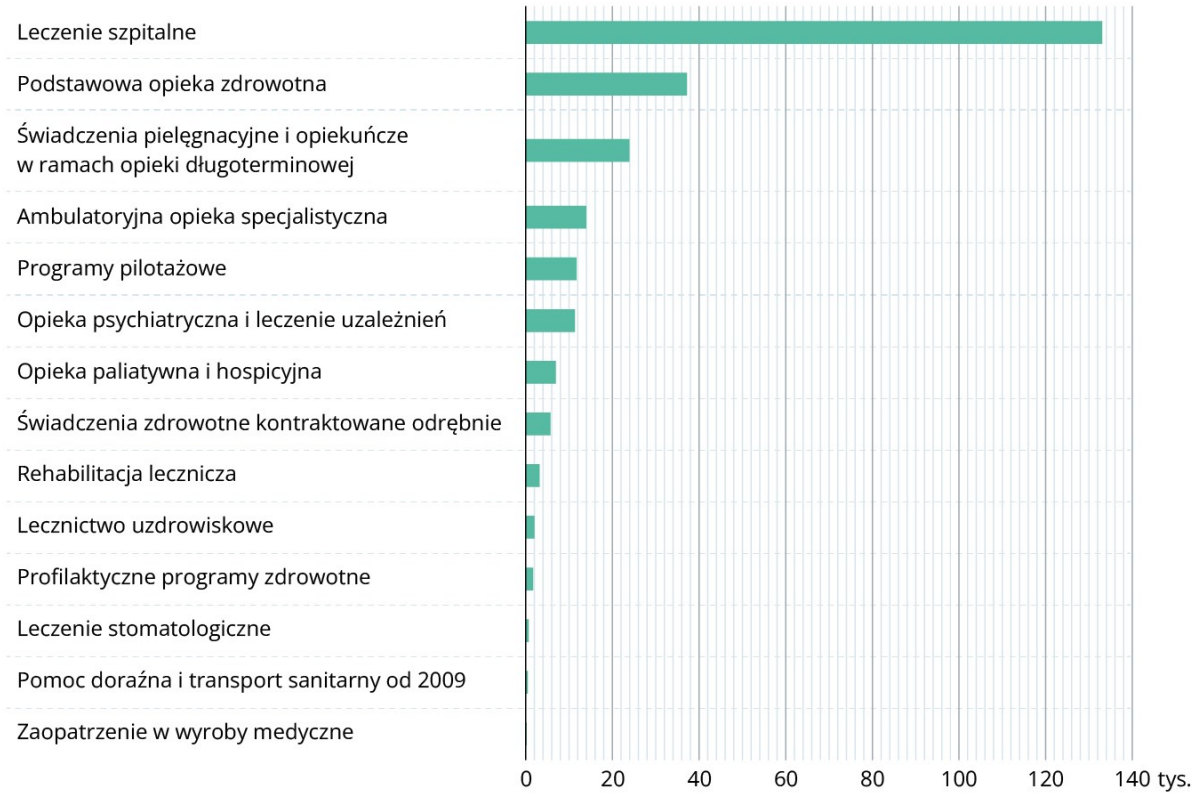
Zastępowalność pokoleniowa

Liczba pielęgniarek, które w 2030 r. osiągną wiek emerytalny, wynosi 9639. Zestawiając to z liczbą studentów na I semestrze studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo, którzy rozpoczęli studia w 2023 r. (12 450) oraz zakładając, że liczba studentów w przyszłych latach nie ulegnie zmianie,można przyjąć, że zapewniona zostanie wymenialność pokoleniowa.

Pielęgniarki udzielające świadczeń w ramach umowy z NFZ

Liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r. wynosiła 196,9 tys., co stanowiło 86% wszystkich pracujących pielęgniarek w kraju oraz 95% pielęgniarek pracujących w podmiotach leczniczych. Najwięcej pielęgniarek według rodzaju świadczeń zatrudnionych było w ramach leczenia szpitalnego (135,5 tys.), POZ (37,9 tys.) oraz świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (24,3 tys.). Ze względu na typ komórki pielęgniarki najczęściej pracowały w trzech rodzajach oddziałów: poradniach (gabinetach) pielęgniarki POZ (22,4 tys.), oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (17 tys.) oraz oddziałach chorób wewnętrznych (16,6 tys.).

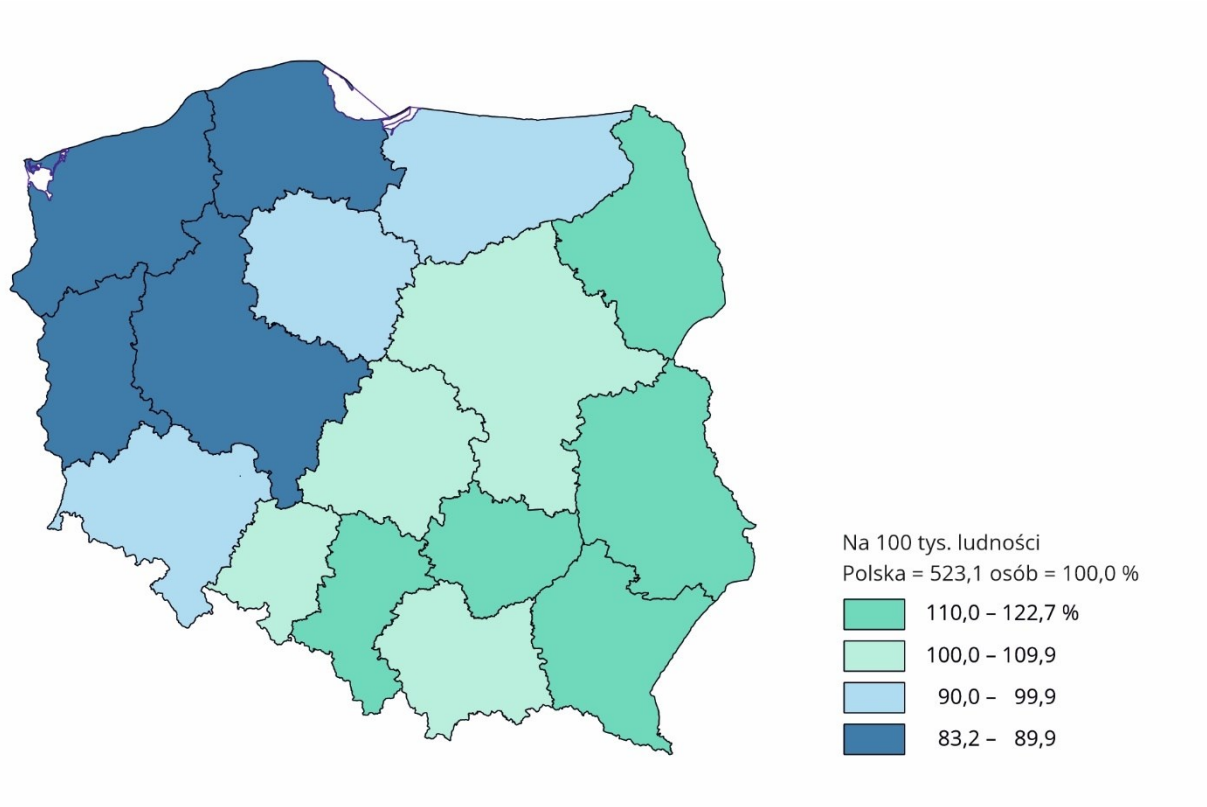
Rysunek 234. Liczba pielęgniarek w 2023 r. według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była zróżnicowana regionalnie. Najwięcej pielęgniarek na 100 tys. ludności było w województwach lubelskim (641,7), świętokrzyskim (640,9) oraz podkarpackim (606,1), a najmniej w pomorskim (435,2), wielkopolskim (456,9) oraz zachodniopomorskim (457,7).

Rysunek 235. Pielęgniarki zatrudnione w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 73. Liczba pielęgniarek zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach w 2023 r.

Województwo	Liczba pielęgniarek na 100 tys. ludności	Liczba pielęgniarek
dolnośląskie	509,4	14 668
kujawsko-pomorskie	514	10 259
lubelskie	641,7	12 904
lubuskie	460,7	4 492
łódzkie	543,8	12 847
małopolskie	532,2	18 251
mazowieckie	536,9	29 586
opolskie	546,8	5 122

podkarpackie	606,1	12 557
podlaskie	603,3	6 867
pomorskie	435,2	10 269
śląskie	596,5	25 771
świętokrzyskie	640,9	7 489
warmińsko-mazurskie	494,6	6 716
wielkopolskie	456,9	15 936
zachodniopomorskie	457,7	7 468

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

12.4. Położne

Liczba pracujących położnych w 2023 r. wynosiła 30,3 tys. W przeliczeniu na 100 tys. ludności wynosiła średnio 80,5 położnych.

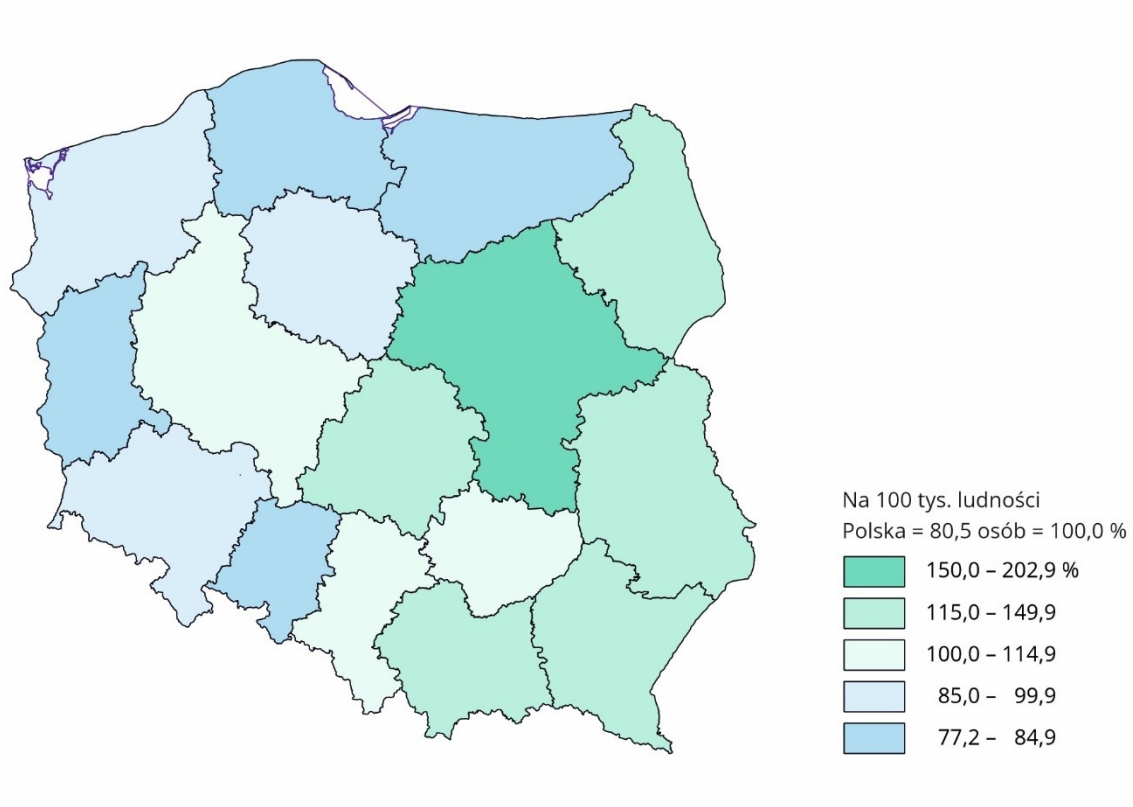
Liczba położnych przypadających na 100 tys. ludności była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik ten miał największą wartość, to mazowieckie (163,4), małopolskie (102,1) oraz podkarpackie (99,7), a najmniejszą w lubuskim (62,2), warmińsko-mazurskim (64,1) oraz pomorskim (66,4). W województwie mazowieckim było więc o 162% więcej położnych niż w województwie lubuskim w przeliczeniu na 100 tys. Ludności.

Według Eurostatu i OECD, RP w 2022 r. posiadała 28,4 tys. położnych, czyli 77,3 położnych na 100 tys. ludności. Był to jeden z wyższych wyników w UE[210] [211].

[210] OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 05.03.2025 r.

[211] Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/data/database, dostęp w dniu 05.03.2025 r.

Rysunek 236. Położne ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 74. Liczba położnych w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności, średni wiek oraz liczba położnych wieku emerytalnym w podziale na województwa w 2023 r.

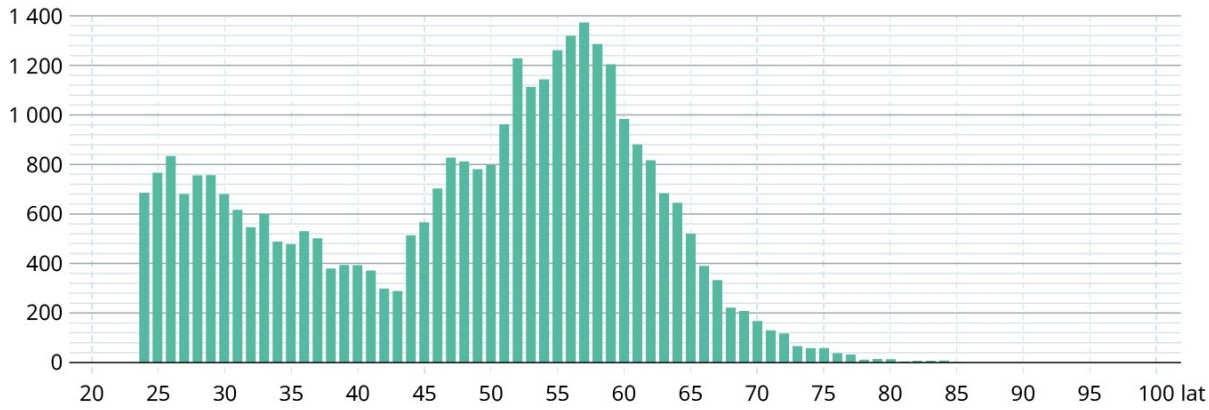
Województwo	Liczba położnych	Liczba położnych na 100 tys. ludności	Średni wiek położnej	Liczba położnych w wieku em.	Udział położnych w wieku em. [%]
dolnośląskie	2 026	70,4	48,8	428	21%
kujawsko-pomorskie	1 529	76,6	49,8	356	23%
lubelskie	1 983	98,6	47,1	285	14%
lubuskie	606	62,2	53	162	27%
łódzkie	2 283	96,6	47,6	376	16%
małopolskie	3 502	102,1	47,5	580	17%
mazowieckie	9 003	163,4	46,5	1 472	16%
opolskie	634	67,7	45,1	92	15%

podkarpackie	2 065	99,7	48,2	341	17%
podlaskie	1 085	95,3	47,3	205	19%
pomorskie	1 566	66,4	47	278	18%
śląskie	3 515	81,4	46,8	604	17%
świętokrzyskie	1 029	88,1	45,8	155	15%
warmińsko-mazurskie	870	64,1	52	243	28%
wielkopolskie	3 033	87	46,5	494	16%
zachodniopomorskie	1 133	69,4	50,2	285	25%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Średni wiek położnych wynosi 47,4 lat. Położne pracujące powyżej 59. r.ż. stanowiły 19%. Najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (28%), a najmniejszą w lubelskim (14%). Rozkład wieku położnych świadczył o niskim przyroście młodych położnych w stosunku do tych po 40. r.ż. Położne w przedziale wiekowym powyżej 50 lat stanowiły 52% aktywnych zawodowo. Należy jednak zaznaczyć, że przy spadku dzietności zapotrzebowanie na położne może być niższe.

Rysunek 237. Rozkład wieku położnych w RP w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Kształcenie położnych

Na przestrzeni lat 2019-2023 zauważyć można wzrost liczby studentów położnictwa I stopnia o 19%. Zwiększenie o 11% odnotowano w liczbie absolwentów.

Tabela 75. Liczba studentów i absolwentów narodowości polskiej kierunku położnictwo I stopnia w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności

Rok	Liczba studentów	Liczba studentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności	Liczba absolwentów	Liczba absolwentów w przeliczeniu na 100 tys. ludności
2023/2024	1 480	3,93	1 008	2,68
2022/2023	1 505	3,99	1 036	2,74
2021/2022	1 696	4,45	1 140	2,99
2020/2021	1 293	3,38	929	2,43
2019/2020	1 230	3,20	909	2,37

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POL-on

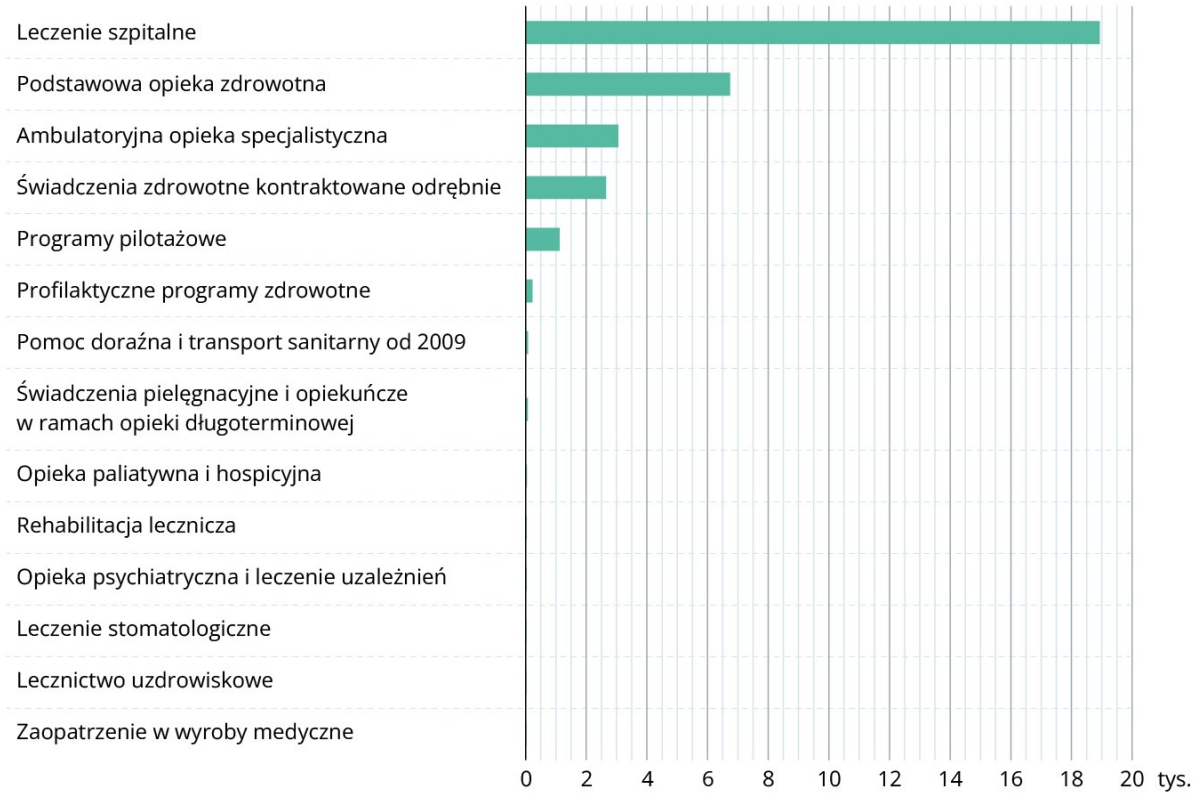
Zastępowalność pokoleniowa

Liczba położnych, które w 2030 r. osiągną wiek emerytalny, wynosi 1 012. Zestawiając to z liczbą studentów na I semestrze studiów I stopnia kierunku położnictwo, którzy rozpoczęli studia w 2023 r. (1 480) oraz zakładając, że liczba studentów w przyszłych latach nie ulegnie zmianie, można przyjąć, że zapewniona zostanie wymienialność pokoleniowa.

Położne udzielające świadczeń w ramach NFZ

Liczba położnych zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ wynosiła 25,3 tys., co stanowiło 83% wszystkich położnych i 92% pracujących w podmiotach leczniczych. Najwięcej położnych pracowało w ramach leczenia szpitalnego (19 tys.) oraz POZ (6,7 tys.). Liczba położnych według typu komórki osiągała największe wartości dla oddziałów położniczo-ginekologicznych (13,6 tys.), poradni (gabinetów) położnej POZ (6,4 tys.) oraz poradni położniczo-ginekologicznych (4 tys.)

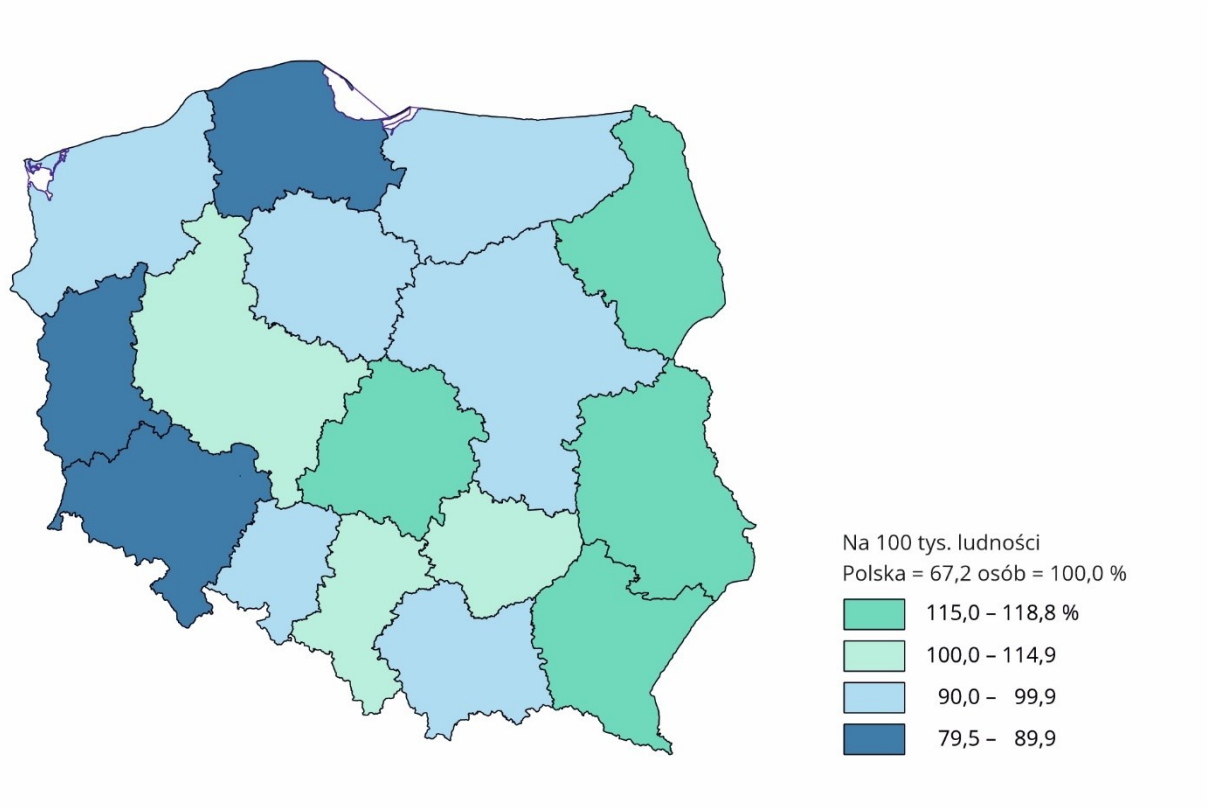
Rysunek 238. Liczba położnych w 2023 r. według rodzaju świadczeń na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Liczba zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była zróżnicowana regionalnie. Najwięcej położnych na 100 tys. ludności było w województwach lubelskim (79,9), łódzkim (79,6) oraz podkarpackim (79,1). Województwa z najmniejszą liczbą położnych na 100 tys. ludności to lubuskie (53,4), dolnośląskie (58,5) oraz pomorskie (59,2).

Rysunek 239. Położne zatrudnione w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 76. Liczba położnych zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w województwach w 2023 r.

Województwo	Liczba położnych na 100 tys. ludności	Liczba położnych
dolnośląskie	58,5	1 683
kujawsko-pomorskie	66,5	1 327
lubelskie	79,9	1 606
lubuskie	53,4	521
łódzkie	79,6	1 881
małopolskie	64,9	2 226
mazowieckie	66,9	3 689
opolskie	62,2	583

podkarpackie	79,1	1 638
podlaskie	78,2	890
pomorskie	59,2	1 397
śląskie	69,8	3 014
świętokrzyskie	74,7	873
warmińsko-mazurskie	61,0	828
wielkopolskie	75,8	2 645
zachodniopomorskie	60,7	991

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

12.5. Fizjoterapeuci

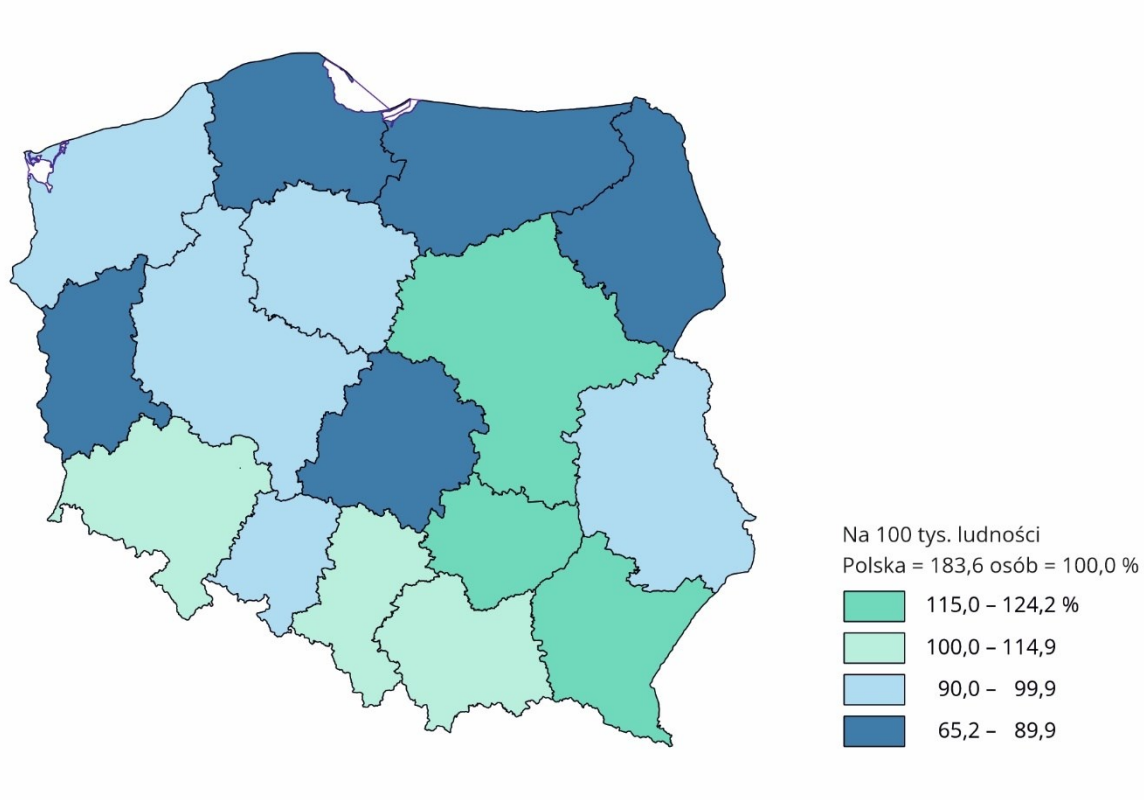
Liczba wszystkich pracujących fizjoterapeutów w 2023 r. wynosiła 69,1 tys., co daje średnio 183,6 fizjoterapeutów na 100 tys. ludności. Liczba fizjoterapeutów przypadających średnio na mieszkańca była zróżnicowana regionalnie. Województwa, w których wskaźnik na 100 tys. miał największą wartość, to podkarpackie (228), świętokrzyskie (219,9) oraz mazowieckie (219,6). Z kolei najmniej przypadało w województwach lubuskim (119,7), warmińsko-mazurskim (123,6) oraz podlaskim (136,3). Wskaźnik ten w województwie podkarpackim był więc o 90% wyższy niż w lubuskim.

Powyższe dane nie pokrywają się ze statystykami międzynarodowymi, co prawdopodobnie wynika z różnic metodologicznych, utrudniając obiektywne porównania. Według Eurostatu i OECD, RP w 2022 r. posiadała 35,2 tys. fizjoterapeutów, co daje 95,6 fizjoterapeutów na 100 tys. ludności i stawia nasz kraj w środku unijnego rankingu. Najwyższy wynik pod tym względem posiadały Niemcy (235,1 fizjoterapeutów na 100 tys. ludności), a najniższy Rumunia (14,2).[212] [213]

[212] OECD, Health Workforce Statistic Database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

[213] Eurostat, http://ec.europa.eu/eurostat/data/database, dostęp w dniu 23.06.2020 r.

Rysunek 240. Fizjoterapeuci ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 77. Liczba fizjoterapeutów w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności, średni wiek oraz liczba fizjoterapeutów wieku emerytalnym w podziale na województwa w 2023 r.

Województwo	Liczba fizjoterapeutów	Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności	Średni wiek fizjoterapeuty	Liczba fizjoterapeutów w wieku em.	Udział fizjoterapeutów w wieku em.
dolnośląskie	5 622	195,3	39,2	220	4%
kujawsko-pomorskie	3 520	176,4	39,2	182	5%
lubelskie	3 449	171,5	37,9	103	3%
lubuskie	1 167	119,7	39,5	65	6%
łódzkie	3 823	161,8	38,6	176	5%
małopolskie	7 160	208,8	37,7	245	3%
mazowieckie	12 100	219,6	38,3	516	4%
opolskie	1 686	180	37,8	43	3%

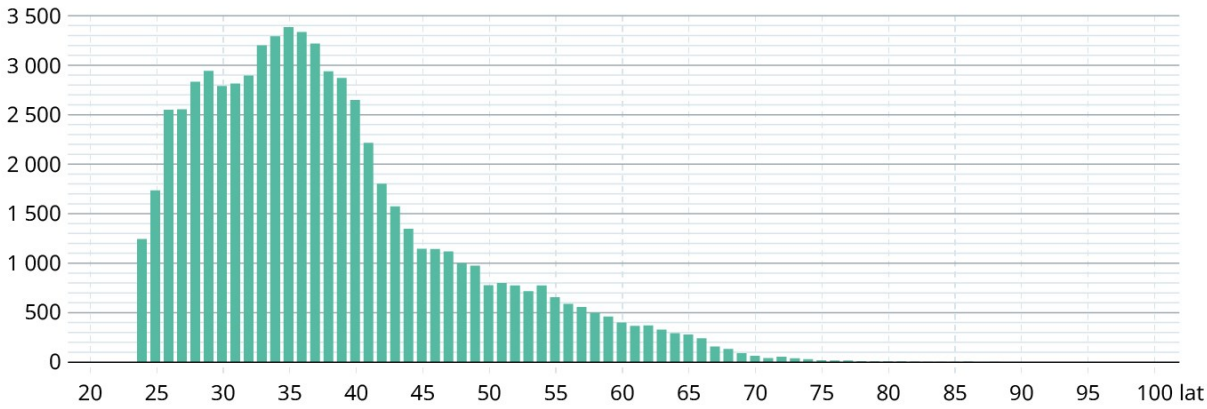
podkarpackie	4 724	228	38,3	98	2%
podlaskie	1 551	136,3	37	43	3%
pomorskie	3 467	146,9	37,6	121	3%
śląskie	8 791	203,5	38,4	302	3%
świętokrzyskie	2 570	219,9	38,7	67	3%
warmińsko-mazurskie	1 679	123,6	39,5	50	3%
wielkopolskie	6 357	182,3	37,5	206	3%
zachodniopomorskie	2 809	172,1	39,8	162	6%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Średni wiek pracujących fizjoterapeutów w RP wynosił 38,1 lat. Fizjoterapeuci w wieku od 25 do 35 lat stanowili 45% aktywnych zawodowo, co wskazuje na dużą reprezentację młodych fizjoterapeutów w polskim systemie ochrony zdrowia.

Fizjoterapeuci w wieku emerytalnym stanowili stosunkowo niewielką część całej grupy zawodowej. Największy odsetek fizjoterapeutów w wieku emerytalnym występował w województwach zachodniopomorskim (6%), lubuskim (6%) oraz kujawsko-pomorskim (5%). Najmniejszy odsetek fizjoterapeutów w wieku emerytalnym występował w województwach podkarpackim (2%), opolskim (3%) oraz świętokrzyskim (3%). Rozkładu wieku fizjoterapeutów pokazuje stosunkowo wysoki przyrost młodych fizjoterapeutów do 35. r.ż. oraz relatywnie niewielką liczbę fizjoterapeutów po 41. r.ż.

Rysunek 241. Rozkład wieku fizjoterapeutów w RP w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Kształcenie fizjoterapeutów

Liczba studentów na I semestrze studiów jednolitych magisterskich o kierunku fizjoterapia na przestrzeni lat 2019-2023 wzrosła o 33%.

Tabela 78. Liczba studentów narodowości polskiej na pierwszym semestrze kierunku fizjoterapia, studia jednolite magisterskie w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności

Rok	Liczba osób	Liczba osób w przeliczeniu na 100 tys. ludności
2023/2024	7 126	18,93
2022/2023	6 241	16,53
2021/2022	5 656	14,85
2020/2021	5 234	13,68
2019/2020	5 340	13,91

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POL-on

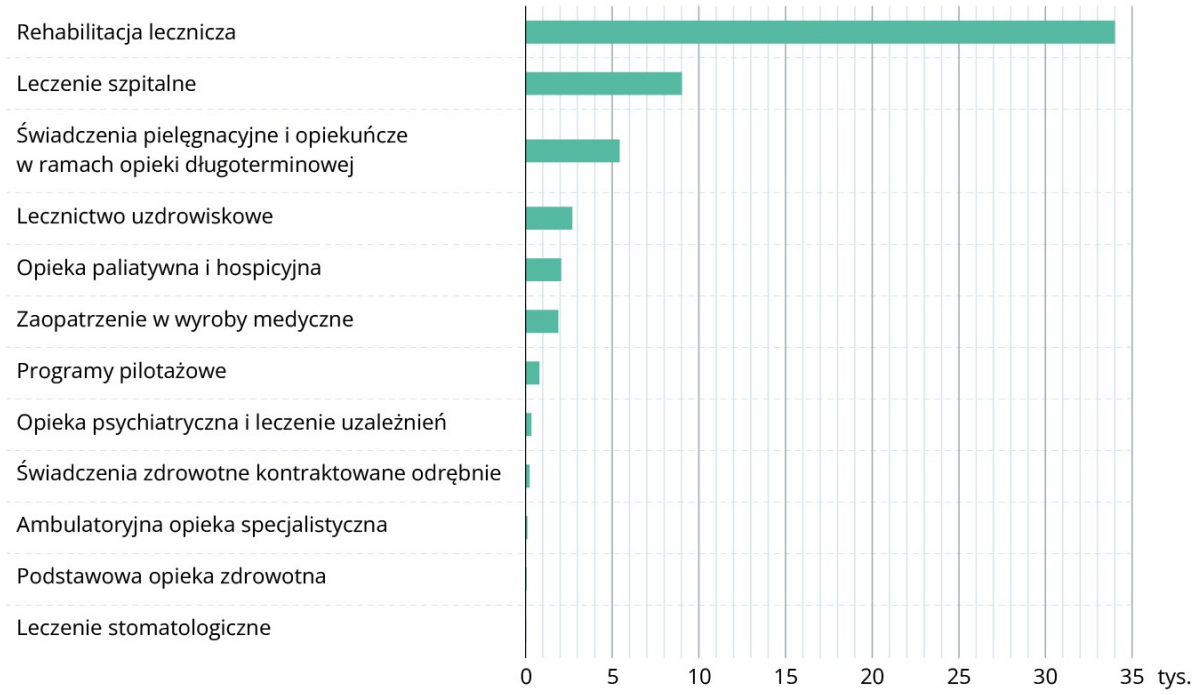
Zastępowalność pokoleniowa

Liczba fizjoterapeutów, którzy w 2030 r. osiągną wiek emerytalny wynosi 683. Zestawiając to z liczbą studentów na I semestrze studiów jednolitych magisterskich na kierunku fizjoterapia, którzy rozpoczęli studia w 2023 r. (7 130) oraz zakładając, że liczba studentów w przyszłych latach nie ulegnie zmianie, można przyjąć, że zapewniona zostaje wymenialność pokoleniowa.

Fizjoterapeuci udzielający świadczeń w ramach NFZ

Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r. wynosiła 44,7 tys. i stanowiła 65% wszystkich pracujących fizjoterapeutów w RP. Największa liczba fizjoterapeutów pracowała w ramach udzielania świadczeń rehabilitacji leczniczej (34,1 tys.), a na drugim miejscu znajdowały się świadczenia leczenia szpitalnego (9 tys.). Analizując liczbę fizjoterapeutów ze względu na typ komórki w jakiej pracowali, zdecydowana większość fizjoterapeutów znajdowała zatrudnienie w dziale (pracowni) fizjoterapii (26,3 tys.) oraz w zakładzie/ośrodku rehabilitacji leczniczej dziennej (7,1 tys.)

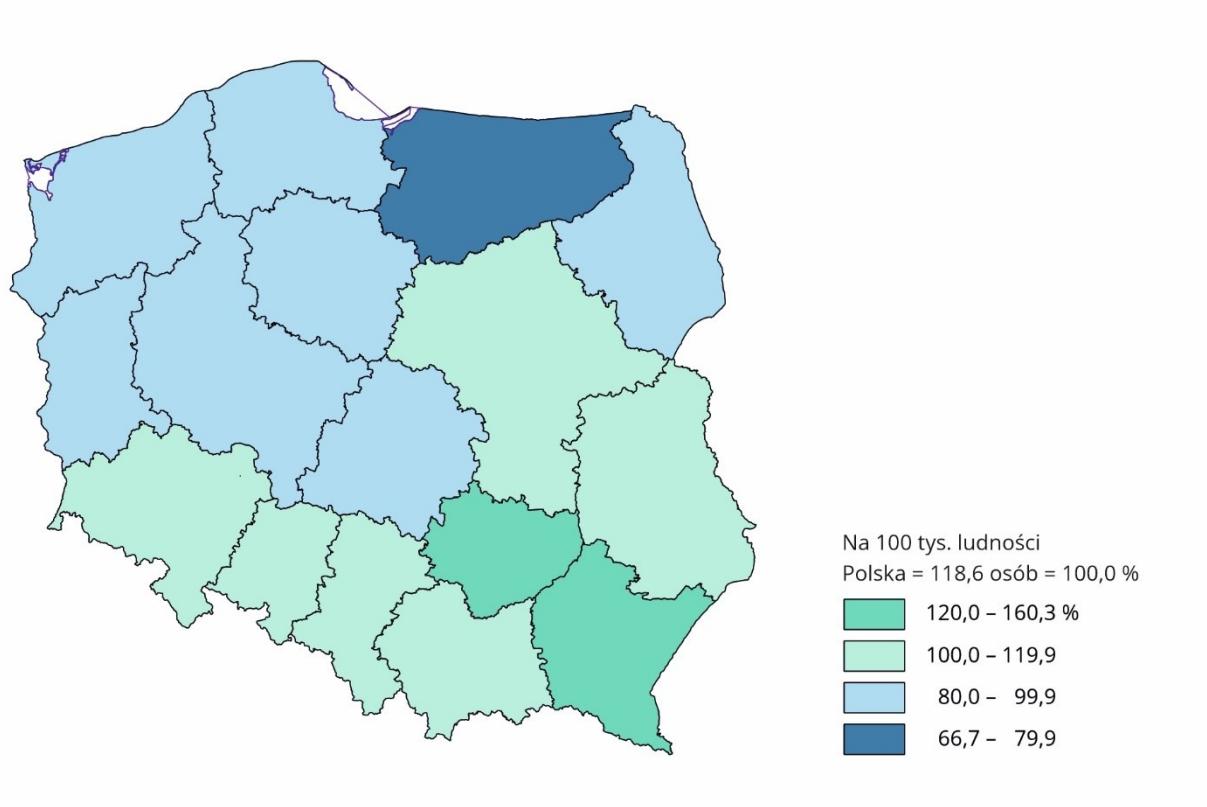
Rysunek 242. Liczba fizjoterapeutów w 2023 r. zatrudnionych według rodzaju świadczeń na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Liczba fizjoterapeutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była silnie zróżnicowana regionalnie. Największa liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności była w województwach podkarpackim (190,1), świętokrzyskim (168,7) oraz małopolskim (141,2), a najmniejsza w warmińsko-mazurskim (79,2), lubuskim (96,1) oraz wielkopolskim (99).

Rysunek 243. Fizjoterapeuci zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 79. Liczba fizjoterapeutów w 2023 r. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ

Województwo	Liczba fizjoterapeutów na 100 tys. ludności	Liczba fizjoterapeutów
dolnośląskie	127,1	3 659
kujawsko-pomorskie	117,4	2 344
lubelskie	129,9	2 612
lubuskie	96,1	937
łódzkie	103,7	2 450
małopolskie	141,2	4 842
mazowieckie	125,1	6 895
opolskie	136,8	1 281

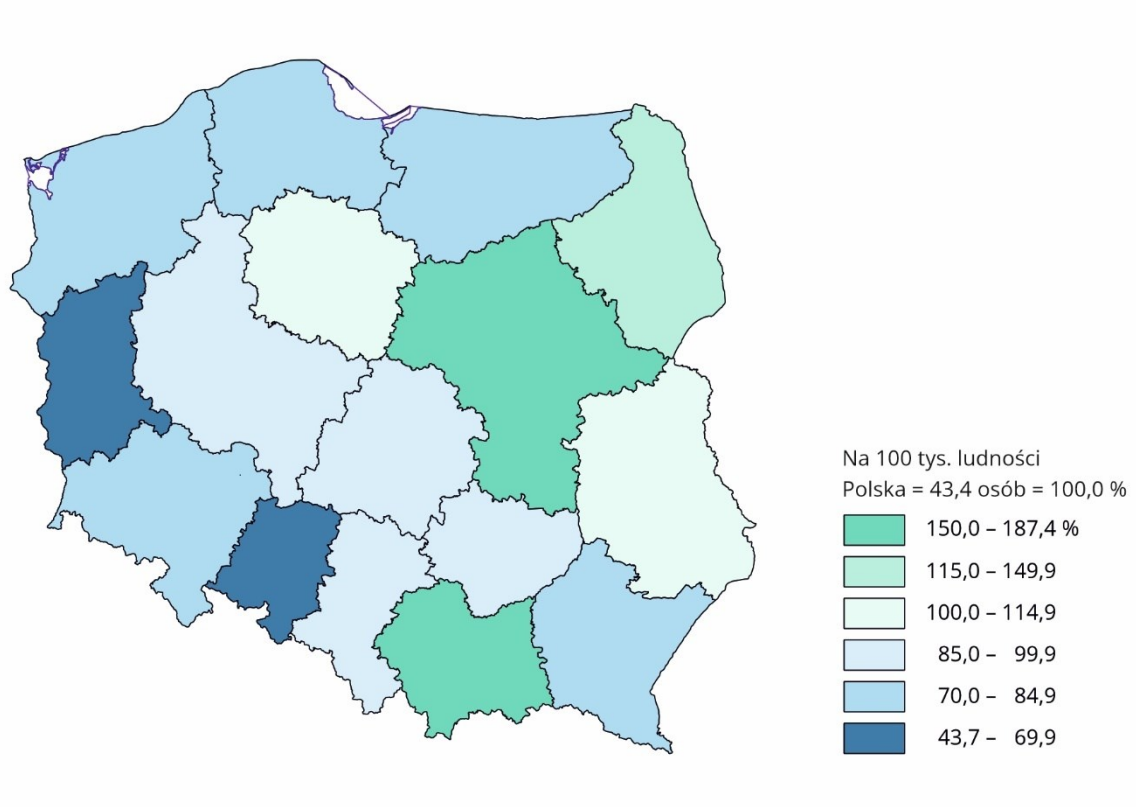
podkarpackie	190,1	3 939
podlaskie	100,9	1 148
pomorskie	102,9	2 427
śląskie	124	5 358
świętokrzyskie	168,7	1 971
warmińsko-mazurskie	79,2	1 075
wielkopolskie	99	3 453
zachodniopomorskie	101,1	1 649

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

12.6. Diagności laboratoryjni

Liczba pracujących diagnostów laboratoryjnych w 2023 r. wynosiła 16,3 tys. (43,4 diagnostów w przeliczeniu na 100 tys. ludności). Wskaźnik ten był zróżnicowany regionalnie. Województwa, w których miał największą wartość to małopolskie (81,3), mazowieckie (74,6) oraz podlaskie (61,9). Najmniej diagnostów laboratoryjnych na 100 tys. ludności przypadało w województwach lubuskim (19), opolskim (22,3) oraz warmińsko-mazurskim (30,8). W województwie małopolskim było o 328% więcej diagnostów laboratoryjnych niż w województwie lubuskim w przeliczeniu na 100 tys. ludności.

Rysunek 244. Diagności laboratoryjni ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 80. Liczba diagnostów laboratoryjnych w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności, średni wiek oraz liczba diagnostów laboratoryjnych wieku emerytalnym w podziale na województwa w 2023 r.

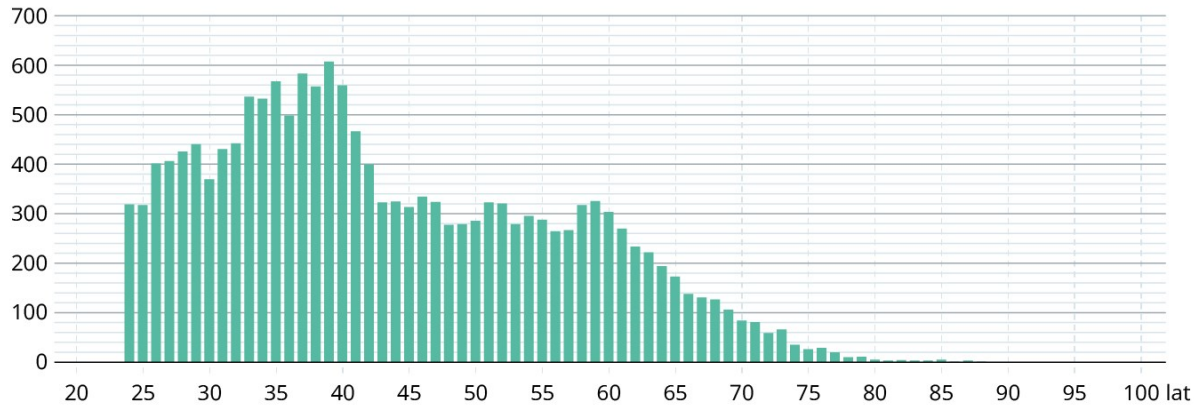
Województwo	Liczba diagnostów laboratoryjnych	Liczba diagnostów laboratoryjnych na 100 tys. ludności	Średni wiek diagnosty laboratoryjnego	Liczba diagnostów laboratoryjnych w wieku em.	Udział diagnostów laboratoryjnych w wieku em. [%]
dolnośląskie	1 025	35,6	46,2	210	20%
kujawsko-pomorskie	887	44,4	42,1	96	11%
lubelskie	984	48,9	45,4	125	13%
lubuskie	185	19	46,7	40	22%
łódzkie	968	41	45,5	175	18%
małopolskie	2 790	81,3	42,8	346	12%
mazowieckie	4 111	74,6	44,1	515	13%

opolskie	209	22,3	45,6	25	12%
podlaskie	704	61,9	42,4	88	13%
podkarpackie	678	32,7	44,5	82	12%
pomorskie	833	35,3	42,7	83	10%
śląskie	1 691	39,1	43,9	230	14%
świętokrzyskie	462	39,5	46,1	63	14%
warmińsko-mazurskie	418	30,8	46	69	17%
wielkopolskie	1 375	39,4	44,7	202	15%
zachodniopomorskie	587	36	43,9	74	13%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Średni wiek pracujących diagnostów laboratoryjnych w RP wynosił 44,1 lat. Diagności laboratoryjni w wieku emerytalnym stanowili 14%. Największy udział diagnostów laboratoryjnych w wieku emerytalnym występował w województwach lubuskim (22%), dolnośląskim (20%) oraz łódzkim (18%), a najmniejszy w pomorskim (10%), kujawsko-pomorskim (11%) oraz opolskim (12%). Rozkładu wieku pokazuje stosunkowo wysoki udział diagnostów laboratoryjnych ok. 40. r.ż. oraz relatywnie niewielki udział po 60. r.ż.

Rysunek 245. Rozkład wieku diagnostów laboratoryjnych w RP w 2023 r.

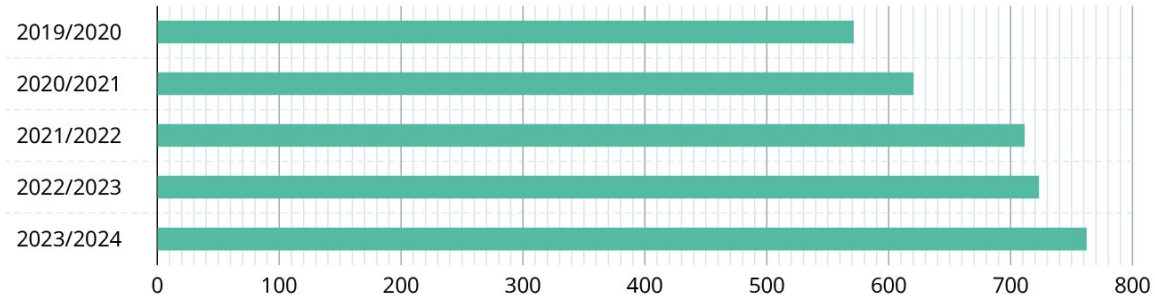


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Kształcenie diagnostów laboratoryjnych

Liczba studentów I roku na kierunku analityka medyczna w latach 2019-2023 systematycznie rosła.

Rysunek 246. Liczba studentów I semestru w latach akademickich 2019/2020 - 2023/2024 na kierunku analityka medyczna narodowości polskiej



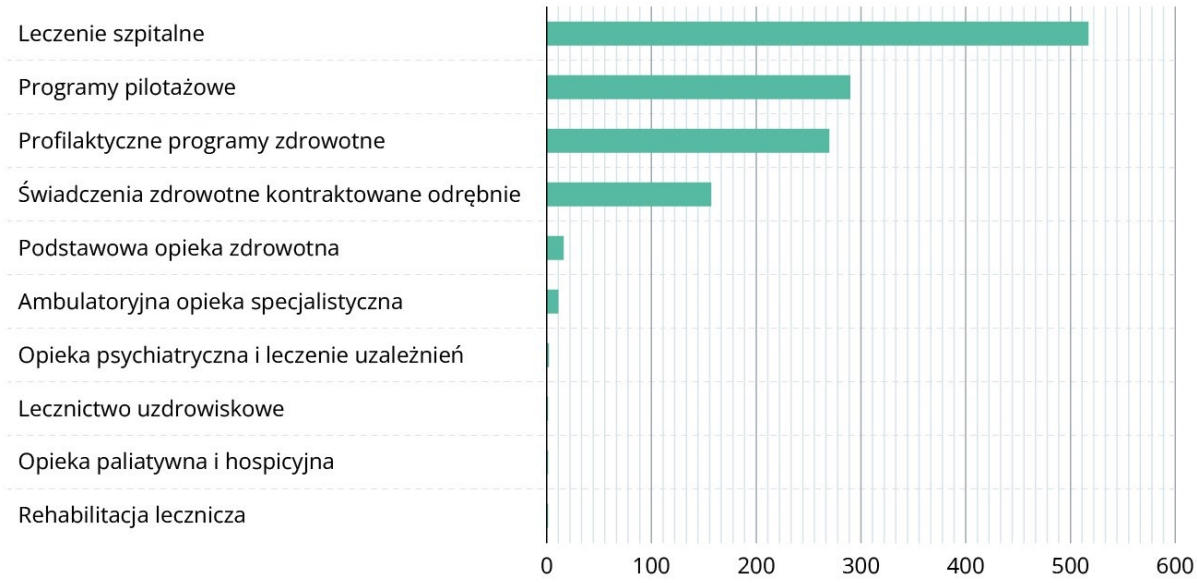
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POL-on

Liczba diagnostów laboratoryjnych, którzy w 2030 r. osiągną wiek emerytalny wynosi 281. Zestawiając to z liczbą studentów na I semestrze studiów jednolitych magisterskich kierunku analityka medyczna, którzy rozpoczeli studia w 2023 r. (762) oraz zakładając, że liczba studentów w przyszłych latach nie ulegnie zmianie, można przyjąć, że zapewniona zostanie wymienialność pokoleniowa.

Diagności laboratoryjni pracujący na podstawie umowy z NFZ

Liczba diagnostów laboratoryjnych zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r. wynosiła 1,1 tys. i stanowiła 6,8% wszystkich diagnostów laboratoryjnych pracujących w RP ogółem. Największa liczba diagnostów laboratoryjnych pracowała w ramach leczenia szpitalnego (514), na drugim miejscu znajdowały się programy pilotażowe (288) oraz profilaktyczne programy zdrowotne (268). Analizując liczbę diagnostów laboratoryjnych ze względu na typ komórki w jakiej pracowali, duża część (34%) zatrudniona była w medycznym laboratorium diagnostycznym (376) oraz w punkcie pobrań materiałów do badań (147).

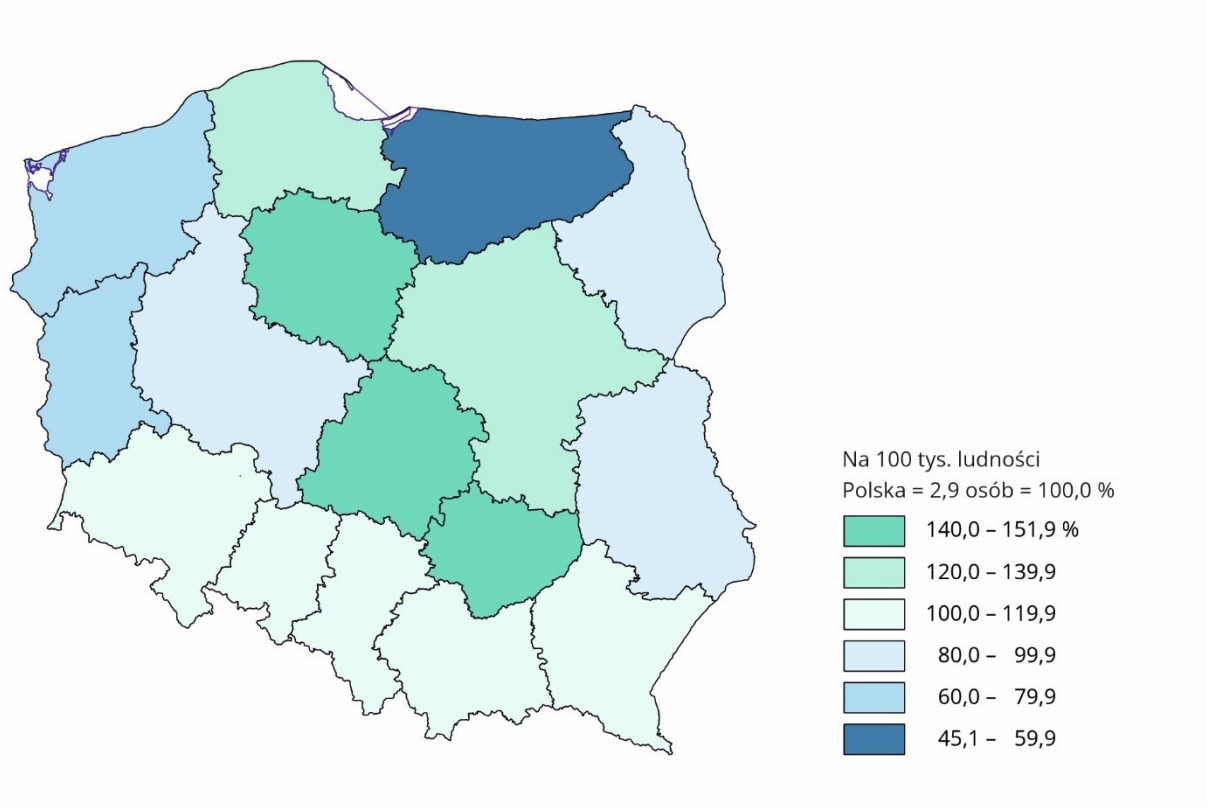
Rysunek 247. Liczba diagnostów laboratoryjnych w 2023 r. zatrudnionych według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Liczba diagnostów laboratoryjnych zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była silnie zróżnicowana regionalnie. Największa liczba diagnostów laboratoryjnych na 100 tys. ludności była w województwach kujawsko-pomorskim (4,5), łódzkim (4,3) oraz świętokrzyskim (4,3), a najmniejsza w warmińsko-mazurskim (1,3), lubuskim (2,1) oraz zachodniopomorskim (2,2).

Rysunek 248. Diagności laboratoryjni zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 81. Liczba diagnostów laboratoryjnych w 2023 r., zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ

Województwo	Liczba diagnostów laboratoryjnych na 100 tys. ludności	Liczba diagnostów laboratoryjnych
dolnośląskie	3,4	99
kujawsko-pomorskie	4,5	89
lubelskie	2,8	56
lubuskie	2,1	20
łódzkie	4,3	102
małopolskie	3	104
mazowieckie	3,5	195
opolskie	3	28

podkarpackie	3,4	70
podlaskie	2,7	31
pomorskie	3,8	89
śląskie	3	130
świętokrzyskie	4,3	50
warmińsko-mazurskie	1,3	18
wielkopolskie	2,6	90
zachodniopomorskie	2,2	36

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

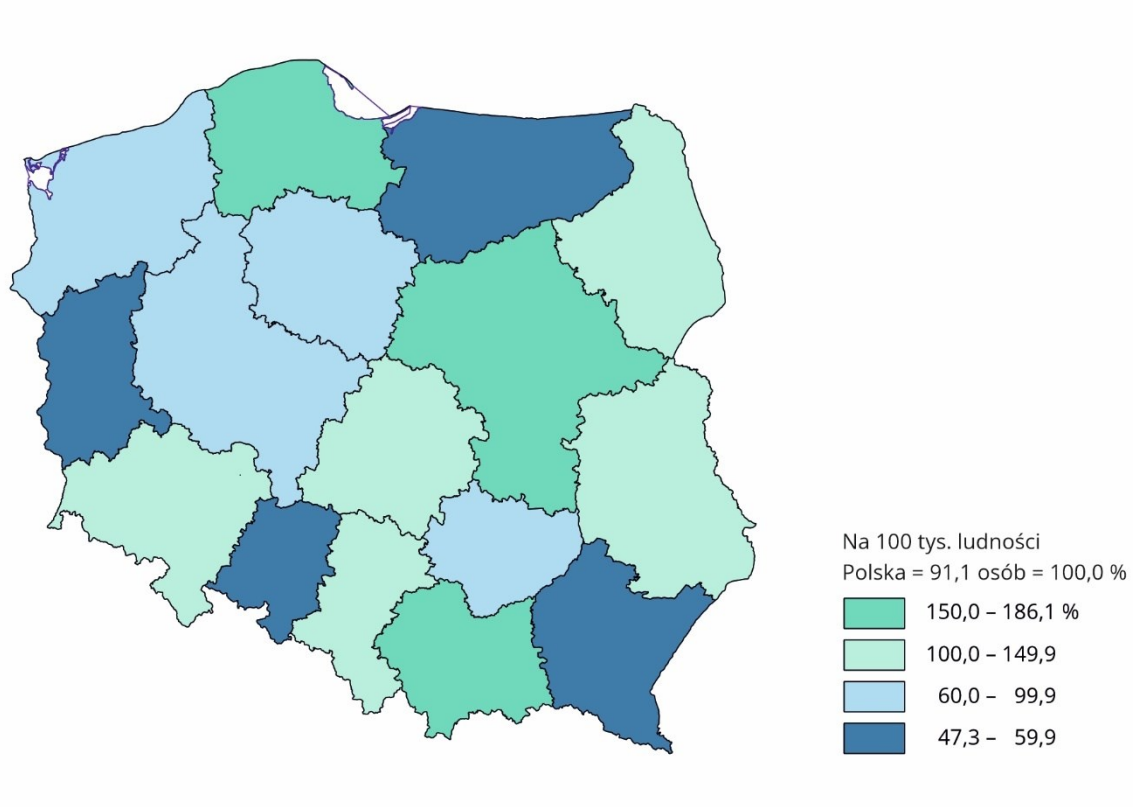
12.7. Farmaceuci

Liczba wszystkich farmaceutów pracujących w 2023 r. wynosiła 34,3 tys. (91,1 farmaceutów na 100 tys. ludności). Wskaźnik ten był zróżnicowany regionalnie. Województwa, w których miał największą wartość, to mazowieckie (169,7), małopolskie (155,9) oraz pomorskie (149,3). Z kolei najmniej przypadało w województwach lubuskim (43,1), warmińsko-mazurskim (43,1) oraz opolskim (51,7). Wskaźnik ten w województwie mazowieckim był o 294% wyższy niż w województwie lubuskim.

Powyższe dane nie pokrywają się ze statystykami międzynarodowymi, co prawdopodobnie wynika z różnic metodologicznych, utrudniając obiektywne porównania. Według Eurostatu i OECD, w RP w 2022 r. było 28,5 tys. farmaceutów tj. 77,3 farmaceutów na 100 tys. ludności i plasuje nas mniej więcej w połowie stawki europejskiej.

Porównując kraje na tle międzynarodowym należy mieć na uwadze, że metodyki obliczeń stosowane przez poszczególne kraje mogą się różnić. Definicje poszczególnych zawodów medycznych, zakres ich kompetencji, a także jakość danych do analiz jest specyficzna dla każdego kraju. Systemy ochrony zdrowia również nie są jednolite, a oddziaływanie poszczególnych elementów między sobą zależne jest od wielu aspektów.

Rysunek 249. Farmaceuci ogółem w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Tabela 82. Liczba farmaceutów w wartościach bezwzględnych oraz na 100 tys. ludności, średni wiek oraz liczba farmaceutów wieku emerytalnym w podziale na województwa w 2023 r.

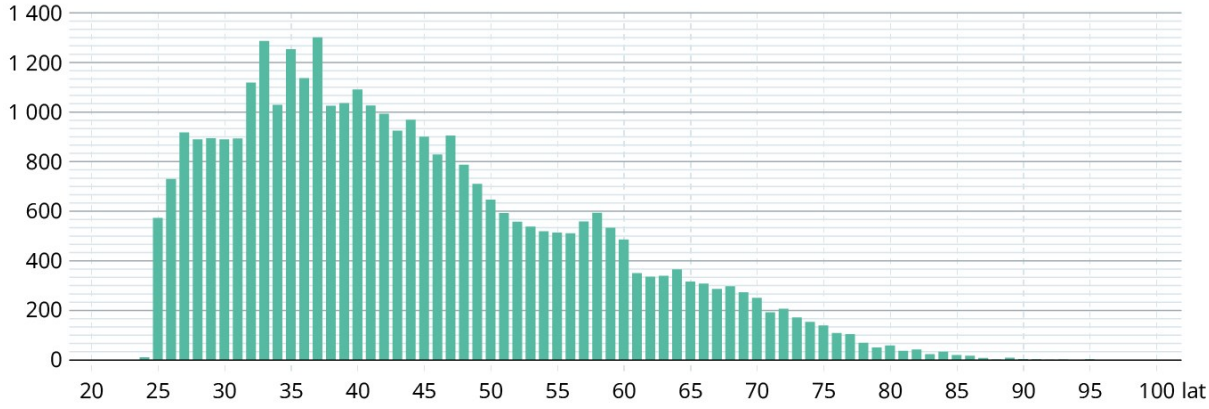
Województwo	Liczba farmaceutów	Liczba farmaceutów na 100 tys. ludności	Średni wiek farmaceuty	Liczba farmaceutów wieku em.	Udział farmaceutów w wieku em. [%]
dolnośląskie	3 193	110,9	43,4	451	14%
kujawsko-pomorskie	1 480	74,1	42,4	197	13%
lubelskie	2 343	116,5	45,1	403	17%
lubuskie	420	43,1	46,8	92	22%
łódzkie	3 074	130,1	43	393	13%
małopolskie	5 346	155,9	40,3	439	8%
mazowieckie	9 349	169,7	41,9	965	10%
opolskie	484	51,7	46,6	117	24%

podkarpackie	1 113	53,7	45,5	186	17%
podlaskie	1 185	104,1	41,7	96	8%
pomorskie	3 524	149,3	41	334	9%
śląskie	5 263	121,8	42,4	621	12%
świętokrzyskie	756	64,7	44,8	114	15%
warmińsko-mazurskie	585	43,1	47,9	118	20%
wielkopolskie	3 169	90,9	43	400	13%
zachodniopomorskie	1 147	70,3	42,5	166	14%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Średni wiek pracujących farmaceutów w RP wynosił 42,6 lat. Farmaceuci w wieku emerytalnym stanowili 14%. Największy udział farmaceutów w wieku emerytalnym występował w województwach opolskim (24%), lubuskim (22%) oraz warmińsko-mazurskim (20%), a najmniejszy w podlaskim (8%), małopolskim (8%) oraz pomorskim (9%). Rozkładu wieku farmaceutów pokazuje stosunkowo wysoki udział farmaceutów w przedziale wieku 32-45 oraz relatywnie niewielką liczbę farmaceutów po 60. r.ż.

Rysunek 250. Rozkład wieku farmaceutów w RP w 2023 r.

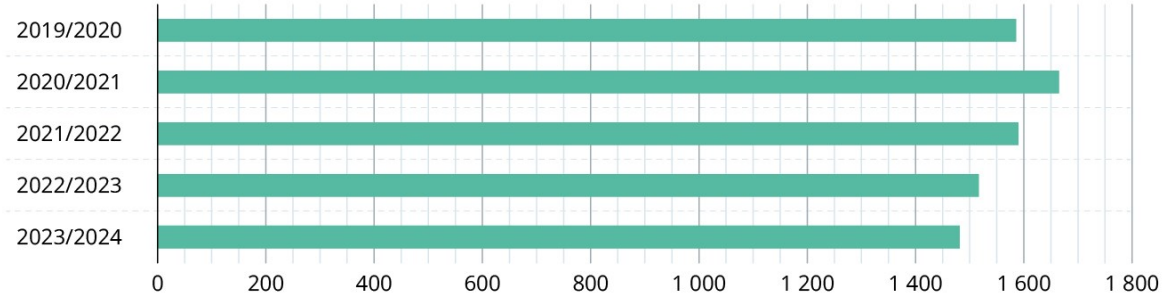


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych CWPM, NFZ, GUS

Kształcenie farmaceutów

Na przestrzeni ostatnich 4 lat liczba studentów I roku na kierunku farmacja odnotowuje tendencję spadkową.

Rysunek 251. Liczba studentów I semestru w latach akademickich 2019/2020 - 2023/2024 na kierunku farmacja narodowości polskiej



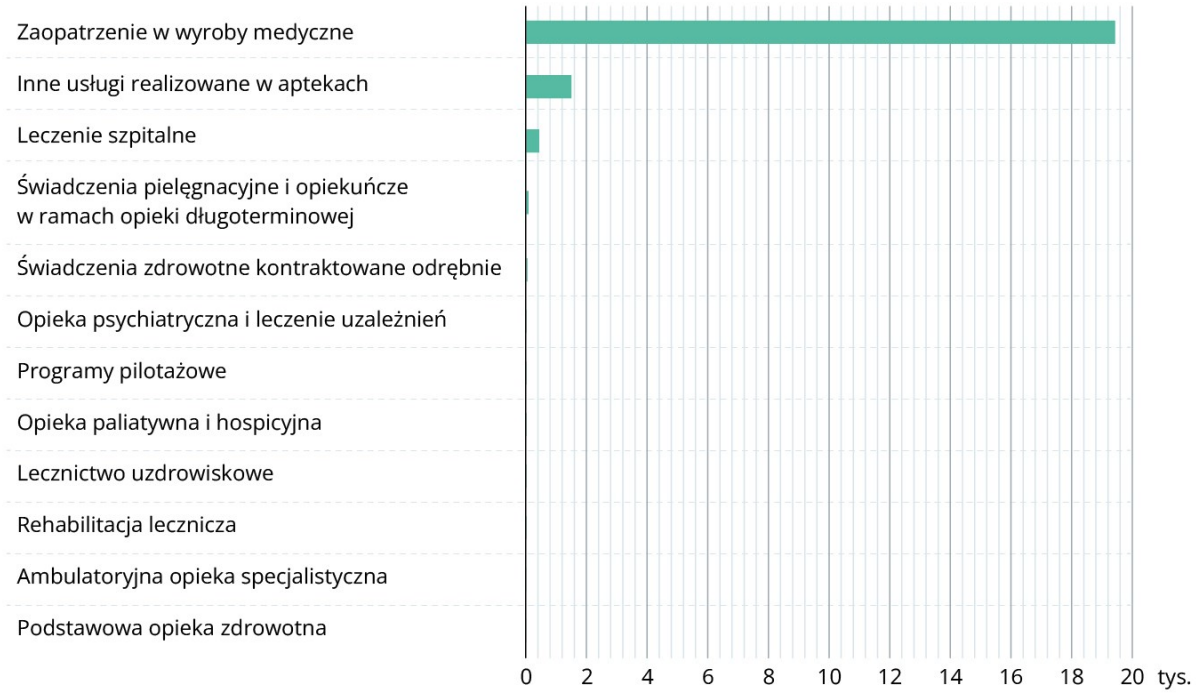
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych POL-on

Liczba farmaceutów, którzy w 2030 r. osiągną wiek emerytalny, wynosi 518. Zestawiając to z liczbą studentów na I semestrze studiów jednolitych magisterskich na kierunku farmacja, którzy rozpoczęli studia w 2023 r. (1 479) oraz zakładając, że liczba studentów w przyszłych latach nie ulegnie zmianie, można przyjąć, że zapewniona zostanie wymenialność pokoleniowa.

Farmaceuci pracujący na podstawie umowy z NFZ

Liczba farmaceutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r. wynosiła 20,6 tys. i stanowiła 60% wszystkich farmaceutów pracujących w RP ogółem. Największa liczba farmaceutów pracowała w ramach zaopatrzenia w wyroby medyczne (19,8 tys.), na drugim miejscu znajdowały się inne usługi realizowane w aptekach (1,5 tys.). Analizując liczbę farmaceutów ze względu na typ komórki w jakiej pracowali, zdecydowana większość farmaceutów znajdowała zatrudnienie w realizacji zaopatrzenia w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi lub środkami pomocniczymi (17,7 tys.) oraz w pracowni lub punkcie zaopatrzenia w środki pomocnicze (1,7 tys.)

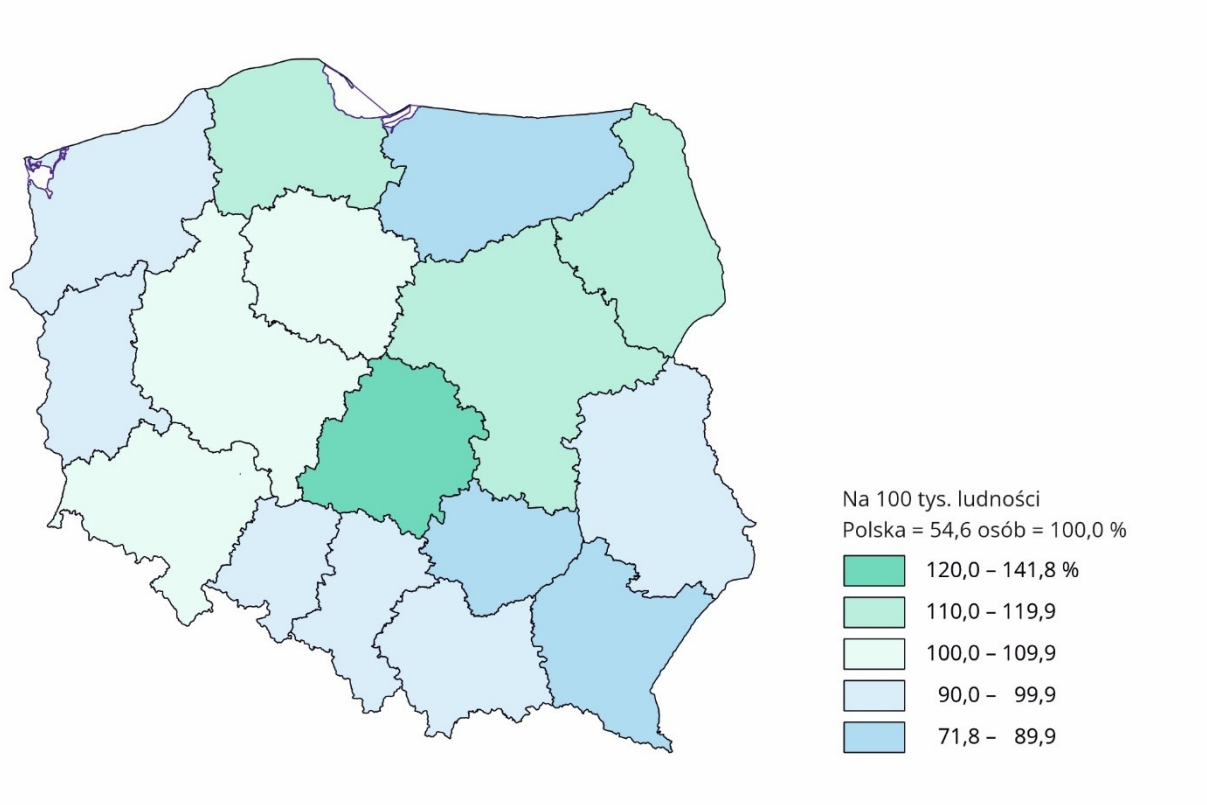
Rysunek 252. Liczba farmaceutów w 2023 r. zatrudnionych według rodzaju świadczeń, na jakie została podpisana umowa



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ

Liczba farmaceutów zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ była silnie zróżnicowana regionalnie. Największa liczba farmaceutów na 100 tys. ludności była w województwach łódzkim (77,5), podlaskim (65,2) oraz mazowieckim (60,8), a najmniejsza w warmińsko-mazurskim (39,3), podkarpackim (43,4) oraz świętokrzyskim (46).

Rysunek 253. Farmaceuci zatrudnieni w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, GUS

Tabela 83. Liczba farmaceutów w 2023 r. zatrudnionych w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ

Województwo	Liczba farmaceutów na 100 tys. ludności	Liczba farmaceutów
dolnośląskie	59,6	1 717
kujawsko-pomorskie	59,2	1 182
lubelskie	53,5	1 075
lubuskie	51,1	498
łódzkie	77,5	1 830
małopolskie	49,7	1 703
mazowieckie	60,8	3 351
opolskie	53	496
podkarpackie	43,4	900

podlaskie	65,2	742
pomorskie	60,5	1 428
śląskie	51,5	2 223
świętokrzyskie	46	537
warmińsko-mazurskie	39,3	533
wielkopolskie	58	2 023
zachodniopomorskie	51,6	842

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i GUS

12.8. Podsumowanie

Dyskusja publiczna często koncentruje się na liczebności kadry medycznej, podczas gdy na ten obszar trzeba patrzeć szerzej i bardziej kompleksowo. Należy mieć na uwadze, że dokładne oszacowanie zapotrzebowania na kadrę medyczną zależy od wielu czynników, które mają wpływ na wynik tej analizy. Wśród najistotniejszych z nich wymienia się:

1) kompetencje i uprawnienia kadry medycznej,
2) rozmieszczenie kadry medycznej w regionach biorąc pod uwagę potrzeby społeczeństwa,
3) czas pracy i jego optymalizacja (poziom biurokracji, kwestia zatrudnienia asystentów medycznych, rozwój systemów informatycznych),
4) analizy dziedzinowe oraz możliwość zastępowania wybranych specjalistów przez dziedziny pokrewne,
5) dostępność miejsc szkoleniowych w regionach oraz zainteresowanie daną specjalizacją.

Kluczowe są także inne czynniki niż te wymienione powyżej np. związane z epidemiologią czy organizacją systemu ochrony zdrowia.

Temat jest niezwykle istotny, bo brak wystarczających zasobów w obszarze kadry medycznej utrudnia zaspokojenie potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

12.9. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Analizowana kadra medyczna charakteryzuje się stosunkowo wysokim średnim wiekiem w grupie lekarzy oraz pielęgniarek, wśród których średni wiek wynosił 50 lat. Wartości te świadczą o znacznej grupie osób, która osiągnęła już wiek emerytalny lub osiągnie go w przeciągu kilkunastu lat. W ostatnich latach sytuacja pielęgniarek w RP ulega poprawie, ale nadal stanowi istotne wyzwanie polityki kadrowej. W ostatnich latach wzrosła liczba

studentów pielęgniarstwa, więc luka między wchodzącymi na rynek pracy a osiągającymi wiek emerytalny jest coraz mniejsza.

W RP nastąpi wzrost liczby lekarzy ogółem, co jest głównie efektem intensyfikacji kształcenia. Problemy mogą pojawić się w wybranych dziedzinach medycyny i pewnych regionach RP. W specjalizacjach z zakresu m.in. chorób wewnętrznych, chorób płuc i chirurgii ogólnej liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższa liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego. W przypadku np. medycyny rodzinnej, radiologii i diagnostyki obrazowej, kardiologii czy okulistyki sytuacja przedstawia się korzystnie.

Liczba kadry medycznej na 100 tys. ludności różni się pomiędzy województwami w każdym z analizowanych zawodów. W kontekście rozwoju kształcenia kluczowe jest również zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia przyszłej kadry medycznej poprzez m.in. kontrolę odpowiednich standardów kształcenia.

Wskaźnik zatrudnienia kadry medycznej w jednostkach ochrony zdrowia posiadających kontrakt z NFZ jest zróżnicowany w zależności od grupy zawodowej. Najniższe wartości odnotowano wśród diagnostów laboratoryjnych (6,8% pracujących diagnostów laboratoryjnych) oraz lekarzy dentystów (37% lekarzy dentystów aktywnych zawodowo). W grupie pielęgniarek oraz położnych wskaźnik ten wynosił odpowiednio 86% i 83%. Lekarze zatrudnieni w jednostkach posiadających kontrakt z NFZ stanowili 87%, jednak przy bardziej szczegółowej analizie wartości te są bardziej zróżnicowane biorąc pod uwagę poszczególne specjalizacje i regiony.

12.10. Rekomendowane kierunki działań

→ W MZ realizowany jest szereg działań mających na celu wzmocnienie potencjału kadrowego w systemie ochrony zdrowia m.in. wzrost wynagrodzeń, w tym wyższe wynagrodzenia dla lekarzy odbywających szkolenia specjalizacyjne w dziedzinach priorytetowych czy zwiększenie liczby miejsc na kierunkach medycznych. Usprawniono zarówno proces kształcenia przeddyplomowego jak i podyplomowego, dzięki czemu nastąpił dynamiczny wzrost kształcenia kadry medycznej. Działania te należy kontynuować.

→ Zapewnienie optymalnej liczby kadry medycznej oraz zaspokojenie kluczowych potrzeb kadrowych poprzez:

- wyznaczanie miejsc specjalizacyjnych i przyznawanie akredytacji biorąc pod uwagę deficytowe regiony i dziedziny z uwzględnieniem epidemiologii, demografii i regionalnych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Pod uwagę należy brać rekomendowane wskaźniki (np. rekomendacje europejskich towarzystw, średnie krajowe);
- prowadzenie aktywnej polityki w celu zwiększenia liczby pracujących pielęgniarek, w szczególności w regionach deficytowych. Zachęcanie młodych osób do studiowania pielęgniarstwa oraz podjęcie działań mających na celu powrót do wykonywania zawodu pielęgniarki osób, które z niego zrezygnowały;

- dostosowanie liczby miejsc na odpowiednich kierunkach studiów, w szczególności w regionach, gdzie liczba personelu medycznego znacznie odbiega od rekomendowanych wskaźników. Pod uwagę należy brać możliwości dydaktyczne uczelni już funkcjonujących w regionie. Należy jednocześnie mieć na uwadze zapewnienie odpowiedniej jakości kształcenia poprzez kontrolę standardów kształcenia, co w dalszej perspektywie przełoży się na jakość opieki zdrowotnej oferowanej pacjentom.

→ Poprawa wydajności pracy kadry medycznej osiągnięta przez:

- zmiany w zakresie obowiązków, które pozwolą na przekazanie części zadań personelu medycznego np. lekarzy pielęgniarkom, asystentom czy opiekunom medycznym;
- przekazanie niektórych zadań lekarzy z zakresu opieki nad osobami przewlekle chorymi farmaceutom poprzez stworzenie kompleksowego systemu opieki farmaceutycznej oraz wzrost roli farmaceutów w leczeniu chorych;
- dodanie możliwości certyfikacji poszczególnych umiejętności pomimo braku posiadania tytułu w danej dziedzinie;
- zapewnienie narzędzi usprawniających pracę lekarzy: sprzętu, aplikacji przyspieszających proces stawiania diagnozy, obliczania dawek leków i okresu przyjmowania ich przez pacjenta oraz aplikacji zwiększających poziom współpracy między lekarzami różnych specjalizacji zaangażowanych w proces leczenia jednego pacjenta, szersze uwzględnienie automatyzacji i telemedycyny w programach kształcenia lekarzy.

→ Tworzenie zachęt do pracy personelu medycznego w regionach, w których zidentyfikowano istotne deficyty w tym zakresie.

13. Sprzęt medyczny

Zasoby sprzętowe stanowią ważny element zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych w kraju. Sprzęty o szczególnym znaczeniu zostały wymienione w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2012 r. w sprawie wykazu wyrobów medycznych o szczególnym znaczeniu dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych oraz zakresu informacji o tych wyrobach (Dz. U. 2012 poz. 895) i stanowią one priorytet dla przeprowadzanych analiz. W szczególności zwrócono uwagę na akceleratory liniowe, angiografy, aparaty do brachyterapii, aparaty ECMO, gammakamery, mammografy, aparaty PET, rezonanse magnetyczne, RTG, tomografy komputerowe oraz USG. Wszystkie wymienione sprzęty (z wyjątkiem ECMO, który jest specjalistycznym sprzętem służącym do pozaustrojowego utlenowania krwi pozwalającym zastąpić przez pewien czas pracę płuc lub serca) mają szerokie zastosowanie w radiologii i diagnostyce obrazowej oraz w radioterapii.

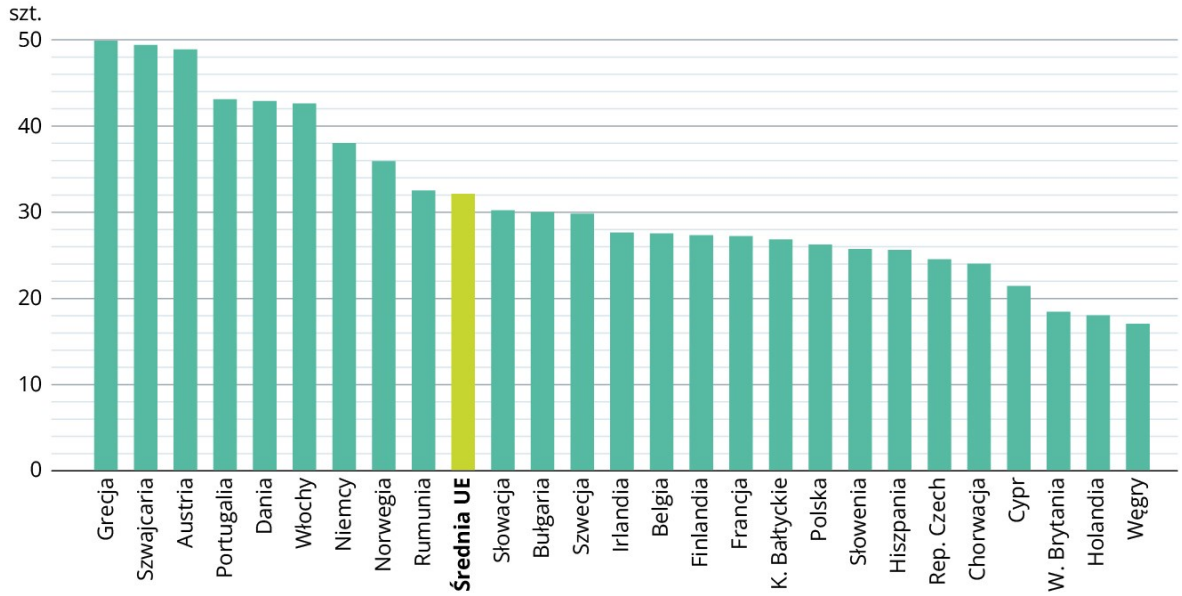
Największym wyzwaniem, które wiąże się z każdą nową inwestycją w sprzęt medyczny, jest zapewnienie efektywnej alokacji zasobów w taki sposób, aby te inwestycje były jak najbardziej optymalne z punktu widzenia całego społeczeństwa (czyli dążyły do maksymalizacji wykorzystania jednocześnie ograniczając zróżnicowanie w dostępie do świadczeń na terenie całego kraju). Sprzęt medyczny jest jednym z elementów składających się na kompleksową opiekę medyczną, a do jego efektywnego wykorzystywania niezbędna jest odpowiednio wykwalifikowana kadra.

Porównanie międzynarodowe

Zgodnie z raportem COCIR[214] pt. *Medical Imaging Equipment Age Profile & Density* z 2023 r. RP znajdowała się poniżej średniej dla wybranych krajów europejskich w kategorii gęstości posiadanych tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych, angiografów oraz aparatów PET. Dla tomografów komputerowych oraz angiografów RP znajduje się na 18. oraz 17. miejscu wśród analizowanych krajów. Zdecydowanie gorzej sytuacja wygląda dla rezonansów magnetycznych oraz aparatów PET – w tych przypadkach nasz kraj znajduje się odpowiednio na 19. oraz 22. miejscu.

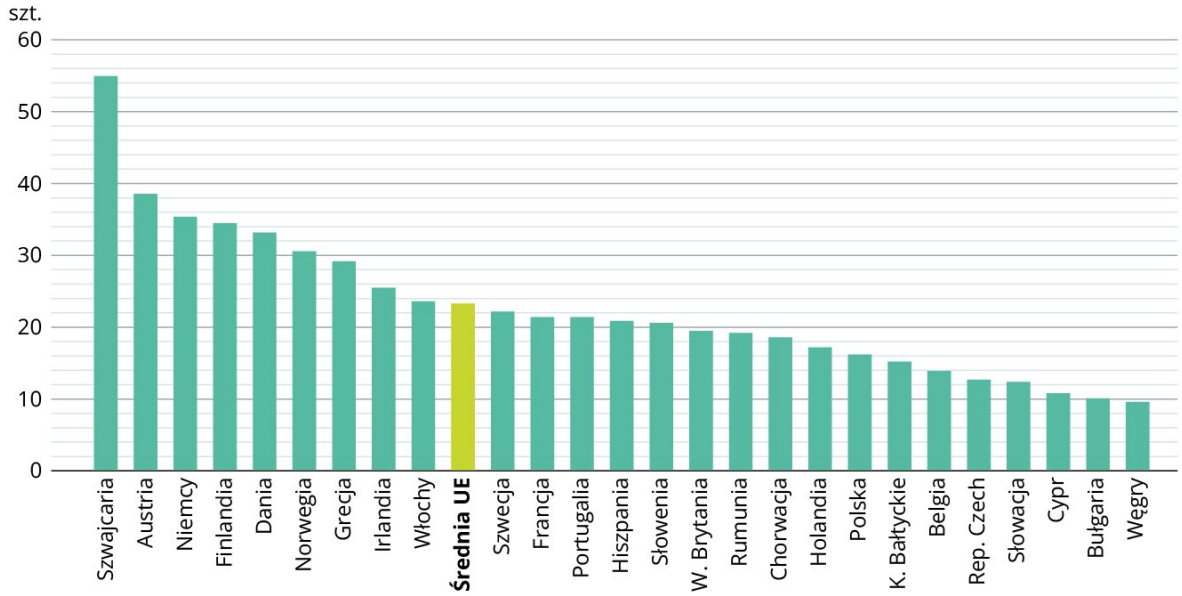
[214] https://www.cocir.org/latest-news/publications/article/cocir-medical-imaging-equipment-age-profile-density-2023-edition, dostęp w dniu 10.02.2025 r.

Rysunek 254. Gęstość rozmieszczenia tomografów komputerowych na 1 mln ludności



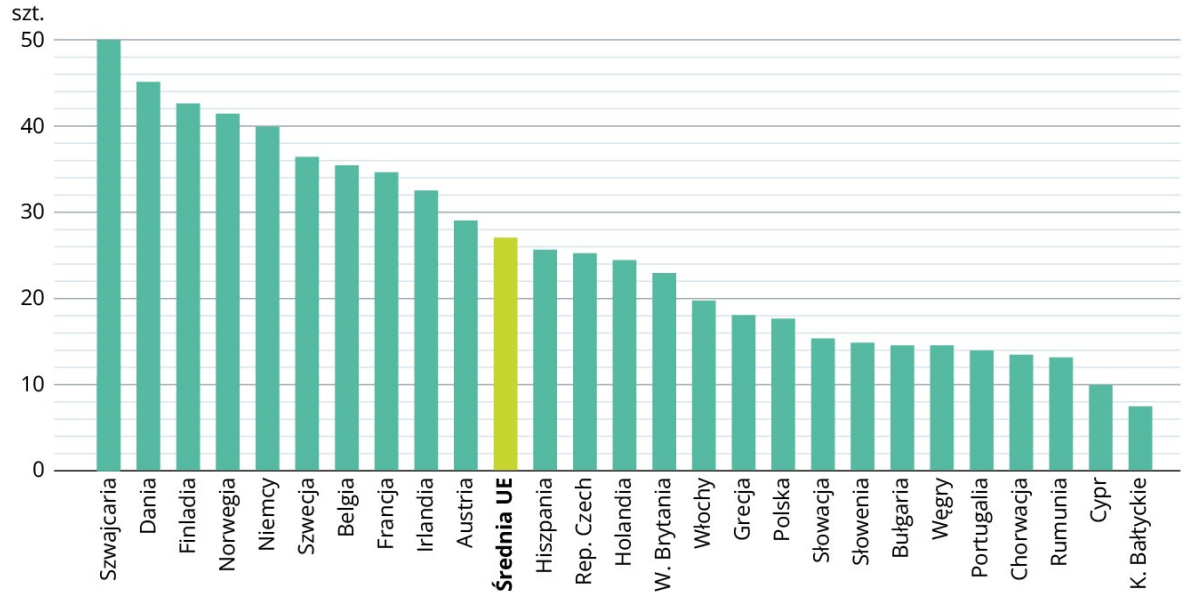
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 255. Gęstość rozmieszczenia rezonansów magnetycznych na 1 mln ludności



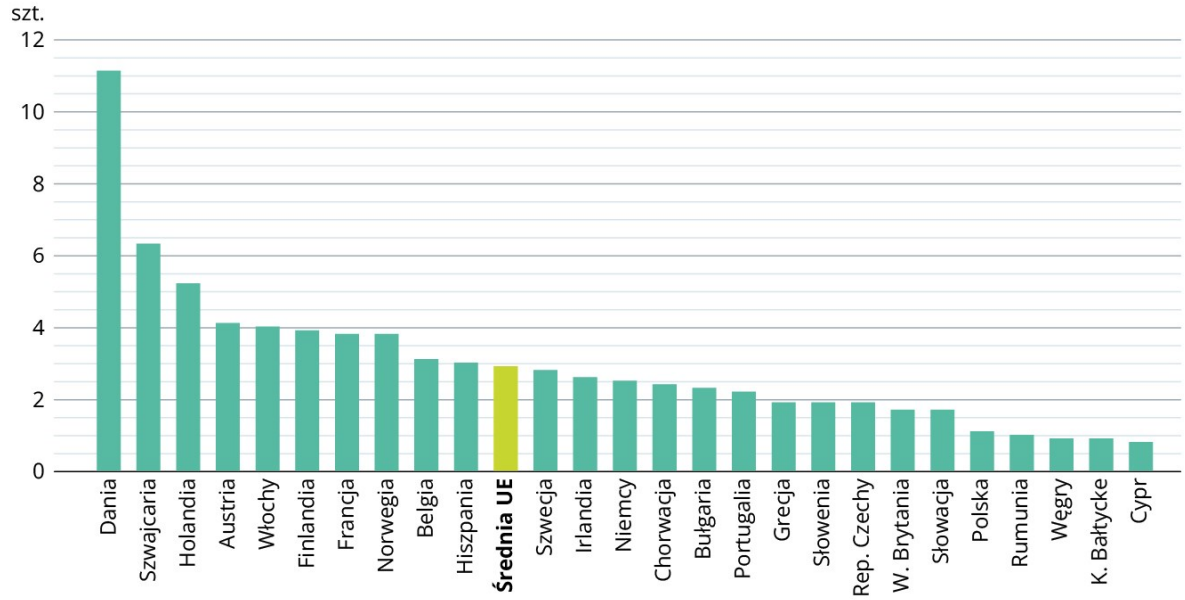
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 256. Gęstość rozmieszczenia angiografów na 1 mln ludności



Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 257. Gęstość rozmieszczenia aparatów PET na 1 mln ludności



Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Drugą ważną kwestią, którą należy uwzględnić przy analizie stanu infrastruktury sprzętowej, jest rozkład wieku. Według COCIR należy dążyć do spełnienia następujących "złotych reguł" ("*COCIR Golden Rules*"):

1) co najmniej 60% posiadanej bazy sprzętów powinna być w wieku do 5 lat (sprzęt "młody"),

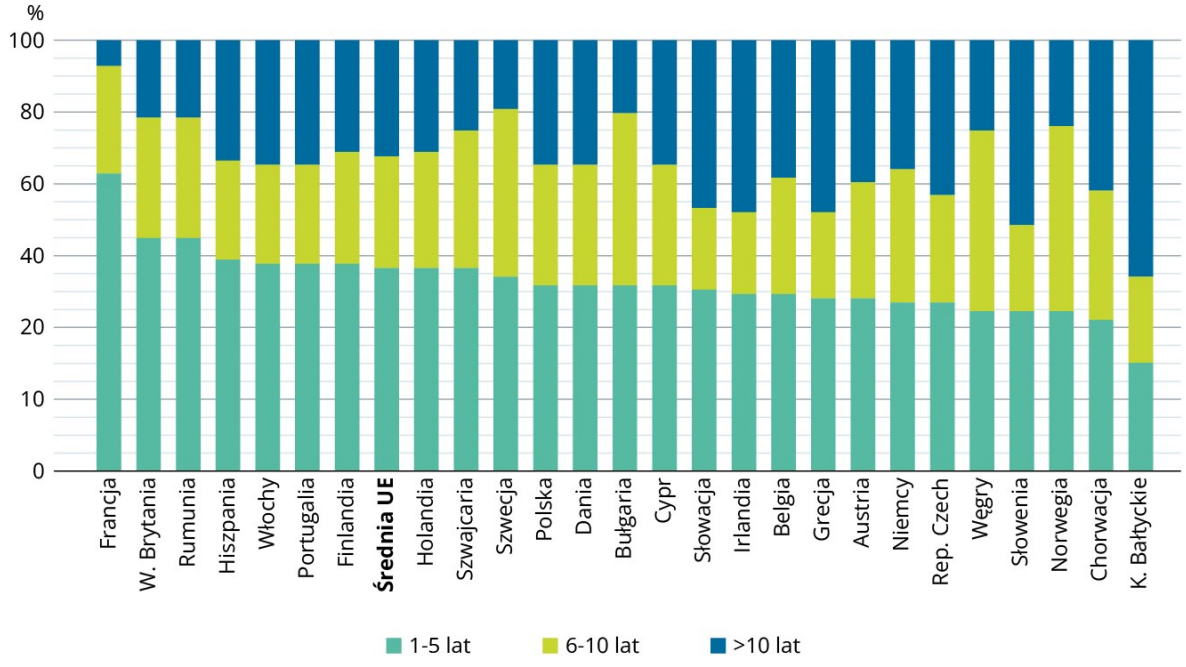
2) nie więcej niż 30% posiadanej bazy sprzętów powinna być starsza niż 5 i młodsza niż 10 lat,

3) nie więcej niż 10% posiadanej bazy sprzętów powinna być w wieku powyżej 10 lat (sprzęt "stary").

Wiek sprzętu jest bardzo istotny ze względu na kwestie technologiczne. Nowe urządzenia zapewniają lepszą jakość wykonywanych procedur medycznych, natomiast stare posiadają wiele dodatkowych ograniczeń często związanych z brakiem możliwości odpowiedniego serwisowania i z tego powodu nie są w stanie wykonywać procedur na efektywnym poziomie.

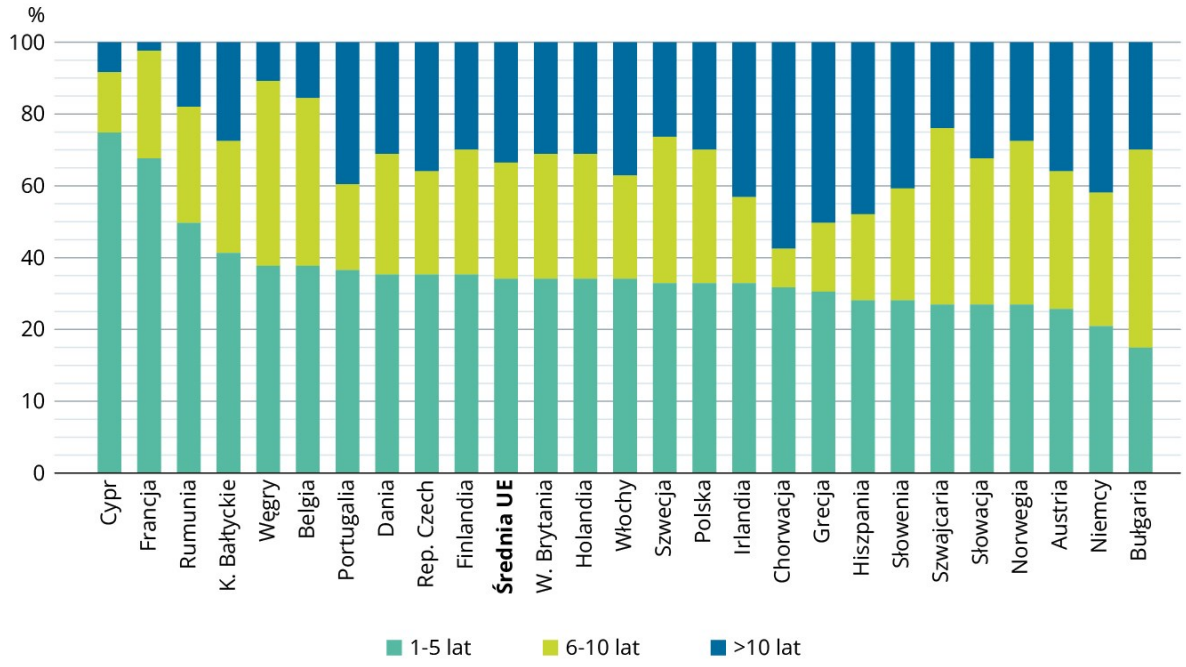
W RP widać efekty inwestycji poczynionych w ostatnich latach ze środków publicznych, w tym budżetu państwa i środków europejskich. Dla tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz aparatów PET, udział sprzętów "starych" jest zbliżony do średniej. Udział sprzętów "młodych" jest zbliżony do średniej w przypadku rezonansów magnetycznych. Ponadto dla angiografów udział sprzętów "młodych" jest wyższy niż średni. Oznacza to, że kondycja istniejącej bazy wymienionych sprzętów diagnostycznych w dużym stopniu jest podobna do przeciętnej dla wybranych krajów europejskich, przy czym można zauważyć, że aparaty PET zasadniczo wypadają gorzej niż średnia, a angiografy lepiej.

Rysunek 258. Rozkład wieku tomografów komputerowych



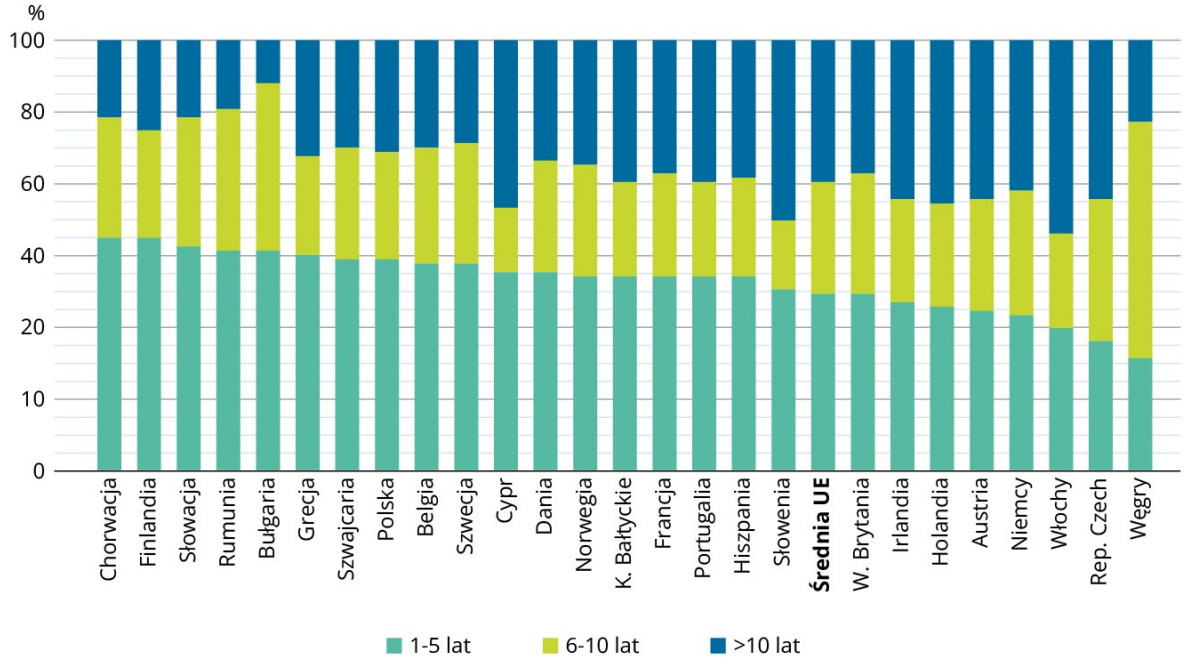
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 259. Rozkład wieku rezonansów magnetycznych



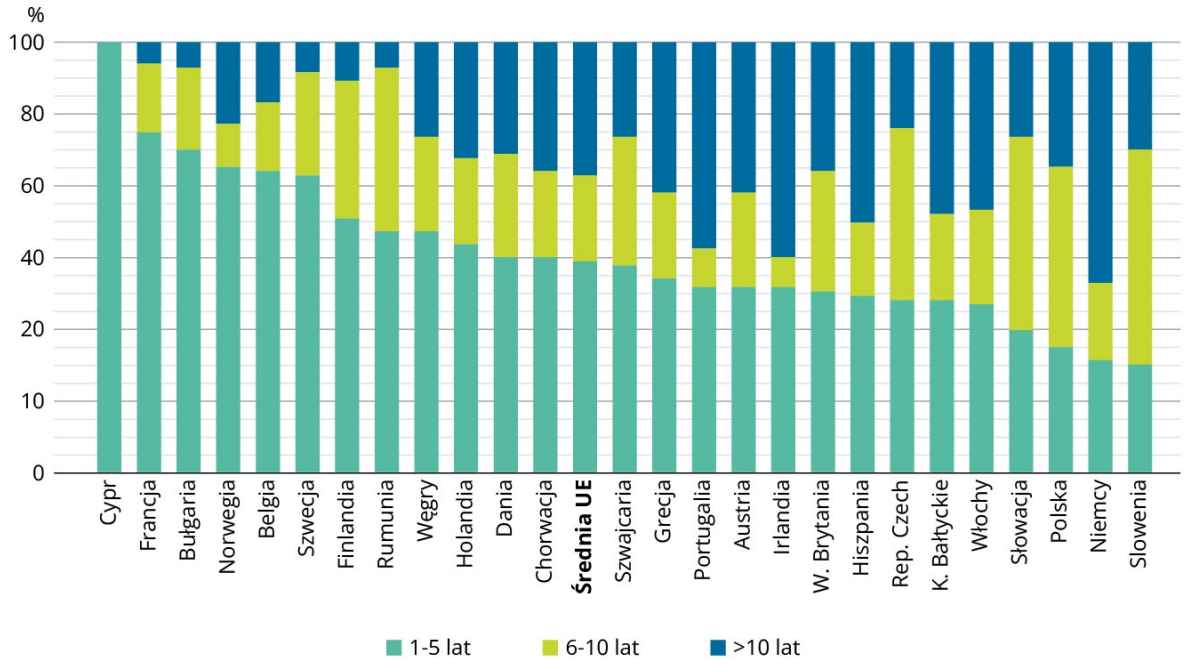
Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 260. Rozkład wieku angiografów



Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

Rysunek 261. Rozkład wieku aparatów PET



Źródło: opracowanie MZ na podstawie raportu COCIR

13.1. Wiek i eksploatacja sprzętów medycznych

W RP istnieje duża dysproporcja w wykorzystaniu sprzętu medycznego między powiatami. Ponadto spora część urządzeń posiada wysoki priorytet do wymiany. Należy jednak zwrócić uwagę czy sprzęt zakwalifikowany do wymiany w danym powiecie faktycznie powinien zostać wymieniony, a nie po prostu zutylizowany bez zakupu nowego sprzętu. Jeżeli liczba procedur jest zdecydowanie niższa w porównaniu z innymi powiatami w województwie, nie rekomenduje się zakupu nowego sprzętu.

Tabela 84. Stan zasobów sprzętowych w RP. Wykresy dla poszczególnych sprzętów zaprezentowane poniżej zostały opracowane na podstawie średnich wartości dla powiatów według danych za 2023 r.

Sprzęt	Liczba	Liczba na 100 tys. ludności	Średni wiek	Średnia liczba wykonanych procedur
Akcelerator liniowy	163	0,43	6,19	4 037
Angiograf	439	1,17	8,35	1 364
Aparat do brachyterapii	60	0,16	6,26	836
ECMO	116	0,31	7,23	9
Gammakamera	154	0,41	11,32	2 043

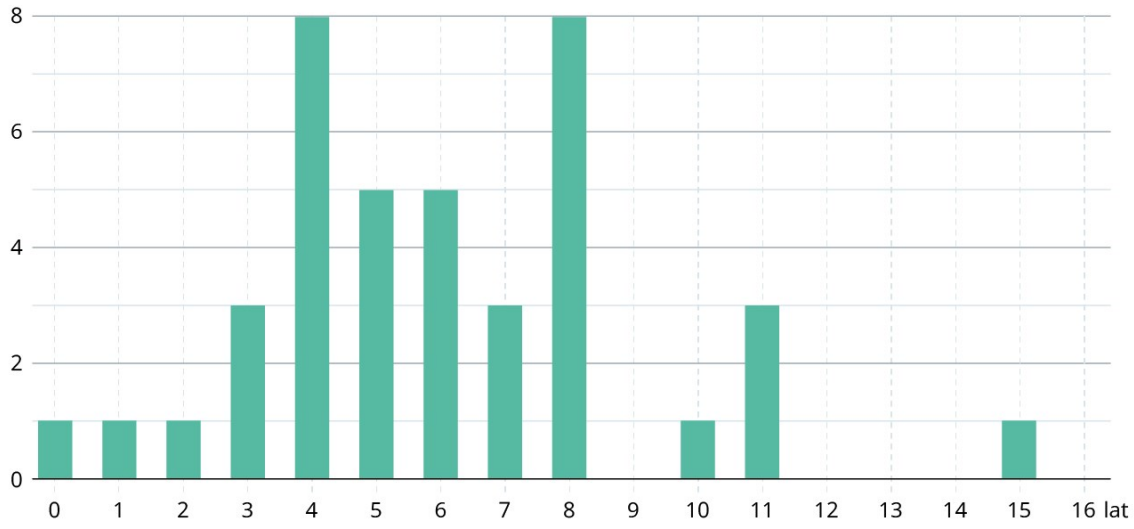
Mammograf	632	1,68	7,49	914
PET	37	0,10	9,54	4 545
Rezonans magnetyczny	606	1,61	7,61	4 753
RTG	7 597	20,19	12,30	1 310
Tomograf komputerowy	973	2,59	6,92	4 621
USG	15 832	42,07	11,63	1 122

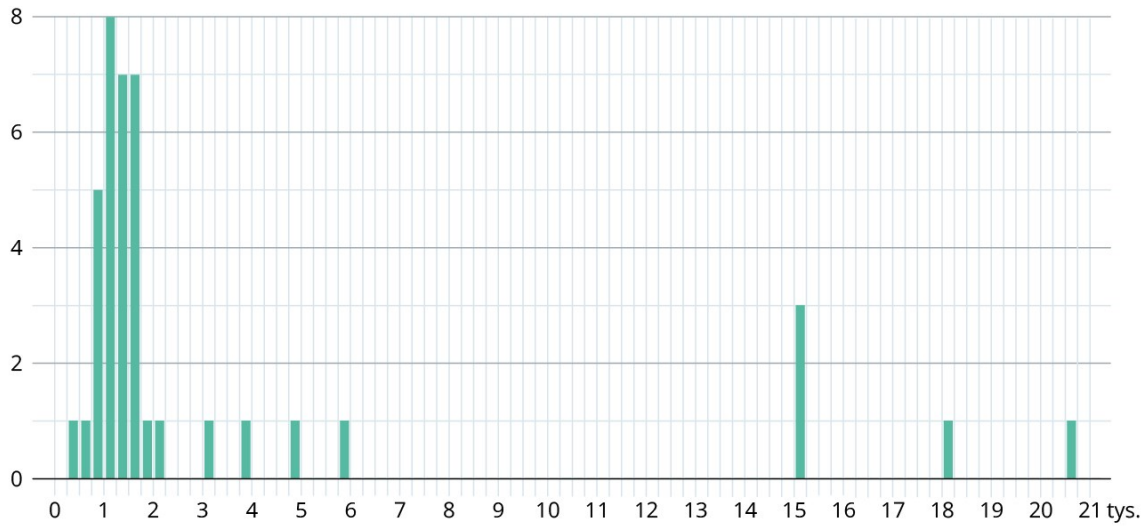
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ, sprawozdań MZ-29, MZ-11, raportu Konsultanta Krajowego w dziedzinie radioterapii onkologicznej oraz SIMP

Akcelerator liniowy

W powiatach w których średni wiek sprzętów wynosi mniej niż 10 lat są techniczne możliwości, aby przeprowadzać procedury medyczne w efektywny sposób. Z drugiej strony można zauważyć, że w jednym powiecie średni wiek sprzętu wynosi 15 lat. W większości powiatów średnia roczna wykonywana liczba procedur wynosi do 5 tys., natomiast tylko dla sześciu powiatów ta wartość jest wyższa.

Rysunek 262. Rozkład wieku oraz eksploatacji akceleratorów liniowych – średnie wartości w powiatach w 2023 r.





Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Angiograf

W większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi mniej niż 10 lat. Natomiast najczęstszy wiek to ten z przedziału od 5 do 10 lat, co wskazuje, że w przeciągu najbliższych kilku lat baza angiografów znacząco się zestarzeje. Może to skutkować przeprowadzeniem procedur w mniej efektywny sposób niż dotychczas. W większości powiatów wykonuje się średnio do 2 tys. procedur rocznie, natomiast w kilku powiatach wartość ta jest znacznie wyższa.

Rysunek 263. Rozkład wieku oraz eksploatacji (liczby wykonanych badań) angiografów – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Aparat do brachyterapii

W większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi powyżej 5 lat. Oznacza to, że dla tego rodzaju sprzętu medycznego posiadamy stosunkowo starą bazę sprzętową w kraju.
W większości powiatów wykonuje się średnio do 1 tys. procedur rocznie, natomiast w dwóch powiatach wykonuje się powyżej 2 tys. procedur rocznie.

Rysunek 264. Rozkład wieku oraz eksploatacji (liczba wykonanych badań) aparatów do brachyterapii – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.



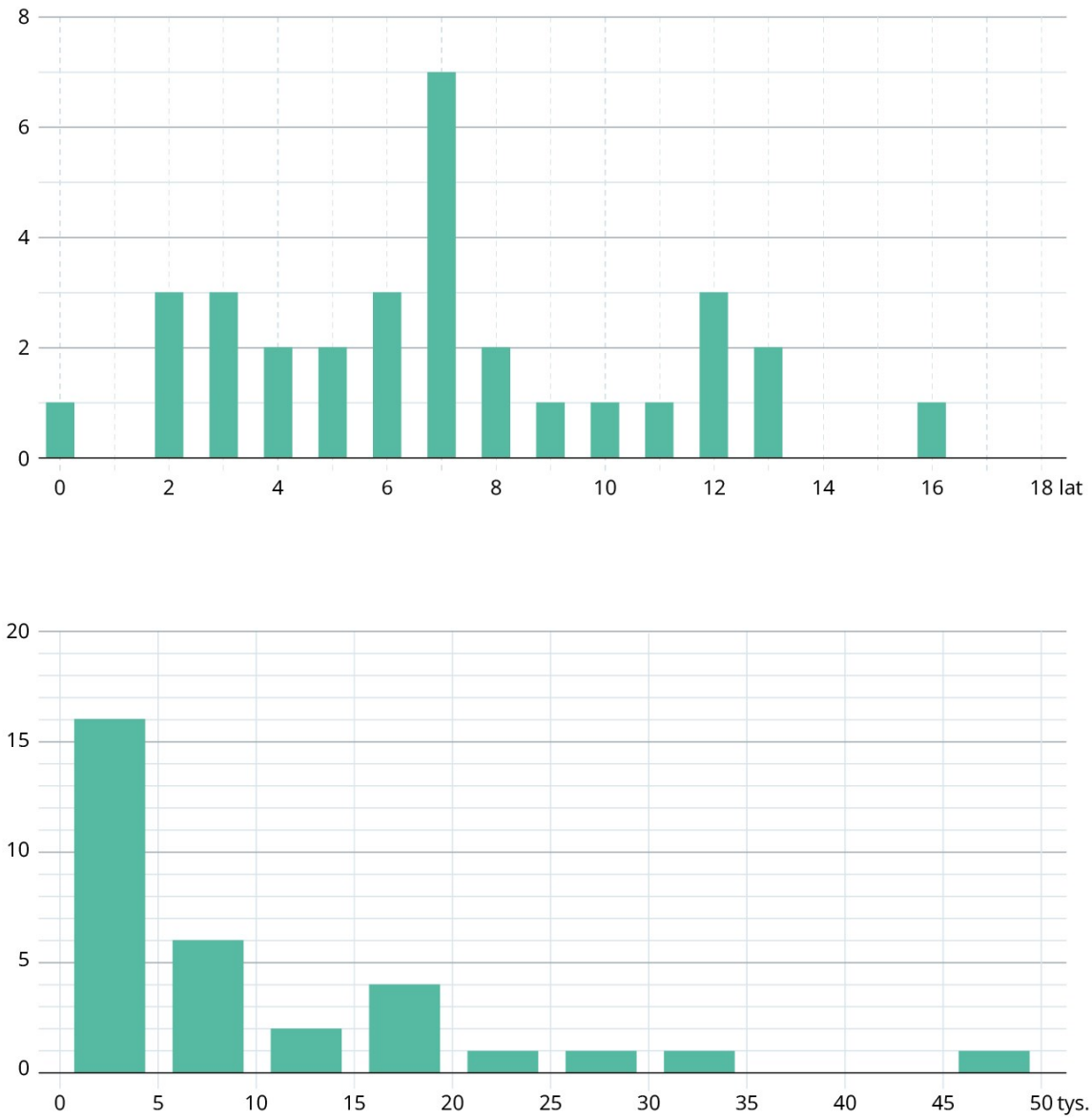
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

ECMO

W większości powiatów średni wiek sprzętów wynosi poniżej 10 lat. W jednym powiecie sprzęt jest starszy niż 15 lat.

Średnia roczna liczba procedur dla aparatów ECMO w większości powiatów jest zbliżona, oprócz jednego, gdzie liczba procedur przekracza 40.

Rysunek 265. Rozkład wieku oraz eksploatacji aparatów ECMO – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Gammakamera

Dla dużej części powiatów średni wiek sprzętu wynosi ponad 10 lat. W jednym powiecie średni wiek sprzętu wynosi ponad 30 lat. W większości województw wykonuje się średnio do 3 tys. procedur rocznie, natomiast w kilku powiatach wartość ta jest znacznie wyższa.

Rysunek 266. Rozkład wieku oraz eksploatacji gammakamer – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.



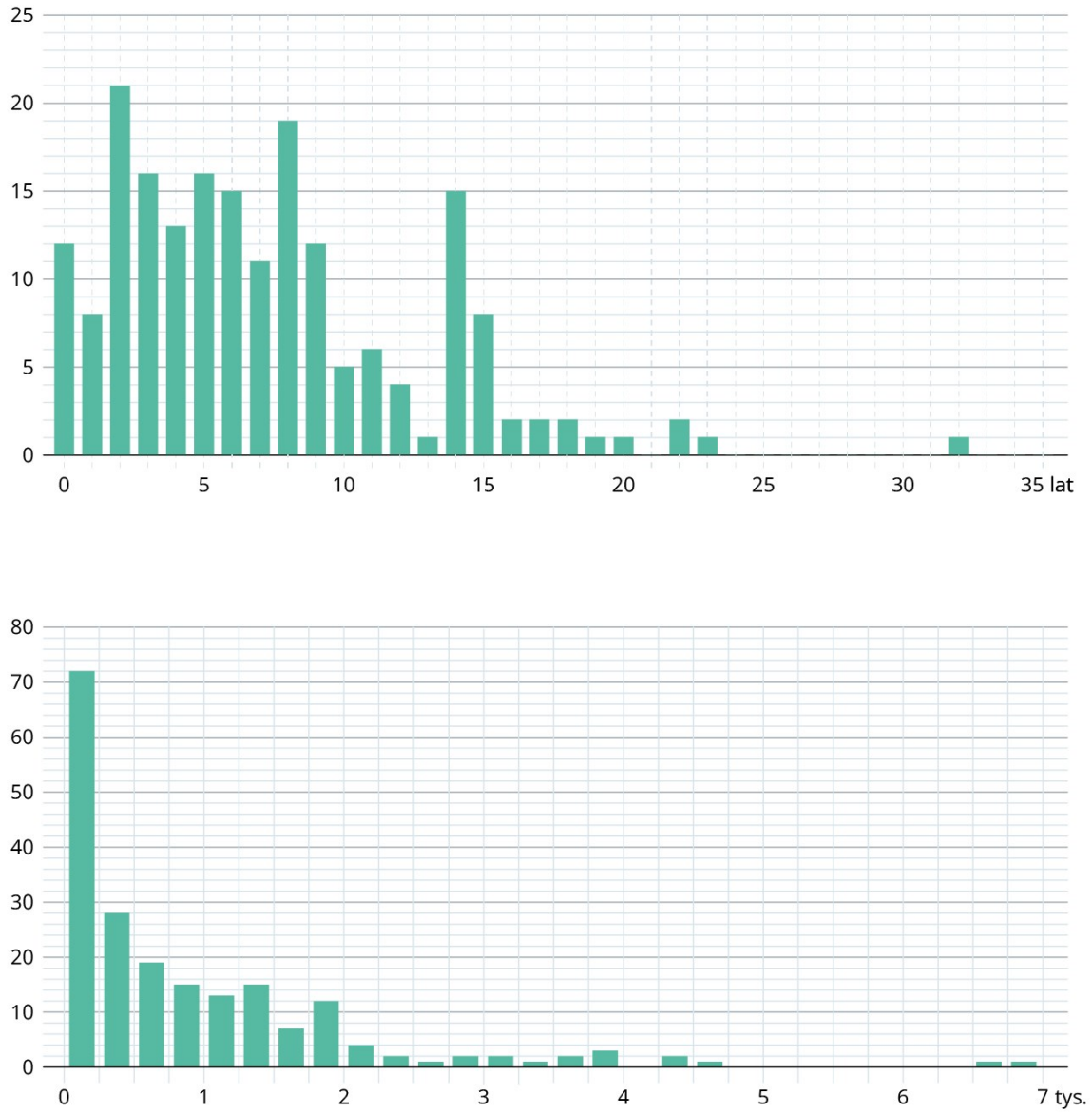
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Mammograf

Kondycja sprzętów jest bardzo zróżnicowana na terenie całego kraju. W kilkunastu powiatach średni wiek mammografów wynosi ponad 15 lat. W przeciągu kilku lat zapotrzebowanie na nowe mammografy może znacząco wzrosnąć ze względu na proces starzenia się sprzętu.

W większości województw wykonuje się średnio do 4 tys. procedur rocznie, natomiast w kilku powiatach średnia liczba wykonywanych procedur jest wyższa. Ponadto w bardzo wielu powiatach średnia liczba procedur wykonywanych rocznie nie przekracza 500.

Rysunek 267. Rozkład wieku oraz eksploatacji mammografów – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

PET

W piętnastu powiatach średni wiek sprzętów jest równy lub przekroczył 10 lat. Średnia liczba procedur przypadająca na jeden sprzęt w powiecie jest bardzo zróżnicowana.

Rysunek 268. Rozkład wieku oraz eksploatacji aparatów PET – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.

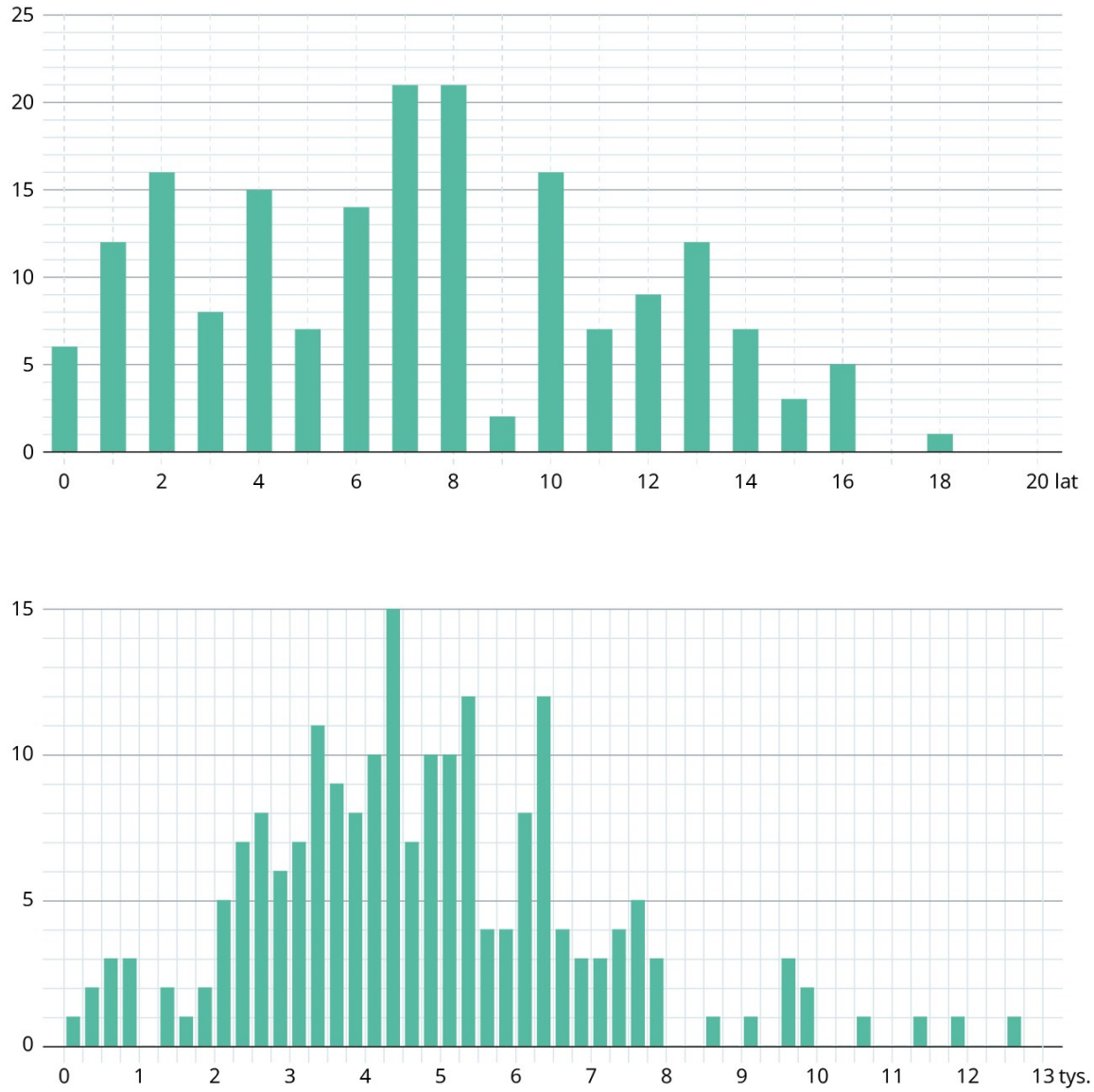


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Rezonans magnetyczny

W większość powiatów średni wiek sprzętu nie przekracza 10 lat. Najczęściej występujący średni wiek sprzętu w powiecie to 7-8 lat. W większości województw wykonuje się średnio do 7 tys. procedur rocznie.

Rysunek 269. Rozkład wieku oraz eksploatacji rezonansów magnetycznych – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.

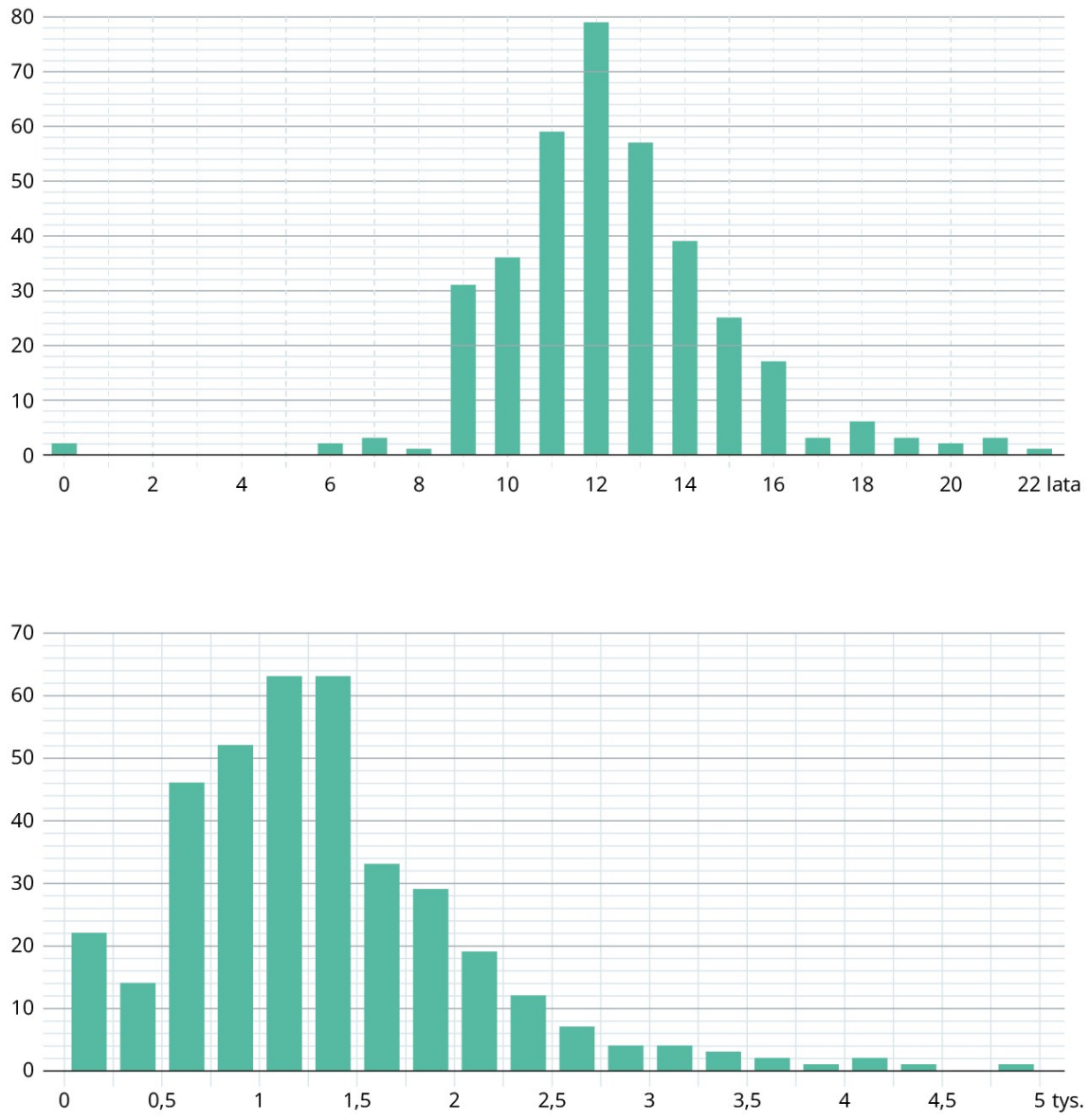


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

RTG

Nie ma powiatu, gdzie sprzęt ma mniej niż 6 lat. Ponadto średni wiek w wielu powiatach znacząco przekracza 10 lat. W większości powiatów średnia roczna wykonywana liczba procedur wynosi do 2 tys., natomiast dla kilku powiatów ta wartość jest znacznie wyższa.

Rysunek 270. Rozkład wieku oraz eksploatacji RTG – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.

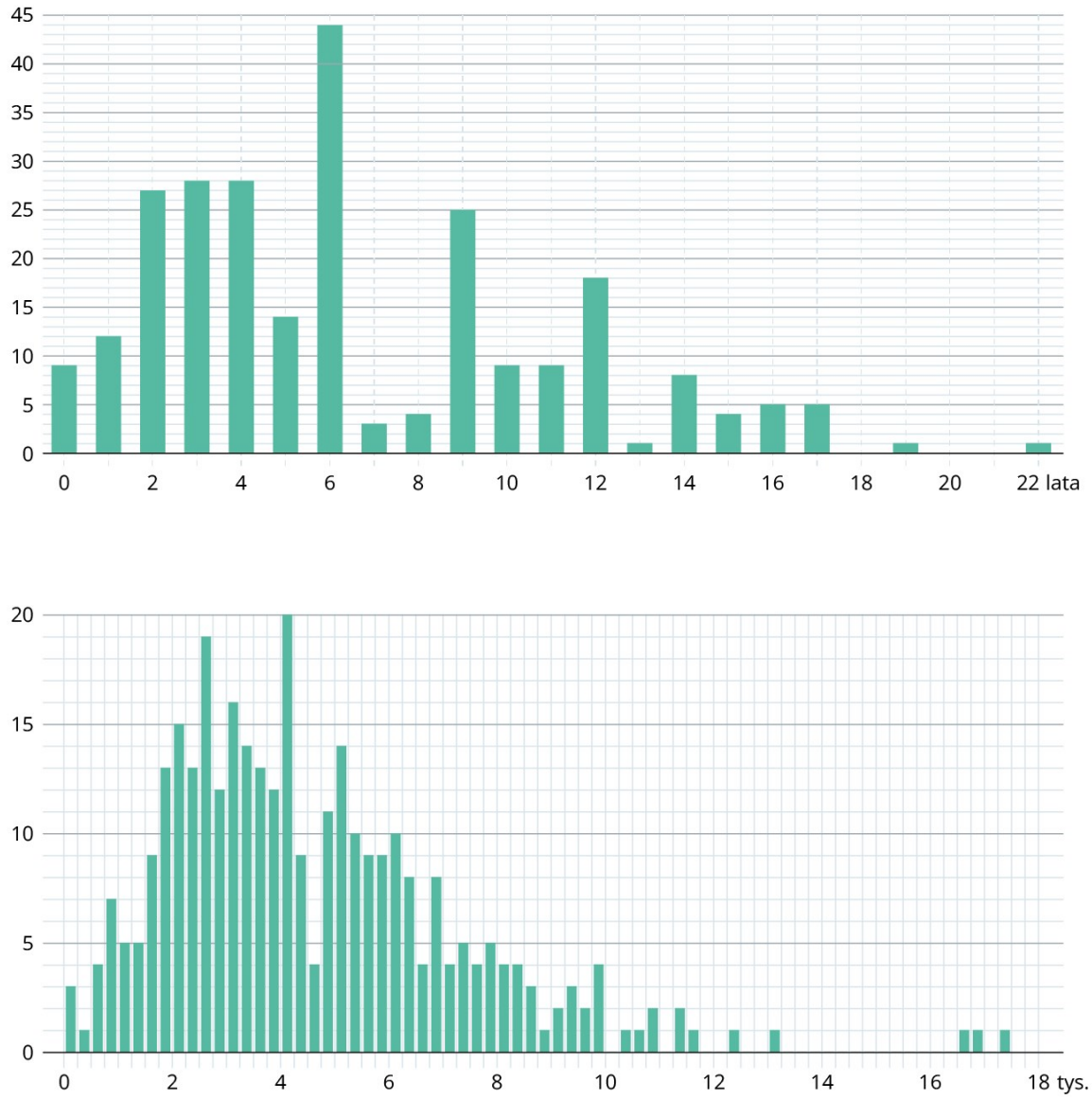


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Tomograf komputerowy

Znaczna część infrastruktury jest w wieku poniżej 10 lat. Natomiast w okresie najbliższych kilku lat niezbędne będą nowe inwestycje w zakresie zakupu tomografów komputerowych ze względu na przekroczenie przez znaczącą liczbę sprzętów granicznego wieku, który pozwala na efektywne wykonywanie badań. W wielu powiatach jest potencjał na to, aby zwiększyć intensywność wykorzystywania posiadanego sprzętu.

Rysunek 271. Rozkład wieku oraz eksploatacji tomografów komputerowych – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.

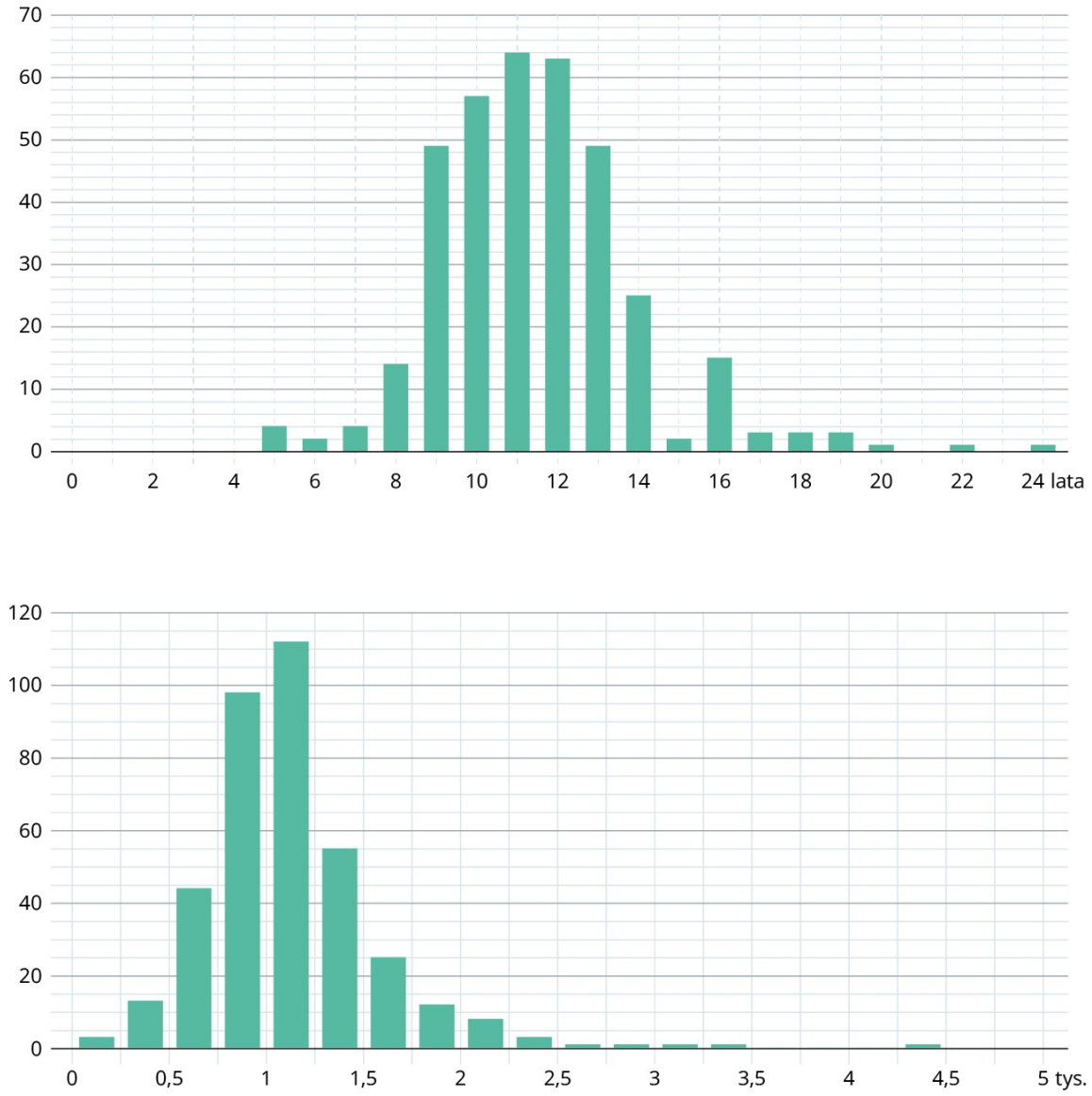


Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

USG

W żadnym powiecie średni wiek sprzętu nie wynosi mniej niż 5 lat. W większości powiatów sprzęt jest starszy niż 10 lat, a średnia liczba badań nie przekracza 2 tys., natomiast dla kilku powiatów ta wartość jest znacznie wyższa.

Rysunek 272. Rozkład wieku oraz eksploatacji USG – średnie wartości w powiatach na urządzenie w 2023 r.



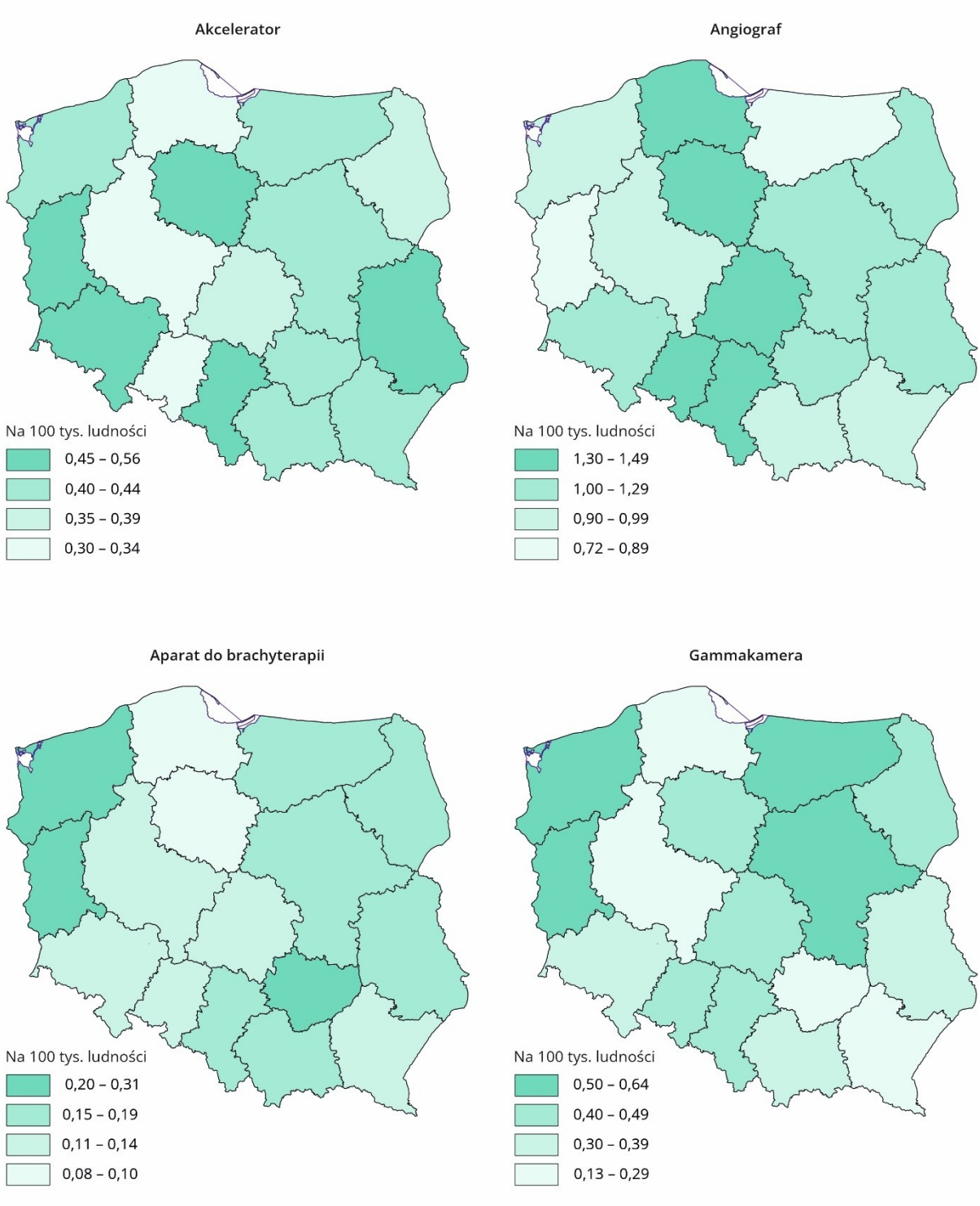
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

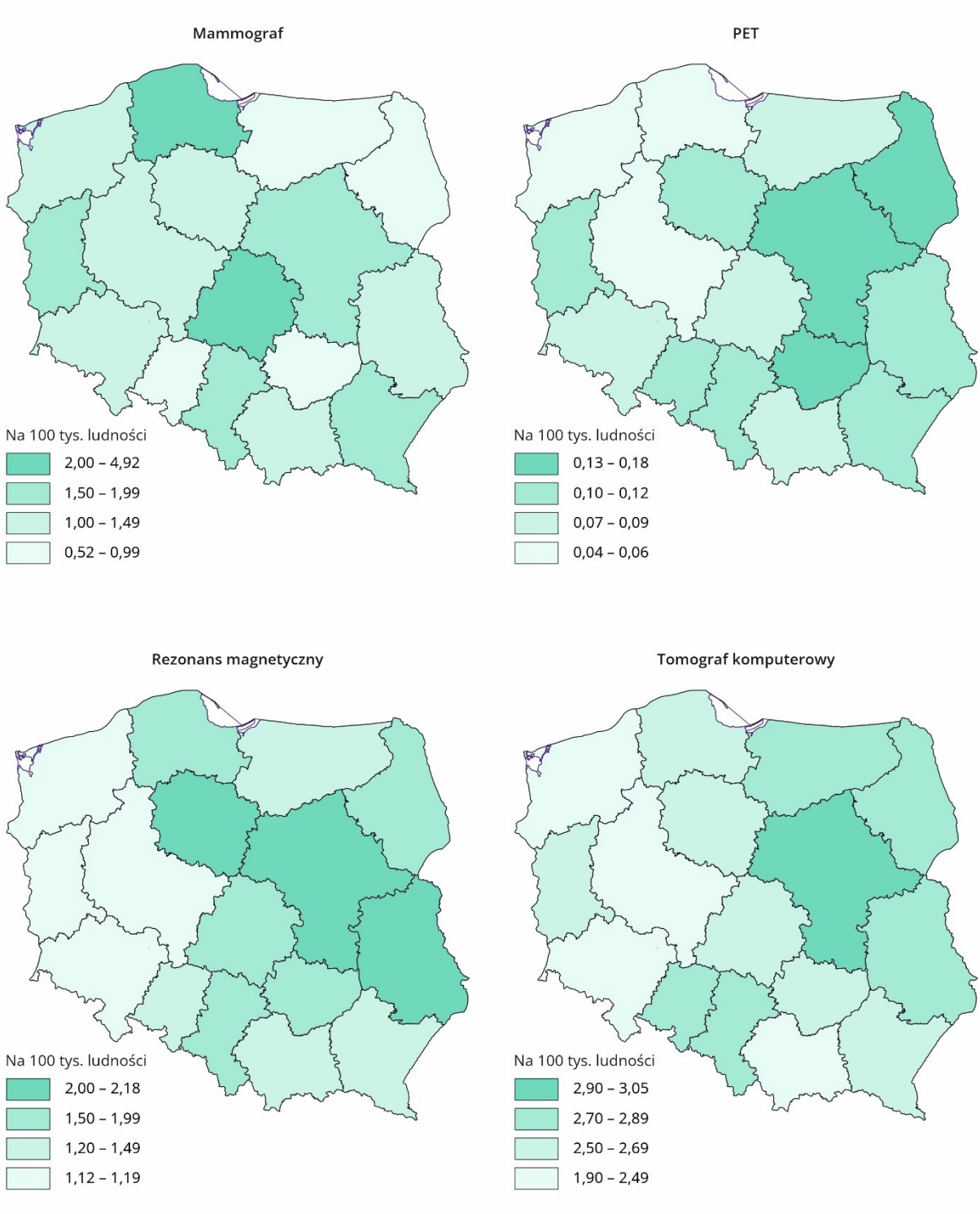
13.2. Gęstość rozmieszczenia sprzętów w województwach

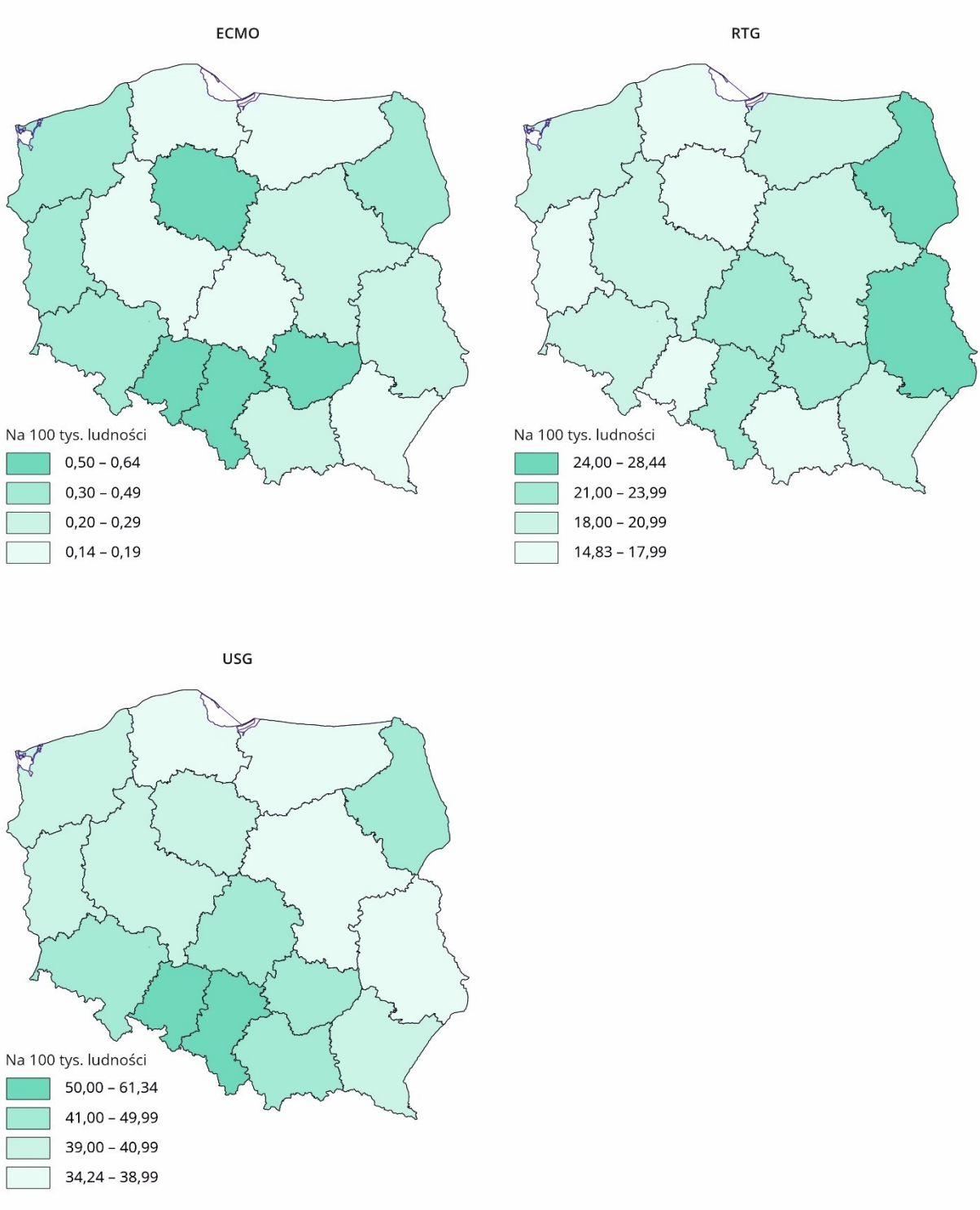
Dla każdej grupy sprzętu występuje w RP bardzo duże zróżnicowanie pod kątem gęstości rozmieszczenia w województwach w porównaniu do benchmarku. Gammakamera jest jedynym sprzętem, który we wszystkich województwach wykazuje poziom poniżej wartości referencyjnej.

Benchmarki zostały opracowane na podstawie mediany dla UE dla danych pochodzących z raportu COCIR lub z innych publikacji. W przypadku braku takiej informacji benchmark jest średnią dla kraju.

Rysunek 273. Gęstość rozmieszczenia (liczba) sprzętu w 2023 r.




Mammograf
Na 100 tys. ludności
2,00 – 4,92
1,50 – 1,99
1,00 – 1,49
0,52 – 0,99
PET
Na 100 tys. ludności
0,13 – 0,18
0,10 – 0,12
0,07 – 0,09
0,04 – 0,06
Rezonans magnetyczny
Na 100 tys. ludności
2,00 – 2,18
1,50 – 1,99
1,20 – 1,49
1,12 – 1,19
Tomograf komputerowy
Na 100 tys. ludności
2,90 – 3,05
2,70 – 2,89
2,50 – 2,69
1,90 – 2,49



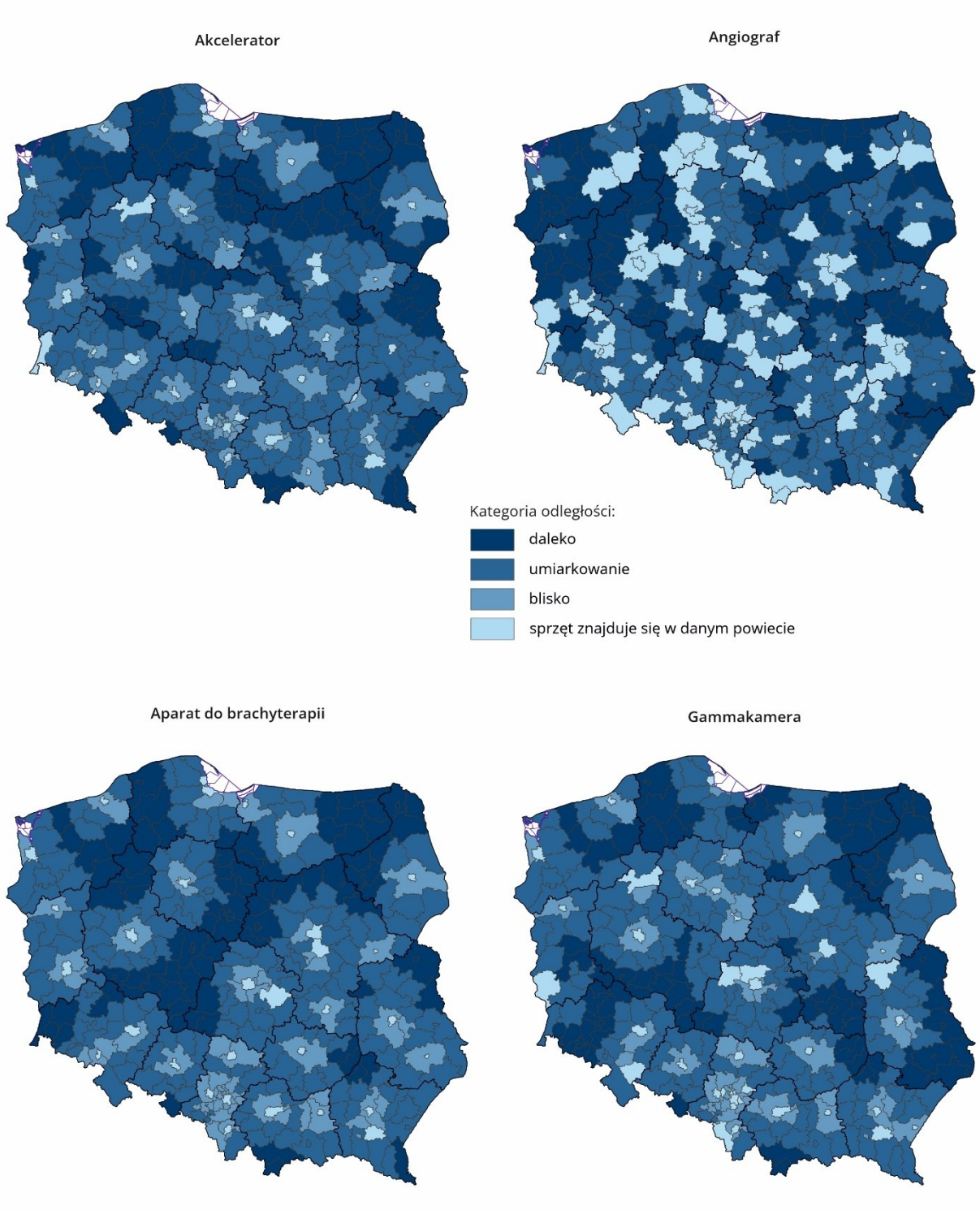
Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ.

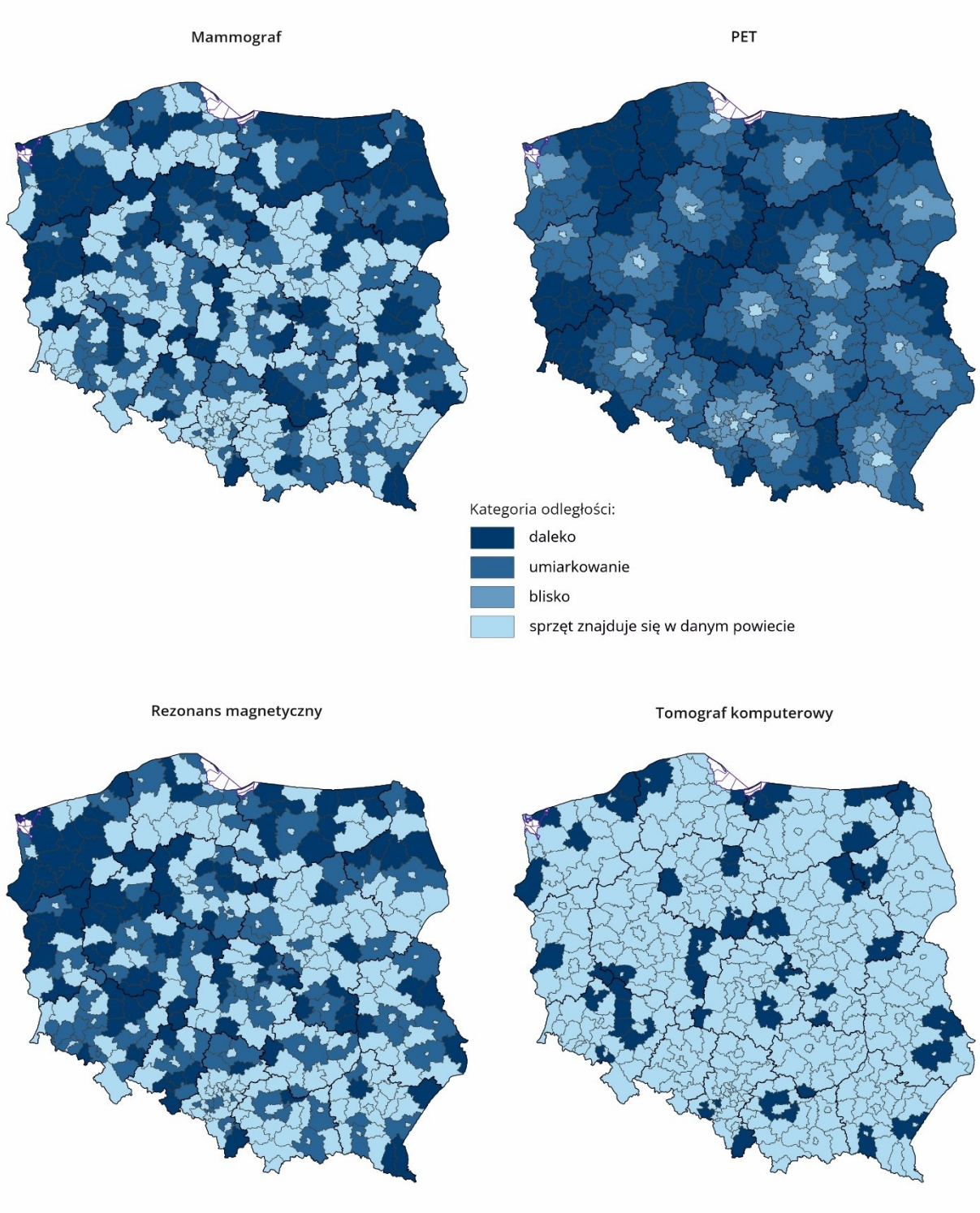
13.3. Odległość od najbliższego sprzętu

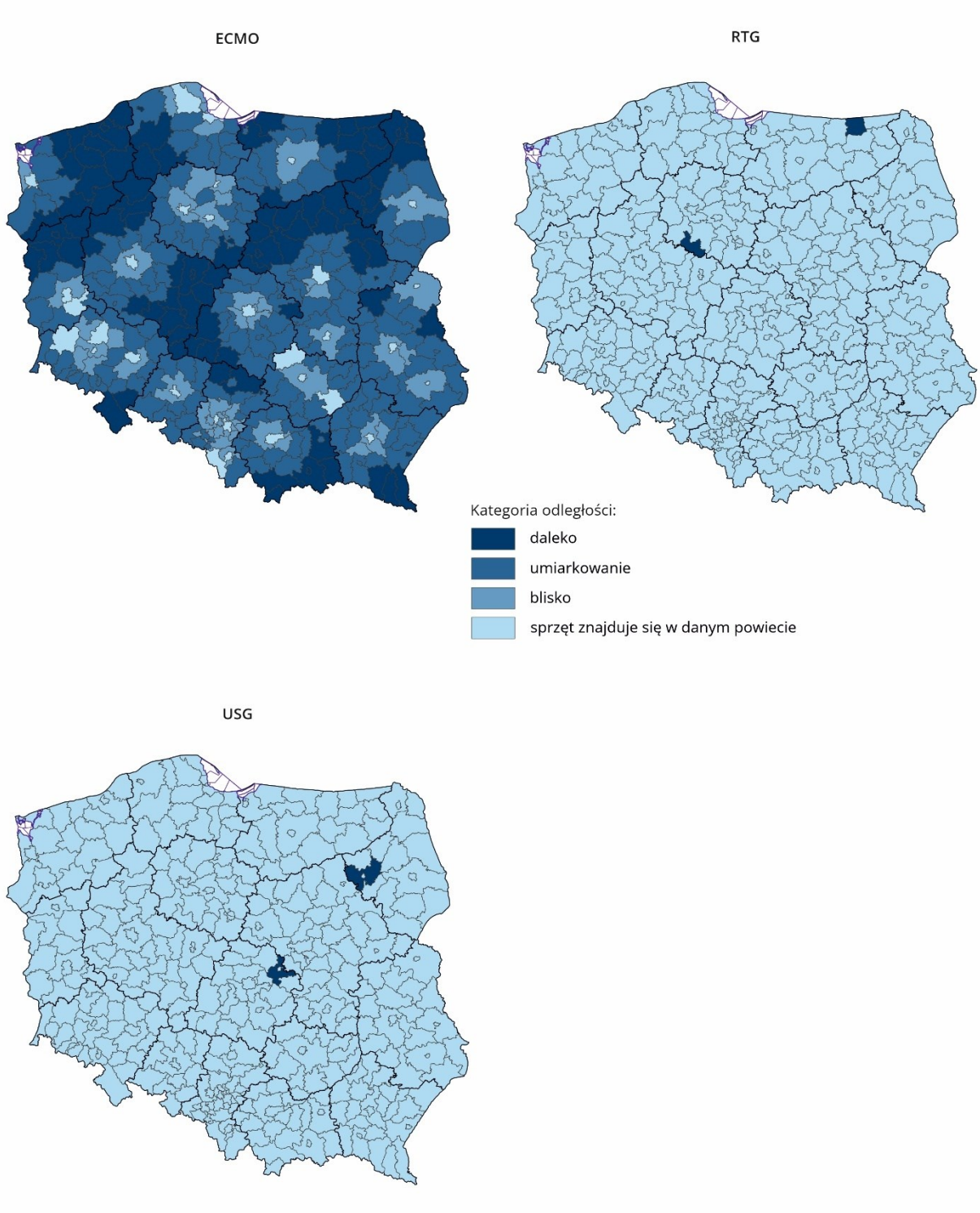
Sprzęt taki jak angiograf, mammograf, rezonans magnetyczny oraz tomograf komputerowy jest rozmieszczony równomiernie na terenie kraju. Maksymalna odległość od powiatu, w którym znajduje się sprzęt, nie przekracza bowiem 85 km. Natomiast sprzęt taki jak akcelerator

liniowy, aparat do brachyterapii, gammakamera oraz PET rozmieszczony jest głównie w dużych miastach wojewódzkich, gdzie znajdują się specjalistyczne szpitale i wykwalifikowana kadra. Oznacza to, że mieszkańców niektórych powiatów może dzielić ponad 130 km do najbliższego sprzętu.

Rysunek 274. Odległość powiatów od powiatu, w którym znajduje się najbliższy sprzęt w 2023 r.




Mammograf
PET
Kategoria odległości:
daleko
umiarkowanie
blisko
sprzęt znajduje się w danym powiecie
Rezonans magnetyczny
Tomograf komputerowy



Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

13.4. Wymiana sprzętu

Priorytet do wymiany wyznaczany jest na podstawie wieku oraz liczby badań, które wykonywane są na danym sprzęcie. Dla sprzętów, które są intensywnie eksploatowane,

graniczny wiek, po osiągnięciu którego sprzęt otrzymuje wysoki priorytet do wymiany, jest niższy.

Tabela 85. Kryteria kwalifikujące sprzęt do kategorii wysokiego priorytetu do wymiany

Nazwa sprzętu:	Kryteria kwalifikujące sprzęt do kategorii wysokiego priorytetu do wymiany:
Rezonans magnetyczny	• w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat • wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat • osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
Tomograf komputerowy	• w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat • wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat • osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
Angiograf	• w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat • wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat • osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
Mammograf	• w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat • wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat • osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
USG	• w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat • wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat • osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
RTG	• w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat • wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat • osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
PET	• w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat • wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat • osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji
ECMO	osiągnęły wiek min. 10 lat
Aparat do brachyterapii	
Akcelerator liniowy	

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych NFZ i wytycznych Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego

Tabela 86. Priorytet do wymiany wybranych sprzętów

Priorytet do wymiany	Niski	Średni	Wysoki	Brak danych
Akcelerator liniowy	79,1%	-	20,9%	-
Angiograf	52,4%	8,2%	34,9%	4,6%
Aparat do brachyterapii	75%	-	25%	-
ECMO	51,7%	-	38,8%	9,5%
Gammakamera	34,4%	16,9%	48,1%	0,7%
Mammograf	63,5%	5,5%	30,1%	1%
PET	13,5%	29,7%	56,8%	-
Rezonans	34,8%	29,7%	31%	5%
RTG	56,2%	0,6%	39,3%	3,9%
Tomograf komputerowy	60,1%	11,8%	23,8%	4,2%
USG	34,7%	4,4%	54,7%	6,3%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

Według danych za 2023 r. dla każdego z analizowanych sprzętów, z wyjątkiem USG i aparatów PET, ponad 50% posiadanej bazy sprzętowej ma niski lub średni priorytet do wymiany. Wysoki priorytet do wymiany waha się od 20,9% dla akceleratora liniowego do 56,8% dla aparatów PET.

13.5. Planowanie inwestycji w długiej perspektywie czasowej

Poniższa tabela pokazuje zapotrzebowanie na wymianę sprzętu medycznego w zakresie poszczególnych grup sprzętu w 2027 r. i 2029 r. Zastosowano podejście polegające na wykorzystaniu aktualnej bazy sprzętu i symulowaniu wieku danego sprzętu w przyszłości.

Tabela 87. Zapotrzebowanie na nowe inwestycje

Sprzęt	Zapotrzebowanie 2027 r.	% sprzętów w grupie sprzętów starych w 2027 r.	Zapotrzebowanie 2029 r.	% sprzętów w grupie sprzętów starych w 2029 r.
Akcelerator liniowy	102	63%	130	79%
Angiograf	256	58%	324	74%

Aparat do brachyterapii	41	68%	49	81%
ECMO	60	52%	69	59%
Gammakamera	114	74%	133	86%
Mammograf	296	47%	371	59%
PET	27	73%	29	78%
Rezonans magnetyczny	338	56%	392	65%
RTG	5 058	67%	5 706	75%
Tomograf komputerowy	464	48%	568	58%
USG	11 709	74%	13 290	84%

Źródło: opracowanie MZ na podstawie danych z NFZ

W 2027 r. ponad 70% bazy sprzętowej dla wybranych grup sprzętu będzie wymagała wymiany. Ten poziom sprzętów posiadających priorytet do wymiany nie zmieni się do 2029 r. Grupy sprzętów szczególnie obciążone wysokim współczynnikiem starych sprzętów, czyli aparat do brachyterapii, gammakamera i USG, w 2029 r. wykaże ponad 80% sprzętów wymagających wymiany.

13.6. Podsumowanie

Pod kątem gęstości rozmieszczenia sprzętów, RP na tle innych krajów europejskich wypada różnie w zależności od wybranego sprzętu medycznego. Dla tomografów komputerowych gęstość sprzętów jest bliska średniej dla wybranych krajów europejskich, natomiast dla aparatów PET stanowi jeden z najniższych współczynników. Jednocześnie dla każdego z pokazanych sprzętów, wartość współczynnika dla RP jest niższa od średniej. Patrząc na strukturę wieku, RP wypada dobrze, w szczególności dzięki stosunkowo niskiemu odsetkowi sprzętów w wieku powyżej 10 lat.

Dane dla wybranych sprzętów w RP (akceleratorów liniowych, angiografów, aparatów do brachyterapii, aparatów ECMO, gammakamer, mammografów, aparatów PET, rezonansów magnetycznych, RTG, tomografów komputerowych oraz USG) przeanalizowano w czterech różnych przekrojach: patrząc na gęstość sprzętów w kraju, ich rozłożenie geograficzne, rozkład wieku oraz wykorzystanie. Ponadto dane o wieku i eksploatacji każdego sprzętu wykorzystano do pogrupowania sprzętów medycznych według priorytetów do wymiany.

Z analizy wynika, że ogólnie baza sprzętu w RP jest wystarczająca, ale powinna być intensywniej eksploatowana.

Dzięki prognozie zapotrzebowania na wymianę sprzętu medycznego w kraju można zaobserwować, jaka część obecnej infrastruktury sprzętowej w wybranym roku przekroczy wiek istotnie ograniczający efektywne wykonywanie procedur.

13.7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej

Rozkład wieku sprzętów w większości przypadków jest odpowiedni, aby umożliwiać efektywną eksploatację, jednak średnie wykorzystanie jest niewystarczające w porównaniu do optymalnego zużycia. Infrastruktura ma duży potencjał, aby wykonywać większą liczbę badań niż dotychczas. Oznacza to, że podstawowym celem dla strategii dotyczącej sprzętów medycznych powinna być maksymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców, a przy podejmowaniu decyzji inwestycyjnych na poziomie regionalnym w pierwszej kolejności należy rozważyć wymianę dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania odpowiedniej struktury wiekowej. Sprzęty przestarzałe pod względem technologicznym nie są przystosowane do przeprowadzania procedur w sposób zgodny z aktualną wiedzą medyczną (tzw. starzenie technologiczne). Koszty związane z eksploatacją sprzętów starych są często wyższe niż te związane z użytkowaniem nowych sprzętów, a czasami samo utrzymanie aparatury nie jest możliwe ze względu na brak dostępności części zamiennych. Użytkowanie starszych sprzętów wiąże się z większym ryzykiem awarii, co powoduje opóźnienia w diagnostyce i leczeniu pacjentów.

Odpowiednia lokalizacja sprzętu wymaga zatem spojrzenia holistycznego, nie tylko pod względem lokalizacji terytorialnej czy lokalizacji na odpowiednim poziomie opieki zdrowotnej, ale również ze względu na wiek sprzętu, stopień jego wykorzystania, dostępność kadry medycznej i zmieniającą się strukturę demograficzną. Głównym celem inwestycji w infrastrukturę powinien być terminowy dostęp pacjentów do świadczeń, zmniejszający w miarę możliwości czas oczekiwania na zabieg lub badanie.

13.8. Rekomendowane kierunki działań

Analiza przedstawiona w powyższym rozdziale została przeprowadzona na podstawie danych za 2023 r., przez co nie uwzględnia sprzętów zakupionych lub wymienionych po tym roku. W związku z tym, że mapa będzie obowiązywać w latach 2027-2031, podczas oceny inwestycji w zakresie sprzętu należy uwzględnić sprzęty nabyte również po 2023 r. Dane będą corocznie aktualizowane na platformie BASiW.

→ Podstawowym celem dla strategii dotyczącej sprzętów medycznych powinna być efektywna optymalizacja wykorzystania bazy, która obecnie znajduje się u świadczeniodawców.

→ Przy podejmowaniu decyzji inwestycyjnych w pierwszej kolejności należy:

- rozważyć wymianę dostępnego sprzętu i zapewnienie utrzymania odpowiedniej struktury wiekowej. Istotne jest, aby przede wszystkim wymieniać sprzęty posiadające wysoki priorytet do wymiany;

- uwzględniać różnice w gęstości sprzętów w poszczególnych województwach i alokować nowe sprzęty w taki sposób, aby wyrównywać dostęp na terenie kraju;
- uwzględnić inne kryteria m.in. epidemiologię, rozmieszczenie geograficzne świadczeniodawców, czas oczekiwania na badanie oraz rozwój nowych technologii opartych na uczeniu maszynowym i sztucznej inteligencji.

→ Wymianę sprzętu należy planować w oparciu o prognozy i analizy, rozkładając koszty w czasie według ustalonego harmonogramu.

→ Podjęcie działań mających na celu poprawienie jakości danych sprawozdawanych przed podmioty lecznicze tak, aby odzwierciedlały stan faktyczny z zakresu posiadanych zasobów infrastrukturalnych.

→ Przy planowaniu inwestycji w sprzęt medyczny należy uwzględnić założenia NPChUK oraz NSO, które wskazują na konieczność rozwoju i modernizacji infrastruktury diagnostyczno-terapeutycznej w obszarach kardiologii i onkologii. Pozwoli to na lepsze dopasowanie zakupów do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych społeczeństwa oraz zwiększy efektywność wykorzystania zasobów.

Załączniki

Załącznik 1. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 2. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 3. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubelskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 4. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 5. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa łódzkiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 6. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa małopolskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 7. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 8. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa opolskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 9. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podkarpackiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 10. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podlaskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 11. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 12. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 13. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa świętokrzyskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 14. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 15. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa wielkopolskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 16. Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego na podstawie danych za 2023 r.

Załącznik 1.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa dolnośląskiego

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1.	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa dolnośląskiego zmniejszy się o 2,9%, a do 2060 r. o 16,3% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest zbliżony do trendu ogólnopolskiego, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,3% do 26,5%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,4% do 48,7%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,3% do 36,2%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach o charakterze wiejskim, takich jak złotoryjski (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -36,0%), górowski (-34,7%), kamiennogórski (-34,3%) czy kłodzki (-33,8%). Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności są: powiat wrocławski (przewidywany wzrost liczby ludności to 22% w 2035 r., a 48,1% w 2060 r.) oraz powiat średzki (wzrost o 7,3% do 2060 r.). Wskazane powiaty sąsiadują	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiatach sąsiadujących z miastem Wrocław.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów wrocławskiego i średzkiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		z powiatem m. Wrocław. Do 2060 r. dla miasta Wrocław prognozuje się niewielki spadek liczby ludności wynoszący około -7,6%. Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie dolnośląskim dla mężczyzn wzrosła od 73,5 lat w 2019 r. do 74,3 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81,3 lat w 2019 r. do 81,8 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących w 2023 r. odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były niewielkie – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,4 lat, a kobiety 81,9 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 74,0 i 81,5 lat. Mimo niewielkiego zakresu tych rozbieżności, mogą one wskazywać na umiarkowane zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców wynikających m.in. z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4 i 5). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa dolnośląskiego wyniósł 29 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 12 miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 11 urodzeń.	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie ginekologiczno-położniczym i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń ginekologiczno-położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,06, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to druga najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać na rzecz zaopatrzenia zdrowotnego osób starszych.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa dolnośląskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo dolnośląskie skupiało około 7,6% ludności RP (2 879 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 496 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 108, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie dolnośląskim w 2023 r. wynosiła 144 osoby na km², i była wyższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Wrocław (2,3 tys. os./km²), Legnica (1,6 tys. os./km²) czy	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych

		Wałbrzych (1,2 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak górowski (44 os./km²), milicki (50 os./km²) czy lwówecki (60 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		i subregionalnych (Wrocław, Legnica, Wałbrzych, Jelenia Góra) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: górowskim, milickim, lwóweckim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 513 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla RP, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na tle kraju współczynnik zgonów mężczyzn w wieku do 65 r.ż. z powodu chorób układu krążenia był znacznie wyższy – 132 zgony na 100 tys. mieszkańców województwa (wobec 86 zgonów na 100 tys. mieszkańców kraju). Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 27%, w Polsce 26%).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie, szczególnie w grupie mężczyzn do 65. r.ż. Zmniejszenie współczynnika zapadalności na choroby układu krążenia, w szczególności choroby niedokrwiennej serca.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (wszczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów wwojewództwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 297 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla RP, tj. 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 64 zgony na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca oraz nowotworu złośliwego trzustki) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności oskrzeli i płuc oraz skóry.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[3] Ibidem

		100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy trzustki (województwo: 16 zgony na 100 tys.; Polska: 13 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła prawie 490 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla RP, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – prawie 60 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla RP, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka gruczołu krokowego – prawie 54 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla RP, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców). W porównaniu do sytuacji w kraju, zanotowano również wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe skóry – 45 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla RP, tj. 42 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć słabiej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 30%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 38% w województwie, 40% w Polsce) oraz dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 35% w województwie, 39% w Polsce).		badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 321 osób na 100 tys. mieszkańców i był prawie dwukrotnie wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 44% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 5 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o ponad 76% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 227 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 197 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 180 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 147 osób na 100 tys. ludności). Województwo dolnośląskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o najwyższej liczbie zgonów spowodowanych przez palenie tytoniu.	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4,9 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 4 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 4 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 13% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%).	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.

		Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 11% (wzrost o ok. 1,4 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (19%) nadal pozostaje na niższym poziomie.		
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 46% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 53%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 65%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 604 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 21 (poniżej średniej dla RP, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (21%), od 1 tys. do 2 tys. (18,2%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (14,8%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,9%), od 8 tys. do 9 tys. (3,3%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (3,5%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Wrocław, Wałbrzych, Jelenia Góra. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: głogowskim, kłodzkim, wrocławskim i oleśnickim.	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	Dostosowanie rozmieszczenia jednostek POZ w województwie do zachodzących zmian demograficznych oraz obserwowanej tendencji wzrostu zapotrzebowania na świadczenia POZ w obszarach miejskich. Wzmacnianie potencjału funkcjonujących placówek oraz poprawa ich dostępności, a także rozwój nowej infrastruktury POZ, uwzględniający aktualne analizy i prognozy demograficzne.

		Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie średzkim, gdzie wynosi 67%, natomiast najwyższy we Wrocławiu, osiągając wartość 99,9%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w niektórych powiatach (wrocławski, średzki) przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co wiązać się będzie z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są w powiatach o charakterze wiejskim, takich jak złotoryjski, górowski, kamiennogórski czy kłodzki. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,5 tys. osób i była niewiele mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Jelenia Góra, Legnica oraz Wrocław nadwyżka względna wynosiła od 0,01 do 0,05. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie średzkim (-0,31), karkonoskim (-0,3) oraz wałbrzyskim (-0,28).		
	4.2	Średnio 2,5% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 36,7% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 59,6% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ w placówkach z największą liczbą pacjentów przypadających na jednego lekarza POZ.

		a 1 tys. W 1,2% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.		Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 2,6 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 90% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 57% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 59% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 63% zapisanych. Były to wartości niższe o około 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 3 do 6 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 68% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł ok. 70%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była zbliżona do średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 6,1 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie polkowickim, zgorzeleckim oraz	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (powiat górowski, milicki, lwówecki).

		przeciętnie 5,9 świadczenia, co również było zbliżoną do średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: polkowickim, zgorzeleckim oraz głogowskim (wszystkie ok. 5,3). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: milickim (6,7), ząbkowickim (6,7) oraz kłodzkim (6,6).	głogowskim do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).	
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowano w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 84% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 37% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,6% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1,25% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 3,3% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umowa za zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.

	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (25,4%), lekarze o specjalizacji choroby wewnętrzne (22,5%), lekarze medycyny rodzinnej (17,2%) oraz pediatrzy (14,7). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 31,9 lekarza na 100 tys. ludności (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najniższy wskaźnik liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, odnotowano w powiatach: zgorzeleckim (14,1), polkowickim (14,7) oraz kamiennogórskim (17,4). Liczba przekraczająca 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności wystąpiła jedynie w dwóch powiatach: mieście Wrocław oraz strzelińskim. Średni wiek lekarzy tej specjalizacji w województwie wynosi 55,8 roku, co stanowi o 0,2 roku więcej niż średnia dla Polski. Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 90,3 osoby na 100 tys. ludności i była niższa od średniej krajowej wynoszącej 93,9. Najniższy wskaźnik zatrudnienia pielęgniarek w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano w powiatach: wrocławskim (72,1), trzebnickim (76,5) oraz w mieście Wałbrzychu (83,8). Z kolei najwyższe wartości tego wskaźnika wystąpiły w powiatach: milickim (140,4) oraz wałbrzyskim (123,4)). Rekomendowana liczba pacjentów na liście aktywnej pielęgniarki POZ to 2500 osób. Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 18,3 osoby na 100 tys. ludności województwa. I była wyższa od średniej krajowej (17 osoby	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie liczby lekarzy specjalistów medycyny rodzinnej w powiatach z najniższym wskaźnikiem liczby lekarzy specjalistów w dziedzinie medycyny rodzinnej, w przeliczeniu na 100 tys. ludności, w szczególności w powiatach: zgorzeleckim (14,1), polkowickim (14,7) oraz kamiennogórskim (17,4). Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie liczby pielęgniarek w powiatach z najniższym wskaźnikiem zatrudnienia pielęgniarek w POZ w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano, w szczególności w powiatach: wrocławskim (72,1), trzebnickim (76,5) oraz w mieście Wałbrzychu (83,8).

		na 100 tys. ludności). Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 7 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 18,3 położnych), z czego najniższe było w powiatach: zgorzeleckim (10,6) oraz karkonoskim (13,2), a najwyższe w powiatach: wołowskim (35,2 osób) oraz dzierżoniowskim (30,6).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 29 powiatach funkcjonowały 42 placówki oferujące świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił wzrost o 1 placówkę. W powiecie wałbrzyskim nie realizowano NiŚOZ. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Średnia dla województwa wynosiła 1,46 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 222 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 5,4% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 371, 5 tys., co również stanowi wzrost o 5,6% względem 2022 r. Jest to trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie kłodzkim, wartość wskaźnika wyniosła 0,04 oraz jest to najmniejsza wartość w Polsce, natomiast największa w powiecie polkowickim, 0,36 świadczenia na mieszkańca, piąta największa wartość wśród powiatów w Polsce.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości o możliwości korzystania z NIŚOPZ, w szczególności w powiatach z niską liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca, w szczególności w powiecie kłodzkim

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa dolnośląskiego: • chirurgii ogólnej – 97% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 10% powiatów województwa, tj. 3 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna – 63% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu wałbrzyskiego sąsiadującego z powiatem m. Wałbrzych w 2023 r. nie była zlokalizowana ani jedna poradnia chirurgii ogólnej. W powiecie m. Wałbrzych było zlokalizowanych 8 poradni chirurgii ogólnej. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa dolnośląskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie dolnośląskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów wrocławskiego i średzkiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Wałbrzych i pow. wałbrzyskiego; • m. Jelenia Góra i pow. karkonoskiego; • m. Legnica i pow. legnickiego; oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Wrocławia.		do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Jelenia Góra, Legnica, Wałbrzych, Wrocław) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1952 porady (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2229 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 43 porady na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1054 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, kardiologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: endokrynologicznych, nefrologicznych, urologicznych, diabetologicznych dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie dolnośląskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2), priorytetem województwa jest	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, endokrynologicznych, nefrologicznych, urologicznych, diabetologicznych dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• onkologiczną – 579 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww., które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • endokrynologicznych – ok. 222 porad (średnia dla RP ogółem – 650 porad); 1 miejsce od końca na tle wszystkich województw; • nefrologicznych – 75 porad (średnia dla RP ogółem – 123 porad); 1 miejsce od końca na tle wszystkich województw; • urologicznych – ok. 535 porad (średnia dla RP ogółem – 866 porad); 1 miejsce od końca na tle wszystkich województw; • diabetologicznych dla dzieci – ok.11 porad (średnia dla RP ogółem – 22 porad); 1 miejsce od końca na tle wszystkich województw; • gruźlicy i chorób płuc – 223 porady (średnia dla RP ogółem – 396 porad); 1 miejsce od końca na tle wszystkich województw.	dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady.	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz. U. poz. 562)

		W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 36% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie dolnośląskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: górowskiego, milickiego, lwóweckiego.
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów);	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w zakresie chorób metabolicznych.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa,

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

		• choroby metaboliczne – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • diabetologia – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 20% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju).		w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • endokrynologicznej – 471 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni); • endokrynologicznej osteoporozy – 470 dni (średnia dla RP ogółem – 382 dni); • hepatologicznej – 344 dni (średnia dla RP ogółem – 95 dni); • chorób naczyń – 259 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • neurochirurgicznej – 254 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni)[15].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: endokrynologicznej, endokrynologicznej osteoporozy, hepatologicznej, chorób naczyń, neurochirurgicznej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[15] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[16] (według stanu na 2023 r.) Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2 013 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 384 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 20 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1 389 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1 681 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji).	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego,

[16]Wartość średnia dla Polski została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,3 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,1 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 8,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,9 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,8 dnia (odpowiadała średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[17]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,9% (powyżej średniej dla RP tj. 1,4%).	W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,59 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 76% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 24% (powyżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 91% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 49% (poniżej średniej dla RP tj. 50%) • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 14% (powyżej średniej dla RP tj. 11%.)		

	6.2	W 2023 r., oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • transplantacji szpiku – 201% (9), • angiologiczny – 146% (17), • endokrynologiczny – 110% (59), • psychiatryczny dla chorych somatycznie – 105% (24), • psychiatrii sądowej – 104% (186), • psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci i młodzieży – 96% (33), • audiologiczno-foniatryczny – 96% (2), • udarowy – 96% (162), • dermatologiczny – 95% (61), • nefrologiczny dla dzieci – 93% (25), • ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji) – 93% (25), • hematologiczny – 92% (111), • psychiatryczny – 91% (842). W 2023 r., oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • anestezjologii – 0% (18), • anestezjologii dla dzieci – 0% (6), • ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi – 0% (16), • onkologiczny dla dzieci – 3% (16), • immunologii klinicznej – 19% (4), • alergologiczny – 19% (55), • wieloprofilowy zabiegowy – 21% (25),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

		• okulistyczny – 24% (172), • chirurgii plastycznej – 25% (79), • leczenia uzależnień dla dzieci i młodzieży – 27% (20), • kardiochirurgiczny dla dzieci – 27% (8), • pulmonologii dla dzieci – 31% (82), • geriatryczny – 32% (47), • chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci – 39% (13), • chorób zakaźnych – 40% (101), • chorób zakaźnych dla dzieci – 44% (15), • alergologiczny dla dzieci – 44% (10), • pediatryczny – 47% (448), • neonatologiczny – 48% (542).		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 16 SOR, w tym 4 we Wrocławiu. Pozostałe SOR były zlokalizowane w największych miastach województwa. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie SOR zlokalizowanych w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci.	Należy podnosić kompetencje personelu medycznego SOR i izb przyjęć w zakresie postępowania z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, m.in. poprzez egzekwowanie obowiązku ustawicznego doskonalenia zawodowego, w tym ukończenia kursów z zakresu medycyny ratunkowej u dzieci.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ, NiŚOZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR-y udzieliły ponad 370 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących CZP na terenie województwa wzrosła o 4. Dostęp do opieki psychiatrycznej w poradniach (w ramach CZP, jak i poza nimi) zapewniony był w 27 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 13 powiatach (we Wrocławiu 4 ZLŚ). Oddział dzienny zapewniony był w 14 powiatach (we Wrocławiu 4 oddziały dzienne). Oddział szpitalny znajdował się w 12 powiatach (we Wrocławiu 3 oddziały szpitalne).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 15, z czego 2 we Wrocławiu. W 14 powiatach nie było takiej placówki, szczególnie na zachodzie i południu województwa. Poradnie uzależnień od alkoholu obecne były w 19 powiatach. W 11 powiatach nie było takiej placówki. Najwięcej poradni tego typu znajdowało się we Wrocławiu (4) oraz powiecie kłodzkim (3). W województwie funkcjonowało 7 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych, z czego 4 zlokalizowane były we Wrocławiu, 1 w Legnicy, 1 na zachodzie województwa, w powiecie zgorzeleckim oraz 1 w Jeleniej Górze. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 15 653 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 14 oddziałów dziennych, 7 dla osób uzależnionych od alkoholu, 3 dla uzależnień niescharakteryzowanych oraz 4 dla	Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień ogólnych, szczególnie na południu i zachodzie województwa. W województwie nie funkcjonował oddział/ośrodek leczenia dla osób uzależnionych od alkoholu. Funkcjonowały ośrodki o specjalizacji ogólnej. Na terenie województwa funkcjonuje 5 hosteli, co wyróżnia się pozytywnie w porównaniu do innych województw.	Zwiększenie dostępności do opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez otwieranie poradni leczenia uzależnień ogólnych lub poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, szczególnie w rejonach ich pozbawionych, a więc powiatach na południu i zachodzie województwa. Utrzymanie istniejących hosteli dla osób uzależnionych.

		uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Ze wszystkich oddziałów dziennych skorzystało 1342 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 12, z podziałem na 7 typu uzależnień ogólny oraz 5 uzależnień od substancji psychoaktywnych. Skorzystało z nich 1717 pacjentów. Na terenie województwa znajdowało się 6 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowej oraz 2 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 2922, z czego 550 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa funkcjonowało 5 hosteli dla osób uzależnionych, z czego 3 dla uzależnionych od alkoholu oraz 2 dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Skorzystało z nich 225 pacjentów. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 19 510 pacjentów, co przekłada się na 677 pacjentów na 100 tys. ludności (poniżej średniej dla RP, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		

	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 11,4 osób (powyżej średniej dla RP, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 9,6 (powyżej średniej dla RP, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,6 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarza psychiatrii województwa wyniósł ok. 19%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 48,8 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 14%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa, z wyjątkiem powiatu milickiego, funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 9 powiatach (zgorzeleckim, bolesławieckim, lubińskim, milickim, świdnickim, dzierżoniowskim, wrocławskim oraz miastach Wrocławiu i Wałbrzychu). Na terenie województwa funkcjonowały 3 ośrodki III poziomu referencyjnego (w powiecie zgorzeleckim, bolesławieckim i w Wrocławiu). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy. W niektórych powiatach i ich okolicach (Legnica, Jelenia Góra, powiat głogowski) większość pacjentów	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

		korzystających z poradni zdrowia psychicznego dla dzieci, korzystała z poradni nie będących na II poziomie referencyjnym.		
Rehabilitacja medyczna	8.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało: • 56 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,94 ośrodka na 100 tys. ludności, o 14% mniej niż średnio w Polsce), • 46 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,6 na 100 tys. ludności, o 27% więcej niż średnio w Polsce), • 36 ośrodków rehabilitacji domowej (1,25 na 100 tys. ludności, o 17% mniej niż średnio w Polsce), • 149 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (5,17 na 100 tys. ludności, o 24% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 7,15 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 16% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 635 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 39% mniej niż średnio w Polsce), • 833 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 33% więcej niż średnio w Polsce), • 233 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 11% mniej niż średnio w Polsce), • 6 862 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 16% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 8 096 pacjentów na	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, domowych i ambulatoryjnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.

		100 tys. ludności województwa (o 13% mniej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowały 2 ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej (tj. 0,07 ośrodka na 100 tys. ludności; o 22% mniej niż średnia wartość dla RP, • funkcjonowały 2 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,07 ośrodka na 100 tys. ludności; o 56% mniej niż średnia wartość dla RP, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, zaburzeń słuchu i mowy oraz zaburzeń wzroku.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 51 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,8 ośrodka na 100 tys. ludności (o 37% powyżej średniej dla RP). W 2 z 30 powiatów (6,7%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 166 (o 35% powyżej średniej dla RP). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 146 na 100 tys. ludności (o 10% powyżej średniej dla RP).	Utrzymanie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków, liczby łóżek oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 5,2 na 100 tys. ludności (o 28% powyżej średniej dla RP). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 150 na 100 tys. ludności (o 19% poniżej średniej dla RP).	Zwiększenie liczby pacjentów korzystających ze świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.

	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 3,4 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 220,9 (o 1% poniżej wartości dla RP) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 36% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 17 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,59 ośrodka na 100 tys. ludności, o 3% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 133,4, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 113 na 100 tys. ludności (tyle samo, co średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 14 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,49 ośrodka na 100 tys. ludności, o 14% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 51 na 100 tys. ludności (o 67% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla RP. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowały 44 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach domowych (1,53 ośrodka na 100 tys. ludności, o 3% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej	Wspieranie rozwoju ośrodków realizujących świadczenia w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede

		w takich ośrodkach wynosiła 250 na 100 tys. ludności (o 39% więcej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie kłodzkim (największym w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja występuje również w powiecie wrocławskim i trzebnickim.	powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek.	wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek, tj. kłodzkim, wrocławskim i trzebnickim.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 4,06 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM). W tym samym roku wystąpiło 291 tys. wezwań zrealizowanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (tj. ok. 10 tys. wezwań na 100 tys. mieszkańców województwa), co plasuje województwo pod względem liczby wezwań na 3 miejscu spośród wszystkich województw w Polsce. Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 2,5 tys. wezwań (średnio ok. 207 na miesiąc), co jest drugim najwyższym wynikiem wśród wszystkich województw. Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 49% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 37% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności przynajmniej do poziomu średniej krajowej w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM. Optymalizacja rozmieszczenia ZRM w sposób, który pozwoli na dotarcie ZRM z miejsca zdarzenia do SOR w czasie nie dłuższym niż 45 minut. Uruchomienie karetek motocyklowych, które w krótszym czasie dotrą na miejsce zdarzenia.

	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie dolnośląskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 141 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 60 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie dolnośląskim wynosiła 622 osoby. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia

		pracy przez absolwentów, 727 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na istotną dysproporcję pomiędzy liczbą nowych pracowników medycznych, a liczbą osób potencjalnie opuszczających rynek pracy. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.		nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 15 akceleratorów (0,6 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 6 lat. 2 akceleratory (13% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. W powiatach m. Jelenia Góra, m. Legnica i m. Wrocław średnia liczba procedur wykonywanych na akceleratorze mieściła się w przedziale 15 tys. - 15,25 tys., co świadczy o wysokim wykorzystaniu sprzętu. W powiecie zgorzeleckim liczba procedur wyniosła 0,5 tys. - 0,75 tys., a w powiecie m. Wałbrzych – 0,75 tys. - 1 tys. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiatach: m. Wrocław (1 szt.) i m. Wałbrzych (1 szt.).	Optymalizacja wykorzystania istniejących akceleratorów szczególnie w powiecie zgorzeleckim oraz m. Wałbrzych, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.	Wymiana akceleratorów o wysokim priorytecie do wymiany. Dotyczy przede wszystkim sprzętu zlokalizowanego w m. Wrocław oraz m. Wałbrzych. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 37 angiografów (1,3 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, powyżej średniej dla RP, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 12 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa

		Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. 20 angiografów (54% wszystkich w województwie, w każdym powiecie oprócz oławskiego) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach legnickim, oławskim, kłodzkim i zgorzeleckim średnia liczba procedur na sprzęt nie przekraczała 500, a w powiatach głogowskim i m. Jelenia Góra wykonywano ich od 600. do 675. Są to powiaty z najmniejszą liczbą wykonywanych procedur. W powiatach m. Wałbrzych, m. Wrocław, lubińskim oraz świdnickim wykonywanych było od 1,25 tys. do 2 tys. procedur średnio na sprzęt. Najwięcej procedur sprawozdano w powiecie m. Legnica, gdzie liczba procedur przekroczyła 2 tys. Sprawozdane dane świadczą o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2 tys. - 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Optymalizacja wykorzystania istniejących angiografów szczególnie w powiecie legnickim, zgorzeleckim, kłodzkim, głogowskim oraz m. Jelenia Góra, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.	Radiologicznego angiograf powinien podlegać wymianie, kiedy jego wiek przekroczy 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji).
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 aparaty do brachyterapii (0,1 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 1 aparat (25% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. Dwa aparaty wykonały od 0 do 250 procedur (m. Wałbrzych), a dwa od 1250 do 1500 procedur rocznie (m. Wrocław), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu (w szczególności w m. Wałbrzych) oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do mediany liczby sprzętów na 100 tys. ludności dla krajów UE.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych aparatów do brachyterapii w m. Wałbrzych, które mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości mediany liczby urządzeń na 100 tys. ludności dla krajów UE.

		Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w m. Wałbrzych i m. Wrocław.		
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 aparatów ECMO (0,31 na 100 tys. ludności; co stanowi optymalny poziom według średniej dla RP, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 2 aparaty (22% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. Urządzenia znajdowały się w placówkach zlokalizowanych łącznie na terenie czterech powiatów – w trzech (bolesławieckim, lubińskim, m. Legnica) nie sprawozdano procedur, a w jednym (m. Wrocław) liczba procedur wynosiła blisko 30 (średnio na 1 urządzenie), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Efektywniejsze wykorzystanie (zwiększenie liczby realizowanych świadczeń) obecnie posiadanego sprzętu, w szczególności w powiatach, które charakteryzują się niskim wskaźnikiem liczby wykonywanych procedur, wymiana sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 gammakamer (0,3 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. 4 aparaty (44% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Gammakamerę posiadały dwie placówki zlokalizowane na terenie powiatów: m. Wrocław (6 sztuk) – o wskaźniku wykonanych procedur od 2 tys. do 2,25 tys. oraz ząbkowickiego (1 sztuka) o wskaźniku wykonanych procedur od 0 do 250, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Wszystkie gammakamery zlokalizowane na terenie województwa charakteryzowały się wysokim priorytetem do wymiany. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 38 mammografów (1,3 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,7 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 13 urządzeń (34% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W trzech powiatach (lubański, lwówecki, trzebnicki) liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale 3,75 tys. - 4 tys. W pozostałych powiatach (bolesławicki, dzierżoniowski, głogowski, karkonoski, kłodzki, lubiński, oleśnicki, oławski, strzeliński, świdnicki, zgorzelecki, m. Jelenia Góra, m. Legnica, m. Wrocław, m. Wałbrzych) nie przekracza 2 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Wrocław (3 sztuki), świdnickim (2 sztuki), dzierżoniowskim (1 szt.), głogowskim (1 szt.), m. Jelenia Góra (1 szt.), jeleniogórskim (1 szt.), kłodzkim (1 szt.), m. Legnica (1 szt.), strzelińskim (1 szt.), m. Wałbrzych (1 szt.).	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Należy zwrócić uwagę na znaczny odsetek sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany. Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparatury PET-CT (0,07 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. Oba urządzenia zlokalizowane były w powiecie m. Wrocław i miały wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia wykonywały pomiędzy 9 tys. - 11 tys. procedur rocznie (bardzo wysoki poziom wykorzystania). Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej (w 2025 roku jedyne pracownie zlokalizowane są we Wrocławiu). Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również obciążenie procedurami pozostałych urządzeń, należy dokupić 4 aparaty PET-CT, aby ich liczba w województwie wzrosła do 6. Przy łącznej liczbie 6 urządzeń wskaźnik sprzętu na 100 tys. ludności będzie wynosił 0,2, a liczba procedur na sprzęt spadnie do 3355 (poniżej progu intensywnego wykorzystania sprzętu (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne).
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowały się 33 sztuki rezonansów magnetycznych (1,15 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 10 urządzeń (30%	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić

		wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywało się w powiecie kłodzkim (938), a najwięcej w powiecie bolesławieckim (12 512), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Wrocław (5 szt.), lubińskim (2 szt.), dzierżoniowskim (1 szt.), m. Jelenia Góra (1 szt.), oleśnickim (1 szt.), zgorzeleckim (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	do wymiany. Należy również dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE.	dodatkowe urządzenia, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowały się 594 sztuki aparatów RTG (20,3 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla RP, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 259 urządzeń (43% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, z wyjątkiem powiatu jaworskiego. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te,	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach, z wyjątkiem powiatu jaworskiego.

		które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 66 tomografów komputerowych (2,3 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,0 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 26 urządzeń (39% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale 4,5 tys. – 4,75 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat głogowski (16 795) oraz dzierżoniowski (średnio 1039 na urządzenie). W powiecie dzierżoniowskim wykonano relatywnie mało procedur co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Wrocław (10szt.), m. Jelenia Góra (2 szt.), bolesławieckim (2 szt.), zgorzeleckim (2 szt.), dzierżoniowskim (1 szt.), jaworskim (1 szt.), jeleniogórskim (1 szt.), m. Legnica (1 szt.), legnickim (1 szt.), lubińskim (1 szt.), oleśnickim (1 szt.), oławskim (1 szt.), trzebnickim (1 szt.), złotoryjskim (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana aparatów o wysokim stopniu eksploatacji (wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat).

	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 1 258 aparatów USG (43,7 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. powyżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 720 urządzeń (57% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 2.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa kujawsko-pomorskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa kujawsko-pomorskiego zmniejszy się o 5,7%, a do 2060 r. o 22,9% (w porównaniu do 2023 r.) Spadek ten jest większy w porównaniu do trendu ogólnopolskiego, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,6% do 27,6%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,2% do 48,6%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,6% do 36,8%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu, takich jak Włocławek (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -38,9%), Bydgoszcz (-32,9%) czy Grudziądz (-29,1%). Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności są: powiat bydgoski (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 8,9%, a do 2060 r. 10,7%) oraz powiat toruński (wzrost o 9,4% do 2060 r.). Wskazane powiaty sąsiadują z powiatami m. Bydgoszcz oraz Toruń. Do 2060 r. dla miast Bydgoszcz i Toruń	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiatach sąsiadujących z miastami Bydgoszcz i Toruń.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów bydgoskiego i toruńskiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		są prognozowane spadki liczby ludności wynoszący odpowiednio -32,9% oraz -24,5%. Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie kujawsko-pomorskim dla mężczyzn wzrosła od 73,7 lat w 2019 r. do 74,1 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81 lat w 2019 r. do 81,3 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były niewielkie – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,1 lat, a kobiety 81,3 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 74,0 i 81,2 lat. Mimo niewielkiego zakresu tych rozbieżności, mogą one wskazywać na umiarkowane zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in., wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa kujawsko-pomorskiego wyniósł 30 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 9. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 10 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,13, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych

		województw była to ósma najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		dorosłych w gminach i powiatach całego województwa kujawsko-pomorskiego. Zapewnienie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo kujawsko-pomorskie skupiało około 5,3% ludności RP (1 996 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 031 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 107, który był na poziomie średniej krajowej. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie kujawsko-pomorskim w 2023 r. wynosiła 111 osoby na km², i była niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Bydgoszcz (1,9 tys. os./km²), Toruń (1,7 tys. os./km²) czy Grudziądz (1,5 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Bydgoszcz, Toruń, Grudziądz, Włocławek) poprzez

		tucholski (44 os./km²), sępoleński (49 os./km²) czy lipnowski (62 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: tucholskim, sępoleńskim, lipnowskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 364 zgony na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na tle kraju współczynnik zgonów mężczyzn w wieku do 65 lat z powodu chorób układu krążenia był wyższy – 90 zgonów na 100 tys. mieszkańców województwa (wobec 86 zgonów na 100 tys. mieszkańców kraju).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie, w szczególności w grupie mężczyzn w wieku do 65 lat.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 319 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 68 zgonów na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców), nowotwór złośliwy żołądka (województwo: 14 zgonów na 100 tys.; Polska: 12 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy sutka (województwo: 20 zgonów na 100 tys.; Polska: 18 zgonów na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca, żołądka i sutka) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności oskrzeli i płuc oraz sutka.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania piersi kobiet w kierunku nowotworów złośliwych sutka).

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] Ibidem

		Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 549 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – 82 osoby na 100 tys. (znacznie powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 67 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 32%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 44% w województwie, 40% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwie w 2023 r. wyniósł 27 osób na 100 tys. mieszkańców i był dwukrotnie wyższy od współczynnika dla RP (13 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat zdrowia psychicznego i sposobów walki np. z depresją. Zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki psychiatrycznej dla mieszkańców województwa w szczególności poprzez rozwój opieki środowiskowej w CZP.

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 46% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 2,1 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 15% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 198 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 174 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 173 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		Województwo kujawsko-pomorskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o drugiej najwyższej liczbie zgonów spowodowanych przez tytoń.		
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4,9 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,5 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 11% rocznej populacji kobiet do przebadania i była zbliżona do średniej zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 10% (wzrost o ok. 0,2 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (ok. 18%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 45% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

		do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 48%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 69%)	najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 363 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 18,2 (poniżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (20,6%), od 3 tys. do 4 tys. (13,9%) oraz powyżej 10 tys. (11%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,7%), od 8 tys. do 9 tys. (4,6%) oraz poniżej 1 tys. (5,5%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Włocławek, Toruń, Bydgoszcz. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: sępoleńskim, żnińskim i świeckim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie toruńskim, gdzie wynosił 66%, natomiast najwyższy w m. Toruń, osiągając wartość 103,65%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w niektórych powiatach (bydgoski, toruński) przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co wiązać się będzie z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu, takich jak Włocławek, Bydgoszcz czy Grudziądz.	Gęstość zaludnienia województwa była poniżej średniej krajowej. Na terenie województwa była ona dość zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia (rozdział 1.1).	Wspieranie tworzenia nowych placówek POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, w których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r. Zgodnie z analizami demograficznymi, dotyczy to m.in. powiatów bydgoskiego i toruńskiego, gdzie szczególnie istotne staje się planowanie lokalizacji nowych placówek POZ.

		W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 5,2 tys. osób i była większa od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Toruń, Bydgoszcz oraz powiat radziejowski nadwyżka względna wynosiła od 0,01 do 0,04. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie grudziądzkim (-0,34), toruńskim (-0,34) oraz bydgoskim (-0,25).		
	4.2	Średnio 7% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 49% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 44% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko jeden świadczeniodawca miał poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Dążenie (lub podejmowanie działań zmierzających) do wyeliminowania sytuacji, w której liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ przekracza 2500.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1,8 mln pacjentów, co stanowiło 90% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 69% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 70% zapisanych,	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań

		• 41-50 – z usług POZ korzystało 74%. Były to wartości niższe o około 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 11 do 13 p.p. wyższy niż u mężczyzn.		bilansowych. Zgodnie z założeniami programu "Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 70% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł ok. 71%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była wyższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 6,4 świadczenia per pacjent (6,2 dla Polski). Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 6,2 świadczenia, co było wartością wyższą od średniej wartości dla RP (tj. 5,9 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: świeckim (5,63), toruńskim (5,7) oraz m. Grudziądz (5,71). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: aleksandrowskim (7,42), żnińskim (7,09) oraz inowrocławskim (7,07).	Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie świeckim, toruńskim oraz m. Grudziądz do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (powiat tucholski, sępoleński oraz lipnowski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowało się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 84% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna,

		recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	konieczności odsyłania go do AOS.	diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 35% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,9% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 3,9% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (20,9%), lekarze o specjalizacji choroby wewnętrzne (20%), lekarze medycyny rodzinnej (16%) oraz pediatrzy (15%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 26,6 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: tucholskim (12,8 lekarzy), brodnickim (12,9), mogileńskim (13,8). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 2 powiatach: m. Bydgoszcz oraz m.	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		Toruń. Średni wiek lekarza w województwie to 53 lata (tj. 2,6 roku mniej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 93,7 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: toruńskim (70,0 pielęgniarki), chełmińskim (75,3), bydgoskim (76,4). Największa liczba w powiatach: m. Grudziądz (162,4 pielęgniarek) oraz sępoleński (133,9). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 18,3 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 7 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 18,3 położnych), z czego najniższe było w powiatach: grudziądzkim (12,8) oraz aleksandrowskim (15,0), a najwyższe w powiatach: tucholskim (34,1 osób) oraz radziejowskim (26,4).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 22 powiatach funkcjonowało 28 placówek oferujących świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 1 placówkę. W powiecie włocławskim nie realizowano NiŚOZ. W powiatach inowrocławskim, bydgoskim, m. Włocławek oraz toruńskim znajdowały się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,4 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej (1,46). W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 202 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 4,7% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 348, 6 tys., co stanowi wzrost o 6,4%	Konieczne jest otwieranie nowych miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Łatwy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej

		względem 2022 r. Jest to trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie tucholskim, wyniosła ona 3,18 tys., natomiast najwyższą w Bydgoszczy, 54,7 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie tucholskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,07. Natomiast największa w powiecie rypińskim, 0,39 świadczenia na mieszkańca.		wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa kujawsko-pomorskiego: • chirurgii ogólnej – 96% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 22% powiatów województwa, tj. 5 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 91% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju);	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie kujawsko-pomorskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• onkologiczna – 39% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu grudziądzkiego oraz włocławskiego w 2023 r. nie była zlokalizowana ani jedna poradnia kardiologiczna, ale w miastach na prawach powiatu: Włocławku zlokalizowanych jest 7 takich poradni, a w Grudziądzu – 5. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa kujawsko-pomorskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Grudziądz i pow. grudziądzkiego; • m. Włocławek i pow. włocławskiego; oraz gmin wchodzących w skład Miejskich Obszarów Funkcjonalnych Bydgoszczy i Torunia.	geriatrycznych i onkologicznych.	Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów bydgoskiego oraz toruńskiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Bydgoszcz, Grudziądz, Toruń, Włocławek) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie:	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, kardiologicznych minimum do	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, otorynolaryngologicznych, nefrologicznych, chorób zakaźnych,

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• chirurgii ogólnej – 1949 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2394 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 106 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1447 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 342 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • otorynolaryngologicznych – 917 porad (średnia dla RP ogółem – 1072 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • nefrologicznych – 92 porad (średnia dla RP ogółem – 123 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • chorób zakaźnych – 53 porad (średnia dla RP ogółem – 108 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci – 18 porad (średnia dla RP ogółem – 104 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • gruźlicy i chorób płuc – 282 porad (średnia dla RP ogółem – 396 porad); 3 miejsce od końca na tle województw.	poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: otorynolaryngologicznych, nefrologicznych, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie kujawsko-pomorskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, gruźlicy i chorób płuc. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

	5.3	Zgodnie z r*ozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 37% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie kujawsko-pomorskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: tucholskiego, sępoleńskiego, lipnowskiego.

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz. U. poz. 562)

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • diabetologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów); • hematologia – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • reumatologia – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w zakresie reumatologii.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • wad serca – 237 dni (średnia dla RP ogółem – 108 dni);	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym:

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

		• kardiologicznej dla dzieci – 224 dni (średnia dla RP ogółem – 132 dni); • gastroenterologicznej – 220 dni (średnia dla RP ogółem – 114 dni); • osteoporozy – 203 dni (średnia dla RP ogółem – 99 dni); • chorób metabolicznych dla dzieci – 186 dni (średnia dla RP ogółem – 83 dni)[14].	czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: wad serca, kardiologicznej dla dzieci, gastroenterologicznej, osteoporozy, chorób metabolicznych dla dzieci.	• wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców:	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji.	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej

[14] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

[15] Wartość średnia dla Polski została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• chirurgii ogólnej – 2432 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 267 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 68 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1356 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2282 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 3,2 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 3,9 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 5,5 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 11,9 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,7 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej	Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń	samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

		przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,1% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,55 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 82% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 22% (powyżej średniej dla RP tj. 16%).	zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 100% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 42% (poniżej średniej dla RP tj. 50%) • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 3% (poniżej średniej dla RP tj. 11%.)		
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - 118% (25) • Oddział psychiatrii sądowej – 105% (110) • Ośrodek terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych -100% (72) • Oddział psychogeriatryczny -99% (22) • Oddział rehabilitacji kardiologicznej - 99% (54) • Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny - 99% (300) • Oddział gastroenterologiczny - 98% (59) • Zakład/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy - 96% (437) • Oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) - 95% (42) • Oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 95% (102) • Oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji) - 94% (14)	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

		• Oddział udarowy - 92% (34) • Oddział endokrynologiczny - 92% (36) Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • Oddział ginekologii onkologicznej - 49% (27) • Oddział neonatologiczny - 49% (347) • Oddział hematologiczny dla dzieci - 45% (52) • Oddział chirurgiczny dla dzieci - 45% (119) • Podmiot/oddział opiekuńczo-leczniczy dla dzieci i młodzieży - 44% (6) • Oddział ginekologiczny - 44% (35) • Oddział otolaryngologiczny - 43% (117) • Oddział chirurgii plastycznej -37% (12) • Oddział chirurgii szczękowo – twarzowej - 36% (27) • Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 34% (24) • Oddział okulistyczny - 32% (119) • Oddział neurochirurgiczny dla dzieci - 32% (12) • Oddział wieloprofilowy zabiegowy - 27% (23) • Oddział audiologiczno-foniatryczny - 0% (6) • Oddział wieloprofilowy zachowawczy - 0% (22)		
	6.3.	W województwie funkcjonuje 11 SOR, w tym 3 w Bydgoszczy. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Realizacja świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia.	Uruchomienie przynajmniej jednego ośrodka specjalistycznego, przeznaczonego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadającego SOR. W przypadku braku możliwości jego uruchomienia- należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR-ów przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez

				egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 313 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 5 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej w ramach poradni (w CZP oraz poza nimi) zapewniony był w 21 powiatach (brak w powiecie grudziądzkim oraz włocławskim). Zespół leczenia środowiskowego oraz oddział dzienny zapewniony był w 5 powiatach (świecki, Grudziądz, Bydgoszcz, Toruń, Włocławek). Oddział szpitalny znajdował się w 6 powiatach (świecki, Grudziądz, Bydgoszcz, Toruń, aleksandrowski, lipnowski).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 15. Poradnie były	Zapewnienie równomiernego dostępu do wszystkich form	Zwiększenie dostępności do opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od

		rozmieszczone w całym województwie oprócz 6 powiatów: chełmińskiego, wąbrzeskiego, rypińskiego, aleksandrowskiego, radziejowskiego, żnińskiego. W większości powiatów była jedna poradnia, z wyjątkiem powiatu nakielskiego z dwoma takimi placówkami. Poradnie uzależnień od alkoholu obecne były w 12 powiatach, po jednej na powiat. W 8 powiatach nie było takiej placówki. W województwie znajdowało się 2 poradnie leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, zlokalizowane w centralnej części województwa, w miastach Toruń i Bydgoszcz. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 10 689 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 5 oddziałów dziennych, 4 dla osób uzależnionych od alkoholu oraz jeden dla uzależnień niescharakteryzowanych. Nie było dostępnego oddziału dziennego dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Ze wszystkich oddziałów dziennych skorzystało 476 pacjentów. Liczba oddziałów/ośrodków leczenia na terenie województwa wynosiła 5, z czego 2 leczenia uzależnień od alkoholu, 2 ogólne leczenia uzależnień oraz 1 uzależnień od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 1717 pacjentów. Na terenie województwa znajdowały się 2 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowej oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych, usytuowany w powiecie świeckim. Łączna liczba pacjentów wynosiła 1578, z czego 316 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych.	leczenia uzależnień na terenie województwa. Poradnie leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych znajdowały się tylko w dwóch największych miastach w centralnej części województwa. Tylko jeden oddział dzienny dedykowany leczeniu uzależnień innych niż od alkoholu. Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel dla osób uzależnionych, zmuszając mieszkańców potrzebujących takiej formy leczenia do wyjazdu do innego województwa.	alkoholu, poprzez otwieranie poradni oraz oddziałów dziennych leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych w powiatach oddalonych od już istniejących. Otwarcie placówek hostelowych dla osób uzależnionych. Zachęcanie poprzez kampanie społeczne i edukacyjne do prewencji i podjęcia leczenia w zakresie uzależnień.

		Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel dla osób uzależnionych. 29 pacjentów skorzystało ze świadczeń hostelu w innych województwach. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 12 590 pacjentów, co przekłada się na 630 pacjentów na 100 tys. ludności (poniżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 9,8 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności poniżej 18 r.ż. wyniosła 7,4 (powyżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 53,5 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 23%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 52 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 18%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed - i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie 18 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków I stopnia referencyjnego nie było w powiatach: bydgoskim, grudziądzkim, golubsko-dobrzyńskim, radziejowskim oraz włocławskim. Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 4 powiatach (m. Grudziądz, świeckim, m. Bydgoszcz oraz m. Toruń).	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

		Na terenie województwa funkcjonowały 4 ośrodki III poziomu referencyjnego (w powiecie świeckim, m. Bydgoszcz, m. Grudziądz i w m. Toruń). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 31 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,55 na 100 tys. ludności, o 31% mniej niż średnio w Polsce), • 25 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,25 na 100 tys. ludności, o 1% mniej niż średnio w Polsce), • 17 ośrodków rehabilitacji domowej (0,85 na 100 tys. ludności, o 44% mniej niż średnio w Polsce), • 176 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (8,82 na 100 tys. ludności, o 30% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 9,52 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 12% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej i domowej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej i domowej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 638 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 39% mniej niż średnio w Polsce), • 590 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 6% mniej niż średnio w Polsce), • 118 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 55% mniej niż średnio w Polsce), • 9 676 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 19% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, stacjonarnych i domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, stacjonarnej i domowej.

		Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 10 571 pacjentów na 100 tys. ludności (o 14% więcej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej (tj. 0,05 ośrodka na 100 tys. ludności; o 44% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowały 3 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,15 ośrodka na 100 tys. ludności; o 6% mniej niż średnia wartość dla Polski.	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń słuchu i mowy.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 25 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,3 ośrodka na 100 tys. ludności (o 3% poniżej średniej dla Polski). W 5 z 23 powiatów (21,7%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 85 (o 1% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 109 na 100 tys. ludności (o 18% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,5 na 100 tys. ludności (o 14% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych.

		Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 141 na 100 tys. ludności (o 24% poniżej średniej dla Polski).	opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,6 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 242,7 (o 9% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 44% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 11 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,55 ośrodka na 100 tys. ludności, o 10% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 116,7, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 115 na 100 tys. ludności (o 2% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 7 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,35 ośrodka na 100 tys. ludności, o 19% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 26 na 100 tys. ludności (o 15% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.

	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 25 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,25 ośrodka na 100 tys. ludności, o 20% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 270 na 100 tys. ludności (o 50% więcej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie świeckim (największym w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja (jeden ośrodek lub brak ośrodków) występuje również w powiecie włocławskim, bydgoskim, toruńskim i inowrocławskim.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden, tj. świeckim, włocławskim, bydgoskim, toruńskim i inowrocławskim.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
	11.2.	Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 2,1 tys. wezwań, co jest powyżej średniej krajowej (ok. 2,0 tys. wezwań).	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności, przynajmniej do poziomu średniej krajowej, w celu skrócenia czasów dotarcia

		Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 28% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 16% wezwań.	poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie kujawsko-pomorskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 110 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • pediatria (o 53 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 45 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie kujawsko-pomorskim wynosiła 1 633 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 485 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy

		Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.		w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 10 akceleratorów (0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; co spełnia wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej). Średni wiek akceleratora wynosił 7 lat. 2 akceleratory (20% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. W powiatach m. Bydgoszcz i m. Włocławek średnia liczba procedur wykonywanych na akceleratorze mieściła się w przedziale 1,25-1,5 tys., co świadczy o umiarkowanym wykorzystaniu sprzętu. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiecie m. Bydgoszcz (2 szt.)	Umiarkowane wykorzystanie sprzętu w obu powiatach oznacza, że podmioty mają możliwość przyjęcia większej liczby pacjentów.	Wymiana akceleratorów określonych jako z wysokim priorytetem do wymiany w mieście Bydgoszcz.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 28 angiografów (1,4 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, powyżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 13 lat. 15 angiografów (54% wszystkich w województwie, w każdym powiecie oprócz m. Włocławek) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach bydgoskim i m. Grudziądz średnia liczba procedur przypadających na aparat nie przekroczyła 700. Są to powiaty z najniższą liczbą wykonywanych procedur. W powiatach m. Bydgoszcz i tucholskim wykonanych zostało od 1 tys. do 1,5 tys. procedur rocznie. Powiatami które wykonały	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Optymalizacja wykorzystania istniejących angiografów szczególnie w powiatach bydgoskim i m. Grudziądz, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 12 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego angiograf powinien podlegać wymianie, kiedy jego wiek przekroczy 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji). Jednak ze względu na wskaźnik sprzętu na 100 tys. ludności, przewyższający średnią dla Polski, należy wymieniać sprzęt tylko w powiatach, w których jest on optymalnie

		najwięcej procedur są m. Toruń i m. Włocławek (2 tys. – 2,5 tys. procedur) oraz powiat inowrocławski (3 tys. – 3,5 tys. procedur). Świadczy to nieoptymalnym wykorzystaniu sprzętu. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		wykorzystywany (powiat bydgoski oraz m. Grudziądz nie wykorzystują sprzętu optymalnie).
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty do brachyterapii (0,1 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 5 lat. Żaden aparat nie ma wysokiego priorytetu do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. Średnia liczba procedur przypadająca na aparat wynosi 1,75 – 2 tys., co świadczy o umiarkowanym wykorzystaniu sprzętu.	Sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, co oznacza, że podmioty mogą przyjmować więcej pacjentów.	Pomimo liczby sztuk sprzętu na 100 tys. ludności niższej niż wynosi mediana dla krajów UE, sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, dlatego nie rekomenduje się zakupu dodatkowych aparatów.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 10 aparatów ECMO (0,5 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 7 lat. 4 aparaty (40% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. Urządzenia znajdowały łącznie w trzech powiatach – m. Bydgoszcz (8 szt.), m. Grudziądz (1 szt.) i Toruń (1 szt.). W m. Bydgoszcz i m. Toruń wykonuje się 0 – 5 procedur średnio na sprzęt, a w m. Grudziądz 15 – 20 procedur. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy efektywniej wykorzystywać obecnie posiadany sprzęt, w szczególności w powiatach, które charakteryzują się niskim wskaźnikiem liczby wykonywanych procedur, wymiana sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet połowy sprzętów do wymiany w m. Bydgoszcz, jednak ze względu na małą liczbę wykonywanych procedur nie rekomenduje się utrzymania dotychczasowej liczby aparatów.

	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 8 gammakamer (0,4 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 14 lat. 7 aparatów (87% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane są na terenie powiatów: m. Bydgoszcz (4 szt.) – o wskaźniku wykonanych średnio procedur 3,25 – 3,5 tys., m. Włocławek (1 szt.) 1,5 – 1,75 tys. procedur, m. Grudziądz (2 szt.) 1,25 – 1,5 tys. procedur oraz m. Toruń (1 szt.) 0,75 – 1 tys. procedur. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Wszystkie gammakamery zlokalizowane na terenie województwa (poza jednym aparatem w m. Grudziądz) charakteryzowały się wysokim priorytetem do wymiany. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności. Należy zwrócić uwagę na dużą liczbę urządzeń charakteryzujących się wysoki priorytetem do wymiany (87%) oraz wysoki średni wiek sprzętu (14 lat). Europejskie Towarzystwo Radiologiczne kwalifikuje jako priorytetową do wymiany każdą gammakamerę która ma 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany, szczególnie tych których wiek przekroczył 12 lat. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 21 mammografów (1,05 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,7 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 9 urządzeń (43% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie m. Grudziądz średnia liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale 6,75 – 7 tys. W dwóch powiatach (m.	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny oraz wymiany	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Bydgoszcz oraz m. Włocławek) średnia liczba procedur wynosiła 3 – 3,75 tys. W pozostałych powiatach (brodnickim, radziejowskim, inowrocławskim, m. Toruń, włocławskim) nie przekraczała 1,75 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Bydgoszcz (6 szt.), m. Grudziądz (1 szt.), inowrocławskim (1 szt.), m. Włocławek (1 szt.). Należy zwrócić uwagę na znaczny odsetek sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany. Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparatury PET-CT (0,1 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. Oba urządzenia zlokalizowane były w powiecie m. Bydgoszcz z których jeden miał wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia wykonywały pomiędzy 5,75 - 6 tys. procedur rocznie (wysoki poziom wykorzystania). Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej (w 2025 r. jedyne pracownie zlokalizowane są w Bydgoszczy). Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również obciążenie procedurami pozostałych urządzeń, należy dążyć do obniżenia średniej liczby procedur przypadającej na aparat poniżej progu intensywnego wykorzystania

				sprzętu (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 40 sztuk rezonansów magnetycznych (2 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 7 urządzeń (23% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniejszą średnią liczbę procedur na sprzęt wykonywało się w powiecie brodnickim (2 – 2,25 tys.), a najwięcej w powiecie m. Bydgoszcz (6,25 – 6,5 tys.), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Bydgoszcz (6 szt.), inowrocławskim (1 szt.), m. Toruń (1 szt.) oraz m. Włocławek (1 szt.) Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy również dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić dodatkowe urządzenia, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 296 sztuk aparatów RTG (14,83 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 145 urządzeń (49% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany oraz należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach. Pomimo liczby sztuk sprzętu na 100 tys. ludności niższej niż wynosi średnia dla Polski, sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, dlatego nie rekomenduje się utrzymania dotychczasowej liczby aparatów. Szczególnie w powiatach, w których

		Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Najmniejszą liczbę procedur zostało wykonanych w powiecie włocławskim, która nie przekroczyła 100 procedur rocznie średnio na urządzenie. Ponadto w powiatach bydgoskim, golubsko-dobrzyńskim, wąbrzeskim oraz grudziądzkim liczba procedur nie przekroczyła 1 tys. Najwięcej procedur średnio rocznie na sprzęt wykonano w powiecie inowrocławskim (od 4,5 tys. do 5 tys.) Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		zidentyfikowano niskie wykorzystanie aparatów w niektórych powiatach (poniżej 1 tys.).
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowały się 52 tomografy komputerowe (2,6 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,0 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 14 urządzeń (27% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale 4 tys. – 4,25 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat świecki (11 tys. – 11,5 tys. procedur) i wykonano w nim najwięcej procedur rocznie średnio na urządzenie. Najmniej procedur wykonano w powiatach sępoleńskim i radziejowskim (nie przekroczono 1 tys. procedur rocznie na urządzenie). Niskie wykorzystanie sprzętu sprawozdano także w powiatach mogileńskim, chełmińskim oraz żnińskim (od 1 tys. do 2 tys. procedur rocznie na sprzęt) Świadczy o nieefektywnym	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy zwrócić uwagę na dużą liczbę urządzeń o wysokim priorytecie do wymiany w m. Bydgoszcz.	Wymiana aparatów o wysokim priorytecie do wymiany. Ze względu na wskaźnik sprzętu na 100 tys. ludności, wyższy niż wynosi mediana dla krajów UE, nie rekomenduje się zwiększania dotychczasowej liczby aparatów. Rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur)

		wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: inowrocławskim (1 szt.), lipnowskim (1 szt.), toruńskim (1 szt.), żnińskim (1 szt.), m. Grudziądz (1 szt.), m. Toruń (2 szt.) m. Bydgoszcz (7 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	Aparatów USG jest w województwie 790, z czego 466 (59%) posiada wysoki priorytet do wymiany. Średni wiek aparatów jest równy 11 lat. Współczynnik na 100 tys. ludności wynosi 39,58 (wartość średnia dla RP = 42,07). Średnia liczba procedur jest w przedziale 1000 - 1250. W 2023 r. w województwie znajdowało się 790 aparatów USG (39,6 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, co można uznać za liczbę pokrywającą się ze średnią dla RP wynoszącą 39,4 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 466 urządzeń (59% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najwięcej urządzeń o wysokim priorytecie do wymiany znajduje się w m. Bydgoszcz (158 szt.) Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i	Sporo urządzeń o wysokim priorytecie do wymiany może być nieużywanych i wciąż być zapisanych w ewidencji, pomimo, że powinny być z niej usunięte i zutylizowane. Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji), jednak tylko w zidentyfikowanych przypadkach (w placówkach, które faktycznie używają wyeksploatowanego sprzętu).

		osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		

Załącznik 3.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubelskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa lubelskiego zmniejszy się o 7,5%, a do 2060 r. o 26,4% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest większy w porównaniu do trendu ogólnopolskiego, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,3% do 28,3%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 57,8% do 48,2%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,3% do 37,3%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak m. Chełm (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -43,2%), hrubieszowski (-42,1%) czy m. Zamość (-38,8%). Do 2060 r. w żadnym z powiatów województwa lubelskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach położonych w sąsiedztwie Lublina, natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych, zwłaszcza we wschodniej części regionu.	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na usługi zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak m. Chełm, hrubieszowski czy m. Zamość, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz rosnącego odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.

		Spadek liczby ludności w powiatach jest przede wszystkim wynikiem ogólnej sytuacji demograficznej w Polsce, związanej m.in. ze starzeniem się społeczeństwa i niskim poziomem dzietności. Czynniki takie jak odległość od dużych ośrodków miejskich, w których znajdują się specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ mogą natomiast wpływać na zróżnicowanie intensywności tego procesu w poszczególnych regionach.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie lubelskim dla mężczyzn wzrosła od 73,9 lat w 2019 r. do 74,3 lat w 2023 r., a dla kobiet od 82,4 lat w 2019 r. do 82,7 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 75,1 lat, natomiast na wsi 73,7 lat. Wśród kobiet różnica ta była zdecydowanie mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 82,8 lat, natomiast na obszarach wiejskich 82,5 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie usług systemu opieki zdrowotnej z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in., wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa lubelskiego wyniósł 30 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 8. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 10 urodzeń.	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,12, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to dziewiąta najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa lubelskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo lubelskie skupiało około 5,4% ludności RP (2 011 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 038 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 107, który był na poziomie średniej krajowej. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie lubelskim w 2023 r. wynosiła 80 osoby na km² i była zdecydowanie niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Lublin (2,2 tys. os./km²), Zamość (1,9 tys. os./km²) czy Chełm (1,4 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych,	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych usług ochrony zdrowia na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do usług ochrony zdrowia na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu usług z zakresu ochrony zdrowia do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Lublin, Zamość, Chełm)

		wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak włodawski (28 os./km²), parczewski (34 os./km²) czy bialski (38 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZoraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: włodawskim, parczewskim, bialskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do usług ochrony zdrowia. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 513 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 26%, w Polsce 26%).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 284 zgony na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (województwo: 16 zgonów na 100 tys.; Polska: 15 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 493 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności gruczołu krokowego i skóry.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. na oznaczenie stężenia PSA w kierunku raka gruczołu krokowego). Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[3] Ibidem

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

		Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – 75 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 54 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). W porównaniu do sytuacji w kraju, zanotowano również wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe skóry – 48 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 33%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 41% w województwie, 40% w Polsce) oraz dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 39% w województwie, 39% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 301 osób na 100 tys. mieszkańców i był prawie dwukrotnie wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 58% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano prawie 5,4 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 82% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 261 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 222 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 180 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 155 osób na 100 tys. ludności). Województwo lubelskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o drugiej najwyższej liczbie zgonów spowodowanych przez wysokie ciśnienie krwi i ryzyka żywieniowe.	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności (zbliżony do wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,7 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 12% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 10% (wzrost o ok. 2 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (22%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 46% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 47%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 71%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 539 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 26,8 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (23,4%), od 3 tys. do 4 tys. (18,2%) oraz od 1 tys. do 2 tys. (17,6%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 8 tys. do 9 tys. (1%), od 9 tys. do 10 tys. (1,2%) oraz od 6 tys. do 7 tys. (3,3%). Największe POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Chełm, Biała Podlaska, Lublin. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: hrubieszowskim, lubartowskim i tomaszowskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie zamojskim, gdzie wynosił 56,5%, natomiast najwyższy w m. Zamość, osiągając wartość 144%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. W żadnym z powiatów województwa nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach położonych w sąsiedztwie Lublina, natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych, zwłaszcza we wschodniej części regionu. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak m. Chełm, hrubieszowski czy m. Zamość.	Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności co najmniej na aktualnym poziomie jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) poniżej średniej krajowej.	Dostosowanie rozmieszczenia jednostek POZ w województwie do zachodzących zmian demograficznych oraz obserwowanej tendencji wzrostu zapotrzebowania na świadczenia POZ w obszarach miejskich. Wzmacnianie potencjału funkcjonujących placówek oraz poprawa ich dostępności, a także rozwój nowej infrastruktury POZ, uwzględniający aktualne analizy i prognozy demograficzne.

		W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 3,78 tys. osób i była mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Zamość, Biała Podlaska, Chełm oraz Lublin nadwyżka względna wynosiła od 0,11 do 0,42. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie zamojskim (-0,42), chełmskim (-0,4) oraz lubelskim (-0,34).		
	4.2	Średnio 4% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 55,5% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 39,8% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko 0,7% świadczeniodawców miało poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1,8 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 91% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 64% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 65% zapisanych,	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu

		• 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 71% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 4 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o około 10 p.p. wyższy niż u mężczyzn.		"Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 72,3% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco niższy i wyniósł ok. 72,1%. (ww. udziały są o około 4 p.p. wyższe od średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była wyższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich (6,1) i wynosiła ok. 6,6 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 6,25 świadczenia, co również wartością wyższą od średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: parczewskim (4,87), radzyńskim (5,59) oraz łukowskim (5,7). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: m. Zamość (7,37), świdnickim (7,16) oraz kraśnickim (6,06).	Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich oraz miejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie parczewskim, radzyńskim oraz łukowskim do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (powiat włodawski, parczewski, bialski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 85% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały:	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna,

		Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	konieczności odsyłania go do AOS.	diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 58% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 5,7% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 2,5% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 6,2% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze ze specjalizacją medycyna rodzinna (25,4%), lekarze specjalizacji choroby wewnętrzne (21,2%), lekarze bez specjalizacji (19,3%) oraz pediatrzy (13,6%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 29,4 lekarza na 100 tys. ludności (na tym samym poziomie co wartość średnia dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: ryckim (23,3 lekarzy), łukowskim (26,7), biłgorajskim (28,1). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było w 8 powiatach: m. Zamość, m. Lublin, m. Biała Podlaska, m.	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		Chełm, powiat świdnicki, włodawski, radzyński oraz tomaszowski. Średni wiek lekarza w województwie to 57,2 lat (tj. 1,6 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 108,2 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: zamojskim (85,4 pielęgniarki), bialskim (96,3), lubelskim (97,9). Największa liczba w: m. Zamość (218,1 pielęgniarek) oraz m. Biała Podlaska (183,6). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 23,5 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 12 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 23,5 położnych), z czego najniższe było w powiatach: zamojskim (16,9) oraz hrubieszowskim (17,6), a najwyższe w: m. Lublin (44,6 osób) oraz powiecie włodawskim (39,5).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 23 powiatach funkcjonowało 26 placówek oferujące świadczenia w ramach NIŚOZ i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 2 placówki. W powiecie chełmskim nie realizowano NiŚOZ. W 5 powiatach znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców (powiat puławski, m. Lublin, bialski, zamojski i biłgorajski). Średnia dla województwa wynosiła 1,33 ośrodka na 100 tys. ludności i była niższa od średniej krajowej, która wynosiła 1,46. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 199,5 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 3,4% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty

		w NiŚOZ wyniosła 365,9 tys., co również stanowi wzrost o % względem 2022 r. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie włodawskim, wyniosła ona 4,1 tys. Natomiast najwyższą w Lublinie, 43,8 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie ryckim, wartość wskaźnika wyniosła 0,09. Natomiast największa w powiecie radzyńskim, 0,33 świadczenia na mieszkańca.		poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa lubelskiego: • chirurgii ogólnej – 96% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 21% powiatów województwa, tj. 5 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju);	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie lubelskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• onkologiczna –38% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu chełmskiego w 2023 r. nie była zlokalizowana ani jedna poradnia chirurgii ogólnej, ale w sąsiadującym z nim powiecie m. Chełm znajdowały się 2 takie poradnie. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa lubelskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Chełm i pow. chełmski; • m. Zamość i pow. zamojski; • m. Biała Podlaska i pow. bialski; • gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Lublina.		wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Biała Podlaska, Chełm, Lublin, Zamość) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1745 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: kardiologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej.	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach kardiologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, diabetologicznych dla dzieci, nefrologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, chirurgii onkologicznej, leczenia bólu.

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• położniczo-ginekologiczną – 1928 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 20 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1800 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 414 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • diabetologicznych dla dzieci – 12 porad (średnia dla RP ogółem – 22 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • nefrologicznych dla dzieci – 12 porad (średnia dla RP ogółem – 29 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • neurochirurgicznych – 54 porad (średnia dla RP ogółem – 89 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • chirurgii onkologicznej – 154 porad (średnia dla RP ogółem – 211 porad); 4 miejsce od końca na tle województw; • leczenia bólu – 51 porad (średnia dla RP ogółem – 111 porad); 5 miejsce od końca na tle województw.	Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: diabetologicznych dla dzieci, nefrologicznych dla dzieci, neurochirurgicznych, chirurgii onkologicznej, leczenia bólu do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie lubelskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 29% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie lubelskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń zdrowotnych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: włodawskiego, parczewskiego, bialskiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz. U. poz. 562).

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • nefrologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów); • choroby metaboliczne – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • diabetologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • hepatologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: nefrologia, choroby metaboliczne, hepatologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • neurochirurgicznej – 177 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni);	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym:

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

		• kardiologicznej dla dzieci – 156 dni (średnia dla RP ogółem – 132 dni); • genetycznej – 126 dni (średnia dla RP ogółem – 115 dni); • audiologicznej dla dzieci – 109 dni (średnia dla RP ogółem – 85 dni); • chorób metabolicznych – 104 dni (średnia dla RP ogółem – 120 dni)[15].	poradniach: neurochirurgicznej, kardiologicznej dla dzieci, genetycznej, audiologicznej dla dzieci, chorób metabolicznych.	• wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców:	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu

[15] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

[16] Wartość średnia dla Polski została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• chirurgii ogólnej – 1984 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 329 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 130 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1934 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1296 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 3,5 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 5,2 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 4,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 11,6 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 3,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[17].	leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania	30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

		• Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,3% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,55 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 82% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 21% (powyżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 75% (poniżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to:	znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 53% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 3% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).		
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • Oddział alergologiczny - 113% (24) • Oddział psychiatrii sądowej - 106% (121) • Oddział psychiatryczny dla dzieci - 106% (62) • Oddział rehabilitacji psychiatrycznej - 105% (25) • Oddział nefrologiczny - 102% (82) • Oddział onkologiczny - 100% (33) • Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych - 99% (10) • Oddział chirurgii klatki piersiowej - 95% (25) • Oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym - 93% (38) • Hospicjum stacjonarne/stacjonarny ośrodek opieki paliatywnej - 92% (143) • Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny - 92% (811) • Oddział chorób zakaźnych dla dzieci - 91% (17) Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • Oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci - 49% (26) • Oddział okulistyczny - 45% (82) • Oddział chirurgii plastycznej - 44% (71) • Oddział rehabilitacji kardiologicznej - 32% (75) • Oddział okulistyczny dla dzieci - 29% (4) • Oddział dermatologiczny dla dzieci - 29% (2) • Oddział rehabilitacji pulmonologicznej - 23% (11)	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

		• Oddział transplantologiczny - 19% (18) • Oddział wieloprofilowy zabiegowy - 8% (13) • Dział anestezjologii - 0% (6) • Oddział medycyny nuklearnej - 0% (4) • Oddział wieloprofilowy zachowawczy - 0% (4)		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 15 SOR, w tym 3 w Lublinie, oraz 1 SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci. (również w Lublinie). W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 256 tys. Świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 6 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP oraz poza nimi) zapewniony był w 22 powiatach (brak w powiecie chełmskim oraz świdnickim). Zespół leczenia środowiskowego oraz psychiatryczny oddział dzienny zapewniony był w 15 powiatach. Oddział szpitalny znajdował się w 7 powiatach (łukowski, radzyński - 2 oddziały, parczewski, Lublin, Chełm, janowski, zamojski).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.

	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 7. Na 22 powiaty, 15 nie dysponowało taką placówką (68%). Poradnie leczenia uzależnień od alkoholu obecne były w 16 powiatach, najmniej na południu województwa. Poradni tego typu nie było w Zamościu oraz sąsiadującym powiatem zamojskim. Ich łączna liczba wynosiła 20. W województwie znajdowało się 5 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 13 267 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 7 oddziałów dziennych, wszystkie dla osób uzależnionych od alkoholu. Nie było dostępnego oddziału dziennego od uzależnień niescharakteryzowanych oraz dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Ze wszystkich oddziałów dziennych skorzystało 581 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 10, z podziałem na 4 w kategorii uzależnień od alkoholu, 4 uzależnień ogólny oraz 2 uzależnień od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 2105 pacjentów. Na terenie województwa znajdowały się 2 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowej oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych, usytuowany w Lublinie. Łączna liczba pacjentów wynosiła 2012, z czego 231 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych.	W większości powiatów nie funkcjonowała poradnia leczenia uzależnień, co ogranicza dostęp mieszkańców do leczenia. Na terenie województwa znajdowały się wyłącznie oddziały dzienne dla osób uzależnionych od alkoholu. Na terenie województwa funkcjonowała niewielka liczba oddziałów/ośrodków detoksykacji, która może być niewystarczająca. W województwie nie znajdował żaden hostel dla osób uzależnionych, zmuszając mieszkańców potrzebujących takiej formy leczenia do wyjazdu do innego województwa.	Zwiększenie dostępności do opieki ambulatoryjnej dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez otwieranie poradni leczenia uzależnień ogólnych oraz/lub poradni leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych, szczególnie w powiatach na północy województwa, oddalonych od dotychczas istniejących. Zwiększenie dostępności do opieki dziennej dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez otwarcie oddziałów dziennych leczenia uzależnień ogólnych lub leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Otwarcie placówek hostelowych dla osób uzależnionych od alkoholu i oddzielnych dla uzależnień od substancji psychoaktywnych.

		Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel dla osób uzależnionych. 13 pacjentów skorzystało ze świadczeń hostelu w innych województwach. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 15 950 pacjentów, co przekłada się na 793 pacjentów na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 11,4 osób (nieco powyżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 4 (znacząco poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,8 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 27%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 60,2 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 60%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed - i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 4 powiatach (m. Lublin, biłgorajskim, m. Chełm, m. Zamość). Na terenie województwa w Lublinie funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

		Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 57 ośrodków rehabilitacji dziennej (2,83 na 100 tys. ludności, o 25% więcej niż średnio w Polsce), • 28 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,39 na 100 tys. ludności, o 10% więcej niż średnio w Polsce), • 29 ośrodków rehabilitacji domowej (1,44 na 100 tys. ludności, o 5% mniej niż średnio w Polsce), • 139 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (6,91 na 100 tys. ludności, o 2% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 7,91 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 7% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji domowej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji domowej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 1 297 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 24% więcej niż średnio w Polsce), • 571 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 9% mniej niż średnio w Polsce), • 145 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 45% mniej niż średnio w Polsce), • 8 897 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 9% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 10 050 pacjentów na 100 tys. ludności (o 8% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych i domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji stacjonarnej i domowej.

	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 10 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,5 ośrodka na 100 tys. ludności; o 24% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 32 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,6 ośrodka na 100 tys. ludności (o 23% powyżej średniej dla Polski). W 3 z 24 powiatów (12,5%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 94 (o 9% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 181 na 100 tys. ludności (o 36% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków, liczby łóżek oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,7 na 100 tys. ludności (o 9% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 232 na 100 tys. ludności (o 25% powyżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych.

	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,4 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 211,1 (o 6% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 39% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 17 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,85 ośrodka na 100 tys. ludności, o 39% więcej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 141,2, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 135 na 100 tys. ludności (o 19% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 5 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,25 ośrodka na 100 tys. ludności, o 42% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 18 na 100 tys. ludności (o 42% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 40 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,99 ośrodka na 100 tys. ludności, o 27% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych

		wynosiła 138 na 100 tys. ludności (o 23% mniej niż średnio w Polsce).		potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. odnotowano 175 tys. wezwań ZRM, realizowany przez 93 zespoły (w tym 28 zespołów specjalistycznych), co stanowi 4,48 zespołu na 100 tys. ludności województwa. Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 17% wezwań powyżej 15 minut. Natomiast czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 34% wezwań powyżej 20 minut.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM. Należy rozważyć uruchomienie karetek motocyklowych, które w krótszym czasie dotrą na miejsce zdarzenia.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie lubelskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach:	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i otorynolaryngologii).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.

		• choroby wewnętrzne (o 60 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 58 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.); • otorynolaryngologia (o 22 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.		
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie lubelskim wynosiła 945 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 562 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 akceleratorów (0,55 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 5 lat.	Optymalizacja wykorzystania istniejących akceleratorów, które mogłyby wykonywać więcej badań w ciągu roku.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.

		Urządzenia znajdowały się w powiecie m. Lublin, gdzie wykonano 1188 procedur oraz w m. Zamość wykonano 1013 procedur, średnio na jedno urządzenie.		
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 26 angiografów (1,29 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, średnia dla RP to 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 6 angiografy (23% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. W powiecie m. Biała Podlaska wykonano średnio na jedno urządzenie 4510 procedur, a w powiecie lubelskim 0, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w powiecie m. Zamość i m. Lublin. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy dążyć do wymiany sprzętów, które osiągnęły wiek 12 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego angiograf powinien podlegać wymianie, kiedy jego wiek przekroczy 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji).
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty do brachyterapii (0,15 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 4 lata. W powiecie m. Lublin wykonano od 1 tys. do 1,25 tys. procedur (średnio na jedno urządzenie), a w m. Zamość od 0,25 tys. do 0,5 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).		
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 aparatów ECMO (0,25 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 5 lat. 1 aparat (20% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się na terenie powiatu m. Biała Podlaska, gdzie wykonano 0 procedur, m. Lublin - 7 procedur oraz m. Zamość - 2 procedury (średnio na jedno urządzenie).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 gammakamer (0,35 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. 3 aparaty (43% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. W powiecie łukowskim wykonano 16 procedury, w m. Lublin 1863 procedury (średnio na jedno urządzenie), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w powiecie m. Lublin. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 30 mammografów (1,49 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 12 urządzeń (40% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: biłgorajskim, łukowskim, ryckim, włodawskim, świdnickim liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie m. Biała Podlaska wykonano od 1,75 tys. do 2 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Chełm (2 szt.), hrubieszowskim (1 szt.), kraśnickim (1 szt.), m. Lublin (2 szt.), łukowskim (1 szt.), puławski (2 szt.), ryckim (1 szt.), włodawskim (1 szt.), m. Zamość (1 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty PET-CT (0,1 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 1 urządzenie (33% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenie zlokalizowane w m. Lublin wykonało 6120 procedur, a w m. Zamość 1770 procedur, co świadczy o	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby

		nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowały się 43 rezonanse magnetyczne (2,14 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 10 urządzeń (24% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur średnio na jedno urządzenie wykonywano w powiecie tomaszowskim (2 315), a najwięcej w powiecie kraśnickim (10 517), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Biała Podlaska (1 szt.), biłgorajskim (1 szt.), m. Chełm (1 szt.), m. Lublin (6 szt.), puławskim (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne.

	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 572 sztuk aparatów RTG (28,44 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 221 urządzeń (38% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 55 tomografów komputerowych (2,73 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 9 urządzeń (16% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 4,5 tys. do 4,75 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat łukowski (10 107) oraz świdnicki (601), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Chełm (1 szt.), lubartowskim (1 szt.), m. Lublin (5 szt.), puławskim (1 szt.), włodawskim (1 szt.).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana aparatów o wysokim stopniu eksploatacji (wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat). Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur).

		Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 741 sztuk aparatów USG (36,85 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 434 urządzeń (59% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 4.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa lubuskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa lubuskiego zmniejszy się o 4,9%, a do 2060 r. o 22% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest większy niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,8% do 27,4%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,2% do 48,4%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,8% do 37%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach takich jak strzelecko-drezdenecki (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -31,5%), żagański (-31,2%), żarski (-29,7%) czy międzyrzecki (-29,2%). Do 2060 r. w żadnym z powiatów województwa lubuskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach położonych w sąsiedztwie Gorzowa Wielkopolskiego, natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych regionu. Spadek liczby ludności w powiatach jest przede wszystkim wynikiem ogólnej sytuacji demograficznej w Polsce, związanej m.in. ze	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak strzelecko-drezdenecki, żagański czy żarski, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz rosnącego odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.

		starzeniem się społeczeństwa i niskim poziomem dzietności. Czynniki takie jak odległość od dużych ośrodków miejskich, w których znajdują się specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ mogą natomiast wpływać na zróżnicowanie intensywności tego procesu w poszczególnych regionach.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie lubuskim dla mężczyzn wzrosła od 72,9 lat w 2019 r. do 74,1 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81 lat w 2019 r. do 81,5 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były zauważalne – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,4 lat, a kobiety 81,7 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 73,3 i 81 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na umiarkowane zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in., wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa lubuskiego wyniósł 29 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 11. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 9 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,15, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby

		województw była to siódma najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa lubuskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo lubuskie skupiało około 2,6% ludności RP (975 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 502 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 106, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie lubuskim w 2023 r. wynosiła 70 osoby na km² i była niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Gorzów Wielkopolski (1,3 tys. os./km²) czy Zielona Góra (499 os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak sulęciński (28 os./km²), strzelecko-drezdenecki (37 os./km²) czy krośnieński (38 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów

		utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Gorzów Wielkopolski, Zielona Góra) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: sulęcińskim, strzelecko-drezdeneckim, krośnieńskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych.

				Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 432 zgony na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 28%, w Polsce 26%).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 286 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną.

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[3] Ibidem

		W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 62 zgony na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 404 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4]. Największą zapadalność odnotowano na raka gruczołu krokowego – 54 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – 44 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 32%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 42% w województwie, 40% w Polsce).		Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 198 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną.

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

				Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 131% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 1,7 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 35% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach; • Utworzenie oddziału zakaźnego dla dzieci na terenie województwa.

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 221 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 190 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 137 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • wysokie ciśnienie krwi – ok. 4,1 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • tytoń – 4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 4 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 6% rocznej populacji kobiet do przebadania i była niższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 7% (spadek o	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.

		ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (14%) nadal pozostaje na niższym poziomie.		
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 54% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 76%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 90%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 296 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 30,36 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (19,8%), od 1 tys. do 2 tys. (17,7%) oraz do 1 tys. (17,2%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (0,4%), od 8 tys. do 9 tys. (2,1%) oraz od 6 tys. do 7 tys. (4,2%). Największe POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w Zielonej Górze, powiecie zielonogórskim oraz międzyrzecki. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: krośnieńskim, nowosolskim, strzelecko-drezdeneckim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występuje w powiecie gorzowskim, gdzie wynosi 53%, natomiast najwyższy w Gorzowie Wielkopolskim, osiągając wartość 116,35%.	Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności co najmniej na aktualnym poziomie jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) poniżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne..

		Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. W żadnym z powiatów województwa lubuskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach położonych w sąsiedztwie Gorzowa Wielkopolskiego, natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych regionu. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach takich jak strzelecko-drezdenecki, żagański, żarski czy międzyrzecki. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 3,68 tys. osób i była mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Gorzów Wielkopolski oraz Zielona Góra nadwyżka względna wynosiła od 0,01 do 0,17. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie gorzowskim (-0,47), słubickim (-0,19) oraz żagańskim (-0,17).		
	4.2	Średnio 13% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 66,3% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 19,6% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko 1,1% świadczeniodawców miało poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Obniżenie odsetka świadczeniodawców z liczbą

				deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 0,87 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 90% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 62% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 63% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 69% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 1,5 - 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o około 12 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 70% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był na tym samym poziomie (ww. udziały były zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była zbliżona do średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 6,1 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej.

		pacjent otrzymywał przeciętnie 5,9 świadczenia, co również było zbliżoną do średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: słubickim (5,24), gorzowskim (5,46) oraz wschowskim (5,56). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: nowosolskim (6,56), strzelecko-drezdeneckim (6,44) oraz sulęcińskim (6,29).	pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie słubickim, gorzowskim oraz wschowskim do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).	Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (sulęciński, strzelecko-drezdenecki, krośnieński).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 84% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generuje największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 20% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,8% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,9% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) nie sprawozdawał żaden ze świadczeniodawców. Na 4 ścieżkach koordynacji sprawozdawało	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej.

		30% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (25,3%), lekarze o specjalizacji medycyna rodzinna (20,7%), lekarze chorób wewnętrznych (19,2%) oraz pediatrzy (14,5). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 27,1 lekarza na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. mieszkańców powiatu była w powiatach: strzelecko-drezdeńskim (10,7 lekarzy), międzyrzeckim (12,8), wschowskim (16,1). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. mieszkańców było tylko w 1 powiecie: m. Gorzów Wielkopolski. Średni wiek lekarza w województwie to 59,4 lat (tj. 3,8 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 89,2 osoby na 100 tys. mieszkańców. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. mieszkańców powiatu była w powiatach: gorzowskim (69,0 pielęgniarki), sulęcińskim (77,6), słubickim (80,7). Największa liczba w powiatach: żagańskim (115,5 pielęgniarek) oraz m. Gorzów (115,4). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 12,9 osoby na 100 tys. mieszkańców województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 7 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 12,9 położnych), z czego najniższe było w powiatach: strzelecko-	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		drezdeneckim (6,4) oraz żarskim (7,7), a najwyższe w powiatach: m. Gorzów (26,9 osób) oraz sulęcińskim (23,9).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 14 powiatach funkcjonowało 18 placówek oferujących świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. liczba ta utrzymywała się na takim samym poziomie. W m. Zielona Góra oraz m. Gorzów Wielkopolski znajdowało się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,78 ośrodka na 100 tys. ludności i była wyższa od średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 98,8 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 5,7% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 167 tys., co również stanowi wzrost o 5,7% względem 2022 r. Jest to zbliżone do trendu ogólnopolskiego, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie sulęcińskim, wyniosła ona 3,25 tys. Natomiast najwyższą w powiecie żarskim, 21,7tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie sulęcińskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,1. Natomiast największa w powiecie żarskim, 0,24 świadczenia na mieszkańca.	Konieczne jest dążenie do tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zwiększanie roli istniejących punktów NiŚOZ w systemie opieki zdrowotnej. Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Łatwy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa lubuskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 93% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 29% powiatów województwa, tj. 4 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 93% powiatów województwa* (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –57% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu gorzowskiego nie było zlokalizowanej ani jednej poradni kardiologicznej, ale w sąsiadującym z nim powiatem m. Gorzów Wielkopolski było zlokalizowanych 7 poradni kardiologicznych. Na terenie powiatu sulęcińskiego nie było zlokalizowanej ani jednej poradni kardiologicznej. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa lubuskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie lubuskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Gorzowa Wielkopolskiego; • Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Zielonej Góry.		demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Gorzów Wielkopolski, Zielona Góra) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 2162 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 1917 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej oraz zwiększenie dostępu do poradni kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach chirurgii ogólnej. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, diabetologicznych, reumatologicznych, dermatologicznych, nefrologicznych dla dzieci.

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• geriatryczną – 68 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1364 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 580 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • endokrynologicznych dla dzieci – 11 porad (średnia dla RP ogółem – 56 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • diabetologicznych – 334 porad (średnia dla RP ogółem – 578 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • reumatologicznych – 157 porad (średnia dla RP ogółem – 386 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • dermatologicznych – 761 porad (średnia dla RP ogółem – 1092 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • nefrologicznych dla dzieci – 11 porad (średnia dla RP ogółem – 29 porad); 1 miejsce od końca na tle województw.	poradni: endokrynologicznych dla dzieci, diabetologicznych, reumatologicznych, dermatologicznych, nefrologicznych dla dzieci do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie lubuskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

				badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z r*ozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 43% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie lubuskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: sulęcińskiego, strzelecko-drezdeneckiego, krośnieńskiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562).

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów); • alergologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • kardiologia – ok. 18% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 19% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: alergologia, nefrologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).

	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • chirurgii naczyniowej – 356 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni); • endokrynologii i diabetologii dziecięcej – 269 dni (średnia dla RP ogółem – 216 dni); • genetycznej – 264 dni (średnia dla RP ogółem – 115 dni); • onkologii i hematologii dziecięcej – 171 dni (średnia dla RP ogółem – 43 dni); • chirurgii plastycznej – 165 dni (średnia dla RP ogółem – 92 dni)[15].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: chirurgii naczyniowej, endokrynologii i diabetologii dziecięcej, genetycznej, onkologii i hematologii dziecięcej, chirurgii plastycznej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[15] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2230 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 73 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 94 hospitalizacje (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1348 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1479 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,3 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 4,3 dnia);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie

[16] Wartość średnia dla Polski została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• chirurgii onkologicznej – 4,0 dni (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 8,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,4 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[17] . • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,1% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,52 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych.	dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki	ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

		• Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 87% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 5% (poniżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 90% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 55% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 4% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).	okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • Oddział psychiatrii sądowej - 106% (107) • Oddział gruźlicy i chorób płuc - 104% (45) • Oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - 101% (7) • Oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci - 100% (46) • Oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu dla młodziezy - 99% (20) • Oddział rehabilitacji psychiatrycznej - 98% (23)	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy psychiatryczny - 97% (518) • Zakład/oddział opiekuńczo-leczniczy -94% (583) • Oddział leczenia zaburzeń nerwicowych - 92% (36) • Oddział/ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi - 92% (35) • Oddział rehabilitacji pulmonologicznej - 92% (55) • Oddział udarowy - 92% (16) Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • Oddział rehabilitacyjny dla dzieci - 49% (4) • Oddział pulmonologii - 48% (85) • Oddział położniczo-ginekologiczny - 46% (317) • Oddział onkologii i hematologii dzicięcej - 45% (12) • Oddział chirurgii plastycznej - 44% (19) • Oddział okulistyczny - 39% (29) • Oddział endokrynologiczny - 38% (7) • Oddział neonatologiczny - 34% (196) • Oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 34% (4) • Oddział ginekologiczny - 16% (15) • Oddział gastroenterologiczny - 11% (5) • Podmiot/oddział pielęgnacyjno-opiekuńczy dla dzieci - 0% (2)		

	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 8 SOR. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie SOR zlokalizowanych w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ, NiŚOZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 87 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 1 placówkę. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub po za nimi) zapewniony był we wszystkich 14 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 9 powiatach (Gorzów Wielkopolski, strzelecko - drezdenecki, międzyrzecki,	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.

		świebodziński, krośnieński, zielonogórski, Zielona Góra, żarski, nowosolski). Oddział szpitalny znajdował się w 4 powiatach (Gorzów Wielkopolski, międzyrzecki, świebodziński, żarski).		
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 11. W 4 powiatach: strzelecko-drezdeneckim, słubickim, świebodzińskim oraz wschowskim nie było takiej placówki. W województwie znajdowały się 2 poradnie antynikotynowe, które udzieliły świadczeń 65 pacjentom. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w całym województwie oprócz 2 powiatów: słubickiego oraz zielonogórskiego. Ich łączna liczba wynosiła 13. W województwie znajdowało się 4 poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 7 672 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowały się 3 oddziały dzienne, 2 dla osób uzależnionych od alkoholu oraz 1 dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Nie było dostępnego oddziału dziennego od uzależnień niescharakteryzowanych. Ze wszystkich oddziałów dziennych skorzystało 256 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 5, z podziałem na 2 w kategorii uzależnień od alkoholu, 3 uzależnień od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu ani uzależnień ogólny. Skorzystało z nich 1959 pacjentów.	Liczba pacjentów na 100 tys. mieszkańców jest najwyższa w Polsce, co może świadczyć o dobrej dostępności i warunkach leczenia uzależnień. Funkcjonowanie w województwie 4 hosteli dla osób uzależnionych wyróżnia pozytywnie województwo na tle reszty Polski. Wszystkie funkcjonujące hostele były dedykowane osobom uzależnionym od substancji psychoaktywnych. Brakuje hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu.	Utrzymanie wysokiej dostępności do wszystkich form leczenia uzależnień. Podjęcie działań zmierzających do otwarcia hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu. Dalsze wspieranie osób potrzebujących pomocy w procesie zdrowienia poprzez utrzymanie działania obecnych placówek i bieżącą weryfikację potrzeb mieszkańców, we współpracy ze specjalistami i środowiskiem zainteresowanym, na określone świadczenia.

		Na terenie województwa znajdowały się 3 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowej oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 1904, z czego 434 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa funkcjonowały 4 hostele, wszystkie dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Skorzystało z nich 145 pacjentów. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 10 230 pacjentów, co przekłada się na 1049 pacjentów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. mieszkańców).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 7,7 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności wyniosła 4,9 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,6 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 17%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 52,7 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 22%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed - i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa, z wyjątkiem powiatu wschowskiego, funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny).	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej

		Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 4 powiatach (międzyrzeckim, zielonogórskim, m. Gorzów Wielkopolski, m. Zielona Góra). Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w powiecie zielonogórskim). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 11 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,13 na 100 tys. ludności, o 50% mniej niż średnio w Polsce), • 14 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,44 na 100 tys. ludności, o 14% więcej niż średnio w Polsce), • 14 ośrodków rehabilitacji domowej (1,44 na 100 tys. ludności, o 5% mniej niż średnio w Polsce), • 71 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (7,28 na 100 tys. ludności, o 8% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 9,64 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 14% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej i domowej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej i domowej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 431 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 59% mniej niż średnio w Polsce), • 613 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 2% mniej niż średnio w Polsce), • 298 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 14% więcej niż średnio w Polsce),	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych i stacjonarnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej i stacjonarnej.

		• 8 303 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 2% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 9 321 pacjentów na 100 tys. ludności (na poziomie średniej dla Polski).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 5 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,51 ośrodka na 100 tys. mieszkańców; o 23% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 5 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,51 ośrodka na 100 tys. mieszkańców; o 4% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowało 6 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,62 ośrodka na 100 tys. mieszkańców; o 26% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji, pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 12 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,2 ośrodka na 100 tys. ludności (o 5% poniżej średniej dla Polski). W 2 z 14 powiatów (14,3%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 66 (o 23% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

		Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 131 na 100 tys. ludności (o 1% poniżej średniej dla Polski).		Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 5 na 100 tys. ludności (o 23% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 153 na 100 tys. ludności (o 18% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,2 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 258,1 (o 15% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 47% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 5 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,51 ośrodka na 100 tys. ludności, o 16% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 82, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 89 na 100 tys. ludności (o 21% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.

	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 5 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,51 ośrodka na 100 tys. ludności, o 19% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 33 na 100 tys. ludności (o 10% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 16 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,64 ośrodka na 100 tys. ludności, o 4% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 219 na 100 tys. ludności (o 21% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków domowych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. odnotowano 97,5 tys. wezwań ZRM, realizowanych przez 56 zespołów (w tym 8 S), co stanowi 5,6 zespołu na 100 tys. ludności województwa – jest to najwyższa wartość w skali całego kraju. Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 18% wezwań powyżej 15 minut. Natomiast czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 33% wezwań powyżej 20 minut.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia	Zwiększanie liczby ZRM w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.

			zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie lubuskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 58 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 21 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.); • pediatria (o 22 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.

		zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.		
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie lubuskim wynosiła 128 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 177 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na istotną dysproporcję pomiędzy liczbą nowych pracowników medycznych, a liczbą osób potencjalnie opuszczających rynek pracy. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunku pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
	12.3	W 2023 r. w województwie lubuskim pracowało 62,2 położnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co plasowało województwo lubuskie na ostatnim miejscu pod względem liczby pracujących położnych na 100 tys. ludności w województwach. W latach 2019-2023 liczba pracujących położnych spadła bezwzględnie i na 100 tys. ludności (odpowiednio o 38 i 1,5). Przed 2023 r. nie prowadzono studiów na kierunku położnictwo w województwie lubuskim.	Należy zwiększyć liczbę położnych.	Należy dostosować liczbę studentów na kierunku położnictwo celem zapewnienia zastępowalności pokoleniowej w zawodzie uwzględniając potrzeby zdrowotne w tym zmiany we wskaźniku dzietności.
	12.4	W 2023 r. w województwie lubuskim pracowało 119,7 fizjoterapeutów w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co plasowało województwo lubuskie na ostatnim miejscu pod względem liczby pracujących fizjoterapeutów na 100 tys. ludności w województwach.	Należy zwiększyć liczbę fizjoterapeutów.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunku fizjoterapia.

	12.5	W 2023 r. w województwie lubuskim pracowało 19 diagnostów laboratoryjnych w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co plasowało województwo lubuskie na ostatnim miejscu pod względem liczby pracujących diagnostów laboratoryjnych na 100 tys. ludności w województwach.	Należy zwiększyć liczbę diagnostów laboratoryjnych.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunku analityka medyczna.
	12.6	W 2023 r. w województwie lubuskim pracowało 43,1 farmaceutów w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co plasowało województwo lubuskie na ostatnim miejscu pod względem liczby pracujących farmaceutów na 100 tys. ludności w województwach.	Należy zwiększyć liczbę farmaceutów.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunku farmacja.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 akceleratorów (0,51 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 5 lat. Żadne urządzenie nie posiadało wysokiego priorytetu do wymiany tj. wiek urządzenia nie przekroczył 10 lat. Urządzenia znajdowały się w powiecie m. Gorzów Wielkopolski, gdzie wykonano 3006 procedur oraz w m. Zielona Góra wykonano 1313 procedur, średnio na jedno urządzenie.	Optymalizacja wykorzystania istniejących akceleratorów, które mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 angiografów (0,72 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, średnia dla RP to 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 2 angiografy (28% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie m. Zielona Góra (od 0,75 tys. do 1 tys. procedur rocznie średnio na sprzęt). Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Najwięcej procedur wykonywano w powiecie nowosolskim (od 5,25 tys. do 5,5 tys. Procedur rocznie średnio na sprzęt).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany oraz do optymalizacji wykorzystania już posiadanego sprzętu.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w powiecie nowosolskim. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty do brachyterapii (0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 3 lata. Żaden aparat nie ma wysokiego priorytetu do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. W powiecie m. Gorzów Wielkopolski wykonano od 0,75 tys. do 1 tys. procedur (średnio na jedno urządzenie), a w m. Zielona Góra od 0 do 0,25 tys. procedur. Sprzęt w województwie wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu. Sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, co oznacza, że podmioty mogą przyjmować więcej pacjentów.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty ECMO (0,31 na 100 tys. ludności; średnia dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 1 aparat (33% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się na terenie powiatu nowosolskiego i m. Zielona Góra, gdzie sprawozdano wykonanie 4 procedur (średnio na jedno urządzenie).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.

	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 gammakamer (0,62 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 13 lat. 4 aparaty (66% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. W powiecie żarskim wykonywano od 1,75 tys. do 2 tys. procedur, a w m. Gorzów Wielkopolski od 1,25 tys. do 1,5 tys. procedur średnio rocznie na aparat. Świadczy to o umiarkowanym wykorzystaniu sprzętu. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, co oznacza, że podmioty mogą przyjmować więcej pacjentów.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Pomimo liczby sztuk sprzętu na 100 tys. ludności niższej niż wynosi mediana dla krajów UE, sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, dlatego nie rekomenduje się zakupu dodatkowych aparatów.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 17 mammografów (1,74 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 8 urządzeń (47% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie zielonogórskim i żarskim liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie m. Zielona Góra wykonano od 0,75 tys. do 1 tys. procedur. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Gorzów Wielkopolski (2 szt.), nowosolski (2 szt.), m. Zielona Góra (2 szt.), zielonogórski (1 szt.), żarski (1 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdował się 1 aparat PET-CT (0,1 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Wiek urządzenia wynosił 6 lat. Urządzenie zlokalizowane w powiecie m. Gorzów Wielkopolski wykonało od 4,75 tys. do 5 tys. procedur. Nie miał on wysokiego priorytetu do wymiany Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 rezonansów magnetycznych (1,13 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 10 lat. 6 urządzeń (30% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur średnio na jedno urządzenie wykonywano w powiecie m. Zielona Góra (4 132), a najwięcej w powiecie świebodzińskim (7 863), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy również dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić dodatkowe urządzenia, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: nowosolskim (1 szt.), żarskim (1 szt.), m. Gorzów Wielkopolski (2 szt.), m. Zielona Góra (2 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 168 sztuk aparatów RTG (17,23 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; średnia dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 68 urządzeń (40% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach, szczególnie urządzeń, które przekroczyły wiek 14 lat.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 25 tomografów komputerowych (2,56 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 4 urządzenia (16% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 4 tys. do 4,25 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat nowosolski (11 301) oraz gorzowski (0), co	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana aparatów o wysokim stopniu eksploatacji (priorytetowej wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat). Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w

		świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Gorzów Wielkopolski (1 szt.), świebodziński (1 szt.), m. Zielona Góra (1 szt.), zielonogórski (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 391 sztuk aparatów USG (40,1 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 10 lat. 201 urządzeń (51% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 5.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa łódzkiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Populacja województwa łódzkiego charakteryzuje się starszą strukturą wieku niż populacja Polski. Na koniec 2023 r. 22,4% ogółu mieszkańców regionu stanowiły osoby w wieku, co najmniej 65 lat (wobec 20,1% dla Polski). Udział osób najmłodszych (do 14 r. ż.) w populacji wyniósł 14,1% (w porównaniu z 15,1% dla Polski). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa łódzkiego zmniejszy się o 6,6%, a do 2060 r. o 24,9% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest większy niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Zmiany w liczbie ludności będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach takich jak m. Piotrków Trybunalski (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 r. a 2060 r. to -34,4%), pajęczański (-30,2%), łęczycki (-30,1%), czy m. Łódź (-29,8%). Zmieni się również struktura wg ekonomicznych grup wieku mieszkańców województwa. Udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 25,9% w 2023 r. do 29,1% w 2035 r. i do 37,6% w 2060 r. Z kolei udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 57% w 2023 r. do 48% w 2060 r. Prognozowane zmiany będą miały wpływ na sukcesywny wzrost współczynnika obciążenia demograficznego.	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak m. Piotrków Trybunalski, pajęczański czy łęczycki, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz rosnącego

				odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie łódzkim dla mężczyzn wzrosła od 72,5 lat w 2019 r. do 73,2 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81 lat w 2019 r. do 81,2 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były zauważalne – w 2023 r. w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 73,3 lat, a kobiety 81,1 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 72,9 i 81,6 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na umiarkowane zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in., wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa łódzkiego wyniósł 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 6. miejscu w kraju. Wartość ta była równa średniej krajowej, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 7 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,19, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to piąta najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa łódzkiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo łódzkie skupiało około 6,2% ludności RP (2 363 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 237 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 110, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie łódzkim w 2023 r. wynosiła 130 osób na km² i była wyższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Łódź (2,2 tys. os./km²), Skierniewice (1,3 tys. os km²), czy Piotrków Trybunalski (989 os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak poddębicki (45 os./km²), skierniewicki (50 os./km²) czy łęczycki (60 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki

				zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Łódź, Skierniewice, Piotrków Trybunalski) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: poddębickim, skierniewickim, łęczyckim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą

				mieć ograniczoną dostępność do usług ochrony zdrowia. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 385 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na tle kraju współczynnik zgonów kobiet z powodu chorób układu krążenia był wyższy – 515 zgonów na 100 tys. mieszkanek województwa (wobec 470 zgonów na 100 tys. mieszkanek kraju). Różnica w wartości współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w grupie mężczyzn w województwie w stosunku do średniego poziomu dla RP była mniej wyraźna – 450 zgonów na 100 tys. mieszkańców województwa (wobec 439 zgonów na 100 tys. mieszkańców kraju) w 2023 r.	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 316	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących m.in. zdrową dietę, regularną aktywność fizyczną, unikanie

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

		zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. Według danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2022 r. w województwie najwięcej osób zmarło na nowotwór złośliwy oskrzeli i płuc (60 zgonów na 100 tys. ludności), jelita grubego (22 na 100 tys. ludności) i piersi (20 zgonów na 100 tys. ludności). Wskaźniki umieralności z powodu ww. nowotworów w województwie były wyższe niż w Polsce (wskaźniki dla RP odpowiednio: 55 zgonów na 100 tys. ludności, 21 zgonów na 100 tys. ludności i 18 zgonów na 100 tys. ludności). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 488 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na raka sutka – 62 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – 50 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć słabiej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 25%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 35% w województwie, 40% w Polsce).	płuca, nowotworu jelita grubego oraz nowotworu złośliwego sutka) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe (w szczególności sutka), m.in. poprzez skuteczną profilaktykę pierwotną i wtórną.	palenia tytoniu w zapobieganiu nowotworom. Podejmowanie działań mających na celu poprawę zgłaszalności do populacyjnych programów profilaktyki nowotworów piersi, szyjki macicy i jelita grubego (prowadzenie akcji informacyjno-edukacyjnych, w szczególności na terenach o najniższej zgłaszalności na badania). Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie działań zachęcających do regularnych badań przesiewowych m.in. w kierunku nowotworów złośliwych: sutka, jelita grubego, szyjki macicy, gruczołu krokowego). Promowanie szczepień przeciw wirusowi HPV w celu ograniczenia ryzyka raka szyjki macicy.

[2] Ibidem

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.3	Współczynnik zgonów z powodu chorób układu oddechowego w województwie w 2023 r. wyniósł 117 osób na 100 tys. mieszkańców i był znacznie wyższy od współczynnika dla RP (80 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu oddechowego w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania płuc. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Prowadzenie kampanii informacyjnych na temat objawów POChP, astmy oraz innych chorób płuc.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 24% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 4,2 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 122% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach;

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

				• Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 220 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 182 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 185 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 150 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu mieszkańców województwa były: • tytoń – 4,3 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,9 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,7 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 9% rocznej populacji kobiet do przebadania i była niższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 8% (wzrost o ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (15%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 47% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 49%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 71%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 540 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 22,9 (poniżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (19,9%), od 1 tys. do 2 tys. (19,3%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (17,2%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,9%), od 8 tys. do 9 tys. (2,7%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (3,4%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w Łodzi, powiecie opoczyński i bełchatowskim. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: skierniewickim, piotrkowskim i sieradzkim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami.	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne.

		Najniższy wskaźnik występował w powiecie skierniewickim, gdzie wynosił 54%, natomiast najwyższy w m. Skierniewice, osiągając wartość 135%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach takich jak m. Piotrków Trybunalski, pajęczański łęczycki czy m. Łódź W żadnym z powiatów województwa łódzkiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiecie łódzkim wschodnim. Natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych regionu. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,2 tys. osób i była niewiele mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Skierniewice, Piotrków Trybunalski, Łódź oraz powiat rawski nadwyżka względna wynosiła od 0,01 do 0,36. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie skierniewickim (-0,46), piotrkowskim (-0,35) oraz łódzkim wschodnim (-0,15).		
	4.2	Średnio 1% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miał ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 32,6% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 65,4% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko 0,7% świadczeniodawców miało poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ.

				Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 2,2 mln pacjentów, co stanowi niemalże 95% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 61,7% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 62,0% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 68,12% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 1,5 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o około 10 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 71% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był na tym samym poziomie i wyniósł ok. 71%. (ww. udziały były zbliżone do średnich krajowych).	Utrzymanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta na aktualnym poziomie bądź obniżenie do wartości nie mniejszej niż średnia krajowa na obszarach miejskich oraz wiejskich.	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w

		Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była wyższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich (6,1) i wynosiła ok. 6,42 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 6,0 świadczeń, co również było wyższe od średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: rawskim (5,41), wieruszowskim (5,52) oraz opoczyńskim (5,63). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: m. Piotrków Trybunalski (7,12), poddębickim (6,81) oraz tomaszowskim (6,76).	Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie rawskim, wieruszowskim oraz opoczyńskim do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (poddębicki, skierniewicki, łęczycki).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowany był w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. a (ponad 84% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 35% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,7% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1,34% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z

		Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 0,7% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej. Na 4 ścieżkach świadczenia sprawozdawało 49% świadczeniodawców z umowa na opiekę koordynowaną.	się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze chorób wewnętrznych (25,4%), lekarze bez specjalizacji (21,4%), lekarze medycyny wewnętrznej (15,5%) oraz pediatrzy (14,9). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 30,7 lekarza na 100 tys. ludności (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: opoczyńskim (12,5 lekarzy), pajęczańskim (14,4), poddębickim (17,8). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 1 powiecie: m. Łódź. Średni wiek lekarza w województwie to 54,9 lat (tj. 0,7 roku mniej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 91,4 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: piotrkowskim (66,6 pielęgniarki), poddębickim (71,1), skierniewickim (74,1). Największa liczba w powiatach: m. Skierniewice (146,1 pielęgniarek) oraz m. Piotrków (121,8). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 18,3 osoby na 100 tys. ludności województwa.	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 7 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 23,2 położnych), z czego najniższe było w powiatach: wieluńskim (13,8) oraz piotrkowskim (15,5), a najwyższe w powiatach: brzezińskim (36,5 osób) oraz pabianickim (31,1).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 21 powiatach funkcjonowało 31 placówek oferujących świadczenia w ramach NIŚOZ i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 2 placówki. W powiatach: łódzkim wschodnim, piotrkowskim oraz skierniewickim nie realizowano NiŚOZ. W powiatach sieradzkim, tomaszowskim i bełchatowskim znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,31 ośrodka na 100 tys. ludności i była niższa od średniej krajowej (1,48). W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. W Łodzi funkcjonuje 7 ośrodków NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 228 tys. w 2023 r., był to wzrost o 3,6% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 361 tys., co również stanowiło wzrost o 5,5% względem 2022 r. Był to trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie poddębickim, wyniosła ona 3,3 tys. Natomiast najwyższą w Łodzi, 64 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie łódzkim wschodnim, wartość wskaźnika wyniosła 0,06. Natomiast największa w powiecie opoczyńskim, 0,35 świadczenia na mieszkańca.	Konieczne jest zwiększenie liczby miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich

				przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa łódzkiego: • chirurgii ogólnej – 92% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 96% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 25% powiatów województwa, tj. 6 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 88% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –71% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). W 2023 r. w powiecie skierniewickim nie było umiejscowionej żadnej z 5 poradni uznanych za podstawowe, natomiast w graniczącym z nim powiecie m. Skierniewice ulokowana była 1 poradnia geriatryczna, po 4 poradnie chirurgii ogólnej oraz położniczo-ginekologiczne, po 3 poradnie kardiologiczne oraz onkologiczne. Ponadto na terenie powiatu piotrkowskiego sąsiadującego z powiatem m. Piotrków Trybunalski nie było zlokalizowanej ani jednej poradni chirurgii ogólnej ani poradni	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie łódzkim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		kardiologicznej. W powiecie m. Piotrków Trybunalski były zlokalizowane 3 poradnie chirurgii ogólnej i 2 poradnie kardiologiczne. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa łódzkiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Piotrkowa Trybunalskiego i pow. piotrkowskiego; • m. Skierniewice i pow. skierniewickiego oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Łodzi.		dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Łódź, Piotrków Trybunalski, Skierniewice) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1664 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: kardiologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej.	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach kardiologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, neurologicznych dla dzieci, audiologicznych, medycyny sportowej, neonatologicznych,

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• położniczo-ginekologiczną – 1928 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 89 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1650 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 632 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • neurologicznych dla dzieci – 46 porad (średnia dla RP ogółem – 90 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • audiologicznych – 24 porad (średnia dla RP ogółem – 53 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • medycyny sportowej – 19 porad (średnia dla RP ogółem – 62 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • neonatologicznych – 20 porad (średnia dla RP ogółem – 37 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • leczenia bólu – 40 porad (średnia dla RP ogółem – 111 porad); 2 miejsce od końca na tle województw.	Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: neurologicznych dla dzieci, audiologicznych, medycyny sportowej, neonatologicznych, leczenia bólu do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie łódzkim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	leczenia bólu. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

				(związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z r*ozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 30% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie łódzkim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: poddębickiego, skierniewickiego, łęczyckiego.

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotne (Dz. U. poz. 562) (dostęp według stanu na dzień 15 maja 2025 r.: https://dziennikustaw.gov.pl/D2025000056201.pdf)

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • diabetologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów); • hematologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • geriatria – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • kardiologia – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w zakresie geriatrii.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • leczenia niepłodności – 396 dni (średnia dla RP ogółem – 102 dni); • chirurgii plastycznej – 224 dni (średnia dla RP ogółem – 92 dni); • immunologicznej dla dzieci – 143 dni (średnia dla RP ogółem – 82 dni);	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: leczenia niepłodności, chirurgii plastycznej, immunologicznej dla dzieci,	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym:

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

		• neurochirurgicznej dla dzieci – 138 dni (średnia dla RP ogółem – 156 dni) • neurochirurgicznej – 134 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni)[14].	neurochirurgicznej dla dzieci, neurochirurgicznej.	• wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[14] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [15](według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2298 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 330 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 35 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1547 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2261 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 3,5 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,1 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 8,5 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,3 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności

[15] Wartość średnia dla Polski została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• ginekologiczno-położniczych – 3,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,3% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 1,32 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 62% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 19% (powyżej średniej dla RP tj. 16%).	uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 73% (poniżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 54% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 15% (powyżej średniej dla RP tj. 11%).		Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.
	6.2	W 2023 r., oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • rehabilitacji psychiatrycznej - 91% (38), • oddział/ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych - 96% (184), • psychiatryczny dla dzieci - 99% (150), • rehabilitacji pulmonologicznej - 104% (26), • onkologiczny - 110% (47), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 119% (38), • psychiatrii sądowej - 138% (135), • patologii ciąży - 265% (1) W 2023 r., oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • dział anestezjologii - 0% (3), • psychiatryczny dla chorych somatycznie - 0% (5),	Optymalizacja liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń we wszystkich zakresach.	Prowadzenie działań, mających na celu dostosowanie liczby łóżek do rzeczywistych potrzeb, poprzez przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane i dążenie do poprawy dostępności łóżek na oddziałach o najwyższym wskaźniku ich wykorzystania. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

		• wieloprofilowy zachowawczy - 0% (4), • leczenia zaburzeń nerwicowych - 1% (16), • oddział/ terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych z współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi - 8% (20), • chorób zawodowych - 9% (16), • toksykologiczny - 15% (20), • oparzeń (dziecięcy) - 20% (14), • chirurgii plastycznej - 21% (9), • położnictwa i neonatologii - 24% (6), • okulistyczny - 36% (195), • chirurgii szczękowo - twarzowej - 36% (25), • ginekologiczny - 36% (24), • niemowlęcy - 40% (18), • neonatologiczny - 41% (538), • chorób zakaźnych dla dzieci - 41% (32), • alergologiczny dla dzieci - 43% (36), • wieloprofilowy zabiegowy - 43% (56), • chirurgiczny dla dzieci - 44% (69), • gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - 46% (50), • dermatologiczny dla dzieci - 46% (15), • oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji) - 48% (20), • pediatryczny - 49% (374), • chirurgii klatki piersiowej - 49% (48).		

	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 19 SOR, w tym 5 w Łodzi. W województwie funkcjonują 2 SOR zlokalizowane w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci (oba w Łodzi).	Zapewnienie udzielania świadczeń w szpitalnych oddziałach ratunkowych; dostosowanie SOR do wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 335 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Uruchomienie dodatkowych szpitalnych oddziałów ratunkowych oraz poprawa infrastruktury i wyposażenia istniejących SOR i Centrów Urazowych. Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 4 placówki. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 22 powiatach (brak w powiecie piotrkowskim oraz skierniewickim). Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 7 powiatach (w Łodzi 4 ZLŚ). Oddział dzienny zapewniony był w 6 powiatach (w Łodzi 3 oddziały dzienne). Oddział szpitalny znajdował się w 7 powiatach (we Łodzi 2 oddziały szpitalne).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dorosłych poprzez rozwój sieci Centrów Zdrowia Psychicznego, docelowo obejmujących całe województwo oraz poszczególnych form opieki psychiatrycznej niezbędnych do funkcjonowania CZP.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 24. Najwięcej takich poradni znajdowało się w Łodzi oraz powiecie zgierskim (po 4). W 6 powiatach nie było takiej placówki, w tym w Piotrkowie Trybunalskim oraz sąsiadującym z nim powiecie piotrowskim. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w centrum i na zachodzie województwa, bez poradni tego typu na północy, południu oraz wschodzie. Ich łączna liczba wynosiła 6. W 2023 r. na terenie województwa łódzkiego funkcjonowały: • 24 poradnie leczenia uzależnień (ogólne) w 18 powiatach/miastach na prawach powiatu. W 6 powiatach nie było takiej placówki, w tym w Piotrkowie Trybunalskim oraz sąsiadującym z nim powiecie piotrowskim. Najwięcej ogólnych poradni leczenia uzależnień znajdowało się w Łodzi oraz powiecie zgierskim (po 4 poradnie),	Nierównomierny dostęp do poradni leczenia uzależnień prowadzi do nierówności w dostępie do świadczeń. W województwie brakowało oddziałów dziennych dla uzależnień innych niż od alkoholu. Funkcjonowanie 3 hosteli dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych pozytywnie wyróżnia się na tle innych województw. Brakuje hostelu dedykowanego uzależnieniom od alkoholu.	Poprawa dostępności do szpitalnych i pozaszpitalnych form terapii uzależnień od alkoholu i substancji psychoaktywnych, poprzez: • rozszerzenie bazy poradni leczenia uzależnień z uwzględnieniem równego dostępu do świadczeń w poszczególnych powiatach, • podjęcie działań zmierzających do otwarcia oddziałów dziennych dla uzależnień innych niż alkoholowe, • rozszerzenie bazy oddziałów

		• 6 poradni leczenia uzależnienia od alkoholu, zlokalizowanych w centrum i zachodniej części województwa (Łódź, powiaty: zgierski, sieradzki, zduńskowolski, łaski i bełchatowski), • 2 poradnie leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych (w Łodzi). Ponadto, w woj. łódzkim funkcjonowały 4 oddziały dzienne leczenia uzależnienia od alkoholu: 2 w Łodzi i po jednym w powiatach: sieradzkim i radomszczańskim. W regionie nie było oddziałów dziennych leczenia uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz uzależnień niescharakteryzowanych. W 2023 r. w województwie funkcjonowało 11 oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień dla dorosłych, w tym: • 1 oddział leczenia uzależnień od alkoholu (w pow. zgierskim), • 3 oddziały leczenia uzależnień – ogólne (Łódź - 2, pow. sieradzki - 1), • 7 oddziałów leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych (pow. zgierski – 3, Łódź – 2, pow. sieradzki – 1, pow. poddębicki – 1). W regionie nie było oddziału leczenia uzależnień dla dorosłych o wzmocnionym zabezpieczeniu. Na terenie województwa znajdowały się 4 oddziały/ośrodki detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowej (w Łodzi i powiatach: zgierskim, sieradzkim i tomaszowskim) oraz 1 ze specjalizacją detoksykacji od substancji psychoaktywnych (w Łodzi). W województwie funkcjonowały również 3 hostele dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych; nie było hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 15 210 pacjentów, co przekłada się na 643 pacjentów na 100		detoksykacyjnych oraz oddziałów terapii dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych lub alkoholu w szczególności w powiatach, w których ta forma jest najmniej dostępna, • • utrzymanie funkcjonujących hosteli dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych; otwarcie hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu.

		tys. ludności (poniżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 15,7 osób (powyżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności do 18 r.ż. wyniosła 12,34 (powyżej średniej dla Polski, tj. 7,47). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,4 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 21%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 51,7 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 26%.	Utrzymanie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	Świadczenia psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży są realizowane na trzech poziomach; w 2023 r. w województwie łódzkim funkcjonowały: • Zespoły/Ośrodki Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny); ośrodki dostępne były we wszystkich powiatach; • Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny); CZP zlokalizowane były w powiatach: sieradzkim, poddębickim, zgierskim, tomaszowskim oraz w m. Łodzi i m. Piotrkowie Trybunalskim; • Ośrodki wysokospecjalistycznej całodobowej opieki psychiatrycznej (III poziom referencyjny); ośrodki zlokalizowane były w Łodzi i powiecie sieradzkim.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Upowszechnienie środowiskowego modelu psychiatrycznej opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży poprzez: • utrzymanie dostępności do ośrodków środowiskowej opieki psychologicznej i psychoterapeutycznej dla dzieci i młodzieży (I poziom referencyjny) we wszystkich powiatach oraz tworzenie dodatkowych ośrodków w powiatach o najniższej dostępności względem liczby ludności w wieku do 18 r.ż.;

		Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.		• rozwój sieci Centrów Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny), docelowo obejmujących całe województwo; • monitorowanie poziomu dostępności do świadczeń na III poziomie referencyjnym.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 44 ośrodki rehabilitacji dziennej (1,86 na 100 tys. ludności, o 18% mniej niż średnio w Polsce), • 26 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,1 na 100 tys. ludności, o 13% mniej niż średnio w Polsce), • 39 ośrodków rehabilitacji domowej (1,65 na 100 tys. ludności, o 9% więcej niż średnio w Polsce), • 193 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (8,17 na 100 tys. ludności, o 21% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 9,02 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 6% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej i stacjonarnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej i stacjonarnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 692 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 34% mniej niż średnio w Polsce), • 441 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 29% mniej niż średnio w Polsce),	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych i stacjonarnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej i stacjonarnej.

		• 328 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 25% więcej niż średnio w Polsce), • 9 442 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 16% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 10132 pacjentów na 100 tys. ludności (o 9% więcej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 12 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,51 ośrodka na 100 tys. ludności; o 23% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 10 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,42 ośrodka na 100 tys. ludności; o 21% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej (tj. 0,04 ośrodka na 100 tys. ludności; o 56% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,04 ośrodka na 100 tys. ludności; o 75% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 9 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,38 ośrodka na 100 tys. ludności; o 55% mniej niż średnia wartość dla Polski,	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej, zaburzeń słuchu i mowy oraz zaburzeń wieku rozwojowego	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.

		• nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).		
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 27 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,1 ośrodka na 100 tys. ludności (o 12% poniżej średniej dla Polski). W 7 z 24 powiatów (29,2%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 94 (o 9% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 128 na 100 tys. ludności (o 4% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona, a czas oczekiwania i lista osób oczekujących w kolejce największe. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych (poprzez przeprofilowanie/ zwiększenie liczby łóżek), a w przypadku powiatów nie dysponujących takimi placówkami - działania zmierzające do ich utworzenia.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,3 na 100 tys. ludności (o 18% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 144 na 100 tys. ludności (o 22% poniżej średniej dla Polski). Pod względem świadczeń w pielęgniarskiej opiece długoterminowej domowej, łódzkie ze wskaźnikiem 132,7/100 tys. ludności zajęło 8. miejsce w kraju (-16% w stosunku do średniej dla Polski).	Wyzwaniem jest zwiększenie dostępności do opieki długoterminowej świadczonej przewlekle chorym w środowisku domowym (deinstytucjonalizacja opieki długoterminowej).	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie dostępności do wykwalifikowanej kadry

				świadczącej usługi pacjentom w długoterminowej opiece domowej (szkolenia).
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 4,6 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 214,1 (o 4% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 42% do 2040 r.	Wyzwaniem jest dostosowanie infrastruktury opieki długoterminowej do rosnących potrzeb związanych z pogłębiającą się niekorzystną sytuacją demograficzną oraz epidemiologiczną w regionie.	Wspieranie rozwoju istniejących ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej, zarówno w warunkach stacjonarnych, jak i domowych oraz zwiększanie potencjału poprzez tworzenie nowych ośrodków.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 12 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,51 ośrodka na 100 tys. ludności, o 16% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 106,7, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 116 na 100 tys. ludności (o 3% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 19 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,8 ośrodka na 100 tys. ludności, o 86% więcej niż średnio w Polsce). Poradnie medycyny paliatywnej nie są rozmieszczone równomiernie na terenie województwa, występuje duża koncentracja ośrodków w m. Łodzi. Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 66 na 100 tys. ludności (o 116% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w

				których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 37 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,57 ośrodka na 100 tys. ludności - tyle samo, co średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 171 na 100 tys. ludności (o 5% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Pod względem liczby wezwań Zespołów Ratownictwa Medycznego, województwo łódzkie zajmowało 6. miejsce w skali kraju z liczbą 219 tys. wezwań, realizowanych przez 104 zespoły (w tym 21 S), co stanowi 4,3 zespołu na 100 tys. ludności województwa. Jeżeli chodzi o czas dotarcia do zdarzeń w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 29% wezwań powyżej 15 minut. Natomiast czas dotarcia do zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, odnotowano 36% wezwań powyżej 20 minut.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM. Należy rozważyć uruchomienie karetek motocyklowych, które w krótszym czasie dotrą na miejsce zdarzenia.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy

				przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
	11.3	Na terenie województwa łódzkiego lądowiska posiada 15 szpitalnych oddziałów ratunkowych, w tym 3 zlokalizowane są na terenie Łodzi (z czego 2 wyniesione są na dachach budynków). Lądowisk nie posiadają m. in. szpitale w powiatach poddębickim i brzezińskim oraz część szpitali w Łodzi.	Konieczność budowy/modernizacji lądowisk wynika z wymogów określonych w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego.	Budowa lądowisk przy SOR w podmiotach leczniczych, które nie posiadają lądowiska oraz modernizacja funkcjonujących lądowisk w celu ich dostosowania do obowiązujących przepisów.
	11.4	Zgodnie z danymi ŁOW NFZ, w taborze ambulansów wykorzystywanych przez zespoły ratownictwa medycznego (wg stanu na 31.12.2023 r.) 81,7% stanowiły pojazdy w wieku do 5 lat, a 18,3% - pojazdy w wieku powyżej 5 lat. Od 1 stycznia 2024 r. do realizacji umowy w rodzaju ratownictwo medyczne wykazane były 92 urządzenia do kompresji klatki piersiowej.	Poprawa w zakresie wyposażenia ZRM.	Odnowienie użytkowanego taboru ambulansów; doposażenie zespołów ratownictwa medycznego w sprzęt medyczny, w tym w urządzenia do kompresji klatki piersiowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie łódzkim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 109 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 33 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.); • położnictwo i ginekologia (o 27 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.).	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej oraz położnictwa i ginekologii).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.

		Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.		
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie łódzkim wynosiła 1 015 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 581 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 akceleratorów (0,38 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 6 lat. 1 akcelerator (11% wszystkich akceleratorów w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdują się w powiecie tomaszowski i m. Łódź, gdzie liczba procedur wykonywanych mieściła się w przedziale od 1,5 tys. do 1,75 tys. (średnio na jedno urządzenie).	Należy dążyć do wymiany aparatu, który charakteryzuje się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany.

	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowały się 33 angiografy (1,4 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, powyżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 8 angiografów (24% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach bełchatowskim i radomszczańskim liczba wykonywanych procedur średnio rocznie na urządzenie nie przekroczyła 1 tys. W powiatach m. Łódź, kutnowskim, tomaszowskim, sieradzkim wykonywano od 1 tys. do 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie. W powiecie m. Piotrków Trybunalski liczba procedur wyniosła od 1,5 tys. do 2 tys., a w powiecie zgierksim wykonano ich najwięcej, od 3,75 tys. do 4 tys. średnio rocznie na urządzenie. Świadczy to o nieoptymalnym wykorzystaniu sprzętu w województwie. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Rozkład wykorzystania angiografów w wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych urządzeń. Wyzwaniem jest optymalizacja wykorzystania obecnie posiadanych aparatów oraz zapewnienie wymiany angiografów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy przede wszystkim dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych angiografów, aby rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy podejmować działania, zmierzające do wymiany angiografów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty do brachyterapii (0,13 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 1 aparat (33% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 8 lat. W powiecie tomaszowskim wykonano od 0,75 tys. do 1 tys. procedur (średnio na jedno urządzenie), a w m. Łódź od 1 tys. do 1,25 tys. procedur. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w m. Łódź.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.

	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 aparaty ECMO (0,17 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 3 aparaty (75% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się na terenie powiatu m. Łódź, gdzie sprawozdano wykonanie 17 procedur (średnio na jedno urządzenie).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 gammakamer (0,47 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 14 lat. 6 aparatów (54% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie poddębickim nie wykonano żadnej procedury z wykorzystaniem gammakamery, a w powiecie zgierskim wykonano od 1,25 tys. do 1,5 tys. procedur. Może to wskazywać na nieefektywne wykorzystanie sprzętu w wybranych lokalizacjach (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). W m. Łódź wykonano średnio od 6,5 tys. do 6,75 tys. procedur. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Rozkład wykorzystania gammakamer wskazuje na nieefektywną eksploatację niektórych aparatów, dlatego należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Wyzwaniem jest również uzyskanie wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności zbliżonego do mediany dla krajów UE.	Należy podejmować działania, zmierzające do wymiany gammakamer, które osiągnęły wysoki priorytet do wymiany i uruchomienia dodatkowych aparatów w celu poprawy dostępności i osiągnięcia wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności zbliżonego do mediany dla krajów UE. Przy analizie warunków wymiany lub zakupu nowego sprzętu, należy uwzględnić stopień wykorzystania obecnie posiadanych gammakamer (nie rekomenduje się wymiany ani zakupu dodatkowego sprzętu w powiecie, gdzie liczba procedur wynosiła 0).
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowały się 69 mammografy (2,92 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,67 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych mammografów.

		Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 19 urządzeń (27% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: kutnowskim, pabianickim, pajęczańskim, sieradzkim, tomaszowskim i m. Piotrków Trybunalski oraz dla pojedynczych urządzeń w powiecie łowickim i zgierskim w 2023 r. nie wykazano żadnych procedur. Liczba wykonanych badań w powiatach: bełchatowskim, łęczyckim oraz na wybranych sprzętach w powiatach: łowickim, sieradzkim, zgierskim i m. Łódź mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie radomszczańskim i na 2 mammografach w sieradzkim wykonano od 1 tys. do 1,25 tys. procedur, a tylko na 3 aparatach w m. Łódź zrealizowano ponad 4400 badań. Może to świadczyć o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu w niektórych lokalizacjach (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Łódź (14 szt.), łęczyckim (1 szt.), łowickim (1 szt.), radomszczańskim (1 szt.), sieradzkim (1 szt.), zgierskim (1 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Obecne rozmieszczenie mammografów stacjonarnych, wsparte aparatami mobilnymi, odpowiada za stosunkowo dobrą dostępność do badań na terenie województwa. Rozkład wykorzystania mammografów wskazuje na częściowo nieefektywną eksploatację niektórych aparatów.	Należy podejmować działania zmierzające do wymiany mammografów, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty PET-CT (0,08 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 1 urządzenie (33% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia zlokalizowane w powiecie m. Łódź wykonały od 9,5 tys. do 9,75 tys. procedur (średnio na jedno urządzenie).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	Należy podejmować działania w celu wymiany aparatów PET, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany. Równocześnie należy podjąć działania w celu zakupu nowego sprzętu do podmiotów leczniczych, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na

		Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 41 rezonansów magnetycznych (1,74 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 9 lat. 19 urządzeń (46% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie wieruszowskim (538), a najwięcej w powiecie m. Skierniewice (11 823), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: bełchatowski (1 szt.), kutnowski (1 szt.), łęczycki (1 szt.), radomszczański (1 szt.), sieradzki (1 szt.), tomaszowski (1 szt.), zgierski (2 szt.), m. Łódź (9 szt.), m. Piotrków Trybunalski (1 szt.), m. Skierniewice (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalizacji wykorzystania obecnych zasobów, odnowienia zużytej bazy sprzętu i racjonalnego planowania nowych zakupów aparatów rezonansu magnetycznego.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 2,8 tys. procedur średnio rocznie na sprzęt).

	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 504 sztuk aparatów RTG (21,33 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 192 urządzeń (38% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanych aparatów RTG. Sukcesywnie należy podejmować działania zmierzające do wymiany aparatów RTG, które będą osiągały wysoki priorytet do wymiany.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowały się 63 tomografy komputerowe (2,67 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 20 urządzeń (31% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 5,5 tys. do 5,75 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat sieradzki (16 531) oraz pajęczański (1 483), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: bełchatowski (1 szt.), kutnowski (1 szt.), m. Łódź (8 szt.), opoczyński (1 szt.), pabianicki (1 szt.), m. Piotrków Trybunalski (1 szt.), poddębicki (1 szt.), radomszczański (1 szt.), sieradzki (1 szt.), tomaszowski (1 szt.), zgierski (3 szt.).	Należy dążyć do optymalizacji wykorzystania obecnych zasobów, odnowienia zużytej bazy sprzętu i racjonalnego planowania nowych zakupów aparatów do tomografii komputerowej.	Wymiana aparatów o wysokim stopniu eksploatacji (wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat). Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. Procedur średnio rocznie na sprzęt).

		Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 979 sztuk aparatów USG (41,44 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 10 lat. 487 urządzeń (50% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 6.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa małopolskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa małopolskiego zmniejszy się o 0,9%, a do 2060 r. o 10% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest niższy niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 21,4% do 24,3%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 59,4% do 49,8%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 21,4% do 33,6%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach: m. Tarnów (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -39,6%), olkuski (-32,4%), chrzanowski (-29,3%) czy miechowski (-24,9%). Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności do 2060 r. są: powiat wielicki (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 9,7%, a do 2060 r. 17%,) oraz powiat krakowski (4,9% do 2035 r. oraz 3,3% do 2060 r.). Wskazane powiaty sąsiadują z powiatem m. Kraków. Do 2035 r. dla miasta Kraków prognozuje się niewielki wzrost liczby ludności wynoszący około 3,7% oraz 2,7% do 2060 r. Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiatach sąsiadujących z miastem Kraków.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów wielickiego i krakowskiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie małopolskim dla mężczyzn wzrosła od 75,3 lat w 2019 r. do 76,2 lat w 2023 r., a dla kobiet od 82,7 lat w 2019 r. do 83,1 lat w 2023 r. Jednakże wartości te pozostawały na poziomie wyższym od średnich krajowych, które wynosiły odpowiednio 74,7 i 82 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były niewielkie – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 76,5 lat, a kobiety 82,9 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 75,9 i 83,3 lat. Mimo niewielkiego zakresu tych rozbieżności, mogą one wskazywać na umiarkowane zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą, w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia, w tym działań uwzględniających specyficzne potrzeby zdrowotne mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa małopolskiego wyniósł 35 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 1. miejscu w kraju. Wartość ta była wyższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 10 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,20, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to czwarta najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby

		demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa małopolskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo małopolskie skupiało około 9,1% ludności RP (3 430 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 767 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 106, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie małopolskim w 2023 r. wynosiła 226 osób na km² i była zdecydowanie wyższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Kraków (2,5 tys. os./km²), Tarnów (1,4 tys. os./km²) czy Nowy Sącz (1,4 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak miechowski (69 os./km²), proszowicki (101 os./km²) czy dąbrowski (109 os./km²) charakteryzowały się niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2).

			Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Kraków, Tarnów, Nowy Sącz) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: miechowskim, proszowickim i dąbrowskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych.

				Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 401 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na tle kraju współczynnik zgonów z powodu miażdżycy był trzykrotnie wyższy – 116 zgonów na 100 tys. mieszkańców województwa (wobec 37 zgonów na 100 tys. mieszkańców kraju).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia, w szczególności z powodu miażdżycy w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia oraz spożycia alkoholu i promujących zdrowy styl życia.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 272 zgony na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu gruczołu krokowego w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] Ibidem

		(województwo: 17 zgonów na 100 tys.; Polska: 15 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 444 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór sutka – 54 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka skóry – 50 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w RP (wzrost zapadalności w województwie o 33%, w RP o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 44% w województwie, 40% w Polsce) oraz dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 40% w województwie, 39% w Polsce).	Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe skóry.	zgłaszalności na badania przesiewowe (np. na oznaczenie stężenia PSA w kierunku raka gruczołu krokowego). Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).
	2.3	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 22% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w RP o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 5,8 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 104% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach;

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

			Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	• Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 221 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 191 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 132 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności (zbliżone do wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności);	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a

		• tytoń – 3,7 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,7 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 11% rocznej populacji kobiet do przebadania i była zbliżona do średniej zgłaszalności w RP (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 10% (wzrost o ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (16%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 34% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w RP (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 32%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 47%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 666 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 19,42 (poniżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (18%), od 4 tys. do 5 tys. (13%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (12,5%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (2,9%), od 8 tys. do 9 tys. (3,6%) oraz do 1 tys. (5%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Kraków, Tarnów, Nowy Sącz. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: gorlicki, krakowski, wielicki i tarnowski. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie tarnowskim, gdzie wynosił 74,7%, natomiast najwyższy w m. Tarnów, osiągając wartość 115,6%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności do 2060 r. są: powiat wielicki oraz powiat krakowski. Wskazane powiaty sąsiadują z powiatem m. Kraków. Do 2060 r. dla miasta Kraków prognozuje się niewielki wzrost liczby ludności wynoszący około 2,7%. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach: m. Tarnów, olkuski, chrzanowski czy miechowski. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 5,36 tys. osób i była większa od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Tarnów, Nowy Sącz oraz Kraków nadwyżka względna wynosiła od 0,02 do 0,16. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie tarnowskim (-0,25), nowosądeckim (-0,19) oraz wielickim (-0,17).	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne. Dążenie do zmniejszenia różnic w dostępie do świadczeń i poprawa wyników wskaźników na terenie województwa.

	4.2	Średnio 7% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 52,9% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 40% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko 0,4% świadczeniodawców miało poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 3,1 mln pacjentów, co stanowiło 91% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 57,2% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 57,9% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 63,95% zapisanych. Było to wartości niższe o około 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o około 12 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem

				okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu "Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 64,6% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł ok. 67,2%. (ww. udziały są niższe od średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była niższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich (6,1) i wynosiła ok. 5,85 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,46 świadczenia, co również było wartością niższą od średniej dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: brzeskim (5,17), wadowickim (5,21) oraz tatrzańskim (5,46). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: m. Tarnów (6,42), dąbrowskim (6,33) oraz tarnowskim (6,27).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie brzeskim, wadowickim oraz tatrzańskim do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ adekwatnie do potrzeb.

	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowało się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 81% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 34% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,85% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 2,9% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni

			lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (23,6%), lekarze chorób wewnętrznych (23,1%), lekarze medycyny wewnętrznej (17,3%) oraz pediatrzy (14,3%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 28 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: dąbrowskim (10,4 lekarzy), wadowickim (16,5), oświęcimskim (18,9). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 2 powiatach: m. Tarnów oraz proszowickim. Średni wiek lekarza w województwie to 56,1 lat (tj. 0,5 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 104,7 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: tatrzańskim (64,8 pielęgniarki), bocheńskim (96,3), wielickim (98,2). Największa liczba w powiatach: m. Tarnów (172,6 pielęgniarek) oraz miechowskim (141,4). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 14,6 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 5 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 14,6 położnych), z czego najniższe było w powiatach: olkuskim (11,3) oraz nowotarskim (12,6), a najwyższe w powiatach: m. Tarnów (24,2 osób) oraz proszowickim (23,8).	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

	4.6	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 64,6% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł ok. 67,2%. (ww. udziały są niższe od średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była niższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich (6,1) i wynosiła ok. 5,85 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,46 świadczenia, co również było wartością niższą od średniej dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: brzeskim (5,17), wadowickim (5,21) oraz tatrzańskim (5,46). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: m. Tarnów (6,42), dąbrowskim (6,33) oraz tarnowskim (6,27).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie brzeskim, wadowickim oraz tatrzańskim do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (miechowski, proszowicki, dąbrowski).
	4.7	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 81% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-

			konieczności odsyłania go do AOS.	terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 22 powiatach funkcjonowało 49 placówki oferujące świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił wzrost o 1 placówkę. Świadczenia NiŚOZ realizowano we wszystkich powiatach. W powiatach myślenickim i chrzanowskim znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,43 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden bądź dwa ośrodki świadczące NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 395 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 5,3% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 687 tys., co również stanowi wzrost o 6,7% względem 2022 r. Są to przyrosty wyższe niż trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie proszowickim, wyniosła ona 1,9 tys. Natomiast najwyższą w Krakowie, 131 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie tatrzańskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,16. Natomiast największa w powiecie limanowskim, 0,37.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ.

				Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa małopolskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 18% powiatów województwa, tj. 4 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w RP (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –77% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Kształtowanie systemu poradni AOS województwa małopolskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Nowy Sącz i pow. nowosądeckiego; • m. Tarnów i pow. tarnowskiego;	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie małopolskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, ginekologiczno-położniczej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Krakowa.		trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów wielickiego oraz krakowskiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Kraków, Nowy Sącz, Tarnów) oraz w powiatach przy granicy województwa.

	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1 811 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2080 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 116 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1 895 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 434 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • chirurgii naczyniowej – 40 porad (średnia dla RP ogółem – 98 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • osteoporozy – 9 porad (średnia dla RP ogółem – 72 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • preluksacyjnych – 43 porad (średnia dla RP ogółem – 79 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • audiologicznych – 28 porad (średnia dla RP ogółem – 53 porad); 2 miejsce od końca na tle województw;	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: kardiologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: chirurgii naczyniowej, osteoporozy, preluksacyjnych, audiologicznych, dermatologicznych do poziomu średniej krajowej.	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach kardiologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, chirurgii naczyniowej, osteoporozy, preluksacyjnych, audiologicznych, dermatologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

		• dermatologicznych – 828 porad (średnia dla RP ogółem – 1092 porad); 2 miejsce od końca na tle województw.	Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie małopolskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z r*ozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady.	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562).

		W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 25% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie małopolskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest	województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: miechowskiego, proszowickiego i dąbrowskiego.

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 5% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów); • diabetologia – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • kardiologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • alergologia – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: hematologia, diabetologia, endokrynologia, kardiologia, alergologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).

	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • neurochirurgicznej – 329 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni); • neurochirurgicznej dla dzieci – 250 dni (średnia dla RP ogółem – 156 dni); • chirurgii naczyniowej – 233 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni); • genetycznej – 222 dni (średnia dla RP ogółem – 115 dni); • urologicznej dla dzieci – 203 dni (średnia dla RP ogółem – 138 dni)[14].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: neurochirurgicznej, neurochirurgicznej dla dzieci, chirurgii naczyniowej, genetycznej, urologicznej dla dzieci.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[14] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 1697 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 180 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 132 hospitalizacje (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1197 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1781 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,6 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,3 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 4,3 dnia);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków

[15] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• chirurgii onkologicznej – 4,2 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 11,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 5,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,8 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy [16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,2% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,79 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 88% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 28% (powyżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 60% (poniżej średniej dla RP tj. 78%).	zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi	SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

		Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 51% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 24% (powyżej średniej dla RP tj. 11%).	wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w	przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

			sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	
	6.2	W 2023 r. oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział udarowy - 91% (111), • oddział leczenia zaburzeń nerwicowych - 91% (35), • oddział hematologiczny - 92% (98), • oddział kardiochirurgiczny dla dzieci - 92% (8), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 93% (77), • oddział chirurgii klatki piersiowej - 93% (92), • oddział opieki paliatywnej (w tym dla dzieci) - 95% (182), • oddział chorób zakaźnych - 96% (65), • oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) - 97% (103), • oddział/ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi - 97% (45), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 97% (162), • oddział toksykologiczny - 98% (17), • oddział psychiatrii sądowej - 98% (88), • oddział rehabilitacji psychiatrycznej - 99% (40), • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 99% (93), • oddział terapii uzależnienia od narkotyków - 100% (65), • oddział gastroenterologiczny - 102% (68), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - 102% (65), • oddział diabetologiczny - 105% (24). W 2023 r. oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to:	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział chirurgii plastycznej dla dzieci 11% (14), • oddział ginekologiczny - 14% (12), • oddział okulistyczny dla dzieci - 18% (6), • oddział wieloprofilowy zabiegowy - 22% (24), • oddział chirurgii plastycznej - 29% (34), • oddział immunologii klinicznej dla dzieci - 32% (1), • oddział okulistyczny - 33% (116), • oddział urologiczny dla dzieci - 35% (11), • oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci - 43% (56), • oddział rehabilitacji narządu ruchu - 44% (4), • oddział alergologiczny dla dzieci - 46% (17), • oddział dermatologiczny dla dzieci - 47% (6).		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 20 SOR, w tym 5 w Krakowie. W 2023 r. w województwie funkcjonował 1 SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci (w Krakowie). Teren województwa cieszy się dużym zainteresowaniem turystów i wzmożoną ich liczbą, zwłaszcza w okresach wakacyjnym i ferii zimowych.	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Uruchomienie przynajmniej jednego ośrodka specjalistycznego, przeznaczonego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadającego SOR. W przypadku braku możliwości jego uruchomienia- należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia

				kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 470 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrum Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 11 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był we wszystkich powiatach. Zespołu leczenia środowiskowego brakowało jedynie w powiecie dąbrowskim (w Krakowie funkcjonowały 4 ZLŚ). Oddział dzienny zapewniony był w 15 powiatach (w Krakowie 3 oddziały dzienne). Oddział szpitalny znajdował się w 9 powiatach (w Krakowie 4 oddziały szpitalne).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Wspieranie rozwoju ośrodków udzielających świadczeń opieki psychiatrycznej we wszystkich formach (w szczególności CZP), w tym rozbudowa i modernizacja istniejących ośrodków, inwestycje mające na celu podniesienie jakości i bezpieczeństwa, a przede

				wszystkim dążenie do zwiększenia dostępności do kompleksowej opieki w powiatach, w których ośrodki tego typu nie funkcjonują.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 28. Najwięcej takich poradni znajdowało się w Krakowie (5). W 2 powiatach, proszowickim, dąbrowskim, nie było takiej placówki. Poradnie leczenia uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w centralnym pasie województwa, bez poradni tego typu na północy oraz południu. Ich liczba wynosiła 8, z największą koncentracją w Krakowie (3 poradnie). W województwie znajdowało się 3 poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych, wszystkie w Krakowie. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 13 016 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 10 oddziałów dziennych, z czego 3 specjalizujące się w leczeniu uzależnień niescharakteryzowanych. Na terenie województwa nie funkcjonował oddział dzienny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Ze wszystkich oddziałów dziennych skorzystało 855 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 6, z podziałem po 2 w kategorii uzależnień od alkoholu, uzależnień ogólny oraz uzależnień od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 2 567pacjentów. Na terenie województwa znajdowało się 4 placówek w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowe oraz 2 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 3351, z czego 485 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych.	Nierównomierne rozmieszczenie poradni leczenia uzależnień od alkoholu oraz poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych powoduje nierówny dostęp do świadczeń wśród mieszkańców województwa. Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel dla osób uzależnionych, zmuszając mieszkańców potrzebujących takiej formy leczenia do wyjazdu do innego województwa.	Dążenie do otwarcia nowych poradni leczenia uzależnień w powiatach oddalonych od Krakowa i centralnej części województwa. Otwarcie placówek hostelowych dla osób uzależnionych.

		Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel. 27 pacjentów musiało skorzystać ze świadczeń hostelu w innych województwach. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 16 680 pacjentów, co przekłada się na 486 pacjentów na 100 tys. ludności (poniżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 12,3 osób (powyżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wynosiła 8,8 (powyżej średniej dla Polski, tj. 6,6 osób). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,1 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 20%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 51,1 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 22%.	Utrzymanie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 9 powiatach (m. Kraków, m. Tarnów, powiecie limanowskim, myślenickim, nowotarskim, olkuskim, wadowickim, wielickim oraz m. Nowy Sącz). Na terenie województwa funkcjonowały 3 ośrodki III poziomu referencyjnego (w m. Kraków). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze	Kontynuacja reformy psychiatrii dzieci i młodzieży, w tym poprzez wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi oraz bieżącymi potrzebami zdrowotnymi.

			środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 83 ośrodki rehabilitacji dziennej (2,42 na 100 tys. ludności, o 7% więcej niż średnio w Polsce), • 38 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,11 na 100 tys. ludności, o 12% mniej niż średnio w Polsce), • 58 ośrodków rehabilitacji domowej (1,69 na 100 tys. ludności, o 12% więcej niż średnio w Polsce), • 252 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (7,35 na 100 tys. ludności, o 9% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 8,86 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 4% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji stacjonarnej.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 1 255 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 20% więcej niż średnio w Polsce), • 576 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 8% mniej niż średnio w Polsce), • 305 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 16% więcej niż średnio w Polsce), • 8 691 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 7% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 9 916 pacjentów na 100 tys. ludności (o 7% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji stacjonarnej.

	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 16 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,47 ośrodka na 100 tys. ludności; o 29% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 15 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,44 ośrodka na 100 tys. ludności; o 17% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowały 3 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,09 ośrodka na 100 tys. ludności; o 44% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 21 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,61 ośrodka na 100 tys. ludności; o 27% mniej niż średnia wartość dla Polski.	Utworzenie dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy oraz zaburzeń wieku rozwojowego.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy oraz zaburzeń wieku rozwojowego.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 39 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,1 ośrodka na 100 tys. ludności (o 12% poniżej średniej dla Polski). W 3 z 22 powiatów (13,6%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 93 (o 8% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 161 na 100 tys. ludności (o 21% powyżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,3 na 100 tys. ludności (o 19% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 189 na 100 tys. ludności (o 2% powyżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych, modernizacja istniejących ośrodków, z uwzględnieniem inwestycji mających na celu podniesienie jakości i bezpieczeństwa.

	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 4,1 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 217,2 (o 3% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 26% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 21 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,61 ośrodka na 100 tys. ludności - tyle samo, co średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 150,7, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 132 na 100 tys. ludności (o 16% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 18 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,52 ośrodka na 100 tys. ludności, o 21% więcej niż	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach

		średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 17 na 100 tys. ludności (o 45% mniej niż średnio w Polsce).	hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	ambulatoryjnych. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowały 44 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach domowych (1,28 ośrodka na 100 tys. ludności, o 18% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 154 na 100 tys. ludności (o 15% mniej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie nowosądeckim (największym w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja występuje również w powiecie nowotarskim i gorlickim.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek, tj. nowosądeckim, nowotarskim i gorlickim. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 3,96 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM). W tym samym roku wystąpiło ponad 257 tys. wezwań zrealizowanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego (tj. ok. 7,6 tys. wezwań na 100 tys. mieszkańców województwa). Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 1,9 tys. wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w	Zwiększanie liczby ZRM w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM. Należy rozważyć uruchomienie sezonowych karetek motocyklowych, które w krótszym czasie dotrą na miejsce zdarzenia. Przyjmując maksymalnie

		Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 19% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 22% wezwań.	przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	jeden zespół motocyklowy na każde rozpoczęte 400 tys. mieszkańców województwa, a czas działania tych jednostek to okres od dnia 1 maja do dnia 30 września, do 12 godzin w ciągu jednej doby. Należy rozważyć możliwość uruchomienia trzyosobowych podstawowych ZRM. Przy założeniu ich uruchomienia przede wszystkim w ZRM złożonych z kobiet, pozbawionych urządzeń do transportu chorych bez użycia siły mięśniowej i urządzeń do automatycznego masażu klatki piersiowej oraz operujących na terenach wiejskich.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności

				przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie małopolskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 127 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 19 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie małopolskim wynosiła 677 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 772 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na istotną dysproporcję pomiędzy liczbą nowych pracowników medycznych, a liczbą osób potencjalnie opuszczających rynek pracy. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego

				zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 14 akceleratorów (0,41 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 7 lat. 7 akceleratorów (50% wszystkich akceleratorów w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. W powiecie m. Nowy Sącz liczba procedur wykonywanych na akceleratorze mieściła się w przedziale od 0,25 tys. do 0,5 tys. Liczba procedur wykonanych w powiecie m. Kraków wynosiła od 1,5 tys. do 1,75 tys., a w m. Tarnów od 1,25 tys. do 1,5 tys. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiatach: m. Kraków i m. Nowy Sącz.	Optymalizacja wykorzystania istniejących akceleratorów, które mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku. Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana akceleratorów określonych jako z wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowały się 33 angiografy (0,96 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, poniżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 7 lat. 4 angiografy (28% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie chrzanowskim (liczba wykonanych procedur średnio rocznie na aparat nie przekroczyła 100). W powiatach m. Tarnów, m. Kraków oraz nowotarskim wykonano od 0,75 tys. do 1 tys. procedur rocznie na urządzenie. W powiatach tatrzańskim oraz m. Nowy Sącz liczba procedur wynosiła od 1 tys. do 1,25 tys. na aparat, a w powiecie oświęcimskim od 1,5 tys. do 1,75 tys. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 12 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego angiograf powinien podlegać wymianie, kiedy jego wiek przekroczy 12 lat, niezależnie od stopnia eksploatacji).

		Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 aparatów do brachyterapii (0,15 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 1 aparat (20% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 8 lat. W powiecie m. Kraków wykonano od 1,25 tys. do 1,5 tys. procedur (średnio na jedno urządzenie), a w m. Tarnów od 0,25 tys. do 0,5 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w m. Kraków.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych aparatów do brachyterapii w m. Tarnów. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 8 aparatów ECMO (0,23 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 6 aparatów (27% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się na terenie powiatu m. Kraków, gdzie sprawozdano wykonanie 32 procedur (średnio na jedno urządzenie).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 gammakamer (0,32 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 7 aparatów (63% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane na terenie powiatów: m. Kraków (10 szt.) wykonano od 3250 do 3500 procedur (średnio na jedno urządzenie), a w m. Tarnów (1 szt.)	Należy dążyć wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną

		wykonano od 3 tys. do 3,25 tys. procedur. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowały się 42 mammografy (1,22 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 8 urządzeń (19% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: dąbrowskim, myślenickim, miechowskim liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie m. Tarnów wykonano od 2 tys. do 2,25 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: brzeskim (1 szt.), dąbrowskim (1 szt.), krakowskim (1 szt.), m. Kraków (3 szt.), olkuskim (2 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty PET-CT (0,09 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 1 urządzenie (33% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia zlokalizowane w powiecie m. Kraków wykonały od 4,75 tys. do 5 tys. procedur (średnio na jedno urządzenie). Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze

		tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	ludności do mediany państw EU.	względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne).
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 47 rezonansów magnetycznych (1,37 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 10 urządzeń (30% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie olkuskim (1 437), a najwięcej w powiecie bocheńskim i limanowskim (9 597), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: gorlickim (1 szt.), m. Kraków (6 szt.), nowotarskim (1 szt.), suskim (1 szt.), m. Tarnów (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy również dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić dodatkowe urządzenia, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 615 sztuk aparatów RTG (17,93 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach.

		Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 190 urządzeń (31% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	się wysokim priorytetem do wymiany.	
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 75 tomografów komputerowych (2,19 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 12 urządzeń (16% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 5,5 tys. do 5,75 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat oświęcimski (17 326) oraz dąbrowski (1 714), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: dąbrowski (1 szt.), m. Kraków (3 szt.), miechowski (1 szt.), olkuski (1 szt.), proszowicki (1 szt.), tarnowski (1 szt.), m. Tarnów (3 szt.), wadowicki (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana aparatów o wysokim stopniu eksploatacji (priorytetowej wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat).

	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 1 454 sztuk aparatów USG (42,40 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. powyżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 10 lat. 651 urządzeń (45% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 7.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa mazowieckiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa mazowieckiego wzrośnie o 0,4%, a do 2060 r. zmniejszy się o 7,1% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest znacznie niższy niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 22,1% do 24%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,5% do 49,8%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 33,3%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane w powiatach: m. Radom (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -35,6%), żuromiński (-34,5%), m. Ostrołęka (-34,7%) czy lipski (-32,9%). Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności są: powiat grodziski (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 11,7%, a do 2060 r. 19,8%), powiat piaseczyński (10,9% do 2035 r. i 17,7% do 2060 r.) oraz powiat wołomiński (10,3% do 2035 r. i 18,2% do 2060 r.).	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiatach sąsiadujących z miastem Warszawa.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów grodziskiego, wołomińskiego oraz piaseczyńskiego, dla których przewidywany jest największy wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		Wskazane powiaty sąsiadują z powiatem m. Warszawa. Do 2035 r. dla miasta Warszawa prognozuje się niewielki wzrost liczby ludności wynoszący około 2,9% oraz 0,6% do 2060 r. Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie mazowieckim dla mężczyzn wzrosła od 74,3 lat w 2019 r. do 74,8 lat w 2023 r., a dla kobiet od 82,1 lat w 2019 r. do 82,2 lat w 2023 r. Jednakże wartości te pozostawały na poziomie wyższym od średnich krajowych, które wynosiły odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 75,6 lat, natomiast na wsi 73,5 lat. Wśród kobiet różnica ta była zdecydowanie mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 82,2 lat, natomiast na obszarach wiejskich 82,1 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa mazowieckiego wyniósł 34 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 3. miejscu w kraju. Wartość ta była wyższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 12 urodzeń.	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,22, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to druga najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa mazowieckiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo mazowieckie skupiało około 14,6% ludności RP (5 511 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 2 872 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 109, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie mazowieckim w 2023 r. wynosiła 155 osoby na km² i była wyższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Warszawa (3,6 tys. os./km²), Siedlce (2,4 tys. os./km²) czy Radom (1,8 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak łosicki	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do u świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Warszawa, Siedlce,

		(37 os./km²), makowski (39 os./km²) czy przasnyski (40 os./km²) charakteryzowały się niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		Radom) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: łosickim, makowskim oraz przasnyskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w RP) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 325 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla RP, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w RP) były choroby nowotworowe – 277 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla RP, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 413 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla RP, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy sutka – 59 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla RP, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka oskrzela i płuca – 49 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla RP, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe sutka.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. w kierunku nowotworów złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy). Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania piersi kobiet w kierunku nowotworów złośliwych sutka). Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] Ibidem

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

		Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć słabiej niż w RP (wzrost zapadalności w województwie o 29%, w RP o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 40% w województwie, 40% w RP).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu chorób układu oddechowego w województwie w 2023 r. wyniósł 93 osoby na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (80 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu oddechowego w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania płuc. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Prowadzenie kampanii informacyjnych na temat objawów POChP, astmy oraz innych chorób płuc.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 31% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w RP o 42%).	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach;

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

5 NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 13 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 79% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w RP)[6].		• Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 197 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla RP, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 157 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla RP, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 153 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla RP, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności (zbliżone do wartości dla RP, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności);	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		• wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla RP, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,1 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla RP, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 8% rocznej populacji kobiet do przebadania i była niższa niż średnia zgłaszalność w RP (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 7% (wzrost o ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (11%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 40% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w RP (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 43%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 53%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 960 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 17,4 (poniżej średniej dla RP, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności).	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w	Wspieranie tworzenia nowych placówek POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, w których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r. Zgodnie z analizami demograficznymi, dotyczy to

		Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (18%), od 1 tys. do 2 tys. (15,1%) oraz powyżej 10 tys. (12%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,6%), od 8 tys. do 9 tys. (3,5%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (4,7%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Warszawie oraz Siedlcach. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: siedleckim, łosickim i gostynińskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występuje w powiecie siedleckim, gdzie wynosi 60%, natomiast najwyższy w Siedlcach, osiągając wartość 133,5%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Zmiany w liczbie ludności będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane w powiatach: m. Radom, żuromiński, m. Ostrołęka czy lipski. Powiatami największego prognozowanego wzrostu liczby ludności do 2060 r. są: powiat grodziski, wołomiński oraz powiat piaseczyński. Wskazane powiaty sąsiadują z powiatem m. Warszawa. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 5,5 tys. osób i była większa od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Siedlce, Ostrołęka, Płock oraz Radom nadwyżka	województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	m.in. powiatów grodziski, wołomiński i piaseczyński, gdzie szczególnie istotne staje się planowanie lokalizacji nowych placówek POZ.

		względna wynosiła od 0,07 do 0,34. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie siedleckim (-0,4), radomskim (-0,28) oraz płockim (-0,27).		
	4.2	Średnio 7% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 38,9% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 56,1% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko 1,3% świadczeniodawców miało poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisanych 5,1 mln pacjentów, co stanowi niemalże 93% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 52,9% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 54,3% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 57,9% zapisanych. Były to wartości niższe o około 10 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.

		Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o ok. 10 p.p. wyższy niż u mężczyzn.		
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 71% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był wyższy i wyniósł ok. 78%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była niższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 5,6 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,75 świadczenia, co również było zbliżoną do średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszej liczby świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: radomskim (5,2), warszawskim zachodnim (5,3) oraz mińskim (5,3). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: sierpeckim (6,7), makowskim (6,5) oraz przasnyskim (6,4).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie radomskim, warszawskim zachodnim oraz mińskim do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (łosicki, makowski, przasnyski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 83% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.

	4.6	W 2023 r. 31% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla RP, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,3% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1,2% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 3,7% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.5	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (27,7%), lekarze chorób wewnętrznych (20,9%), lekarze medycyny wewnętrznej (16,3%) oraz pediatrzy (14,4%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 36,3 lekarza na 100 tys. ludności (powyżej średniej wartości dla RP, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: makowskim (12,0 lekarzy), przysuskim (12,9), żuromińskim (14,1). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 3 powiatach: m. Siedlce, m. st. Warszawie oraz płońskim. Średni wiek lekarza w województwie to 55 lat (tj. 0,6 roku mniej niż średnio w RP).	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 89,0 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: radomskim (80 pielęgniarki), wyszkowskim (80,3), sochaczewskim (81,8). Największa liczba w powiatach: m. Siedlce (184,6 pielęgniarek) oraz lipskim (155,3). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 17,1 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 8 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 17,1 położnych), z czego najniższe było w powiatach: siedleckim (7,5) oraz wyszkowskim (10,9), a najwyższe w powiatach: makowskim (38,3 osób) oraz lipskim (38).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 42 powiatach funkcjonowały 84 placówki oferujące świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił wzrost o 1 placówkę. We wszystkich powiatach został zapewniony dostęp do świadczeń NiŚOZ. W powiatach: legionowskim, otwockim, piaseczyńskim, garwolińskim oraz grodziskim znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,52 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden bądź 2 ośrodki świadczący NiŚOZ. Na terenie m. st. Warszawy działały 26 ośrodki NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 461 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 0,4% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 747 tys., co stanowi wzrost o 1,9% względem 2022 r.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ.

		Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie łosickim, wyniosła ona 3,75 tys. Natomiast najwyższą w Warszawie, 199,5 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie przasnyskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,08. Największa w powiecie białobrzeskim, 0,26 świadczenia na mieszkańca.		Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie uznane za podstawowe: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa mazowieckiego: • chirurgii ogólnej – 93% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 17% powiatów województwa, tj. 7 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w RP (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 95% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –81% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju).	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w RP, w tym województwie mazowieckim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		Na terenie powiatów: ostrołęckiego, płockiego oraz siedleckiego w 2023 r. nie było zlokalizowanej ani jednej poradni chirurgii ogólnej. W sąsiadujących z nimi kolejno miastach na prawach powiatu: Ostrołęce – zlokalizowana była 1 poradnia chirurgii ogólnej, Płocku – 6, a w Siedlcach – 7. Na terenie powiatu ostrołęckiego i płockiego nie było ponadto zlokalizowanej ani jednej poradni kardiologicznej, ale w Ostrołęce były umiejscowione 2 takie poradnie, a w Płocku – 3. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa mazowieckiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Ostrołęka i pow. ostrołęckiego, • m. Płock i pow. płockiego; • m. Radom i pow. radomskiego; • m. Siedlce i pow. siedleckiego; oraz gmin wchodzących w skład Obszaru Metropolitalnego Warszawy.		demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów grodziskiego, wołomińskiego, piaseczyńskiego oraz m. Warszawy. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Ostrołęka, Płock, Radom, Siedlce, Warszawa) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla RP, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS).	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, gruźlicy i chorób płuc, alergologicznych, dermatologicznych,

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1542 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2239 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 50 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1509 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 696 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • gruźlicy i chorób płuc – 245 porad (średnia dla RP ogółem – 396 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • alergologicznych – 333 porad (średnia dla RP ogółem – 524 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • dermatologicznych – 837 porad (średnia dla RP ogółem – 1092 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • endokrynologicznych dla dzieci – 32 porad (średnia dla RP ogółem – 56 porad); 4 miejsce od końca na tle województw;	poradni chirurgii ogólnej, kardiologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: gruźlicy i chorób płuc, alergologicznych, dermatologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w RP, w tym województwie mazowieckim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	endokrynologicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

		• otorynolaryngologicznych – 1004 porad (średnia dla RP ogółem – 1072 porad); 4 miejsce od końca na tle województw.		
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 26% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w RP, w tym województwie mazowieckim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: łosickiego, makowskiego oraz przasnyskiego.

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562).

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 6% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów); • diabetologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • kardiologia – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla RP, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: hematologia, endokrynologia, nefrologia, kardiologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).

	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • endokrynologicznej osteoporozy – 563 dni (średnia dla RP ogółem – 382 dni); • neurochirurgicznej dla dzieci – 510 dni (średnia dla RP ogółem – 156 dni); • neurochirurgicznej – 359 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni); • urologicznej dla dzieci – 236 dni (średnia dla RP ogółem – 138 dni); • chirurgii naczyniowej – 194 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni)[14].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: endokrynologicznej osteoporozy, neurochirurgicznej dla dzieci, neurochirurgicznej, urologicznej dla dzieci, chirurgii naczyniowej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji wynikających z przyczyn, które są możliwe do leczenia w ramach AOS, oraz skrócenie średniego czasu trwania

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[14] Wartość średniej dla Polski rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

		położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 1945 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 314 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 63 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1638 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1897 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla RP: • chirurgii ogólnej – 4,3 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 4,6 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 7,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,2 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,8 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 2,8 dnia).	sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć	hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w

[15] Wartość średnia dla Polski została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,3% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,78 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 76% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 9% (poniżej średniej dla RP tj. 16%).	cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie	przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

		• Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 86% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 47% (poniżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 29% (powyżej średniej dla RP tj. 11%).	standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 90% (224), • oddział alergologiczny - 91% (22), • oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci - 91% (10), • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 93% (109), • oddział diabetologiczny dla dzieci - 93% (28), • oddział rehabilitacji psychiatrycznej - 95% (105), • oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych - 99% (30), • oddział psychogeriatryczny - 100% (115), • oddział psychiatrii sądowej - 101% (44), • oddział psychiatryczny - 102% (1616), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym - 104% (98), • oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie - 106% (59), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 110% (135), • oddział onkologiczny dla dzieci - 118% (26),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział hematologiczny dla dzieci - 147% (14). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział chorób metabolicznych dla dzieci - 2% (9), • dział anestezjologii dla dzieci - 2% (9), • oddział wieloprofilowy zachowawczy - 5% (24), • oddział audiologiczno-foniatryczny - 18% (21), • oddział wieloprofilowy zabiegowy - 23% (75), • oddział transplantacji szpiku (dziecięcy) - 25% (8), • dział anestezjologii - 29% (14), • oddział rehabilitacji narządu ruchu dla dzieci - 30% (10), • oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 35% (58), • oddział immunologii klinicznej - 38% (9), • oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dz - 39% (73), • oddział transplantologiczny dla dzieci - 39% (20), • oddział okulistyczny - 41% (251), • oddział chirurgii plastycznej - 41% (50), • oddział chirurgii szczękowo - twarzowej - 43% (97), • oddział kardiochirurgiczny dla dzieci - 43% (39), • oddział neurochirurgiczny dla dzieci - 43% (72), • oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - 45% (30), • oddział ginekologii onkologicznej - 45% (59), • oddział medycyny nuklearnej - 45% (12), • oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci - 46% (85), • oddział patologii ciąży - 47% (93), • oddział chirurgiczny dla dzieci - 47% (258), • oddział chorób zakaźnych dla dzieci - 48% (20), • oddział rehabilitacji kardiologicznej - 48% (113), • oddział okulistyczny dla dzieci - 49% (38).		

	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 31 SOR, w tym 10 w Warszawie. W 2023 r. w województwie funkcjonowały 2 SOR zlokalizowane w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci (oba w Warszawie).	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 780 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 10 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 41 powiatach. Na terenie powiatu płockiego nie było zlokalizowanych poradni. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 9 powiatach (m. St. Warszawa, wołomiński, otwocki, piaseczyński, pruszkowski, grodziski, siedlecki, gostyniński, Radom).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.

		Oddział dzienny zapewniony był w 9 powiatach (żuromiński, Płock, płoński, Siedlce, m.st. Warszawa, piaseczyński, pruszkowski, grodziski, żyrardowski). Oddział szpitalny znajdował się w 12 powiatach (w Warszawie 6 oddziałów szpitalnych).		
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 27. Najwięcej takich poradni znajdowało się w Warszawie (łącznie 6). W 18 powiatach nie było takiej placówki. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach (brak w powiatach: radomskim, białobrzeskim, otwockim, grodziskim, sochaczewskim, płockim, przasnyskim, łosickim, wyszkowskim, ostrołęckim i Ostrołęce). Ich liczba wynosiła 45, z największą koncentracją w Warszawie (12 poradni). W województwie znajdowało się 11 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W Warszawie znajdowało się 6 z nich. W powiatach na wschodzie od Warszawy nie funkcjonowała żadna placówka tego typu. Na południu województwa jedyna poradnia znajdowała się w Radomiu, a na północy w Ostrołęce. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 35 703 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 17 oddziałów dziennych, z czego 3 specjalizujące się w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych oraz 2 od uzależnień niescharakteryzowanych. Te dwa typy oddziałów skoncentrowane były w centrum województwa, w Warszawie i powiatach sąsiadujących. Ze wszystkich oddziałów dziennych	Brak dostępu do poradni leczenia uzależnień ogólnej w 18 powiatach powoduje nierówność w dostępie do tego typu świadczeń. W 13 powiatach nie funkcjonuje poradnia leczenia uzależnień od alkoholu, w tym takiej poradni nie ma w Ostrołęce oraz w sąsiadującym powiecie ostrołęckim. Duża koncentracja poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych w Warszawie i brak placówek tego typu na wschodzie województwa. Spośród 17 oddziałów dziennych, tylko 5 świadczyło pomoc osobom z uzależnieniem innym od alkoholu, z czego 3 w specyfikacji uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Odziały te skoncentrowane	Zrównanie dostępu do poradni leczenia uzależnień na obszarach nie zabezpieczonych w taką usługę. Sprawdzenie obciążenia oddziałów dziennych, weryfikacja otwarcia nowych placówek, szczególnie na obrzeżach województwa. Dążenie do otwarcia placówek typu hostel dla osób uzależnionych, ze specjalnością dla uzależnionych od alkoholu oraz oddzielnego dla substancji psychoaktywnych. Brak takiego ośrodka w dużym województwie, ze stolicą kraju, znacząco ogranicza możliwość skorzystania z takiej formy leczenia wielu osobom potrzebującym wsparcia.

		skorzystało 1578 pacjentów, z czego 207 w oddziale dziennym uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 23, z podziałem na 5 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 4 w specjalizacji uzależnień ogólnych oraz 14 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 3 519 pacjentów. Na terenie województwa znajdowało się 11 placówek w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacja alkoholowa oraz 3 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 4 605, z czego 383 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel. 76 pacjentów musiało skorzystać ze świadczeń hostelu w innych województwach. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 40 860 pacjentów, co przekłada się na 741 pacjentów na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla RP, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).	były w centrum województwa, ograniczając dostęp do tego typu leczenia mieszkańcom oddalonych powiatów. Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel dla osób uzależnionych. Brak placówki hostelowej wyklucza możliwość podjęcia leczenia w tej formie przez osoby potrzebujące lub zmusza do wyjazdu do innego województwa.	
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 17,4 osób (powyżej średniej dla RP, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 12,2 i była najwyższa w RP, znacząco powyżej średniej dla RP, tj. 6,6. Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,6 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii	Utrzymanie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.

		województwa wyniósł ok. 22%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 49,4 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 15%.		
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa, z wyjątkiem powiatu pułtuskiego oraz żuromińskiego, funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 10 powiatach (m. st. Warszawa, piaseczyńskim, m. Radom, grójeckim, otwockim, płońskim, pruszkowskim, sierpeckim, sokołowskim oraz żyrardowskim). Na terenie województwa funkcjonowały 4 ośrodki III poziomu referencyjnego (2 w m. st. Warszawa, powiecie otwockim oraz piaseczyńskim). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 165 ośrodków rehabilitacji dziennej (2,99 na 100 tys. ludności, o 32% więcej niż średnio w RP), • 60 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,09 na 100 tys. ludności, o 13% mniej niż średnio w RP), • 83 ośrodki rehabilitacji domowej (1,51 na 100 tys. ludności, co jest równe średniej w RP), • 263 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (4,77 na 100 tys. ludności, o 30% mniej niż średnio w RP).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji stacjonarnej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

		Łącznie w województwie funkcjonowało 6,59 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 22% mniej niż średnio w RP).		
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 1 958 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 88% więcej niż średnio w RP), • 448 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 28% mniej niż średnio w RP), • 280 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 7% więcej niż średnio w RP), • 8 629 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 6% więcej niż średnio w RP). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 10 070 pacjentów na 100 tys. ludności (o 8% więcej niż średnio w RP).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji stacjonarnej.
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 26 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,47 ośrodka na 100 tys. ludności; o 29% mniej niż średnia wartość dla RP, • funkcjonowało 28 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,51 ośrodka na 100 tys. ludności; o 4% mniej niż średnia wartość dla RP, • funkcjonowały 3 ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej (tj. 0,05 ośrodka na 100 tys. ludności; o 44% mniej niż średnia wartość dla RP, • funkcjonowało 46 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,83 ośrodka na 100 tys. ludności; o 1% mniej niż średnia wartość dla RP.	Utworzenie dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego.

Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 56 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1 ośrodek na 100 tys. ludności (o 21% poniżej średniej dla RP). W 7 z 42 powiatów (16,7%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 100 (o 16% powyżej średniej dla RP). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 127 na 100 tys. ludności (o 4% poniżej średniej dla RP).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,9 na 100 tys. ludności (o 6% poniżej średniej dla RP). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 144 na 100 tys. ludności (o 22% poniżej średniej dla RP).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 2,9 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 206,3 (o 8% poniżej wartości dla RP) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 21% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 27 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,49 ośrodka na 100 tys. ludności, o 20% mniej niż średnio w RP). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 117,2, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 96 na 100 tys. ludności (o 15% mniej niż średnio w RP).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 10 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,18 ośrodka na 100 tys. ludności, o 58% mniej niż średnio w RP). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 6 na 100 tys. ludności (o 80% mniej niż średnio w RP).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 81 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,47 ośrodka na 100 tys. ludności, o 6% mniej niż średnio w RP). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 168 na 100 tys. ludności (o 7% mniej niż średnio w RP). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie ostrołęckim (największym w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek, tj. ostrołęckim, płockim, siedleckim i płońskim. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.

		powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja występuje również w powiecie płockim, siedleckim i płońskim.		
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 3,95 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM) i jest 3 najniższym wynikiem w kraju. Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 2,3 tys. wezwań, co jest trzecim najwyższym wynikiem wśród wszystkich województw. Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 35% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 35% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. Ludności, przynajmniej do poziomu średniej krajowej, w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie mazowieckim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu

		liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 475 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 113 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.); • choroby płuc (o 74 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów w ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i chorób płuc).	priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie mazowieckim wynosiła 1 880 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 1 634 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na zapewnienie zastępowalności pokoleniowej z niewielką nadwyżką. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest podtrzymanie obecnego pozytywnego trendu zapewnienia zastępowalności pokoleniowej i odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.

Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowały się 23 akceleratory (0,42 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 6 lat. Trzy urządzenia zlokalizowane w m. Radom wykonały średnio ok. 1200 procedur, a dwa urządzenia zlokalizowane w m. Siedlce wykonały średnio blisko 4900 procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiecie: m. st. Warszawa (2 sztuki). Akceleratory o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w m. Radom, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 66 angiografów (1,20 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; średni wskaźnik dla RP wynosi 1,17). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 29 angiografów (44% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie wołomińskim średnia roczna liczba procedur na aparat nie przekroczyła 100. W powiatach otwockim, m. Siedlce oraz m. Radom liczba procedur wynosiła od 0,5 tys. do 1 tys. W powiatach m. Radom i m. st. Warszawa średnia liczba procedur na urządzenie wynosiła od 1,25 tys. do 1,5 tys. W powiatach legionowskim i ciechanowskim wykonano od 1,5 tys. do 2 tys. procedur, a w powiatach grodziskim i m. Płock od 2,25 tys. do 2,75 tys. Świadczy to nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanego urządzenia w powiecie wołomińskim, które mogłoby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku – chyba że problemem w tym przypadku jest wiek urządzenia, wtedy należałoby go wymienić.

		(urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowało się 10 aparatów do brachyterapii (0,18 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. Żaden ze sprzętów nie miał wysokiego priorytetu do wymiany. Średnia liczba wykonanych procedur jest na podobnym poziomie w powiatach (0,5 tys. – 0,75 tys. procedur średnio rocznie na aparat). Aparaty do brachyterapii o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 16 aparatów ECMO (0,29 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla RP, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 11 urządzeń (69% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany, tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w m. st. Warszawa (10 sztuk) oraz m. Radom (1 sztuka). Średnia liczba procedur wyniosła od 1 (w m. Radom) do 20 lub więcej (w m. st. Warszawa), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w m. Radom, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.

	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 35 gammakamer (0,64 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. 14 urządzeń (40% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany (1 urządzenie w m. Siedlce oraz 13 urządzeń w m. st. Warszawa). Powiat ciechanowski pomimo posiadania sprzętu nie sprawozdał wykonania żadnej procedury. W powiecie m. Siedlce średnia roczna liczba procedur na sprzęt wynosiła od 1 tys. do 1,25 tys., a w m. st. Warszawa od 2 tys. do 2,25 tys. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie ciechanowskim, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 96 mammografów (1,74 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,67 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 41 urządzeń (43% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W części powiatów (np. grodziski, lipski, mławski, węgrowski, żuromiński) średnia liczba wykonanych procedur wynosiła mniej niż 20, podczas gdy w innych kilkaset lub więcej, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.

		Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: ciechanowski (1 szt.), legionowski (2 szt.), lipski (1 szt.), łosicki (1 szt.), miński (1 szt.), mławski (1 szt.), nowodworski (1 szt.), otwocki (2 szt.), piaseczyński (2 szt.), przysuski (1 szt.), pułtuski (1 szt.), sokołowski (1 szt.), żuromiński (1 szt.), m. Płock (1 szt.), m. Radom (5 szt.), m. st. Warszawa (19 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 urządzeń PET-CT (0,15 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. Dwa urządzenia - jeden w powiecie legionowskim i jeden w m. st. Warszawa posiadały wysoki priorytet do wymiany. W powiecie legionowskim oraz m. Siedlce średnia liczba wykonanych procedur wyniosła ok. 1 tys., podczas gdy w pozostałych powiatach była ok. dwukrotnie wyższa, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 120 sztuk rezonansów magnetycznych (2,18 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach, które

		Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 45 urządzeń (38% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywało się w powiecie łosickim (844) oraz pułtuskim (362), podczas gdy są powiaty, w których średnia liczba procedur przekracza 5 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Stosunkowo dużo urządzeń o wysokim priorytecie do wymiany znajduje się w m. st. Warszawa. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: grodziski (1 szt.), legionowski (1 szt.), ostrowski (1 szt.), otwocki (2 szt.), piaseczyński (1 szt.), płoński (1 szt.), pruszkowski (1 szt.), sochaczewski (1 szt.), wyszkowski (1 szt.), m. Ostrołęka (1 szt.), m. Płock (2 szt.), m. Radom (3 szt.), m. st. Warszawa (29 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 2,8 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowały się 1123 sztuki aparatów RTG (20,38 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla RP, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 427 urządzeń (38% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie białobrzeskim średnia liczba wykonanych procedur jest poniżej 0,5 tys., podczas gdy są powiaty wykonujący więcej	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.

		niż 1 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 168 tomografów komputerowych (3,05 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 39 urządzeń (23% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie zwoleńskim (963 procedury) oraz warszawskim zachodnim (301 procedur) liczba procedur wynosi mniej niż 1 tys., podczas gdy są powiaty, w których liczba wykonanych procedur przekracza 10 tys. (legionowski), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: gostyniński (2 szt.), grodziski (1 szt.), kozienicki (1 szt.), legionowski (1 szt.), otwocki (1 szt.), piaseczyński (1 szt.), pruszkowski (3 szt.), pułtuski (1 szt.), sochaczewski (1 szt.), żyrardowski (1 szt.), m. Płock (2 szt.), m. Radom (1 szt.), m. Siedlce (1 szt.), m. st. Warszawa (22 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).

		osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowały się 1 932 aparaty USG (35,06 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 10 lat. 1026 urządzeń (53% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie żuromińskim średnia liczba wykonanych procedur jest poniżej 0,5 tys., co odbiega od wartości w innych powiatach, wśród których są powiaty, gdzie średnia liczba wykonanych procedur wynosi ponad 1 tys. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie żuromińskim, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

Załącznik 8.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa opolskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa opolskiego zmniejszy się o 7,1%, a do 2060 r. o 16,3% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest znacznie wyższy niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,5% do 29,4%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 59% do 47,4%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 38,4%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane w powiatach: kędzierzyńsko-kozielski (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -35,4%), głubczycki (-33,8%), nyski (-32%) czy kluczborski (-30,6%). W żadnym z powiatów województwa opolskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiecie m. Opole (-15,3%), natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych regionu. Spadek liczby ludności w powiatach jest przede wszystkim wynikiem ogólnej sytuacji demograficznej w Polsce, związanej m.in. ze starzeniem się społeczeństwa i niskim poziomem dzietności. Czynniki takie jak odległość od dużych ośrodków miejskich, w których znajdują się specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak kędzierzyńsko-kozielski, głubczycki czy nyski, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz rosnącego odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.

		lokalny dostęp do świadczeń POZ mogą natomiast wpływać na zróżnicowanie intensywności tego procesu w poszczególnych regionach.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie opolskim dla mężczyzn wzrosła od 74,5 lat w 2019 r. do 75,3 lat w 2023 r., a dla kobiet od 82 lat w 2019 r. do 82,3 lat w 2023 r. Wartości te pozostawały na poziomie wyższym od średnich krajowych, które wynosiły odpowiednio 74,7 i 82 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 75,6 lat, natomiast na wsi 74,9 lat. Wśród kobiet różnica ta była mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 82,4 lat, natomiast na obszarach wiejskich 82,1 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa opolskiego wyniósł 30 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 10. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 7 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,12, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to szósta najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych

		niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		w gminach i powiatach całego województwa opolskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo opolskie skupiało około 2,5% ludności RP (937 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 484 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 107, równy średniej dla kraju. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie opolskim w 2023 r. wynosiła 100 osób na km² i była niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższy wskaźnik gęstości zaludnienia odnotowano w mieście na prawach powiatu – Opole, gdzie wskaźnik ten wynosił 846 os./km²). Przemawia to za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tym mieście. Z kolei powiaty takie jak namysłowski (56 os./km²), głubczycki (63 os./km²) czy oleski (63 os./km²) charakteryzowały się niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Opole) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające

				przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: namysłowskim, głubczyckim oraz oleskim), poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 448 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 29%, w RP 26%).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w RP) były choroby nowotworowe – 302 zgony na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy żołądka (województwo: 13 zgonów na 100 tys.; Polska: 12 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 490 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego żołądka) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności skóry.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe. Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[3] Ibidem

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

		Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy skóry – 61 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 56 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w RP (wzrost zapadalności w województwie o 33%, w RP o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 41% w województwie, 39% w Polsce).		kierunku nowotworów złośliwych skóry).
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 239 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 33% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w RP o 42%).	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		W 2023 r. w województwie zarejestrowano prawie 3 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 167% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 245 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 215 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo – ok. 140 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 127 osób na 100 tys. ludności). Województwo opolskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o drugiej najwyższej liczbie zgonów spowodowanych przez wysokie stężenie glukozy we krwi.	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • wysokie ciśnienie krwi – ok. 4,3 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności); • tytoń – 3,9 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 11% rocznej populacji kobiet do przebadania i była zbliżona do średniej zgłaszalności w RP (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe była podobna w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 11%. Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (ok. 17%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 37% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w RP (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 34%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 53%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 232 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 24,8 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisanych było od 1 tys. do 2 tys. pacjentów (21,6%), od 2 tys. do 3 tys. (18,6%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (13,7%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,5%), od 8 tys. do 9 tys. (2%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (2,45%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w Opolu, powiecie kluczborskim i namysłowskim. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: głubczyckim, strzeleckim i nyskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występ w powiecie opolskim, gdzie wynosił 68%, natomiast najwyższy w Opolu, osiągając wartość 103,7%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. W żadnym z powiatów województwa opolskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiecie m. Opole. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane w powiatach: kędzierzyńsko-kozielski, głubczycki, nyski czy kluczborski. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 3,9 tys. osób i była mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W mieście odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W Opolu nadwyżka względna wynosiła 0,04. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana	Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności w związku z wartością wyższą od średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) poniżej średniej krajowej.	Dostosowanie rozmieszczenia jednostek POZ w województwie do zachodzących zmian demograficznych oraz obserwowanej tendencji wzrostu zapotrzebowania na świadczenia POZ w obszarach miejskich. Wzmacnianie potencjału funkcjonujących placówek oraz poprawa ich dostępności, a także rozwój nowej infrastruktury POZ, uwzględniający aktualne analizy i prognozy demograficzne.

		została w powiecie opolskim (-0,31), strzeleckim (-0,21) oraz głubczyckim (-0,17).		
	4.2	Średnio 9% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 54,3% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 36,4% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Tylko 0,6% świadczeniodawców miało poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Monitorowanie odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 0,8 mln pacjentów, co stanowi niemalże 85% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 61,2% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 61,3% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 66% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 1 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z

		Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 11 do 13 p.p. wyższy niż u mężczyzn.		założeniami programu "Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 68% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był na takim samym poziomie i wyniósł ok. 68%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była zbliżona do średniej krajowej dla obszarów miejskich (6,1) i wynosiła ok. 6,1 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,7 świadczenia, co również było zbliżoną do średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: namysłowskim (5,17), opolskim (5,19) oraz kluczborskim (5,37). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: prudnickim (6,47), nyskim (6,43) oraz kędzierzyńsko-kozielskim (6,26).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiatach z wartością poniżej średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (namysłowski, głubczycki, oleski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowało się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 81% z nich aktywnie korzysta z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te są porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna,

				diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 14% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,4% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,6% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 10% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (25%), lekarze chorób wewnętrznych (22,9%), pediatrzy (16,2%) oraz lekarze medycyny wewnętrznej (14,9%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 20,0 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: prudnickim (9,7 lekarzy), nyskim (15,6), oleskim (16,3). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności nie było w żadnym z powiatów. Średni wiek lekarza w województwie to 57,8 lat (tj. 2,2 roku więcej niż średnio w Polsce).	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej na 100 tys. ludności ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 99 osób na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: namysłowskim (54,7 pielęgniarki), prudnicki (93,3), głubczycki (93,9). Największa liczba w powiatach: oleskim (122,4 pielęgniarek) oraz nyskim (121,9). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 12,7 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 8 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 12,7 położnych), z czego najniższe było w powiatach: kędzierzyńsko-kozielskim, strzeleckim oraz głubczyckim (7,0), a najwyższe w powiatach: m. Opole (26,2 osób) oraz oleskim (24,5).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 11 powiatach funkcjonowało 14 placówek oferujących świadczenia w ramach NiŚOZ i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. sytuacja ta nie uległa zmianie. W powiecie nyskim znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,5 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 101 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 13% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 175 tys., co stanowi wzrost o 17% względem 2022 r. Jest to wzrost dużo wyższy od trendu ogólnopolskiego, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie oleskim, wyniosła ona 4 tys. Natomiast najwyższą w powiecie opolskim, 10 tys.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Łatwy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia

		Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie oleskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,1. Natomiast największa w powiecie namysłowskim, 0,26.		w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa opolskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 33% powiatów województwa, tj. 4 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w RP (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –33% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Kształtowanie systemu poradni AOS województwa opolskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie opolskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to gmin Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Opola.		realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w Opolu oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie:	Zwiększenie dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych, logopedycznych, kardiochirurgicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, wad postawy, hematologicznych.

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• chirurgii ogólnej – 1617 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 1728 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 132 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1084 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 220 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • logopedycznych – 207 porad (średnia dla RP ogółem – 387 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • kardiochirurgicznych – 10 porad (średnia dla RP ogółem – 16 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci – 8 porad (średnia dla RP ogółem – 104 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • wad postawy – 1 porad (średnia dla RP ogółem – 25 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • hematologicznych – 97 porad (średnia dla RP ogółem – 149 porad); 2 miejsce od końca na tle województw.	Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: logopedycznych, kardiochirurgicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej dla dzieci, wad postawy, hematologicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie opolskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

				badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 35% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie opolskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: namysłowskiego, głubczyckiego oraz oleskiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562)

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • geriatria – ok. 8% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów); • endokrynologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • alergologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • diabetologia – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • hematologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: geriatria, endokrynologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • endokrynologicznej – 275 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni); • kardiologicznej – 267 dni (średnia dla RP ogółem – 115 dni); • gastroenterologicznej – 168 dni (średnia dla RP ogółem – 114 dni); • chorób naczyń – 153 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • osteoporozy – 144 dni (średnia dla RP ogółem – 99 dni)[15].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: endokrynologicznej, kardiologicznej, gastroenterologicznej, chorób naczyń, osteoporozy.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[15] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2238 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej

[16] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• chirurgii onkologicznej – 317 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 153 hospitalizacje (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1095 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2038 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 9,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,9 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy [17]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,2% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%).	samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa	samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

		O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 1,07 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 73% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 3% (poniżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 100% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 50% (równe średniej dla RP tj. 50%); częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 8% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).	NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział psychiatrii sądowej o maksymalnym zabezpieczeniu - 90% (75), • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 93% (73), • oddział rehabilitacji pulmonologicznej - 96% (125), • oddział diabetologiczny - 97% (10), • oddział onkologii klinicznej/chemioterapii - 98% (24), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym - 98% (75), • oddział hematologiczny - 98% (32), • oddział rehabilitacji neurologicznej - 99% (120), • oddział psychiatrii sądowej - 99% (100), • oddział neurologiczny - 100% (94), • oddział ginekologii onkologicznej - 100% (17), • oddział gastroenterologiczny - 100% (21), • oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie - 100% (25), • oddział psychiatryczny - 102% (216), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 104% (52), • oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) - 110% (45), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 112% (18), • oddział rehabilitacji narządu ruchu - 136% (12). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • dział anestezjologii - 0% (4), • oddział okulistyczny - 31% (25), • oddział ginekologiczny - 42% (21), • oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji) - 42% (15), • oddział neurochirurgiczny - 44% (50), • oddział kardiologiczny - 45% (1823), • oddział otolaryngologiczny - 46% (81),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

		• oddział pediatryczny - 47% (174), • oddział neonatologiczny - 47% (165).		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 7 SOR, w tym 2 w Opolu. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowane w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie SOR zlokalizowanych w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie przynajmniej jednego ośrodka specjalistycznego, przeznaczonego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadającego SOR. W przypadku braku możliwości jego uruchomienia- należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 126 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 2 placówki. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w we wszystkich 12 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 8 powiatach (brak w brzeskim oleskim, prudnickim i głubczyckim). Oddział dzienny zapewniony był w 5 powiatach (Opolu, brzeskim, nyskim, krapkowickim oraz kędzierzyńsko - kozielskim). Oddział szpitalny znajdował się w 4 powiatach (Opolu, nyskim, krapkowickim, głubczyckim).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 7. Skoncentrowane były w centrum i na południowym zachodzie województwa. W 6 powiatach nie było takiej poradni, w powiecie głubczyckim oraz krapkowickim znajdowały się 2 placówki tego typu. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach (brak w powiecie głubczyckim oraz w Opolu). Ich łączna liczba wynosiła 10. W województwie znajdowała się jedna poradnia uzależnienia od substancji psychoaktywnych, usytułowana w Opolu. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 5273 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowały się 4 oddziały dzienne, wszystkie specjalizujące się w uzależnieniu od alkoholu. Skorzystało z nich 268 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 5, z podziałem na 1 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 1 uzależnień ogólny oraz 3 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych (wszystkie 3 zlokalizowane w powiecie opolskim). W	Poradnie leczenia uzależnień ogólne nie są równomiernie rozłożone na terenie województwa, ograniczając dostęp mieszkańców, szczególnie na północy i wschodzie województwa do świadczeń. W województwie nie było oddziału dziennego dla osób z uzależnieniem innym niż od alkoholu. Tylko jeden oddział/ośrodek leczenia specjalizował się w leczeniu uzależnienia od alkoholu. Oddziały/ośrodki leczenie uzależnienia od substancji psychoaktywnych zlokalizowane były wyłącznie w powiecie opolskim, ograniczając dostęp do świadczeń w reszcie województwa.	Równomierne zabezpieczenie w dostęp do świadczeń poradni leczenia uzależnień ogólnych na terenie województwa. Zabezpieczenie potrzeb mieszkańców w oddział dzienny dla uzależnień innych od alkoholowych. Otworzenie nowych oddziałów/ośrodków leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych w powiatach innym niż opolski. Utrzymanie istniejącego hostelu oraz podjęcie działań zmierzających do otwarcia dodatkowych placówek tego typu.

		2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich łącznie 1 582 pacjentów. Na terenie województwa znajdowały się 2 oddziały/ośrodki detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowe oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 1 554, z czego 37 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa znajdował się 1 hostel dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, znajdujący się w Opolu, z którego skorzystało 19 pacjentów. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 7 150 pacjentów, co przekłada się na 763 pacjentów na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 pacjentów na 100 tys. ludności).	Na terenie województwa brakowało hostelu dla osób uzależnionych od alkoholu.	
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 8,3 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności do 18 r.ż. wyniosła 4,9 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 53,7 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 32%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 51 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 25%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.

	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 2 powiatach (kędzierzyńsko-kozielskim i m. Opole). Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w m. Opole). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 32 ośrodki rehabilitacji dziennej (3,42 na 100 tys. ludności, o 51% więcej niż średnio w Polsce), • 15 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,6 na 100 tys. ludności, o 27% więcej niż średnio w Polsce), • 21 ośrodków rehabilitacji domowej (2,24 na 100 tys. ludności, o 48% więcej niż średnio w Polsce), • 85 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (9,07 na 100 tys. ludności, o 34% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 12,38 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 46% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na poziomie wyższym, niż średnio w Polsce.	Aktywne monitorowanie wskaźników dot. liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości średnich dla Polski.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: 1 252 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 20% więcej niż średnio w Polsce), 869 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 39% więcej niż średnio w Polsce),	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach ambulatoryjnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji ambulatoryjnej.

		297 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 13% więcej niż średnio w Polsce), 6 664 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 18% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 8 340 pacjentów na 100 tys. ludności (o 10% mniej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowały 4 ośrodki rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,43 ośrodka na 100 tys. ludności; o 19% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,11 ośrodka na 100 tys. ludności; o 31% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy oraz zaburzeń wzroku.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 17 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,8 ośrodka na 100 tys. ludności (o 40% powyżej średniej dla Polski). W 2 z 12 powiatów (16,7%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 96 (o 12% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 176 na 100 tys. ludności (o 32% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków, liczby łóżek oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski.

	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 9,2 na 100 tys. ludności (o 125% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 333 na 100 tys. ludności (o 79% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów w opiece długoterminowej w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 6,6 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 218,9 (o 2% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 39% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 8 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,85 ośrodka na 100 tys. ludności, o 39% więcej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 131,3, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 129 na 100 tys. ludności (o 14% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 7 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,75 ośrodka na 100 tys. ludności, o 74% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach

		korzystających z takich świadczeń wynosiła 42 na 100 tys. ludności (o 36% więcej niż średnio w Polsce).		ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 18 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,92 ośrodka na 100 tys. ludności, o 22% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 232 na 100 tys. ludności (o 29% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków domowych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie opolskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 58 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 27 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie opolskim wynosiła 206 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 192 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na dysproporcję pomiędzy liczbą nowych pracowników medycznych, a liczbą osób potencjalnie opuszczających rynek pracy. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.

Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 akceleratory (0,32 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 8 lata. Wszystkie urządzenia znajdowały się w m. Opole, z tego 1 (33%) wykazywał wysoki priorytet do wymiany. Akceleratory o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 14 angiografów (1,49 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; średni wskaźnik dla RP wynosi 1,17). Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 5 angiografów (42% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie krapkowickim nie wykonano żadnych procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie krapkowickim, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdował się 1 aparat do brachyterapii (0,11 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Wiek urządzenia wynosił 4 lata i miał on niski priorytet do wymiany oraz wykonywał od 0,25 tys. do 0,5 tys. procedur rocznie. Aparaty do brachyterapii o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 aparatów ECMO (0,64 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Wszystkie urządzenia znajdowały się w m. Opole. Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. 1 urządzenie miało wysoki priorytet do wymiany, tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat.	Należy dążyć do wymiany urządzenia, które charakteryzuje się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 gammakamery (0,43 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Wszystkie urządzenia znajdowały się w m. Opole. Średni wiek urządzenia wynosił 15 lat. 3 urządzenia miały wysoki priorytet do wymiany (75% wszystkich urządzeń w województwie). Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 mammografów (0,96 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,67 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 7 lat. 3 urządzenia (38% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miały wysoki priorytet do wymiany. W powiecie głubczyckim (28 procedur) i strzeleckim (0 procedur) wykonano istotnie mniej procedur niż w pozostałych powiatach. Stosunkowo niewiele procedur (460) wykonano również w powiecie nyskim w porównaniu do reszty powiatów, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: głubczycki (1 szt.), strzelecki (1 szt.), m. Opole (1 szt.).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

		Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowało się 1 urządzenie PET-CT (0,11 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Wiek urządzenia wynosił 13 lat, posiadało ono wysoki priorytet do wymiany i znajdowało się w m. Opole. Ponadto wykonano na nim od 2,5 tys. do 2,75 tys. badań. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 12 sztuk rezonansów magnetycznych (1,28 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 9 lat. 4 urządzenia (36% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miały wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba wykonywanych procedur w powiatach była na zbliżonym poziomie. Najwięcej procedur wykonano w powiecie kluczborskim (5 287), a najmniej w powiecie nyskim (2 405). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: nyski (2 szt.), m. Opole (2 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności. Należy uwzględnić potrzeby związane z diagnostyką dzieci, z możliwością wykonywania badań rezonansu magnetycznego w sedacji.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

		wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 146 sztuk aparatów RTG (15,59 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 55 urządzeń (41% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie namysłowskim nie wykonano żadnych procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur (namysłowskim), które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 26 tomografów komputerowych (2,78 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 6 urządzeń (27% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie kluczborskim jako jedynym liczba wykonanych procedur (654) była zauważalnie niższa niż 1 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: brzeski (1 szt.), kędzierzyńsko-kozielski (1 szt.), nyski (1 szt.), prudnicki (1 szt.), m. Opole (2 szt.).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur (kluczborski), które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się

		Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 469 aparatów USG (50,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. powyżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 256 urządzeń (63% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach oleskim, namysłowskim, kluczborskim liczba wykonanych procedur średnio przypadająca na urządzenie jest poniżej 1 tys., podczas gdy w pozostałych powiatach wartość ta jest wyższa. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.

Załącznik 9.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podkarpackiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa podkarpackiego zmniejszy się o 5,2%, a do 2060 r. o 21% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest wyższy niż trend ogólnopolski, gdzie przewiduje się zmniejszenie liczby ludności o około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 22,2% do 26,5%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 59,2% do 48,6%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 36,1%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu takich jak m. Przemyśl (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -39,9%), m. Tarnobrzeg (-39,3%) czy Krosno (-35,5%). Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności są: m. Rzeszów (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 3,7%, a do 2060 r. 2,5%) oraz powiat rzeszowski (wzrost o 3% do 2035 r. oraz o 0,2% do 2060 r.) Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiecie: m. Rzeszów oraz rzeszowskim.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów m. Rzeszów i rzeszowskiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie podkarpackim dla mężczyzn wzrosła od 75,4 lat w 2019 r. do 76,1 lat w 2023 r., a dla kobiet od 83,2 lat w 2019 r. do 83,6 lat w 2023 r. Jednakże wartości te pozostawały na poziomie wyższym od średnich krajowych, które wynosiły odpowiednio 74,7 i 82 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 77 lat, natomiast na wsi 75,5 lat. Wśród kobiet różnica w długości życia nie występowała i wynosiła 83,6 lat zarówno w mieście jak i na wsi. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa podkarpackiego wyniósł 31 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 7. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 9 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,14, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to ósma najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa podkarpackiego.

		prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo podkarpackie skupiało około 5,5% ludności RP (2 072 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 058 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 105, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie podkarpackim w 2023 r. wynosiła 116 osób na km² i była niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Rzeszów (1,5 tys. os./km²), Przemyśl (1,2 tys. os km²), czy Krosno (986 os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak bieszczadzki (18 os./km²), leski (30 os./km²) czy lubaczowski (40 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, ratownictwa medycznego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, stomatologii, opieki długoterminowej, opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Rzeszów, Przemyśl, Krosno, Tarnobrzeg) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między ZRM, POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym.

				Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: bieszczadzkim, leskim, lubaczowskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 448 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę nadciśnieniową (wzrost zapadalności w województwie o 4%, w Polsce 3%).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę. Wprowadzenie kampanii edukacyjnych oraz programów zdrowotnych promujących regularną aktywność fizyczną jako element profilaktyki chorób układu sercowo-naczyniowego, z naciskiem na redukcję ryzyka sercowo-naczyniowego w populacji ogólnej. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 229 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3].	Zmniejszenie współczynnika zgonów i współczynnika zapadalności na nowotwory w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[3] Ibidem

		Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 464 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – 53 osoby na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 47 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 37%, w Polsce o 31%).		promowanie profilaktyki nowotworowej.
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby nadciśnieniowej w województwie w 2023 r. wyniósł 61 osób na 100 tys. mieszkańców i był prawie dwukrotnie wyższy od współczynnika dla RP (32 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu choroby nadciśnieniowej w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. pomiar ciśnienia krwi).
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 74% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%).	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		W 2023 r. w województwie zarejestrowano prawie 4 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 206% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 202 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 178 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 121 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były:	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		• wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • tytoń – 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,3 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).		behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 10% rocznej populacji kobiet do przebadania i była niższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 9% (wzrost o ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (15%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 38% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 35%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 55%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 573 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 27,6 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (17,9%), od 1 tys. do 2 tys. (17%) oraz od	Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności na poziome wyższym od średniej krajowej.	Wspieranie rozszerzania i reorganizacji działalności istniejących POZ oraz tworzenia nowych placówek POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, w których przewidywany

		3 tys. do 4 tys. (17%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 8 tys. do 9 tys. (2,59%), od 9 tys. do 10 tys. (2,59%) oraz od 6 tys. do 7 tys. (3,2%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w Rzeszowie, powiecie stalowowolskim, sanockim. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: jasielskim, krośnieńskim i lubaczowskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występuje w Tarnobrzegu, gdzie wynosi 58,7%, natomiast najwyższy w powiecie bieszczadzkim, osiągając wartość 122,35% (co jest związane m.in. z dużą liczbą ludności napływowej na tym obszarze). Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w Rzeszowie oraz powiecie rzeszowskim przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co wiązać się będzie z potrzebą rozszerzenia i reorganizacji działalności istniejących POZ oraz utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu takich jak m. Przemyśl, m. Tarnobrzeg czy Krosno. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 3,9 tys. osób i była mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Przemyśl, Rzeszów oraz Krosno nadwyżka względna wynosiła od 0,05 do 0,22. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie przemyskim (-0,41), bieszczadzkim (-0,25) oraz niżańskim (- 0,24).		jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r. Zgodnie z analizami demograficznymi, dotyczy to w szczególności powiatu rzeszowskiego i m. Rzeszów, gdzie szczególnie istotne staje się planowanie lokalizacji nowych placówek POZ oraz rozszerzanie i reorganizacji działalności już istniejących.

	4.2	Średnio 12% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 64,3% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2.5 tys. W 23,2% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. Żaden świadczeniodawca nie miał poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1,8 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 89% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 63,1% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 64,7% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 70,2% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 4 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 8 do ponad 10 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż. Wspieranie działań edukacyjnych o roli POZ w systemie ochrony

				zdrowia, zakresu udzielanych świadczeń i wynikających z tego uprawnień pacjentów. Poszerzanie kompetencji lekarzy POZ oraz pozostałej kadry POZ.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ponad 70% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ, przy czym odsetek mieszkańców obszarów wiejskich i miejskich był porównywalny i zbliżony do średnich krajowych. Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była nieco niższa do średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 5,9 świadczenia per pacjent (w porównaniu do średniej 6,1 dla całego kraju). Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,6 świadczenia, co również stanowiło trochę niższą wartość niż średnia dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: kolbuszowskim (4,93), dębickim (5,36) i łańcuckim (5,37). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: leskim (6,74), brzozowskim (6,5) oraz lubaczowskim (6,43).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Dążenie do uzyskania liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiatach do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Wspieranie działań edukacyjnych o roli POZ w systemie ochrony zdrowia, zakresu udzielanych świadczeń i wynikających z tego uprawnień pacjentów. Poszerzanie kompetencji lekarzy POZ oraz pozostałej kadry POZ.
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 82% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, ze średnią ok. 8,4 wizyty rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna,

				pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS. Podnoszenie kwalifikacji lekarzy POZ z zakresu opieki koordynowanej, a także kompetencji/wiedzy koordynatora opieki koordynowanej w POZ. Wskazana jest również możliwość wymiany dobrych praktyk w tym zakresie. Mając na uwadze starzejące się społeczeństwo i dalszą długość trwania życia a także konieczność zwiększenia roli POZ konieczne są również działania poprawiające dostępność do placówek POZ dla osób ze szczególnymi potrzebami oraz podniesienie jakości usług zdrowotnych dla pacjentów z niepełnosprawnościami.
	4.6	W 2023 r. 19% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 1,7% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.

			objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze chorób wewnętrznych (22,6%), lekarze o specjalizacji medycyna rodzinna (21,6%), lekarze bez specjalizacji (21,1%) oraz pediatrzy (15,4). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 27,7 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: kolbuszowskim (14,7 lekarzy), tarnobrzeskim (21,6) i stalowowolskim (22,8). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 2 powiatach: rzeszowskim (47,2) i m. Rzeszów (51,2). Średni wiek lekarza specjalizacji medycyna rodzinna w województwie to 55,5 lat (tj. 0,1 roku mniej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 96,1 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: przemyskim (66,1 pielęgniarek), niżańskim (72,2) i leskim (82,7). Największa liczba pielęgniarek była zatrudniona w powiatach: m. Krosno (168 pielęgniarek), powiecie krośnieńskim (134,4) oraz m. Przemyśl (132). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 14,8 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zatrudnienie położnych pracujących w POZ w 14 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 14,8 położnych), z czego najniższe było w powiatach: m. Tarnobrzeg (4,6) oraz leskim	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		(7,9), a najwyższe w powiatach: m. Rzeszów (30,9) i powiecie lubaczowskim (20,9).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 25 powiatach, 27 świadczeniodawców realizowało świadczenia w ramach NiŚOZ w 32 lokalizacjach i liczba ta pozostawała bez zmian od 2018 r. W powiecie przemyskim nie realizowano NiŚOZ. W większości powiatów funkcjonował tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ, natomiast największa liczba ośrodków udzielających świadczeń z tego zakresu znajdowała się w powiecie bieszczadzkim (4,85 ośrodków na 100 tysięcy mieszkańców), leskim (3,94 ośrodków na 100 tys. ludności) i ropczycko-sędziszowskim (2,7 ośrodka/ 100 tys. ludności). Wartości te są dość wysokie ze względu na niską gęstość zaludnienia obszaru. Średnia dla województwa wynosiła niespełna 1,5 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła ponad 217 tys. w 2023 r., co oznacza wzrost o 7,38% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 420,25 tys., co również stanowi wzrost o 8,3% względem 2022 r. Tendencja ta jest zbieżna z trendem ogólnopolskim, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie leskim, gdzie wyniosła ona 3,72 tys., jest 8 najmniejsza wartość w Polsce, natomiast najwyższą powiecie jasielskim: 34,36 tys., 23 wartość w Polsce. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie brzozowskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,12, natomiast największa w powiecie kolbuszowskim, 0,37 świadczenia na mieszkańca, trzecia największa wartość wśród powiatów w Polsce.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa podkarpackiego: • chirurgii ogólnej – 96% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 8% powiatów województwa, tj. 2 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 96% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –28% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). W 2023 r. na terenie powiatu przemyskiego sąsiadującego z powiatem m. Przemyśl nie była zlokalizowana ani jedna poradnia chirurgii ogólnej ani poradnia kardiologiczna. W powiecie m. Przemyśl były zlokalizowane 4 poradnie chirurgii ogólnej oraz 5 poradni kardiologicznych. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa podkarpackiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów:	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie podkarpackim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• m. Krosno i pow. krośnieńskiego; • m. Przemyśl i pow. przemyskiego; • m. Tarnobrzeg i pow. tarnobrzeskiego; oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Rzeszowa.		obszarach powiatu rzeszowskiego oraz m. Rzeszów. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Krosno, Przemyśl, Rzeszów, Tarnobrzeg) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1870 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2067 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: kardiologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: neurochirurgicznych,	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach kardiologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych, neurochirurgicznych, chirurgii onkologicznej, alergologicznych, kardiochirurgicznych, urologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych.

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• geriatryczną – 23 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1720 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 647 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • neurochirurgicznych – 46 porad (średnia dla RP ogółem – 89 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • chirurgii onkologicznej – 83 porad (średnia dla RP ogółem – 211 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • alergologicznych – 388 porad (średnia dla RP ogółem – 524 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • kardiochirurgicznych – 12 porad (średnia dla RP ogółem – 16 porad); 4 miejsce od końca na tle województw; • urologicznych – 768 porad (średnia dla RP ogółem – 866 porad); 5 miejsce od końca na tle województw.	chirurgii onkologicznej, alergologicznych, kardiochirurgicznych, urologicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie podkarpackim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 28% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie podkarpackim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: bieszczadzkiego, leskiego, lubaczowskiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562)

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 7% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów); • geriatria – ok. 8% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • diabetologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: hematologia, geriatria, endokrynologia, nefrologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • chorób naczyń – 185 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • okulistycznej dla dzieci – 168 dni (średnia dla RP ogółem – 141 dni); • genetycznej – 116 dni (średnia dla RP ogółem – 115 dni); • gastroenterologicznej dla dzieci – 97 dni (średnia dla RP ogółem – 88 dni); • endokrynologicznej – 94 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni)[15].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: chorób naczyń, okulistycznej dla dzieci, genetycznej,	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich;

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[15] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			gastroenterologicznej dla dzieci, endokrynologicznej.	• priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2052 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia

[16] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• chirurgii onkologicznej – 88 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 100 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1426 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2257 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,7 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 4,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 8,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,6 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,9 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy [17]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,2% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%).	samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z	hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

		O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,73 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 81% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 4% (poniżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 81% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 56% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 4% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).	zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 90% (106), • oddział psychiatryczny - 93% (593), • oddział hematologiczny - 93% (57), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 95% (214), • oddział psychogeriatryczny - 96% (58), • oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci - 96% (32), • oddział psychiatrii sądowej - 99% (115), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 99% (24), • oddział rehabilitacyjny dla dzieci - 104% (20), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - 105% (98). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - 20% (20), • oddział ginekologiczny - 29% (19), • oddział alergologiczny - 37% (11), • oddział neonatologiczny - 40% (467).	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację. Przy przekształcaniu łóżek należy brać pod uwagę także prognozowane zmiany demograficzne oraz prognozę potrzeb zdrowotnych, w tym zwiększenie zapadalności na choroby nowotworowe i choroby krążenia. W odpowiedzi na wysokie zapotrzebowanie wskazany jest dalszy rozwój liczby łóżek na oddziałach o wysokim obłożeniu.
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 14 SOR. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie SOR zlokalizowanych w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie przynajmniej jednego ośrodka specjalistycznego, przeznaczonego do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadającego SOR. W przypadku braku możliwości jego uruchomienia- należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia

				zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR-y udzieliły ponad 238 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM. Należy prowadzić działania edukacyjne skierowane do pacjentów o roli SOR i ZRM w systemie ochrony zdrowia.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 7 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 23 powiatach. Na terenie powiatów: rzeszowskiego oraz przemyskiego nie było zlokalizowanych poradni. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 10 powiatach. Oddział dzienny zapewniony był w 14 powiatach. Oddział szpitalny znajdował się w 8 powiatach.	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby lub poszerzenie obszaru odpowiedzialności obecnie funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych, z szczególnym uwzględnieniem pozbawionych obecnie dostępu do nich, obszarów południowo-wschodnich województwa.

	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 18. Najmniej takich poradni znajdowało się w powiatach na wschodzie województwa. Poradni takiej nie było w Przemyślu, powiecie przemyskim i lubaczowskim, Tarnobrzegu, powiecie stalowowolskim, brzozowskim oraz Krośnie. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach. Ich liczba wynosiła 11, z czego dwie w powiecie lubaczowskim. W województwie znajdowały się 4 poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 11 698 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 5 oddziałów dziennych, wszystkie leczące uzależnienie od alkoholu. Nie było żadnej placówki specjalizującej się w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych lub uzależnień niescharakteryzowanych. W części powiatów nie zarejestrowano pacjentów korzystających z usług oddziałów dziennych. Oddziały dzienne udzieliły świadczeń 347 pacjentom. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 7, z podziałem na 4 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu oraz 3 uzależnień ogólnych W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu ani ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Ośrodki uzależnienia od alkoholu znajdują się południu województwa, a ogólne na północy. Skorzystało z nich łącznie 2691 pacjentów. Na terenie województwa znajdowały się 2 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowe. Nie było ośrodka ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 1 003.	Mniejsza ilość poradni leczenia uzależnień na wschodzie województwa powoduje nierównomierny dostęp do podjęcia leczenia. Brak funkcjonującego oddziału dziennego w specjalności leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Na terenie województwa nie było także dedykowanego oddziału/ośrodka leczenia uzależnienia od takich substancji ani ośrodka detoksykacji i hostelu. Liczba pacjentów na 100 tys. ludności jest mniejsza od średniej krajowej, co może wskazywać na niepodejmowanie leczenia przez osoby potrzebujące. Jedną z możliwych przyczyn jest wspomniany brak dedykowanych placówek leczących określone uzależnienia.	Zabezpieczenie w każdym powiecie lub grupie powiatów dostępu do świadczeń opieki ambulatoryjnej oraz dziennej dedykowanej leczeniu uzależnień. Zapewnienie dostępności do opieki w formie oddziału dziennego dedykowanego uzależnieniom innym niż od alkoholu. Prowadzenie kampanii zachęcających do podjęcia leczenia, wspieranie mieszkańców wyrażających chęć leczenia w ich procesie zdrowienia. Wspieranie reorganizacji i rozwoju ośrodków leczenia uzależnień w celu zapewnienia równego dostępu do świadczeń na terenie całego województwa.

		Na terenie województwa nie funkcjonował żaden hostel. W świadczeń hostelu w innych województwach skorzystało 37 pacjentów. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 13 620 pacjentów, co przekłada się na 657 pacjentów na 100 tys. ludności (poniżej średniej dla Polski, tj. 716 pacjentów na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 9,3 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 3,7 i była najmniejsza w Polsce (znacząco mniej niż średnia dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 51,4 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 20%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 50,1 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 27%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie 18 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków I poziomu referencyjnego nie było w powiecie kolbuszowskim, lubaczowskim, przemyskim, ropczycko-sędziszowskim, rzeszowskim, strzyżowskim oraz tarnobrzeskim Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 9 powiatach (m. Rzeszów, brzozowskim, dębickim, leżajskim, łańcuckim, sanockim, tarnobrzeskim oraz miastach Krosno i Przemyśl).	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

		Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w powiecie łańcuckim). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 83 ośrodki rehabilitacji dziennej (4,01 na 100 tys. ludności, o 77% więcej niż średnio w Polsce), • 26 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,26 na 100 tys. ludności, na poziomie średniej dla Polski), • 101 ośrodków rehabilitacji domowej (4,88 na 100 tys. ludności, o 223% więcej niż średnio w Polsce), • 319 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (15,4 na 100 tys. ludności, o 127% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 19,07 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 125% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na poziomie równym lub wyższym, niż średnio w Polsce.	Aktywne monitorowanie wskaźników dot. liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości średnich dla Polski.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 1 330 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 27% więcej niż średnio w Polsce), • 604 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 3% mniej niż średnio w Polsce), • 575 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 119% więcej niż średnio w Polsce), • 9 907 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 22% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach stacjonarnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji stacjonarnej.

		Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 11 479 pacjentów na 100 tys. ludności (o 24% więcej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej (tj. 0,05 ośrodka na 100 tys. ludności; o 44% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej oraz pacjentów w śpiączce.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 37 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,8 ośrodka na 100 tys. ludności (o 39% powyżej średniej dla Polski). W 6 z 25 powiatów (24%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 120 (o 40% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 185 na 100 tys. ludności (o 39% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków, liczby łóżek oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 8 na 100 tys. ludności (o 95% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 287 na 100 tys. ludności (o 55% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów w opiece długoterminowej w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski.

	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,8 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 225,3 (o 1% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 35% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności poprzez rozszerzenie istniejącej bazy oraz tworzenie nowej bazy realizującej opiekę długoterminową, geriatryczną i psychogeriatryczną w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 17 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,82 ośrodka na 100 tys. ludności, o 34% więcej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 174,3, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 134 na 100 tys. ludności (o 18% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowały 4 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,19 ośrodka na 100 tys. ludności, o 56% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 15 na 100 tys. ludności (o 49% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.

	10.3	Na terenie województwa funkcjonowały 62 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach domowych (2,99 ośrodka na 100 tys. ludności, o 90% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 152 na 100 tys. ludności (o 15% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie podkarpackim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 100 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • pediatria (o 40 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 20 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.).	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.

		Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.		
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie podkarpackim wynosiła 570 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 563 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na zapewnienie zastępowalności pokoleniowej z niewielką nadwyżką. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 akceleratorów (0,43 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 5 lat. Jedno urządzenie wykazywało wysoki priorytet do wymiany. Akceleratory w powiecie m. Tarnobrzeg wykonały średnio ponad 5 tys. procedur, podczas gdy w pozostałych powiatach wartość ta była zbliżona do 1 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności. Wymiana wyeksploatowanych urządzeń w ośrodkach, w których występuje wysoki poziom wykorzystania sprzętu.

		Akceleratory o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.		
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 19 angiografów (0,92 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; średni wskaźnik dla RP wynosi 1,17). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 6 angiografów (33% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie m. Tarnobrzeg oraz powiecie mieleckim średnia liczba wykonanych procedur (poniżej 0,5 tys.) jest istotnie niższa niż w pozostałych powiatach (np. powiat m. Krosno – blisko 3 tys. - średnia liczba procedur), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty do brachyterapii (0,14 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzeń wynosił 12 lat i wszystkie miały wysoki priorytet do wymiany. Aparaty do brachyterapii o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty ECMO (0,14 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Wszystkie urządzenia znajdowały się w m. Rzeszów.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika

		Średni wiek urządzenia wynosił 16 lat. Wszystkie urządzenia miały wysoki priorytet do wymiany, tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat.	osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 gammakamer (0,29 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Urządzenia znajdowały się w powiecie brzozowskim, m. Przemyśl oraz m. Rzeszów. Średni wiek urządzenia wynosił 13 lat. 2 urządzenia miały wysoki priorytet do wymiany, przy czym należy zauważyć, że kolejne dwa urządzenia w 2023 r. zbliżały się do wieku 12 lat. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowały się 33 mammografy (1,59 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,67 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 10 urządzeń (28% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: dębickim, jarosławskim, kolbuszowskim, lubaczowskim, łańcuckim, mieleckim średnia liczba wykonanych procedur jest poniżej 100, podczas gdy istnieją powiaty realizujące średnio kilkaset lub więcej procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: dębicki (1 szt.), jarosławski (1 szt.), lubaczowski (1 szt.),	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

		łańcucki (1 szt.), niżański (1 szt.), stalowowolski (1 szt.), m. Przemyśl (1 szt.), m. Rzeszów (1 szt.), m. Tarnobrzeg (2 szt.) oraz przeworski (1 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5 tys. - 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 urządzenia PET-CT (0,1 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat, oba posiadały wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia znajdowały się w powiatach brzozowskim i m. Rzeszów, gdzie wykonały od 2,25 tys. do 2,5 tys. badań Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2 tys. - 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Konieczne jest wsparcie publicznych ośrodków onkologicznych w zakresie budowy nowych pracowni medycyny nuklearnej oraz zakup urządzeń PET-CT celem zapewnienia niezależności realizacji świadczeń od podmiotów prywatnych. Obecnie oba funkcjonujące w województwie aparaty PET-CT są własnością firmy komercyjnej.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 28 sztuk rezonansów magnetycznych (1,35 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 10 lat. 15 urządzeń (58% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniejszą liczbę badań rocznie na sprzęt wykonano w powiecie niżańskim (280 procedur). Największą liczbę badań wykonywano	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia

		w powiecie jarosławskim (9 661). Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: brzozowski (1 szt.), dębicki (1 szt.), jarosławski (1 szt.), jasielski (1 szt.), przeworski (1 szt.), rzeszowski (1 szt.), stalowowolski (2 szt.), m. Krosno (1 szt.), m. Rzeszów (6 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 429 sztuk aparatów RTG (20,71 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 187 urządzeń (48% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie przemyskim średnia liczba wykonanych procedur jest istotnie niższa niż w pozostałych powiatach, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur (przemyskim), które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowały się 54 tomografy komputerowe (2,61 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany oraz do optymalnego	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o

		Średni wiek sprzętu wynosił 9 lat. 17 urządzeń (34% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniejszą liczbę badań rocznie na sprzęt wykonano w powiatach bieszczadzkim, lubaczowskim, kolbuszowskim oraz przeworskim (od 1,75 tys. do 2 tys. procedur). Największą liczbę badań wykonywano w powiecie dębickim (8 305) oraz w powiecie jarosławskim (10 255). Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: brzozowski (1 szt.), jarosławski (1 szt.), kolbuszowski (1 szt.), przeworski (1 szt.), ropczycko-sędziszowski (1 szt.), rzeszowski (1 szt.), tarnobrzeski (1 szt.), m. Przemyśl (1 szt.), m. Rzeszów (1 szt.), m. Tarnobrzeg (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu.	niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 821 aparatów USG (39,63 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 500 urządzeń (68% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie przemyskim liczba wykonanych procedur średnio przypadająca na urządzenie jest poniżej 300, podczas gdy w pozostałych powiatach wartość ta jest istotnie wyższa. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

		Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		

Załącznik 10.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa podlaskiego

Zakres	L.p.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa podlaskiego zmniejszy się o 6%, a do 2060 r. o 22,2% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest wyższy niż trend ogólnopolski, który przewiduje zmniejszenie liczby ludności o około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,4% do 27,6%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,5% do 48,4%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 36,1%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach: sejneńskim (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -38,7%), siemiatyckim (38,3%) czy hajnowskim (-36,1%). Powiatem, w którym prognozuje się wzrost liczby ludności jest powiat białostocki (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 5%, a do 2060 r. 1,9%). Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiecie białostockim.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarze powiatu białostockiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie dolnośląskim dla mężczyzn wzrosła od 74,3 lat w 2019 r. do 74,8 lat w 2023 r., a dla kobiet od 83,1 lat w 2019 r. do 83,4 lat w 2023 r. Jednakże wartości te pozostawały na poziomie wyższym od średnich krajowych, które wynosiły odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 75,8 lat, natomiast na wsi 73,5 lat. Wśród kobiet różnica ta była zdecydowanie mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 83,5 lat, natomiast na obszarach wiejskich 83,2 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa podlaskiego wyniósł 33 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 5. miejscu w kraju. Wartość ta była wyższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1000 kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 9 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,19, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to szósta najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1).	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa podlaskiego.

		Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo podlaskie skupiało około 3% ludności RP (1 138 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 585 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 103, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie podlaskim w 2023 r. wynosiła 56 osób na km² i była znacznie niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Białystok (2,9 tys. os./km²), Łomża (1,8 tys. os km²) czy Suwałki (1 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak sejneński (22 os./km²), hajnowski (24 os./km²) czy moniecki (27 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Białystok, Łomża, Suwałki) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki

		zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: sejneńskim, hajnowskim, monieckim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 456 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 27%, w Polsce 26%).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 267 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy żołądka (województwo: 14 zgonów na 100 tys.; Polska: 12 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (województwo: 16 zgony na 100 tys.; Polska: 15 zgonów na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu złośliwego żołądka oraz nowotworu złośliwego gruczołu krokowego w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności gruczołu krokowego oraz skóry.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. na oznaczenie stężenia PSA w kierunku raka gruczołu krokowego). Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[3] Ibidem

		Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła prawie 537 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – 74 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka skóry – 68 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć tak samo, jak w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 31%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 40% w województwie, 40% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 199 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 70% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 4,3 tys. odmów szczepień obowiązkowych (12-krotny wzrost w porównaniu do 2019 r.)[7].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 202 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 179 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 118 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były:	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia,

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		• tytoń – 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności).	ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa.	upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 16% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe była zbliżona w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 16%. Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (23%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 42% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 50%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 67%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.

Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 316 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 27,76 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 1 tys. do 2 tys. pacjentów (26,3%), od 2 tys. do 3 tys. (18,2%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (11,3%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 8 tys. do 9 tys. (1,7%), od 9 tys. do 10 tys. (2,1%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (2,4%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Łomża, Suwałki, Białystok. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: sokólskim, białostockim i wysokomazowieckim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie łomżyńskim, gdzie wynosi zaledwie 37%, natomiast najwyższy w Łomży, osiągając wartość 125%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w powiecie białostockim przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co wiązać się będzie z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach: sejneńskim, siemiatyckim, hajnowskim. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru	Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności na poziome wyższym od średniej krajowej.	Wspieranie tworzenia nowych placówek POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, w których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r. Zgodnie z analizami demograficznymi, dotyczy to powiatu białostockiego, gdzie szczególnie istotne staje się planowanie lokalizacji nowych placówek POZ. Podejmowanie działań, np. kampanii informacyjnych, promocyjnych, edukacyjnych, mających na celu zwiększenie zgłaszalności na wizyty oraz badania profilaktyczne. Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa.

		lekarza wynosiła 3,4 tys. osób i była mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Łomża oraz Białystok nadwyżka względna wynosiła od 0,07 do 0,16. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie łomżyńskim (-0,63), suwalskim (-0,5) oraz białostockim (-0,36).		
	4.2	Średnio 7% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 56,3% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 36,8% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1 mln pacjentów, co stanowi 88% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 78,9% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 80% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 80,4% zapisanych.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia

		Były to wartości niższe o około 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 10 do 13 p.p. wyższy niż u mężczyzn.		Osoby Dorosłej", badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 72% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco niższy i wyniósł ok. 69,5%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była niższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 5 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie również 5 świadczenia, co również było wartością niższą od średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: grajewskim (5), hajnowskim (5,4) oraz kolneńskim (5,4). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: bielskim (6,6), augustowskim (6,4) oraz białostockim (6,2).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie grajewskim, hajnowskim oraz kolneńskim do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (sejneński, hajnowski, moniecki).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 83% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna,

				nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 40% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,6% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1,4% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 1% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze medycyny rodzinnej (29%), lekarze o specjalizacji choroby wewnętrzne (20,7%), lekarze bez specjalizacji (19,5%) oraz pediatrzy (13,2%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 44,5 lekarza na 100 tys. ludności (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: łomżyńskim (8,1 lekarzy), sokólskim (11,0), suwalskim (20,2). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 4 powiatach: m. Białystok, bielskim, m. Łomża oraz	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		zambrowskim. Średni wiek lekarza w województwie to 53,8 lat (tj. 1,8 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 96,3 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: łomżyńskim (54,4 pielęgniarki), suwalskim (75,1), białostockim (83,6). Największa liczba w powiatach: sejneńskim (139,4 pielęgniarek) oraz bielskim (138,4). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 17,4 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 2 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 17,4 położnych), z czego najniższe było w powiatach: łomżyńskim (12,1) oraz kolneńskim (16,8), a najwyższe w powiatach: augustowskim (27,5 osób) oraz monieckim (26,8).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 15 powiatach funkcjonowało 20 placówek oferujących świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 1 placówkę. W powiecie łomżyńskim oraz suwalskim nie działały ośrodki NiŚOZ. Średnia liczba ośrodków na 100 tys. ludności województwa wynosiła 1,78 ośrodka na 100 tys. ludności i była wyższa do średniej krajowej (1,46). W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 121 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 2,5% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 223 tys., co również stanowi wzrost o 5,2% względem 2022 r. Jest to wzrost niższy od trendu	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Łatwy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej

		ogólnopolskiego, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie sejneńskim, wyniosła ona 2 tys. Natomiast najwyższą w powiecie białostockim, 10 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie białostockim, wartość wskaźnika wyniosła 0,1. Natomiast największa w powiecie monieckim, 0,31 świadczenia na mieszkańca.		wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa podlaskiego: • chirurgii ogólnej – 88% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 88% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 18% powiatów województwa, tj. 3 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 88% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju);	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie podlaskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa, z uwzględnieniem specyfiki powiatów ziemskich (łomżyńskiego i suwalskiego) i grodzkich (Łomża, Suwałki). Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• onkologiczna –65% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). W 2023 r. w powiecie łomżyńskim nie było umiejscowionej żadnej z 5 poradni uznanych za podstawowe, natomiast w graniczącym z nim powiecie m. Łomża ulokowana była 1 poradnia chirurgii ogólnej, 1 poradnia onkologiczna, 4 poradnie położniczo-ginekologiczne oraz 6 poradni kardiologicznych. Ponadto na terenie powiatu suwalskiego sąsiadującego z powiatem m. Suwałki nie było zlokalizowanej ani jednej poradni chirurgii ogólnej ani kardiologicznej. W powiecie m. Suwałki były zlokalizowane 3 poradnie chirurgii ogólnej oraz 2 kardiologiczne. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa podlaskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Łomża i pow. łomżyńskiego; • m. Suwałki pow. suwalskiego; oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Białegostoku.		zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarze powiatu białostockiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Białystok, Łomża, Suwałki) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach: kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych.

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1837 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2180 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 159 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 2131 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 380 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • otorynolaryngologicznych – 977 porad (średnia dla RP ogółem – 1072 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • chorób płuc – 99 porad (średnia dla RP ogółem – 189 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • logopedycznych – 293 porad (średnia dla RP ogółem – 387 porad); 3 miejsce od końca na tle województw;	poradni: kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnejoraz onkologicznej minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: otorynolaryngologicznych, chorób płuc, logopedycznych, nefrologicznych, neurochirurgicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie podlaskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, otorynolaryngologicznych, chorób płuc, logopedycznych, nefrologicznych, neurochirurgicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np.

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

		• nefrologicznych – 106 porad (średnia dla RP ogółem – 123 porad); 4 miejsce od końca na tle województw; • neurochirurgicznych – 70 porad (średnia dla RP ogółem – 89 porad); 6 miejsce od końca na tle województw.		z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 28% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie podlaskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: sejneńskiego, hajnowskiego, mońieckiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562)

(dostęp według stanu na dzień 15 maja 2025 r.: https://dziennikustaw.gov.pl/D2025000056201.pdf)

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hepatologia – ok. 1% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów); • hematologia – ok. 6% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • diabetologia – ok. 6% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • ortopedia i traumatologia narządu ruchu – ok. 7% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 8% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: hepatologia, hematologia, diabetologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, nefrologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).

	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • chorób naczyń – 346 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • foniatrycznej dla dzieci – 331 dni (średnia dla RP ogółem – 156 dni); • urologicznej dla dzieci – 280 dni (średnia dla RP ogółem – 138 dni); • neurochirurgicznej – 226 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni); • hepatologicznej – 209 dni (średnia dla RP ogółem – 95 dni)[15].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: chorób naczyń, foniatrycznej dla dzieci, urologicznej dla dzieci, neurochirurgicznej, hepatologicznej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwoływanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia.

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[15] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

		położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2187 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 563 hospitalizacje (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 101 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacje); • kardiologicznych – 1383 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1548 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji); Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 3,7 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,2 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,2 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 11,0 dni (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,9 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia);	wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego	W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń

[16] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• ginekologiczno-położniczych – 3,0 dni (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy [17]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,2% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,71 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 83% (powyżej średniej dla RP tj. 79%).	z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie	podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

		• Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 33% (powyżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 36% (poniżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 54% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 13% (powyżej średniej dla RP tj. 11%).	standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział psychogeriatryczny - 91% (60), • oddział psychiatrii sądowej - 91% (204), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 92% (163), • oddział diabetologiczny - 94% (16), • oddział AIDS - 97% (2), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 98% (36), • oddział endokrynologiczny - 98% (21), • oddział neurochirurgiczny - 98% (30), • oddział/ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych - 99% (27),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - 99% (100). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział nowotworów krwi - 0% (4), • oddział onkologiczny - 27% (6), • blok operacyjny - 34% (3), • oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - 39% (12), • oddział rehabilitacji pulmonologicznej - 42% (10), • oddział okulistyczny - 43% (49), • oddział neonatologiczny - 44% (159), • oddział ginekologiczny - 44% (26), • oddział położniczo-ginekologiczny - 47% (380), • oddział dermatologiczny - 47% (12), • oddział rehabilitacyjny dla dzieci - 47% (6), • oddział onkologii i hematologii dziecięcej - 48% (24), • oddział pulmonologii - 48% (38), • oddział okulistyczny dla dzieci - 48% (12).		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 12 SOR, w tym 2 w Białymstoku. W 2023 r. w województwie funkcjonował 1 SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci (w Białymstoku).	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.

	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR-y udzieliły ponad 143 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. Obszarami działania centrów nie były objęte powiaty: zambrowski, sokólski i wysokomazowiecki. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 3 placówki. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 15 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 6 powiatach (Suwałkach, grajewskim, kolneńskim, Łomży, Białymstoku, hajnowskim). Oddział dzienny zapewniony był w 7 powiatach (Suwałkach, grajewskim, kolneńskim, Łomży, Białymstoku, wysokomazowieckim, hajnowskim). Oddział szpitalny znajdował się w 9 powiatach (Suwałkach, suwalskim, grajewskim, kolneńskim, Łomży, wysokomazowieckim, białostockim, Białymstoku, hajnowskim).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Dążenie do objęcia działaniem centrów zdrowia psychicznego całego obszaru województwa.

	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 7. W 9 powiatach nie było takiej placówki. W 6 powiatach na północ od powiatu monieckiego znajdowała się tylko jedna poradnia uzależnień ogólna, w powiecie augustowskim Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach. Na północy województwa jedyna taka poradnia znajdowała się w Suwałkach. Ich łączna liczba wynosiła 5. W województwie znajdowały się 3 poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 7415 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 6 oddziałów dziennych, z czego 2 specjalizujący się w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Skorzystało z nich 368 pacjentów, z czego 27 w oddziale dziennym uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Na terenie województwa nie było żadnego oddziały uzależnień niescharakteryzowanych. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 5, z podziałem na 3 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 2 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. 4 spośród tych ośrodków rozmieszczone były w Łomży i powiecie białostockim, a pozostały jeden ośrodek leczenia uzależnienia od alkoholu znajdował się w Suwałkach. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu oraz uzależnień ogólny. Skorzystało z nich 1530 pacjentów. Na terenie województwa znajdowały się 2 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją	Północna część województwa jest mniej zabezpieczona w dostęp do poradni uzależnień. Oddziały/ośrodki leczenia były skoncentrowane w 3 powiatach, co może zmniejszać dostępność dla mieszkańców reszty województwa. Na terenie województwa znajdowały się tylko 3 ośrodki detoksykacji, mieszkańcy oddalonych powiatów mogą rzadziej chcieć korzystać z takich świadczeń. Brak placówki świadczącej usługi hostelu dla osób uzależnionych znacząco zmniejsza możliwości leczenia osób uzależnionych w województwie lub zmusza do korzystania z hostelu w innych województwach.	Podjęcie działań zmierzających na zwiększeniu dostępu do poradni leczenia uzależnień, szczególnie w północnej części województwa. Weryfikacja rozmieszczenia oddziały/ośrodki leczenia, podjęcie działań zmierzających do otworzenia nowych placówek tego typu w powiatach bez dostępu do takich świadczeń. Dążenie do zwiększenia ilości oddziałów/ośrodków detoksykacji. Utworzenie na terenie województwa hosteli dla osób uzależnionych.

		detoksykacji alkoholowe oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 2135 z czego 119 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa nie funkcjonował hostel, 7 pacjentów skorzystało ze świadczeń hostelu w innym województwie. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 9 690 pacjentów, co przekłada się na 851 pacjentów na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 pacjentów na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 14,2 osób (powyżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności do 18 r.ż. wyniosła 4,2 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 54,2 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 23%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 56 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 44%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 4 powiatach (m. Białystok, powiecie bielskim, m. Suwałki oraz powiecie augustowskim).	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia równego dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

		Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w m. Białystok). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 23 ośrodki rehabilitacji dziennej (2,02 na 100 tys. ludności, o 11% mniej niż średnio w Polsce), • 17 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,49 na 100 tys. ludności, o 18% więcej niż średnio w Polsce), • 14 ośrodków rehabilitacji domowej (1,23 na 100 tys. ludności, o 19% mniej niż średnio w Polsce), • 38 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (3,34 na 100 tys. ludności, o 51% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 5,36 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 37% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 956 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 8% mniej niż średnio w Polsce), • 521 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 17% mniej niż średnio w Polsce), • 275 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 5% więcej niż średnio w Polsce), • 8 740 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 7% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych i stacjonarnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej i stacjonarnej.

		Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 9 811 pacjentów na 100 tys. ludności (o 6% więcej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowało 7 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,61 ośrodka na 100 tys. ludności; o 27% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pacjentów w śpiączce, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 17 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,5 ośrodka na 100 tys. ludności (o 16% powyżej średniej dla Polski). W 5 z 17 powiatów (29,4%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 66 (o 23% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 124 na 100 tys. ludności (o 7% poniżej średniej dla Polski).	Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych). Zwiększenie liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Niwelowanie różnic w dostępności świadczeń, poprzez wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 4 na 100 tys. ludności (o 1% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych.

		Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 143 na 100 tys. ludności (o 23% poniżej średniej dla Polski).		Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,8 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 208,5 (o 7% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 34% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 9 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,79 ośrodka na 100 tys. ludności, o 30% więcej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 134,4, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 119 na 100 tys. ludności (o 6% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek realizujący świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,09 ośrodka na 100 tys. ludności, o 79% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 8 na 100 tys. ludności (o 73% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.

				Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 21 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,84 ośrodka na 100 tys. ludności, o 17% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 116 na 100 tys. ludności (o 36% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie podlaskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 44 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.);	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.

		• chirurgia ogólna (o 21 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.		
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie podlaskim wynosiła 737 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 310 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 akceleratory (0,35 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 4 lata. Żadne z urządzeń nie wykazywało wysokiego priorytetu do wymiany. Akceleratory o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 13 angiografów (1,14 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; średni wskaźnik dla RP wynosi 1,17). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 2 angiografy (15% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: augustowskim i m. Suwałki średnia liczba wykonanych procedur wyniosła 652, podczas gdy w pozostałych powiatach ponad 1 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty do brachyterapii (0,18 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzeń wynosił 5 lat i żaden z aparatów nie miał wysokiego priorytetu do wymiany. Aparaty do brachyterapii o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 aparaty ECMO (0,35 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany, ponieważ awaria tego jednego	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.

		Średni wiek urządzenia wynosił 6 lat. Jedno urządzenie miało wysoki priorytet do wymiany, tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat.	urządzenia spowodowałaby obniżenie liczby sprzętów na 100 tys. ludności poniżej wartości referencyjnej.	
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 gammakamer (0,44 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Wszystkie urządzenia znajdowały się w m. Białystok. Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. Jedno urządzenie (20%) miało wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 mammografów (0,61 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,67 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 4 lata. Żadne z urządzeń nie miało wysokiego priorytetu do wymiany. W powiecie siemiatyckim średnia liczba zrealizowanych procedur wyniosła 189, podczas gdy w pozostałych powiatach było to ponad 1 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie siemiatyckim, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

		osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 urządzenia PET-CT (0,18 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat, jedno posiadało wysoki priorytet do wymiany. Oba urządzenia znajdowały się w m. Białystok i wykonywały od 2,25 tys. do 2,5 tys. badań średnio rocznie na sprzęt. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 21 sztuk rezonansów magnetycznych (1,84 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 5 urządzeń (25% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba wykonywanych procedur mieściła się w przedziale od 4,25 tys. do 4,5 tys. Najmniej procedur (średnio na jedno urządzenie) wykonano w powiecie hajnowskim (2780), a najwięcej w bielskim (6357). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Białystok (2 szt.), m. Łomża (2 szt.), m. Suwałki (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.

		procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 289 sztuk aparatów RTG (25,39 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 105 urządzeń (36% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach łomżyńskim i suwalskim średnia liczba procedur była niższa niż 100, podczas gdy w pozostałych powiatach wartości oscylowały zazwyczaj przedziale od kilkuset do ponad 1 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowały się 32 tomografy komputerowe (2,81 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 5 lat. 3 urządzenia (10% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miały wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 3,75 tys. do 4 tys. Najwięcej procedur	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.

		wykonano w powiecie m. Łomża (8352), a najmniej w monieckim (1545). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: augustowskim (1 szt.), m. Białystok (2 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 471 aparatów USG (41,38 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 9 lat. 225 urządzeń (48% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie suwalskim nie wykonano żadnej procedury (przy czym należy zauważyć, że sprzęt tam będący ma 16 lat i posiada wysoki priorytet do wymiany). Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

Załącznik 11.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa pomorskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa pomorskiego zwiększy się o 0,3%, a do 2060 r. o 7,5% (w porównaniu do 2023 r.). Wzrost liczby ludności do 2035 r. wykazuje przeciwny kierunek niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8%. Natomiast prognoza dla województwa na 2060 r. zakłada wzrost ludności w przeciwieństwie do trendu ogólnopolskiego, który wskazuje na prognozowany spadek liczby ludności o 17,9%. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 21,6% do 24,1%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,7% do 49,8%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z do 32,8%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak sztumski (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -34,9%), m. Sopot (-32,7%), m. Słupsk (-30,8%) czy człuchowski (-27,6%). Powiatami największego prognozowanego wzrostu liczby ludności są: powiat kartuski (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 15,5%, a do 2060 r. 34,1%), powiat gdański (wzrost o 12,4% do 2035 r. i 19,6% do 2060 r.) oraz powiat pucki (wzrost o 7,8% do 2035 r. i 8% do 2060 r.). Wskazane powiaty sąsiadują z miastami na	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiatach sąsiadujących z miastami: Sopot, Gdynia, Gdańsk.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów kartuskiego, gdańskiego, puckiego oraz wejherowskiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		prawach powiatu: Sopotem, Gdynią oraz Gdańskiem, dla których do 2060 r. prognozuje się spadek liczby ludności odpowiednio o 32,7%, 22,8% oraz 3,4%. Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie pomorskim dla mężczyzn wzrosła od 74,8 lat w 2019 r. do 75,2 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81,8 lat w 2019 r. do 82 lat w 2023 r. Jednakże wartości te pozostawały na poziomie nieco wyższym od średnich krajowych w przypadku mężczyzn (74,7 lat) i równym średniej w przypadku kobiet (82 lata). Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 75,8 lat, natomiast na wsi 74,1 lat. Wśród kobiet różnica ta była mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 82,4 lat, natomiast na obszarach wiejskich 81,1 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa pomorskiego wyniósł 34 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 2. miejscu w kraju. Wartość ta była wyższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 13 urodzeń.	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,22, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to trzecia najwyższa wartość spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa pomorskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo pomorskie skupiało około 6,3% ludności RP (2 360 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 214 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 106, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie pomorskim w 2023 r. wynosiła 121 osoby na km², i była wyższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Słupsk (1,6 tys. os./km²), Sopot (1,1 tys. os./km²) czy Gdańsk (714 os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów

		Z kolei powiaty takie jak człuchowski (34 os./km²), bytowski (35 os./km²) czy nowodworski (37 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Słupsk, Sopot, Gdańsk, Gdynia) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: człuchowskim, bytowskim, nowodworskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych.

				Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 346 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na tle kraju współczynnik zgonów mężczyzn z powodu chorób układu krążenia był wyższy – 443 zgony na 100 tys. mężczyzn w województwie (wobec 439 zgonów na 100 tys. mężczyzn w kraju). Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 187 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 27%, w Polsce 26%).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie, w szczególności w grupie mężczyzn. Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 276 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 60 zgonów na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy trzustki (województwo: 14 zgonów na 100 tys.; Polska: 13 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 518 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – 72 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka gruczołu krokowego – 74 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców). W porównaniu do sytuacji w kraju, zanotowano również wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe skóry – 48 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 62 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca oraz nowotworu złośliwego trzustki w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności oskrzeli i płuc, gruczołu krokowego, skóry oraz sutka.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. na oznaczenie stężenia PSA w kierunku raka gruczołu krokowego u mężczyzn) oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).

[3] Ibidem

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

		r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 32%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 41% w województwie, 40% w Polsce) oraz dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 36% w województwie, 39% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu cukrzycy w województwie w 2023 r. wyniósł 38 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (26 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu cukrzycy w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności (np. na badania poziomu glukozy we krwi) i do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 23% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 6,8 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 18% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień;

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

				• Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 192 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 174 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 129 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,5 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 12% rocznej	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz

		populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe zmalała w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 13% (spadek o ok. 0,7 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (20%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 50% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 64%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 77%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 445 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 18,9 (poniżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły POZ, do których zapisane było od 1 tys. do 2 tys. pacjentów (18,1%), powyżej 10 tys. (16%) oraz od 2 tys. do 3 tys. (14,9%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (2,4%), od 7 tys. do 8 tys. (3,5%) oraz od 6 tys. do 7 tys. (4,1%). Największe POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Gdańsk, Słupsk, Gdynia. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: kościerski, wejherowski i człuchowski.	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	Wspieranie tworzenia nowych placówek POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne, ze szczególnym uwzględnieniem obszarów, w których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r. Zgodnie z analizami demograficznymi, dotyczy to m.in. powiatów kartuskiego, gdańskiego, puckiego oraz wejherowskiego, gdzie szczególnie istotne staje się planowanie lokalizacji nowych placówek POZ.

		Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występuje w powiecie słupskim, gdzie wynosi 64%, natomiast najwyższy w m. Słupsk, osiągając wartość 115%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w niektórych powiatach (kartuski, gdański, pucki oraz wejherowski) przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co wiązać się będzie z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak sztumski, m. Sopot, m. Słupsk, czy człuchowski. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 5,8 tys. osób i była większa od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Słupsk, Gdańsk oraz Sopot nadwyżka względna wynosiła od 0,01 do 0,16. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie słupskim (-0,4), puckim (-0,26) oraz gdańskim (-0,25).		
	4.2	Średnio 7% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 48,2% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 41,9% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. W 1,3% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ.

				Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 2,1 mln pacjentów, co stanowi niemalże 92% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 59% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 59% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 65% zapisanych. Były to wartości niższe o około 2 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 11 do 12 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 67% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł ok. 68%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była niższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 4,7 świadczeń per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 4 świadczenia, co	Wyrównanie liczby świadczeń POZ (w tym również świadczonych przez położne) przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości

		również było wartością niższą od średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: kościerskim (3,6), sztumskim (3,7) oraz puckim (3,7). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: lęborskim (4,8), tczewskim (4,7) oraz chojnickim (4,5).	pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta we wszystkich powiatach do wartości średniej dla kraju (6,1).	zaludnienia (powiat człuchowski, bytowski, nowodworski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowało się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 83% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 31% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,5% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,65% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 4,7% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej.

			chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (28,6%), lekarze o specjalizacji choroby wewnętrzne (20,6%), lekarze medycyny rodzinnej (15,1%) oraz pediatrzy (14,6%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 23,4 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: malborskim (6,6 lekarzy), sztumskim (13,0), tczewskim (13,5). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 1 powiecie: m. Sopot. Średni wiek lekarza w województwie to 55,1 lat (tj. 0,5 roku mniej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 95,4 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: puckim (82,9 pielęgniarki), sztumskim (83,5), słupskim (85,2). Największa liczba w powiatach: m. Słupsk (175,4 pielęgniarek) oraz m. Sopot (141,4). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 15,0 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 9 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 15,0 położnych), z czego najniższe było w powiatach: sztumskim (7,8) oraz lęborskim (7,9), a najwyższe w powiatach: m. Sopot (34,5 osób) oraz nowodworskim (26,8).	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 16 powiatach funkcjonowało 30 placówek oferujących świadczenia w ramach NIŚOZ i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 1 placówkę. We wszystkich powiatach był zapewniony dostęp do świadczeń NiŚOZ. W powiatach: m. Gdynia, gdański, stargardzki, m. Gdańsk i wejherowski znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,27 ośrodka na 100 tys. ludności i była niższa od średniej krajowej (1,48). W większości powiatów znajdował się jeden lub dwa ośrodki świadczące NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 243 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 1,7% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 413 tys., co również stanowi wzrost o 5,1% względem 2022 r. Jest to wzrost niższy od trendu ogólnopolskiego, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w m. Sopot, wyniosła ona 5,1 tys. Natomiast najwyższą w m. Gdańsk, 68 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w m. Gdynia, wartość wskaźnika wyniosła 0,09. Natomiast największa w powiecie bytowskim, 0,32 świadczenia na mieszkańca.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Wskazane jest zwiększenie nadzoru nad placówkami POZ w rejonach, gdzie świadczeniobiorcy nagminnie odsyłają świadczeniobiorców do NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa pomorskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 15% powiatów województwa, tj. 3 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 90% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –80% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu nowodworskiego oraz słupskiego w 2023 r. nie była zlokalizowana ani jedna poradnia kardiologiczna. W powiecie m. Słupsk sąsiadującym z powiatem słupskim zlokalizowane były 4 poradnie kardiologiczne. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa pomorskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych.	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie pomorskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		W szczególności dotyczy to grupy powiatów: m. Słupsk i pow. słupskiego oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Gdańsk-Gdynia-Sopot.		zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów kartuskiego, gdańskiego, puckiego, wejherowskiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Gdańsk, Gdynia, Słupsk, Sopot) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 2279 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1964);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: preluksacyjnych, osteoporozy,	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: preluksacyjnych, osteoporozy, otorynolaryngologicznych dla dzieci, logopedycznych, wad postawy.

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• położniczo-ginekologiczną – 2386 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 143 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 2039 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 958 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • preluksacyjnych – 18 porad (średnia dla RP ogółem – 79 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • osteoporozy – 5 porad (średnia dla RP ogółem – 72 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • otorynolaryngologicznych dla dzieci – 2 porad (średnia dla RP ogółem – 68 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • logopedycznych – 253 porad (średnia dla RP ogółem – 387 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • wad postawy – 6 porad (średnia dla RP ogółem – 25 porad); 2 miejsce od końca na tle województw.	otorynolaryngologicznych dla dzieci, logopedycznych, wad postawy do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie pomorskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 23% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie pomorskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: człuchowskiego, bytowskiego, nowodworskiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562).

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • diabetologia – ok. 8% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów); • hematologia – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • choroby metaboliczne – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • nefrologia – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: diabetologia, choroby metaboliczne, endokrynologia, nefrologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • neurochirurgicznej – 641 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni);	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

		• okulistycznej dla dzieci – 370 dni (średnia dla RP ogółem – 141 dni); • chirurgii naczyniowej – 296 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni); • endokrynologicznej – 259 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni); • endokrynologiczno-ginekologicznej – 204 dni (średnia dla RP ogółem – 90 dni)[15].	o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: neurochirurgicznej, okulistycznej dla dzieci, chirurgii naczyniowej, endokrynologicznej, endokrynologiczno-ginekologicznej.	specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie

[15] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

		położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 1868 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 399 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 57 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1194 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1642 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,2 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,3 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 8,1 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,2 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia).	skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi.	liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących

[16] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy [17]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 3,5% (powyżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach KSO na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,47 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 90% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 31% (powyżej średniej dla RP tj. 16%).	Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 90% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 36% (poniżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 11% (równe średniej dla RP tj. 11%).		
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział/ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi - 153% (10), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 118% (80), • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 110% (138), • oddział psychiatrii sądowej - 99% (144), • oddział transplantologiczny - 98% (13), • oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) - 97% (43), • oddział opieki paliatywnej (w tym dla dzieci) 4180-4181 - 97% (9), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu - 96% (128), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 96% (214), • oddział terapii uzależnienia od narkotyków - 96% (37), • oddział chorób tropikalnych - 94% (19),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

		• oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci i młodzieży - 93% (32), • oddział udarowy - 93% (134), • stacja dializ - 91% (0), • oddział psychiatrii sądowej o maksymalnym zabezpieczeniu - 91% (96), • oddział psychiatryczny - 91% (755), • oddział psychogeriatryczny - 91% (26). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział chirurgiczny dla dzieci - 49% (88), • oddział reumatologiczny dla dzieci - 49% (14), • oddział pediatryczny - 49% (385), • oddział neurologiczny dla dzieci - 49% (18), • oddział endokrynologiczny dla dzieci - 48% (12), • oddział chorób zakaźnych - 46% (44), • oddział toksykologiczny - 46% (17), • oddział ginekologiczny - 43% (24), • oddział otolaryngologiczny - 43% (134), • oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji) - 42% (8), • oddział diabetologiczny dla dzieci - 42% (16), • oddział rehabilitacji pulmonologicznej - 42% (12), • oddział alergologiczny dla dzieci - 40% (35), • oddział położnictwa i neonatologii - 37% (8), • oddział angiologiczny - 36% (4), • oddział kardiologiczny dla dzieci - 30% (20), • oddział okulistyczny - 25% (98), • oddział patologii ciąży - 2% (20), • oddział okulistyczny dla dzieci - 0% (5).		

	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 14 SOR, w tym 3 w Gdańsku. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Zaleca się utworzenie dodatkowego SOR w aglomeracji trójmiejskiej lub jej najbliższej okolicy, ze względu na wzrastające obciążenie istniejących SOR oraz braki w dostępności świadczeń ratunkowych w godzinach szczytu. Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 370 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 7 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 15 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 13 powiatach (po 2 ZLŚ w starogardzkim i wejherowskim). Oddział dzienny zapewniony był w 10 powiatach. Oddział szpitalny znajdował się w 8 powiatach.	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 12. W 8 powiatach nie było takiej placówki (powiaty: wejherowski, lęborski, człuchowski, starogardzki, kwidzyński, sztumski, miasto Sopot). W powiecie chojnickim znajdowały się 2 takie poradnie. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach (bez powiatu lęborskiego, kościerskiego, słupskiego). Ich liczba wynosiła 18, z największą koncentracją w na południu i wschodzie województwa. W województwie znajdowało się 7 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 14 422 pacjentów, najwięcej z poradni alkoholowych – 10 268 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 7 oddziałów dziennych, z czego 1 specjalizujący się w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, znajdujący się w powiecie chojnickim. Skorzystało z nich 605 pacjentów, z czego 14 w oddziale dziennym uzależnienia od substancji psychoaktywnych.	W 8 powiatach nie ma poradni leczenia uzależnień ogólnej, co ogranicza dostęp do leczenia dla mieszkańców. Przykładowo w powiecie lęborskim nie ma poradni ogólnej ani leczenia uzależnienia od alkoholu. Na północy i zachodzie województwa funkcjonuje mniej poradni leczenia uzależnienia od alkoholu. Spośród 7 oddziałów dziennych, jeden dedykowany był uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. W przypadku oddziałów/ośrodków detoksykacji podobnie tylko jeden dedykowany był	Zadbanie o dostęp mieszkańców do leczenia uzależnień w poradniach poprzez dążenie do otwarcia nowych poradni, szczególnie w regionach bez dostępu do takich świadczeń. Weryfikacja zapotrzebowania na dodatkowe oddziały dzienne oraz ośrodki detoksykacji dedykowane substancjom psychoaktywnym. Utrzymanie istniejących hosteli dla osób uzależnionych, sprawdzanie potrzeb zwiększenia liczby takich placówek.

		Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 18, z podziałem na 6 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 4 uzależnień ogólny oraz 8 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 3 410 pacjentów, w tym 636 w ośrodku leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Na terenie województwa znajdowało się 5 placówek w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowe oraz jedna ze specjalizacją detoksykacji od substancji psychoaktywnych (powiat człuchowski). Łączna liczba pacjentów wynosiła 1609, z czego 85 skorzystało z ośrodka detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa znajdowały się 3 hostele, 2 dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, pozostały dla uzależnionych od alkoholu. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 17 680 pacjentów, co przekłada się na 749 pacjentów na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 pacjentów na 100 tys. ludności).	uzależnieniu od substancji psychoaktywnych. Na ternie województwa funkcjonują 3 hostele dla osób uzależnionych, co pozytywnie wyróżnia się na tle innych województw.	
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 11,4 osób (nieco powyżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 6,4 (nieco poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 54,1 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 27%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 52,8 lat, udział lekarzy w wieku	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek

		emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 26%.		prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie wszystkich powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 5 powiatach (m. Gdańsk, kartuskim, starogardzkim, tczewskim i m. Gdynia). Na terenie województwa funkcjonowały 2 ośrodki III poziomu referencyjnego (w powiecie starogardzkim oraz m. Gdańsk). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży w postaci opieki ambulatoryjnej i dziennej, m. in. poprzez wspieranie rozwoju CZP dla dzieci i młodzieży (II poziom referencyjny), szczególnie na obszarach do tej pory ich pozbawionych.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 33 ośrodki rehabilitacji dziennej (1,4 na 100 tys. ludności, o 38% mniej niż średnio w Polsce), • 25 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,06 na 100 tys. ludności, o 16% mniej niż średnio w Polsce), • 12 ośrodków rehabilitacji domowej (0,51 na 100 tys. ludności, o 66% mniej niż średnio w Polsce), • 103 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (4,37 na 100 tys. ludności, o 35% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 5,38 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 37% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 650 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 38% mniej niż średnio w Polsce), • 645 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 3% więcej niż średnio w Polsce), • 164 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 37% mniej niż średnio w Polsce), • 8 794 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 8% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 9 710 pacjentów na 100 tys. ludności (o 5% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych i domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej i domowej.
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowały 2 ośrodki rehabilitacji pulmonologicznej (tj. 0,08 ośrodka na 100 tys. ludności; o 11% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowało 11 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,47 ośrodka na 100 tys. ludności; o 44% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji pulmonologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.

Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 30 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,3 ośrodka na 100 tys. ludności (o 2% poniżej średniej dla Polski). W 3 z 20 powiatów (15%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 65 (o 24% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 116 na 100 tys. ludności (o 13% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 1,2 na 100 tys. ludności (o 70% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 70 na 100 tys. ludności (o 62% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 3,6 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 233,6 (o 4% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 33% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 14 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,59 ośrodka na 100 tys. ludności, o 3% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 122,9, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 115 na 100 tys. ludności (o 2% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 7 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,3 ośrodka na 100 tys. ludności, o 30% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 23 na 100 tys. ludności (o 24% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 30 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,27 ośrodka na 100 tys. ludności, o 19% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 182 na 100 tys. ludności (o 1% więcej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie słupskim (największym w województwie) nie ma ani jednego ośrodka, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden, tj. słupskim i człuchowskim.

		Podobna sytuacja (tylko jeden ośrodek) występuje również w powiecie człuchowskim.		
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 4,26 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM) W tym samym roku wystąpiło 191 tys. wezwań zrealizowanych przez Zespoły Ratownictwa Medycznego. Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 1,9 tys. wezwań. Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 36% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 30% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności przynajmniej do poziomu średniej krajowej w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.

Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie pomorskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 53 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • choroby płuc (o 11 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.) Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chorób płuc).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie pomorskim wynosiła 606 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 382 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.

Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 akceleratorów (0,3 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 10 lat. 3 urządzenia (42% wszystkich w województwie) wykazywały wysoki priorytet do wymiany. Akceleratory o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowały się 32 angiografy (1,36 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; średni wskaźnik dla RP wynosi 1,17). Średni wiek urządzenia wynosił 11 lat. 17 angiografów (57% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie m. Sopot nie sprawozdano żadnych procedur wykonanych angiografem. W powiatach wejherowskim i m. Gdynia średnia roczna liczba procedur na aparat nie przekroczyła 1 tys. W powiatach starogardzkim oraz m. Gdańsk wykonano od 1 tys. do 1,25 tys. procedur na urządzenie. W pozostałych powiatach tj. m. Słupsk, sztumskim, chojnickim, kościerskim wykonano od 1,25 tys. do 1,5 tys. procedur średnio rocznie na aparat. Dane te świadczą o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w ciągu roku.

	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty do brachyterapii (0,08 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzeń wynosił 4 lata i żaden z aparatów nie miał wysokiego priorytetu do wymiany. Aparaty do brachyterapii o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które osiągnęły wiek min. 10 lat.	Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 aparaty ECMO (0,17 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). W powiecie wejherowskim wykonano istotnie mniej procedur niż w m. Gdańsk (aparaty ECMO znajdują się tylko w tych dwóch powiatach), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. Jedno urządzenie miało wysoki priorytet do wymiany, tj. wiek sprzętu wynosił min. 10 lat.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 gammakamery (0,13 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Wszystkie urządzenia znajdowały się w m. Gdynia. Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. Dwa urządzenia miały wysoki priorytet do wymiany (66% wszystkich w województwie). Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.

	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 116 mammografów (4,92 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,67 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 5 lat. 13 urządzeń miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 0,5 tys. do 0,75 tys. W powiecie m. Sopot nie wykonano żadnej procedury, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Najwięcej procedur wykonano w powiecie wejherowskim (ok. 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie) Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: chojnickim (1 szt.), człuchowskim (1 szt.), kwidzyńskim (1 szt.), lęborskim (1 szt.), starogardzkim (1 szt.), m. Gdańsk (5 szt.), m. Gdynia (1 szt.), m. Słupsk (2 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowało się 1 urządzenie PET-CT (0,04 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Wiek urządzenia wynosił 14 lat i posiadało ono wysoki priorytet do wymiany. Sprzęt znajdował się w m. Gdańsk i wykonywał od 5,75 tys. do 6 tys. badań rocznie. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek	Należy dążyć do wymiany urządzenia, charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu

		min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 40 sztuk rezonansów magnetycznych (1,7 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 9 urządzeń (26% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach bytowskim, m. Gdynia oraz kwidzyńskim wykonano od 2,5 tys. do 2,75 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie. W powiatach tczewskim, człuchowskim i m. Gdańsk wykonano od 3,25 tys. do 3,75 tys. procedur na urządzenie. W powiatach starogardzkim, m. Słupsk i malborskim wykonano od 4,25 tys. do 5 tys. badań średnio rocznie na sprzęt. W powiecie Wejherowskim wykonano ok. 5 tys. procedur, natomiast najwięcej badań sprawozdały powiaty kościerski (od 6,25 tys. do 6,5 tys.) oraz chojnicki (ok. 9,25 tys. badań). Świadczy to nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: malborskim (1 szt.), tczewskim (1 szt.), m. Gdańsk (5 szt.), m. Słupsk (2 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 2,8 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie). Dotyczy to powiatów m. Gdynia oraz kwidzyńskiego, które posiadają więcej niż 1 urządzenie. Rekomenduje się zakup dodatkowego urządzenia do powiatu chojnickiego, którego zużycie sprzętu kwalifikuje się intensywne wykorzystanie (powyżej 8 tys. procedur średnio rocznie wg Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego), a który posiada tylko jeden rezonans.

	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 420 sztuk aparatów RTG (17,8 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 159 urządzeń (43% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie gdańskim oraz słupskim średnia liczba procedur była istotnie niższa niż w pozostałych powiatach (poniżej 200 wobec nawet kilku tysięcy), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia wskaźnika referencyjnego liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiatach o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości wskaźnika referencyjnego liczby urządzeń na 100 tys. ludności.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowały się 62 tomografy komputerowe (2,63 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 16 urządzeń (29% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 3,75 tys. do 4 tys. W powiecie gdańskim nie wykonano żadnej procedury, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej), choć należy też zauważyć, że znajdujący się tam sprzęt miał 14 lat. Rozkład procedur wykonywanych w pozostałych powiatach jest bardzo niejednorodny. W powiatach sztumskim oraz kartuskim wykonano	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych urządzeń w powiecie o niskiej liczbie wykonanych procedur, które mogłyby wykonywać więcej procedur w przeciągu roku.

		od 1 tys. do 1,75 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie. W powiatach tczewskim, bytowskim, m. Sopot oraz kościerskim wykonano od 2 tys. do 3 tys. badań na urządzenie. W powiatach puckim i kwidzyńskim wykonano od 3 tys. do 3,25 tys. badań, a w powiatach lęborskim i człuchowskim od 4 tys. do 4,25 tys. Natomiast w przedziale od 5 tys. do 6 tys. procedur średnio rocznie na sprzęt, znajdowały się powiaty chojnicki, m. Gdynia, starogardzki oraz m. Gdańsk. Najwięcej badań na urządzenie wykonano w powiatach malborskim (od 7 tys. do 7,25 tys. badań) oraz m. Słupsk (od 8,5 tys. do 8,75 tys.). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: gdańskim (1 szt.), kartuskim (2 szt.), kwidzyńskim (1 szt.), lęborskim (1 szt.), wejherowskim (1 szt.), sztumskim (1 szt.), m. Gdańsk (6 szt.), m. Gdynia (2 szt.), m. Słupsk (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 871 aparatów USG (39,92 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 448 urządzeń (59% wszystkich w województwie, których wiek jest znany) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany urządzeń, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.

Załącznik 12.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa śląskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa śląskiego zmniejszy się o 6,6%, a do 2060 r. o 16,3% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest większy niż trend ogólnopolski, gdzie przewidywane zmniejszenie liczby ludności wyniesie około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,9% do 28,6%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 57,8% do 48%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 37,3%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu takich jak m. Jastrzębie-Zdrój (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -38,9%), m. Sosnowiec (-38,9%), m. Częstochowa (-37,9%) czy m. Zabrze (-35,1%). Powiatami prognozowanego wzrostu liczby ludności do 2035 r. są: powiat mikołowski (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 1,8%) oraz powiat bielski (wzrost o 1,6%). Natomiast w żadnym z powiatów województwa śląskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności do 2060 r. w porównaniu z 2023 r.	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak m. Jastrzębie-Zdrój, m. Sosnowiec oraz m. Częstochowa, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz

		Spadek liczby ludności w powiatach jest przede wszystkim wynikiem ogólnej sytuacji demograficznej w Polsce, związanej m.in. ze starzeniem się społeczeństwa i niskim poziomem dzietności. Czynniki takie jak odległość od dużych ośrodków miejskich, w których znajdują się specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej mogą natomiast wpływać na zróżnicowanie intensywności tego procesu w poszczególnych regionach.		rosnącego odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie śląskim dla mężczyzn wzrosła od 73,8 lat w 2019 r. do 74,3 lat w 2023 r., a dla kobiet od 80,8 lat w 2019 r. do 81,1 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były zauważalne – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,1 lat, a kobiety 81 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 74,9 i 81,5 lat. Rozbieżności te, mogą one wskazywać na umiarkowane zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.

	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa śląskiego wyniósł 29 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 13. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 10 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,10, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to piąta najgorsza wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa śląskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo śląskie skupiało około 11,4% ludności RP (4 320 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 2 242 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 108, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie śląskim w 2023 r. wynosiła 350 osoby na km² i była to największa wartość spośród wszystkich województw oraz zdecydowanie wyższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe

		sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Świętochłowice (3,4 tys. os./km²), Chorzów (3 tys. os./km²) czy Siemianowice Śląskie (2,5 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak częstochowski (87 os./km²), lubliniecki (91 os./km²) czy kłobucki (92 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Świętochłowice, Chorzów, Siemianowice Śląskie) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Proponuje: Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: częstochowskim, lublinieckim i kłobuckim) poprzez rozwój istniejącej infrastruktury świadczeniodawców, wspieranie ich potencjału kadrowego i organizacyjnego.

				Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 433 zgony na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na podstawie prognozy GUS[2], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na choroby układu krążenia w województwie. W związku z prognozowanym przez GUS starzeniem się ludności w województwie, do 2060 r. szacuje się wzrost zapadalności na	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

		choroby układu krążenia, w tym na chorobę niedokrwienną serca (wzrost zapadalności w województwie o 24%, w Polsce 26%).		układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 330 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[3]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 61 zgonów na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców), nowotwór złośliwy trzustki (województwo: 16 zgonów na 100 tys.; Polska: 13 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz na nowotwór złośliwy sutka (województwo: 22 zgony na 100 tys.; Polska: 18 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 492 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[4]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy gruczołu krokowego – 60 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 56 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[5], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r.	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca, nowotworu złośliwego trzustki oraz nowotworu złośliwego sutka) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności gruczołu krokowego.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. na oznaczenie stężenia PSA w kierunku raka gruczołu krokowego u mężczyzn) oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania piersi kobiet w kierunku nowotworów złośliwych sutka).

[3] Ibidem

[4] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[5] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

		zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć słabiej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 29%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 38% w województwie, 40% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie w 2023 r. wyniósł 170 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (164 osoby na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zapadalności i współczynnika zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[6] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 86% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 12 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 52% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[7].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w

[6] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[7] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

				zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 248 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 209 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo – ok. 152 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności). Województwo śląskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o najwyższej liczbie zgonów spowodowanych wysokim stężeniem glukozy w osoczu na czczo. Było też województwem o trzeciej najwyższej liczbie zgonów spowodowanych wysokim ciśnieniem krwi.	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i wysokie stężenie glukozy w osoczu na czczo) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • wysokie ciśnienie krwi – ok. 4,4 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych,

		• tytoń – 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności (zbliżona do wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności).	odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 13% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe była zbliżona w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 13%. Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (21%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 42% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 40%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 61%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 868 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 20,1 (poniżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (16,1%), od 3 tys. do 4 tys. (14,7%) oraz od 4 tys. do 5 tys. (12,8%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (2,1%), od 8 tys. do 9 tys. (4,2%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (6,2%).	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) dużo powyżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne.

		Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Jaworzno, Katowice, Tychy, Ruda Śląska czy Sosnowiec. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: cieszyńskim, zawierciańskim i częstochowskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występuje w powiecie raciborskim, gdzie wynosi 82%, natomiast najwyższy w Piekarach Śląskich, osiągając wartość 101,35%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. W żadnym z powiatów województwa lubuskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach mikołowskim oraz bielskim. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu takich jak m. Jastrzębie-Zdrój, m. Sosnowiec, m. Częstochowa czy m. Zabrze. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,8 tys. osób i była niewiele większa od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W Piekarach Śląskich nadwyżka względna wynosiła od 0,01. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie rybnickim (-0,18), raciborskim (-0,18) oraz kłobuckim (-0,15).		
	4.2	Średnio tylko 1% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 23,1% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 74,6% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia

		lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. W 1,6% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.		zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 3,96 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 92% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 64,8% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 65,1% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 68,7% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 2 do 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o ok. 10 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.

	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 71% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco wyższy i wyniósł ok. 71,8%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była zbliżona do średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 6,14 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,73 świadczenia, co również było zbliżoną do średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: kłobuckim (5,2), rybnickim (5,25) oraz raciborskim (5,38). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: tarnogórski (6,6), mikołowskim (6,3) oraz bieruńsko-lędzińskim (6,18).	Utrzymanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie kłobuckim, rybnickim oraz raciborskim do poziomu średniej krajowej (6,14 świadczeń na pacjenta).	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia (powiat częstochowski, lubliniecki, kłobucki).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 85% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.

	4.6	W 2023 r. 26% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,7% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,8% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 2,9% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (25,3%), lekarze o specjalizacji choroby wewnętrzne (24,4%), pediatrzy (4,6%) oraz lekarze medycyny rodzinnej (13,4%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 22,9 lekarza na 100 tys. ludności (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: raciborskim (5,0 lekarzy), rybnickim (7,8), m. Żory (11,3). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 1 powiecie: m. Katowice. Średni wiek lekarza w województwie to 55,5 lat (tj. 0,1 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 103,7 osoby na 100 tys. ludności.	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: rybnickim (75,7 pielęgniarki), żywieckim (75,9), bielskim (92,9). Największa liczba w powiatach: m. Jaworzno (178,5 pielęgniarek) oraz m. Świętochłowice (173,9). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 20,6 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 12 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 20,6 położnych), z czego najniższe było w powiatach: kłobuckim (13,4) oraz raciborskim (14,1), a najwyższe w powiatach: m. Świętochłowice (37,4 osób) oraz myszkowskim (32,6).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 36 powiatach funkcjonowało 66 placówek oferujących świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił wzrost o 1 placówkę. W wszystkich powiatach realizowano świadczenia NiŚOZ. W 9 powiatach znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. Średnia dla województwa wynosiła 1,44 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden lub dwa ośrodki świadczące NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 399 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 2,6% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 759 tys., co stanowi wzrost o 4,7% względem 2022 r. Jest to wzrost niższy od trendu ogólnopolskiego, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w m. Świętochłowice, wyniosła ona 8,3 tys. Natomiast najwyższą w Gliwicach, 38 tys.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach

		Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w m. Częstochowa, wartość wskaźnika wyniosła 0,1. Natomiast największa w m. Tychy, 0,31 świadczenia na mieszkańca.		nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[8] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa śląskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 33% powiatów województwa, tj. 12 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 97% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –81% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). W 2023 r. na terenie powiatu rybnickiego sąsiadującego z powiatem m. Rybnik nie była zlokalizowana ani jedna poradnia kardiologiczna. W powiecie m. Rybnik były zlokalizowane 3 poradnie kardiologiczne.	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie śląskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		Kształtowanie systemu poradni AOS województwa śląskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Bielsko-Biała, pow. bielskiego • m. Częstochowa, pow. częstochowskiego, oraz gmin i powiatów konurbacji katowickiej i rybnickiej.		realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Bielsko-Biała, Bytom, Chorzów, Częstochowa, Dąbrowa Górnicza, Gliwice, Jastrzębie-Zdrój, Jaworzno, Katowice, Mysłowice, Piekary Śląskie, Ruda Śląska, Rybnik, Siemianowice Śląskie, Sosnowiec, Świętochłowice, Tychy, Zabrze, Żory) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej,	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w

		geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[9] na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 2554 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2183 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 130 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było powyżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1847 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 685 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[10] dotyczyła poradni: • medycyny sportowej – 14 porad (średnia dla RP ogółem – 62 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • chirurgii onkologicznej – 117 porad (średnia dla RP ogółem – 211 porad); 3 miejsce od końca na tle województw;	10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie śląskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: medycyny sportowej, chirurgii onkologicznej, osteoporozy, alergologicznych, neurochirurgicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała

[9] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

[10] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

		• osteoporozy – 31 porad (średnia dla RP ogółem – 72 porad); 5 miejsce od końca na tle województw; • alergologicznych – 407 porad (średnia dla RP ogółem – 524 porad); 5 miejsce od końca na tle województw; • neurochirurgicznych – 69 porad (średnia dla RP ogółem – 89 porad); 5 miejsce od końca na tle województw.		realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[11] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 18% [12] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[13].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: częstochowskiego, lublinieckiego i kłobuckiego.

[11] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562).

[12] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[13] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie śląskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • diabetologia – ok. 7% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów); • endokrynologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • hematologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • reumatologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • kardiologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: diabetologia, endokrynologia, reumatologia, kardiologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi

				obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[14] dotyczył poradni: • neurochirurgicznej – 327 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni); • chorób tarczycy – 325 dni (średnia dla RP ogółem – 204 dni); • chirurgii naczyniowej – 282 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni); • urologicznej dla dzieci – 233 dni (średnia dla RP ogółem – 138 dni); • endokrynologicznej – 227 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni)[15].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: neurochirurgicznej, chorób tarczycy, chirurgii naczyniowej, urologicznej dla dzieci, endokrynologicznej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów

[14] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[15] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [16] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 1729 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 321 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 171 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1407 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2138 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 3,3 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia).	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie.	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego

[16] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 5,0 dni (powyżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 4,6 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 10,2 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,3 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,9 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy [17]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,7% (powyżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 1,24 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu	W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[18]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury	dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w

[17] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r

[18] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

		ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 75% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 9% (poniżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 98% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 51% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 17% (powyżej średniej dla RP tj. 11%).	NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[19].	porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział/ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych - 121% (67), • oddział diabetologiczny dla dzieci - 112% (15), • oddział endokrynologiczny dla dzieci - 101% (41), • oddział/ośrodek leczenia alkoholowych zespołów abstynencyjnych (detoksykacji) - 99% (87), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym zabezpieczeniu dla dzieci i młodzieży - 98% (25), • oddział psychiatrii sądowej - 96% (314),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[19] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział psychiatryczny dla dzieci - 95% (125), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 95% (189), • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 95% (116), • oddział rehabilitacji narządu ruchu - 93% (184), • oddział psychiatrii sądowej o wzmocnionym - 91% (165). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział alergologiczny - 49% (18), • oddział chirurgiczny dla dzieci - 48% (211), • oddział diabetologiczny - 47% (21), • oddział neonatologiczny - 43% (820), • oddział otolaryngologiczny - 40% (261), • oddział chirurgii plastycznej - 40% (38), • oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci - 40% (70), • oddział chirurgii szczękowo - twarzowej - 38% (32), • oddział okulistyczny dla dzieci - 37% (58), • oddział ginekologiczny - 37% (9), • oddział toksykologiczny - 37% (12), • oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie - 32% (41), • oddział okulistyczny - 30% (456), • oddział odwykowy o wzmocnionym zabezpieczeniu - 28% (30), • oddział wieloprofilowy zabiegowy - 21% (144), • oddział ginekologiczny dla dzieci - 21% (2), • oddział gruźlicy i chorób płuc dla dzieci - 10% (171), • oddział wieloprofilowy zachowawczy - 1% (9), • oddział angiologiczny - 0% (5), • oddział audiologiczno-foniatryczny - 0% (2).		

	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 13 SOR. W 2023 r. w województwie funkcjonowały 2 SORzlokalizowane w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci (w Chorzowie i Katowicach).	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR-ów przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR-y udzieliły ponad 315 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 14 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był we wszystkich 36 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego funkcjonował w 15 powiatach. Oddział dzienny zapewniony był w 23 powiatach.	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.

		Oddział szpitalny znajdował się w 16 powiatach.		
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 5. Najwięcej takich poradni znajdowało się w na południu województwa, tylko jedna znajdowała się na północy, w Częstochowie. W województwie znajdowała się 1 poradnia antynikotynowa, która udzieliła świadczeń 60 pacjentom. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach (brak w powiecie lublinieckim, częstochowskim, gliwickim, raciborskim, rybnickim, bielskim, żywieckim. Ich liczba wynosiła 32, z największą koncentracją w centrum województwa. W województwie znajdowało się 6 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń wszystkich poradni skorzystało 30 759 pacjentów, największa ilość z poradni alkoholowych, 24,5 tys. W województwie w 2023 znajdowało się 19 oddziałów dziennych, z czego 14 specjalizujący się w uzależnieniu od alkoholu, 3 od substancji psychoaktywnych oraz 2 uzależnień niescharakteryzowanych, znajdujących się wyłącznie na północy województwa. Skorzystało z nich 2319 pacjentów, z czego 151 w oddziale dziennym uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 14, z podziałem na 6 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 2 uzależnień ogólny, 5 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych oraz jedna placówka o wzmocnionym	Poradnie leczenia uzależnień ogólne nie są rozłożone równo po terenie województwa. Poradnie leczenia od alkoholu nie były dostępne we wszystkich powiatach, co może ograniczać dostęp do tego typu leczenia. Oddziały dzienne dla uzależnień niescharakteryzowanych znajdowały się jedynie na północy województwa. W województwie istniały oddziały/ośrodki leczenia ze wszystkich 4 kategorii, uzależnień od alkoholu, substancji psychoaktywnych, ogólnego oraz o wzmocnionym zabezpieczeniu. W województwie funkcjonował jeden oddział/ośrodek detoksykacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Funkcjonowanie hosteli wyróżnia województwo na tle innych regionów Polski.	Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień ogólnych na terenie województwa, Weryfikacja potrzeb mieszkańców na otwarcie poradni leczenia uzależnień w powiatach bez dostępu do takich świadczeń. Weryfikacja potrzeby otwarcia oddziałów dziennych innych niż alkoholowe w różnych regionach województwa. Utrzymanie istniejących oddziałów/ośrodków leczenia. Sprawdzanie zapotrzebowania na nowe ośrodki leczenia. Podjęcie działań mających na celu otwarcie dodatkowych ośrodków detoksykacji. Utrzymanie funkcjonowania hosteli, analiza zapotrzebowania na dodatkowe placówki tego rodzaju i podjęcie adekwatnych do otrzymanych wniosków działań.

		zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 4415 pacjentów, z czego 16 z ośrodka o wzmocnionym zabezpieczeniu. Na terenie województwa znajdowało się 4 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowe oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych (Gliwice) i 1 ogólny (powiat wodzisławski). Łączna liczba pacjentów wynosiła 3804, z czego 206 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa znajdowały się 2 hostele, jeden dla uzależnionych od alkoholu (41 pacjentów) i jeden dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (37 pacjentów). W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 34 830 pacjentów, co przekłada się na 806 osób na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 10,7 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 5,5 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 51,2 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 17%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 47,2 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 12%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Zwiększenie dostępności specjalistów w dziedzinie psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży poprzez wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek

				prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie 29 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków I poziomu referencyjnego nie było w 7 powiatach (m. Jastrzębie-Zdrój, m. Chorzów, powiecie bieruńsko-lędzińskim, tarnogórskim, lublinieckim, kłobuckim oraz częstochowskim). Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 10 powiatach (tarnogórskim, m. Bielsko-Biała, m. Gliwice, m. Katowice, będziński, lublinieckim, m. Częstochowa, m. Siemianowice Śląskie, m. Sosnowiec, m. Żory). Na terenie województwa funkcjonowały 3 ośrodki III poziomu referencyjnego (w powiecie lublinieckim, m. Bielsko-Biała oraz m. Sosnowiec). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Zapewnienie dostępu do zespołów/ośrodków Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziomu referencyjnego) na terenie powiatów w których ich nie ma.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 74 ośrodki rehabilitacji dziennej (1,71 na 100 tys. ludności, o 24% mniej niż średnio w Polsce), • 64 ośrodki rehabilitacji stacjonarnej (1,48 na 100 tys. ludności, o 17% więcej niż średnio w Polsce), • 22 ośrodki rehabilitacji domowej (0,51 na 100 tys. ludności, o 66% mniej niż średnio w Polsce), • 254 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (5,88 na 100 tys. ludności, o 13% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

		Łącznie w województwie funkcjonowało 7,73 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 9% mniej niż średnio w Polsce).		
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 797 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 24% mniej niż średnio w Polsce), • 888 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 42% więcej niż średnio w Polsce), • 181 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 31% mniej niż średnio w Polsce), • 8 023 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 1% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 9 343 pacjentów na 100 tys. ludności (o 1% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, domowych i ambulatoryjnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowały 22 ośrodki rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,51 ośrodka na 100 tys. ludności; o 4% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 5 ośrodków rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,12 ośrodka na 100 tys. ludności; o 25% mniej niż średnia wartość dla Polski.	Utworzenie dodatkowych ośrodków rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji neurologicznej oraz zaburzeń słuchu i mowy

Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 56 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,3 ośrodka na 100 tys. ludności (o 1% powyżej średniej dla Polski). W 9 z 36 powiatów (25%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 92 (o 7% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 125 na 100 tys. ludności (o 6% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,6 na 100 tys. ludności (o 12% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 326 na 100 tys. ludności (o 76% powyżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,3 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 215,8 (o 4% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 38% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 21 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,49 ośrodka na 100 tys. ludności, o 20% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 119,7, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z

		Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 110 na 100 tys. ludności (o 3% mniej niż średnio w Polsce).		uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowały 32 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,74 ośrodka na 100 tys. ludności, o 72% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 51 na 100 tys. ludności (o 68% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 46 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,06 ośrodka na 100 tys. ludności, o 32% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 204 na 100 tys. ludności (o 14% więcej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie częstochowskim (największym w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja (jeden ośrodek lub brak ośrodków) występuje również w powiecie żywieckim i kłobuckim.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden, tj. częstochowskim, żywieckim i kłobuckim.

Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 3,84 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM) i jest drugim najniższym wynikiem w kraju. Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 2,5 tys. wezwań, co jest najwyższym wynikiem wśród wszystkich województw. Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 29% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 31% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności przynajmniej do poziomu średniej krajowej w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie śląskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w

		specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 301 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 100 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.); • pediatria (o 70 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	wewnętrznych, chirurgii ogólnej i pediatrii).	diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie śląskim wynosiła 1 683 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 1 184 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.

Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowały się 24 akceleratory (0,6 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 7 lat. 8 akceleratorów (33% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. W powiecie m. Dąbrowa Górnicza liczba procedur wyniosła od 0,75 tys. do 1 tys. W powiecie m. Gliwice liczba procedur wykonywanych na akceleratorze mieściła się w przedziale od 18 tys. do 18,5 tys., co świadczy o wysokim wykorzystaniu sprzętu. W pozostałych powiatach (m. Bielsko-Biała, m. Częstochowa, m. Katowice) średnio procedur wynosi ok. 1,5 tys. Świadczy to o nieoptymalnym wykorzystaniu sprzętu. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiatach: m. Gliwice, m. Bielsko-Biała, m. Katowice, m. Dąbrowa Górnicza	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 59 angiografów (1,4 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, powyżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 7 lat. 17 angiografów (28% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Rozkład wykonywanych procedur w województwie jest niejednorodny. W powiatach wodzisławskim i m. Piekary nie sprawozdano wykonania żadnych procedur. W powiatach będzińskim i tarnogórskim liczba procedur wykonanych średnio rocznie na sprzęt nie przekroczyła 50. W powiatach m. Gliwice, m. Bytom, m. Częstochowa oraz m. Bielsko-Biała liczba procedur wynosiła od 0,25 tys. do 0,75 tys. W powiatach m. Zabrze, żywieckim, m. Rybnik, m. Sosnowiec wykonano od 0,75 tys. do 1,5	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		tys. procedur, a w m. Jastrzębie-Zdrój liczba ta nieznacznie przekroczyła 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie. W powiecie m. Katowice wykonano od 2 tys. do 2,25 tys. procedur, natomiast największą liczbę procedur wykonano w powiatach m. Chorzów, cieszyńskim, m. Dąbrowa Górnicza oraz m. Tychy (od 2,75 tys. do 3 tys. procedur średnio rocznie na sprzęt). Powyższe dane świadczą o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowało się 8 aparatów do brachyterapii (0,2 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 2 aparaty (25% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 8 lat. W powiatach m. Częstochowo i m. Bielsko-Biała wykonano od 0 do 0,25 tys. procedur, a w m. Gliwice od 2,75 tys. do 3 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w m. Katowice.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych aparatów do brachyterapii w m. Częstochowa i m. Bielsko-Biała, które mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 22 aparaty ECMO (0,5 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany.

		Średni wiek urządzenia wynosił 7 lat. 6 aparatów (27% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się w placówkach zlokalizowanych łącznie na terenie pięciu powiatów – w jednym (m. Chorzów) nie sprawozdano procedur, a w dwóch (m. Katowice i m. Zabrze) liczba procedur wynosiła blisko 20 (średnio na 1 urządzenie), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).		
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 21 gammakamer (0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 8 aparatów (38% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane na terenie powiatów: m. Zabrze, m. Bielsko-Biała i cieszyńskiego wykonywały od 0 do 0,25 tys. procedur, a w powiecie m. Katowice wykonano od 5,5 tys. do 5,75 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 67 mammografów (1,55 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład

		Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 24 urządzenia (36% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. W powiatach będzińskim, gliwickim, mikołowskim, raciborskim, tarnogórskim, m. Jastrzębie-Zdrój, m. Tychy, m. Żory liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie m. Gliwice od 6,5 tys. do 6,75 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: będzińskim (1 szt.), m. Bielsko-Biała (1 szt.), m. Chorzów (1 szt.), cieszyńskim (3 szt.), m. Dąbrowa Górnicza (1 szt.), m. Gliwice (3 szt.), m. Katowice (6 szt.), myszkowskim (1 szt.), m. Ruda Śląska (2 szt.), m. Sosnowiec (2 szt.), wodzisławskim (2 szt.), m. Zabrze (1 szt.). Należy zwrócić uwagę na znaczny odsetek sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany. Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 aparatów PET-CT (0,12 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. Urządzenia zlokalizowane w powiatach: m. Chorzów, m. Gliwice, m. Katowice wykonywały od 4,75 tys. do 5,5 tys. procedur, w powiecie m. Dąbrowa Górnicza wykonano od 0,25 tys. do 0,5 tys. procedur. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na

		min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 70 rezonansów magnetycznych (1,62 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 6 lat. 24 urządzenia (34% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie pszczyńskim (649), a najwięcej w powiecie m. Jastrzębie-Zdrój (7 202), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: będziński (1 szt.), m. Bielsko-Biała (1 szt.), cieszyński (1 szt.), m. Częstochowa (2 szt.), m. Dąbrowa Górnicza (1 szt.), m. Gliwice (1 szt.), gliwicki (1 szt.), m. Jaworzno (1 szt.), m. Katowice (6 szt.), m. Piekary Śląskie (1 szt.), m. Ruda Śląska (1 szt.), m. Sosnowiec (2 szt.), tarnogórski (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany zlokalizowanych w powiatach, w których jest to zasadne. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 2,8 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 926 sztuk aparatów RTG (21,43 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we

		sprzętu wynosił 11 lat. 315 urządzeń (34% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, z wyjątkiem powiatu kłobuckiego. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	się wysokim priorytetem do wymiany.	wszystkich powiatach, z wyjątkiem powiatu kłobuckiego.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 125 tomografów komputerowych (2,89 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,0 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 30 urządzeń (24% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 4,75 tys. do 5 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur średnio na jedno urządzenie był powiat m. Zabrze (13 074) oraz m. Bytom (2 103), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: będziński (1 szt.), bielski (1 sz.), cieszyński (1 szt.), częstochowski (1 szt.), kłobucki (1 szt.), lubliniecki (1 szt.), m. Bytom (1 szt.), m. Chorzów (1 szt.), m. Chorzów (1 szt.), m. Częstochowa (3 szt.), m. Dąbrowa Górnicza (1 szt.), m. Jaworzno (2 szt.), m. Katowice (8 szt.), m. Mysłowice (1 szt.), m. Ruda Śląska (1 szt.), m. Sosnowiec (2 szt.), m. Zabrze (1 szt.), mikołowski (1 szt.), raciborski (1 szt.), tarnogórski (1 szt.).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 2650 aparatów USG (61,34 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. powyżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 1400 urządzeń (52% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 13.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa świętokrzyskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa świętokrzyskiego zmniejszy się o 9%, a do 2060 r. o 30,1% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest wyższy niż trend ogólnopolski, który przewiduje zmniejszenie liczby ludności o około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 26% do 30%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 57,3% do 47,2%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 39,4%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach takich jak skarżyski (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -43,5%), ostrowiecki (-38,6%), konecki (-36,9%) czy starachowicki (-35,8%). W żadnym z powiatów województwa świętokrzyskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności, zarówno do 2035 r. jak i 2060 r. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach położonych w sąsiedztwie miasta Kielce, natomiast najbardziej znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych regionu.	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak skarżyski, ostrowiecki czy konecki, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz rosnącego odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.

		Spadek liczby ludności w powiatach jest przede wszystkim wynikiem ogólnej sytuacji demograficznej w Polsce, związanej m.in. ze starzeniem się społeczeństwa i niskim poziomem dzietności. Czynniki takie jak odległość od dużych ośrodków miejskich, w których znajdują się specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ mogą natomiast wpływać na zróżnicowanie intensywności tego procesu w poszczególnych regionach.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie świętokrzyskim dla mężczyzn wzrosła od 73,8 lat w 2019 r. do 73,9 lat w 2023 r., a dla kobiet od 82,2 lat w 2019 r. do 82,4 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa były zauważalne – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,8 lat, a kobiety 82,2 lat, natomiast na obszarach wiejskich odpowiednio 73,3 i 82,5 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa świętokrzyskiego wyniósł 29 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 14. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 8 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,09, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		województw była to czwarta najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa świętokrzyskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo świętokrzyskie skupiało około 3,1% ludności RP (1 169 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 600 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 106, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie świętokrzyskim w 2023 r. wynosiła 100 osób na km² i była niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższy wskaźnik gęstości zaludnienia odnotowano w mieście na prawach powiatu – Kielce (1,7 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tym mieście. Z kolei powiaty takie jak włoszczowski (47 os./km²), opatowski (53 os./km²) czy pińczowski (60 os./km²) charakteryzowały się niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych a na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Kielce) poprzez rozbudowę i

		placówek ochrony zdrowia zapewniających wysoki poziom dostępności do świadczeń.		usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: włoszczowskim, opatowskim, pińczowskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem

				subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 509 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 315 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 64 zgony na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy gruczołu krokowego (województwo: 19 zgonów na 100 tys.; Polska: 15 zgonów na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca oraz nowotworu złośliwego gruczołu krokowego) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] Ibidem

		Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 560 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na raka gruczołu krokowego – 77 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotworu złośliwy oskrzela i płuca - 65 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców). W porównaniu do sytuacji w kraju, zanotowano również wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe skóry – 46 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 32%, w Polsce o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 40% w województwie, 40% w Polsce).	gruczołu krokowego, oskrzeli i płuc oraz skóry.	Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry czy oznaczenie stężenia PSA w kierunku raka gruczołu krokowego u mężczyzn).
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu miażdżycy w województwie w 2023 r. wyniósł 124 osoby na 100 tys. mieszkańców i był ponad trzykrotnie wyższy od współczynnika dla RP (37 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu miażdżycy w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca.

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

				Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 52% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 1,3 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 84% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 278 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 231 osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 135 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności). Województwo świętokrzyskie, w porównaniu do innych województw, było województwem o najwyższej liczbie zgonów spowodowanych przez wysokie ciśnienie krwi i ryzyka żywieniowe.	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe) na śmiertelność mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz mają największy udział w zgonach.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • wysokie ciśnienie krwi – ok. 4,9 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 4,4 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności); • tytoń – 3,9 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 18% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 13% (wzrost o ok. 5 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (29%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 38% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to mniej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe wzrosła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 37%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 59%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowały 224 ośrodki realizujące świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 18,5 (poniżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (19,1%), od 3 tys. do 4 tys. (16,3%) oraz od 4 tys. do 5 tys. (14,4%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,9%), od 8 tys. do 9 tys. (3,7%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (5,1%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w Kielcach, powiecie buskim i starachowickim. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: opatowskim, staszowskim i sandomierskim.	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.1) powyżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne.

		Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie kieleckim, gdzie wynosi 77%, natomiast najwyższy w Kielcach, osiągając wartość 109%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. W żadnym z powiatów województwa świętokrzyskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiatach położonych w sąsiedztwie miasta Kielce. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach takich jak skarżyski, ostrowiecki, konecki czy starachowicki. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,8 tys. osób i była większa od średniej krajowej (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach Kielcach nadwyżka względna wynosiła 0,1. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie kieleckim (-0,23), kazimierskim (-0,23) oraz pińczowskim (-0,16).		
	4.2	Średnio 2% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 53,3% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 43,3% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. W 0,25% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ.

				Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1,04 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 89% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 61% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 63,68% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 69,5% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 1 - 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 11 do 13 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 71% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był taki sam wyniósł ok. 71%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była niższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 5,4 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 4,4 świadczenia, co również było	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości

		wartością sporo niższą od średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: kieleckim (5,7), świętokrzyskim (5,7) oraz kazimierskim (5,8). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: ostrowieckim (7,1), skarżyskim (6,8) oraz starachowickim (6,75).	pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich. Zwiększenie liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiecie kieleckim, świętokrzyskim oraz kazimierskim do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	zaludnienia (powiat włoszczowski, opatowski, pińczowski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 83% z nich aktywnie korzystało z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 30% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (na poziomie średniej wartości dla Polski). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,2% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1,1% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 12,2%	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej.

		świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze chorób wewnętrznych (24,2%), lekarze bez specjalizacji (20,1%), lekarze medycyny rodzinnej (18,3%) oraz pediatrzy (14,8%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 28,9 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: włoszczowskim (14,0 lekarzy), koneckim (14,9), kieleckim (17,9). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 2 powiatach: m. Kielce oraz kazimierskim. Średni wiek lekarza w województwie to 59,2 lat (tj. 3,6 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 99,7 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: kieleckim (89,7 pielęgniarki), kazimierskim (91,5), skarżyskim (95,4). Największa liczba w powiatach: m. Kielce (126,7 pielęgniarek) oraz pińczowskim (122,5). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 13,9 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 5	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 13,9 położnych), z czego najniższe było w powiatach: starachowickim (7,2) oraz buskim (10,3), a najwyższe w powiatach: włoszczowskim (21 osób) oraz skarżyskim (20,6).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 14 powiatach funkcjonowało 18 placówek oferujących świadczenia w ramach NiŚOZ i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 2 placówki. We wszystkich powiatach był zapewniony dostęp do świadczeń NiŚOZ. Średnia dla województwa wynosiła 1,54 ośrodka na 100 tys. ludności i była zbliżona do średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 118 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 13,5% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 214 tys., co stanowi wzrost o 14,4% względem 2022 r. Jest to wzrost dużo wyższy niż trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie kazimierskim, wyniosła ona 7,1 tys. Natomiast najwyższą w Kielcach, 38,5 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie koneckim, wartość wskaźnika wyniosła 0,12. Największa wartość wystąpiła w powiecie pińczowskim, 0,3 świadczenia na mieszkańca, piąta największa wartość wśród powiatów w Polsce.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Utrzymanie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa świętokrzyskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 14% powiatów województwa, tj. 2 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 93% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –29% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu włoszczowskiego w 2023 r. nie była zlokalizowana ani jedna poradnia kardiologiczna. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa świętokrzyskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to gmin Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Kielc.	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie świętokrzyskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych.

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

				Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w mieście regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w Kielcach oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 1523 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2319 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 14 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1467 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni chirurgii ogólnej, kardiologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: chorób zakaźnych, leczenia bólu, endokrynologicznych dla dzieci, preluksacyjnych,	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, kardiologicznych, chorób zakaźnych, leczenia bólu, endokrynologicznych dla dzieci, preluksacyjnych, hematologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• onkologiczną – 78 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • chorób zakaźnych – 34 porad (średnia dla RP ogółem – 108 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • leczenia bólu – 20 porad (średnia dla RP ogółem – 111 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • endokrynologicznych dla dzieci – 21 porad (średnia dla RP ogółem – 56 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • preluksacyjnych – 50 porad (średnia dla RP ogółem – 79 porad); 3 miejsce od końca na tle województw; • hematologicznych – 125 porad (średnia dla RP ogółem – 149 porad); 4 miejsce od końca na tle województw.	hematologicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie świętokrzyskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562)

		teleporad wyniósł 35% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie świętokrzyskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: włoszczowskiego, opatowskiego, pińczowskiego.
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 4% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów);	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

		• diabetologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • ortopedia i traumatologia narządu ruchu – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • reumatologia – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	zakresach: hematologia, endokrynologia, ortopedia i traumatologia narządu ruchu, reumatologia.	placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • chorób naczyń – 168 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • endokrynologicznej – 130 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni); • kardiologicznej dla dzieci – 123 dni (średnia dla RP ogółem – 132 dni); • wad postawy – 100 dni (średnia dla RP ogółem – 80 dni); • okulistycznej dla dzieci – 89 dni (średnia dla RP ogółem – 141 dni)[14].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: chorób naczyń, endokrynologicznej, kardiologicznej dla dzieci, wad postawy, okulistycznej dla dzieci.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[14] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 3053 hospitalizacje (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 223 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 155 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 1510 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji.	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury

[15] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• ginekologiczno-położniczych – 2311 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 3,9 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 7,8 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 5,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 3,1 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,4% (równe średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców.	Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z	ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

		• Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,86 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 81% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 28% (powyżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 56% (poniżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 59% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 7% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).	zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział psychiatryczny dla dzieci - 109% (25), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 105% (166), • oddział terapii uzależnienia od substancji psychoaktywnych dla dzieci i młodzieży - 100% (20), • oddział kardiochirurgiczny - 98% (21), • oddział psychiatrii sądowej - 96% (65), • oddział psychiatryczny - 95% (398), • oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 94% (5), • oddział endokrynologiczny - 94% (20), • oddział nefrologiczny dla dzieci - 93% (7). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział chirurgii urazowo - ortopedycznej dla dzieci - 48% (21), • oddział alergologiczny - 48% (20), • oddział intensywnego nadzoru kardiologicznego - 48% (28), • oddział okulistyczny - 45% (56), • oddział chirurgii szczękowo - twarzowej - 40% (14), • oddział rehabilitacji kardiologicznej - 29% (16), • oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie - 3% (0).	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 11 SOR, w tym 2 w Kielcach. W 2023 r. w województwie nie funkcjonował SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Uruchomienie SOR zlokalizowanych w podmiotach realizujących świadczenia dla dzieci.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji

				obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 162 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 2 placówki. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był we wszystkich 14 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 8 powiatach. Oddział dzienny zapewniony był w 3 powiatach (Kielcach, włoszczowskim, sandomierskim). Oddział szpitalny znajdował się w 3 powiatach (Kielcach, kieleckim, sandomierskim)).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.

	7.2.	W 2023 r. ogólne poradnie leczenia uzależnień znajdowały się w każdym powiecie w województwie. Na terenie 5 powiatów (skarżyskiego, staszowskiego, pińczowskiego, kieleckiego i w m. Kielcach) funkcjonowały poradnie leczenia uzależnień od substancji psychoaktywnych. Łącznie ze świadczeń poradni skorzystało 7772 pacjentów. Na terenie 4 powiatów (włoszczowskiego, ostrowieckiego, staszowskiego i m. Kielc) w 2023 znajdowały się oddziały dzienne, wszystkie w specjalizacji uzależnień niescharakteryzowanych. Skorzystało z nich 348 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 4, z podziałem na 1 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu oraz 3 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu ani ogólny. Skorzystało z nich 1 781 pacjentów, z czego 257 w ośrodkach przeznaczonych substancjom psychoaktywnym. Na terenie województwa znajdował się 1 oddział/ośrodek detoksykacji alkoholowej. Łączna liczba pacjentów wynosiła 1 262. Hostele dla uzależnionych od alkoholu znajdowały się w 3 powiatach (m. Kielcach, staszowskim i buskim), a dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w dwóch (m. Kielcach i kieleckim). Z hosteli skorzystało łącznie 203 pacjentów. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 9890 pacjentów, co przekłada się na 846 pacjentów na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 pacjentów na 100 tys. ludności).	Na 4 oddziały/ośrodki leczenia, tylko jeden był dedykowany uzależnieniu od alkoholu, a obsłużył on 1532 pacjentów. Pozostałe 3 ośrodki specjalizowały się z uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, obsługując łącznie 257 pacjentów. Wysokie obciążenie ośrodka może prowadzić do obniżenia poziomu leczenia przez zbyt wysokie obciążenie kadry, ograniczenie dostępności leczenia dla osób chętnych. Na terenie województwa brakowało ośrodka leczenia o charakterze ogólnym oraz o wzmocnionym zabezpieczeniu. W województwie funkcjonował jeden ośrodek detoksykacji, który dedykowany był uzależnionym od alkoholu. Na terenie województwa istnieje 5 hosteli, co wyróżnia się pozytywnie w porównaniu do innych województw.	Weryfikacja obciążenia oddziałów/ośrodków leczenia. Jeden ośrodek leczenia świadczył opiekę dla 5 razy większej grupy niż pozostałe trzy ośrodki. Podjęcie adekwatnych działań, przykładowo zmierzanie do otwarcia dodatkowego ośrodka leczenia uzależnienia od alkoholu w celu zwiększenia dostępu do leczenia. Jeden ośrodek detoksykacji od alkoholu może nie zaspokajać potrzeb mieszkańców na takie świadczenie, należy podjąć działania zmierzające do otwarcia większej ilości takich placówek oraz utworzenia oddziału detoksykacji dedykowanemu uzależnieniom od substancji psychoaktywnych. Utrzymanie istniejących hosteli.

	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 9,8 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 5,3 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6 osób). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 51,5 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 25%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 52,6 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 27%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie 6 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków I poziomu referencyjnego nie było w powiatach: jędrzejowskim, kazimierskim, kieleckim, koneckim, ostrowieckim, pińczowskim, sandomierski oraz staszowskim. Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) znajdowały się na terenie województwa dwa: w m. Kielce i powiecie sandomierskim. Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w m. Kielce). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 26 ośrodków rehabilitacji dziennej (2,23 na 100 tys. ludności, o 1% mniej niż średnio w Polsce), • 14 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,2 na 100 tys. ludności, o 5% mniej niż średnio w Polsce), • 33 ośrodki rehabilitacji domowej (2,82 na 100 tys. ludności, o 87% więcej niż średnio w Polsce), • 124 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (10,61 na 100 tys. ludności, o 57% więcej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 12,67 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 49% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej i stacjonarnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej i stacjonarnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 1 211 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 16% więcej niż średnio w Polsce), • 1 197 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 92% więcej niż średnio w Polsce), • 569 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 117% więcej niż średnio w Polsce), • 8 162 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (na poziomie średniej dla Polski). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 10 176 pacjentów na 100 tys. ludności (o 10% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie wskaźników liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych na poziomie równym lub wyższym, niż średnio w Polsce.	Aktywne monitorowanie wskaźników dot. liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości średnich dla Polski.
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.:	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej,

		• funkcjonowało 5 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,43 ośrodka na 100 tys. ludności; o 35% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej (jedyne województwo w Polsce, w którym nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (jedyne województwo w Polsce, w którym nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowało 5 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,43 ośrodka na 100 tys. ludności; o 49% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	słuchu i mowy oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego.	pacjentów w śpiączce, zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 21 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,8 ośrodka na 100 tys. ludności (o 40% powyżej średniej dla Polski). W 1 z 14 powiatów (7,1%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego. Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 100 (o 16% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 168 na 100 tys. ludności (o 26% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków, liczby łóżek oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 4,3 na 100 tys. ludności (o 5% powyżej średniej dla Polski).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów w opiece długoterminowej w warunkach

		Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 220 na 100 tys. ludności (o 19% powyżej średniej dla Polski).		domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5,6 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 206 (o 8% poniżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 41% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 13 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (1,11 ośrodka na 100 tys. ludności, o 82% więcej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 218,2, co jest zgodne z zaleceniami konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 178 na 100 tys. ludności (o 58% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowały 3 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,26 ośrodka na 100 tys. ludności, o 40% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 91 na 100 tys. ludności (o 199% więcej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji.

	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 19 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,63 ośrodka na 100 tys. ludności, o 4% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 111 na 100 tys. ludności (o 38% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 4,12 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM) i jest 3 najniższym wynikiem w kraju. Obłożenie w przeliczeniu na jeden Zespół Ratownictwa Medycznego w 2023 r. wyniosło ok. 2,3 tys. wezwań, co jest czwartym najwyższym wynikiem wśród wszystkich województw. Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 33% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 13% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności przynajmniej do poziomu średniej krajowej w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej

				resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie świętokrzyskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 87 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • pediatria (o 28 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 24 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych, pediatrii i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie świętokrzyskim wynosiła 421 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 267 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Zastępowalność pokoleniowa wśród kadry pielęgniarskiej zostanie zapewniona.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy podtrzymać pozytywny trend zapewnienia zastępowalności pokoleniowej poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także

				podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 akceleratorów (0,43 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 4 lata. Żaden sprzęt nie posiadał wysokiego priorytetu do wymiany, tj. wiek nie przekroczył 10 lat. Urządzenia znajdują się w powiecie m. Kielce, gdzie średnia liczba procedur wyniosła 1103 na jedno urządzenie.	Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności wartości rekomendowanej przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej.	Zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 12 angiografów (1,03 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, poniżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 7 lat. 2 angiografy (16% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiecie ostrowieckim sprawozdano wykonanie poniżej 10 procedur średnio rocznie na sprzęt. Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. W powiecie koneckim oraz m. Kielce wykonano od 0,5 tys. do 0,75 tys. procedur, a w powiecie pińczowskim od 1,5 tys. do 1,75 tys. procedur. Natomiast najwięcej procedur wykonano w powiecie sandomierskim (od 3,25 tys. do 3,5 tys. procedur). Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 aparaty do brachyterapii (0,26 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 1 aparat (33% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 8 lat. W powiecie m. Kielce znajdują się wszystkie aparaty i średnio wykonały 549 procedur na jedna sztukę sprzętu. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w m. Kielce.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 aparaty ECMO (0,51 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 4 lata. 1 aparat (16% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się w placówkach zlokalizowanych na terenie trzech powiatów: koneckim (1 szt.), staszowskim (2 szt.), m. Kielce (3 szt.). W powiecie m. Kielce wykonano średnio dwie procedury na jedno urządzenie, w pozostałych powiatach nie wykonano procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany.

	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowały się 3 gammakamery (0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 1 aparat (33% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane na terenie powiatu m. Kielce. Wskaźnik liczby procedur na jedno urządzenie wynosił od 4,25 tys. do 4,5 tys. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 mammografów (0,94 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 6 urządzeń (54% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach koneckim, skarżyskim i staszowskim liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie m. Kielce wykonano od 3,5 tys. do 3,75 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Kielce (3 szt.), ostrowieckim (1 szt.), skarżyskim (1 szt.), staszowski (1 szt.). Należy zwrócić uwagę na znaczny odsetek sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany.	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty PET-CT (0,17 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 1 aparat posiadał wysoki priorytet do wymiany tj. osiągnął wiek 12 lat. Urządzenia zlokalizowane w powiecie m. Kielce. Liczba wykonanych procedur na jeden aparat była w przedziale od 4,5 tys. do 4,75 tys. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowały się 22 sztuki rezonansów magnetycznych (1,88 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 7 urządzenia (31% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie starachowickim (4 228), a najwięcej w powiecie staszowskim (9 938), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: buski (1 szt.), m. Kielce (3 szt.), konecki (1 szt.), skarżyski (1 szt.), staszowski (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowało się 267 sztuk aparatów RTG (22,85 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 99 urządzeń (37% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, z wyjątkiem powiatu włoszczowskiego. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 31 tomografów komputerowych (2,65 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 9 urządzeń (29% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 5,25 tys. do 5,5 tys.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana aparatów o wysokim stopniu eksploatacji (priorytetowej wymianie powinny podlegać sprzęty, które osiągnęły wiek co najmniej 12 lat). Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie

		Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur na jedno urządzenie był powiat starachowicki (9 853) oraz pińczowski (876), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: jędrzejowski (1 szt.), m. Kielce (4 szt.), konecki (1 szt.), opatowski (1 szt.), ostrowiecki (1 szt.), sandomierski (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		liczby aparatów w powiatach, w których są one wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 506 aparatów USG (43,3 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. powyżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 282 urządzenia (55% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 14.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa warmińsko-mazurskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa warmińsko-mazurskiego zmniejszy się o 6,5%, a do 2060 r. o 25,3% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest wyższy niż trend ogólnopolski, który przewiduje zmniejszenie liczby ludności o około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,2% do 28%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,7% do 48,1%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 37,6%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak bartoszycki (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -38,5%), kętrzyński (-37,5%) czy braniewski (-34,6%). Powiatem, w którym prognozuje się wzrost liczby ludności do 2035 r., jest powiat olsztyński (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 2,8%). W żadnym z powiatów województwa warmińsko-mazurskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności do 2060 r. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiecie olsztyńskim (-5%), natomiast najbardziej	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania powiatów.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury. Szczególną uwagę należy zwrócić na powiaty najbardziej dotknięte depopulacją, takie jak bartoszycki, kętrzyński, braniewski, w których niezbędne będzie zapewnienie dostępności świadczeń zdrowotnych mimo kurczącej się bazy demograficznej oraz rosnącego

		znaczące ubytki demograficzne dotyczą obszarów peryferyjnych, zwłaszcza w północnej części regionu. Spadek liczby ludności w powiatach jest przede wszystkim wynikiem ogólnej sytuacji demograficznej w Polsce, związanej m.in. ze starzeniem się społeczeństwa i niskim poziomem dzietności. Czynniki takie jak odległość od dużych ośrodków miejskich, w których znajdują się specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ mogą natomiast wpływać na zróżnicowanie intensywności tego procesu w poszczególnych regionach.		odsetka osób w wieku poprodukcyjnym.
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie warmińsko-mazurskim dla mężczyzn wzrosła od 73 lat w 2019 r. do 74 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81,2 lat w 2019 r. do 81,7 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn – w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,8 lat, natomiast na wsi 72,9 lat. Wśród kobiet różnica ta była zdecydowanie mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 81,8 lat, natomiast na obszarach wiejskich 81,4 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in., wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa warmińsko-mazurskiego wyniósł 28 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na ostatnim miejscu w kraju. Wartość ta	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i

		była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 11 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,06, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to dziewiąta najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.	zakresie położnictwa i neonatologii.	neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa warmińsko-mazurskiego. Zapewnienie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo warmińsko-mazurskie skupiało około 3,6% ludności RP (1 358 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 695 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 105 podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie warmińsko-mazurskim w 2023 r. wynosiła 56 osoby na km², i była zdecydowanie niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Olsztyn (1,9 tys. os./km²) czy Elbląg (1,4 tys.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2).

		os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak piski (29 os./km²), węgorzewski (30 os./km²) czy braniewski (31 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Olsztyn, Elbląg) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: piskim, węgorzewskim, braniewskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów

				teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 367 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1]. Na tle kraju współczynnik zgonów z powodu choroby nadciśnieniowej był wyższy – 40 zgonów na 100 tys. mieszkańców województwa (wobec 32 zgonów na 100 tys. mieszkańców kraju).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu z powodu choroby nadciśnieniowej w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia),

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

				m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 266 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 63 zgony na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła prawie 489 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – 76 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka sutka – 56 osób na 100 tys. (poniżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w Polsce (wzrost zapadalności w województwie o 38%, w Polsce o 31%).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności oskrzeli i płuc.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.

[2] Ibidem

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

		Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 46% w województwie, 40% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik zgonów z powodu cukrzycy w województwie w 2023 r. wyniósł 32 osoby na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (26 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu cukrzycy w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. badania poziomu glukozy we krwi).
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 117% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w Polsce o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 2,6 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 74% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w Polsce w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

				miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 189 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 166 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 146 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4,3 tys. osób na 100 tys. ludności (powyżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,5 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa. W szczególności dotyczy to czynników, których wartości plasują się powyżej średniej dla RP oraz odpowiadają za największą utratę liczby lat życia w zdrowiu.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 13% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w Polsce (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 15% (spadek o ok. 2 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (26%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 44% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w Polsce (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 47%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 71%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 401 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 29,5 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 1 tys. do 2 tys. pacjentów (25,2%), od 2 tys. do 3 tys. (21,2%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (14%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 8 tys. do 9 tys. (1%), od 9 tys. do 10 tys. (1,3%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (2,9%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Elbląg, Olsztyn oraz powiecie iławskim. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: elbląskim, działdowskim i szczycieńskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między	Utrzymanie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności powyżej średniej krajowej.	Dostosowanie rozmieszczenia jednostek POZ w województwie do zachodzących zmian demograficznych oraz obserwowanej tendencji wzrostu zapotrzebowania na świadczenia POZ w obszarach miejskich. Wzmacnianie potencjału funkcjonujących placówek oraz poprawa ich dostępności, a także rozwój nowej infrastruktury POZ, uwzględniający aktualne analizy i prognozy demograficzne.

		powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie elbląskim, gdzie wynosi 64%, natomiast najwyższy w Olsztynie, osiągając wartość 105,7%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. W żadnym z powiatów województwa warmińsko-mazurskiego nie prognozuje się wzrostu liczby ludności. Najmniejsze spadki przewiduje się w powiecie olsztyńskim. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak bartoszycki, kętrzyński czy braniewski. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 3,75 tys. osób i była mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W żadnym powiatów nie odnotowywano większej liczby osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie elbląskim (-0,37), olsztyńskim (-0,29) oraz gołdapskim (-0,22).		
	4.2	Średnio 12% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 67,9% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 19,1% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. W 0,7% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Obniżenie odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.

	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1,2 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 87% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 61,9% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 64,7% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 70,1% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 1,5 - 4 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 11 do 13 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 70% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był nieco niższy i wyniósł ok. 69%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była wyższa od średniej krajowej dla obszarów miejskich i wynosiła ok. 6,4 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,9 świadczenia, co było wartością zbliżoną do średniej wartości dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich.	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej. Zapewnienie dostępu do świadczeń POZ na terenach o niskiej gęstości zaludnienia

		Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: oleckim (5,1), elbląskim (5,35) oraz ostródzkim (5,4). Natomiast największe liczby świadczeń przypadające na jednego pacjenta wystąpiły w powiatach: szczycieńskim (6,8), mrągowskim (6,6) oraz nidzickim (6,5).	Dążenie do uzyskania liczby udzielanych świadczeń na pacjenta w powiatach do poziomu średniej krajowej (6,1 świadczeń na pacjenta).	(powiaty piski, węgorzewski, braniewski).
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwowało się w grupie seniorów powyżej 70. r.ż. (ponad 83% z nich aktywnie korzysta z usług POZ). Dodatkowo, to właśnie ta grupa generowała największą liczbę wizyt, często przekraczającą dziewięć rocznie na osobę. Dane te były porównywalne ze wskaźnikami ogólnopolskimi. Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania), I10 (nadciśnienie pierwotne) oraz E11 (cukrzyca typu 2).	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 18% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (powyżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,1% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,9% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 4,2% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni

			objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze chorób wewnętrznych (24%), lekarze medycyny rodzinnej (21,1%), lekarze bez specjalizacji (18%) oraz pediatrzy (15,2%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 25,2 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: elbląskim (3,7 lekarzy), nowomiejskim (9,5), nidzickim (13,1). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności było tylko w 1 powiecie: m. Olsztyn. Średni wiek lekarza w województwie to 57,7 lat (tj. 2,1 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 74,5 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: elbląskim (53,6 pielęgniarki), mrągowskim (56,9), ostródzkim (58,5). Największa liczba w powiatach: gołdapskim (112,6 pielęgniarek) oraz braniewskim (101,9). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 14,1 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 5 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 14,1 położnych), z czego najniższe było w powiatach: m. Olsztyn (9,0)	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		oraz bartoszyckim (11,4), a najwyższe w powiatach: nidzickim (32,8 osób) oraz lidzbarskim (21,0).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 21 powiatach funkcjonowało 28 placówek oferujących świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ) i w porównaniu do sytuacji z 2019 r. wartość ta nie uległa zmianie. Dostęp do świadczeń NiŚOZ zapewniony był we wszystkich powiatach. Średnia dla województwa wynosiła 2,06 ośrodka na 100 tys. ludności i była wyższa od średniej krajowej. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 154,5 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 5,1% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 287, 5 tys., co również stanowi wzrost o 5,9% względem 2022 r. Jest to porównywalne z trendem ogólnopolskim, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie węgorzewskim, wyniosła ona 5,3 tys. Natomiast najwyższą w Olsztynie, 32 tys. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie ełckim, wartość wskaźnika wyniosła 0,14. Natomiast największa w powiecie gołdapskim, 0,4 świadczenia na mieszkańca.	Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa warmińsko-mazurskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 14% powiatów województwa, tj. 3 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w Polsce (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –52% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w Polsce była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Kształtowanie systemu poradni AOS województwa warmińsko-mazurskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grupy powiatów m. Elbląg i pow. elbląskiego oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Olsztyna.	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie warmińsko-mazurskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

				uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Elbląg, Olsztyn) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie8 na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 2500 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2424 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158);	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni kardiologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni:	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: kardiologicznych, hematologicznych, alergologicznych, okulistycznych, kardiochirurgicznych, neurologicznych dla dzieci.

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		• geriatryczną – 70 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1123 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 280 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • hematologicznych – 73 porad (średnia dla RP ogółem – 149 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • alergologicznych – 311 porad (średnia dla RP ogółem – 524 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • okulistycznych – 1303 porad (średnia dla RP ogółem – 1739 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • kardiochirurgicznych – 12 porad (średnia dla RP ogółem – 16 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • neurologicznych dla dzieci – 63 porad (średnia dla RP ogółem – 90 porad); 3 miejsce od końca na tle województw.	hematologicznych, alergologicznych, okulistycznych, kardiochirurgicznych, neurologicznych dla dzieci do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie warmińsko-mazurskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

				omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 40% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie warmińsko-mazurskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: piskiego, węgorzewskiego, braniewskiego.

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562).

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • hematologia – ok. 8% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów); • nefrologia – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • diabetologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • reumatologia – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • geriatria – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: hematologia, nefrologia, reumatologia, geriatria.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • chorób metabolicznych – 330 dni (średnia dla RP ogółem – 120 dni); • chirurgii naczyniowej – 216 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni);	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach:	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym:

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

		• dla osób z autyzmem dziecięcym – 210 dni (średnia dla RP ogółem – 147 dni); • leczenia zeza dla dzieci – 191 dni (średnia dla RP ogółem – 152 dni); • genetycznej dla dzieci – 188 dni (średnia dla RP ogółem – 162 dni)[14].	chorób metabolicznych, chirurgii naczyniowej, dla osób z autyzmem dziecięcym, leczenia zeza dla dzieci, genetycznej dla dzieci.	• wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[14] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla RP [15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2530 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 194 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 27 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji); • kardiologicznych – 902 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2259 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji); Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,9 dnia (odpowiada średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,0 dni (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 5,0 dni (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 13,7 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,6 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności

[15] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• ginekologiczno-położniczych – 2,9 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,1% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,59 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 70% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 3% (poniżej średniej dla RP tj. 16%).	W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie	w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

		• Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 84% (powyżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 48% (poniżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 13% (powyżej średniej dla RP tj. 11%).	standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział psychogeriatryczny - 503% (87), • oddział otolaryngologiczny dla dzieci - 124% (14), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 112% (32), • oddział hematologiczny - 104% (43), • oddział neurologiczny dla dzieci - 102% (23), • oddział okulistyczny dla dzieci - 101% (10), • oddział opieki paliatywnej (w tym dla dzieci) 4180-4181 - 96% (36), • oddział/ośrodek rehabilitacji dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych ze współistniejącymi zaburzeniami psychotycznymi - 96% (15). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział geriatryczny - 49% (28), • oddział położniczo-ginekologiczny - 49% (535),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział otolaryngologiczny - 48% (78), • oddział neonatologiczny - 41% (242), • oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 33% (13), • oddział rehabilitacji neurologicznej dla dzieci - 31% (37), • oddział transplantologiczny - 25% (4), • oddział chirurgii plastycznej - 13% (6), • oddział rehabilitacji pulmonologicznej dla dzieci - 2% (20).		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 11 SOR, w tym 2 w Olsztynie. W 2023 r. w województwie funkcjonował także 1 SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci (w Olsztynie).	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 116 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 2 placówki. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był we wszystkich powiatach województwa. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 5 powiatach (Elblągu, Olsztynie, ełckim, ostródzkim, iławskim). Oddział dzienny zapewniony był w 6 powiatach (Elblągu, Olsztynie, ełckim, węgorzewskim, ostródzkim, iławskim). Oddział szpitalny znajdował się w 6 powiatach (Elblągu, Olsztynie, działdowskim, węgorzewskim, braniewskim, iławskim).	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 3, w powiatach ostródzkim, mrągowskim oraz Elblągu. W województwie nie było żadnej poradni antynikotynowej. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach. Ich liczba wynosiła 19, w większości przypadająca w ilości jednej na powiat, oprócz powiatu ełckiego, gdzie znajdowały się 2 poradnie. W województwie znajdowało się 7 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych, z czego żadna w południowej części województwa. Łącznie ze świadczeń poradni skorzystało 8286 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 7 oddziałów dziennych, z czego 5 specjalizujący się w uzależnieniu od alkoholu oraz 2 od uzależnień niescharakteryzowanych. Nie było żadnego oddziału uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Skorzystało z nich 607	Tylko jeden oddział/ośrodek leczenia miał charakter ogólny, nie funkcjonował żaden ośrodek o wzmocnionym zabezpieczeniu. Na 5 ośrodków detoksykacji, jeden przeznaczony był dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Brak hostelu na terenie województwa ogranicza możliwość korzystania mieszkańców z takich usług lub zmusza ich do wyjazdu do innego województwa.	Zwrócenie większej uwagi na leczenie uzależnień innych alkoholu, zarówno na poziomie poradni, oddziałów dziennych, ośrodków leczenia lub detoksykacji czy hostelu dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Brak świadczeń w takim zakresie może ograniczać podejmowanie leczenia.

		pacjentów, z czego 185 w oddziale dziennym uzależnień niescharakteryzowanych. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 9, z podziałem na 5 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 1 uzależnień ogólny oraz 3 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 1881 pacjentów, najwięcej w ośrodkach alkoholowych. Na terenie województwa znajdowało się 4 placówki w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowej oraz 1 ze specjalizacją detoksykacja od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 2108, z czego 124 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa nie było hostelu. 27 pacjentów skorzystało ze świadczeń hostelu w innym województwie. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 11 tys. pacjentów, co przekłada się na 810 osób na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 7,8 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 4,6 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 56,7 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 32%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne,

		młodzieży wynosił 54,9 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 42%.		wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie 11 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków I poziomu referencyjnego nie było w powiatach: bartoszyckim, działdowskim, elbląskim, lidzbarskim, mrągowskim, nidzickim, nowomiejskim, oleckim, piskim oraz gołdapskim. Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 2 powiatach (m. Olsztyn, powiecie giżyckim). Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w m. Olsztyn). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 36 ośrodków rehabilitacji dziennej (2,65 na 100 tys. ludności, o 17% więcej niż średnio w Polsce), • 21 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,55 na 100 tys. ludności, o 23% więcej niż średnio w Polsce), • 25 ośrodków rehabilitacji domowej (1,84 na 100 tys. ludności, o 22% więcej niż średnio w Polsce), • 97 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (7,14 na 100 tys. ludności, o 5% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na poziomie wyższym, niż średnio w Polsce.	Aktywne monitorowanie wskaźników dot. liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej oraz ambulatoryjnej na 100 tys. ludności w porównaniu do wartości średnich dla Polski.

		Łącznie w województwie funkcjonowało 8,47 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (tyle samo co średnio w Polsce).		
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 906 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 13% mniej niż średnio w Polsce), • 680 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 9% więcej niż średnio w Polsce), • 125 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 52% mniej niż średnio w Polsce), • 7 412 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 9% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 8 393 pacjentów na 100 tys. ludności (o 10% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, domowych i ambulatoryjnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, domowej i ambulatoryjnej.
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r. funkcjonowały 2 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,15 ośrodka na 100 tys. ludności; o 6% mniej niż średnia wartość dla Polski.	Utworzenie dodatkowych ośrodków rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy.
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 17 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1,3 ośrodka na 100 tys. ludności (o 3% poniżej średniej dla Polski). W 7 z 21 powiatów (33,3%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 60 (o 30% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 129 na 100 tys. ludności (o 3% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-

				opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 4,5 na 100 tys. ludności (o 10% powyżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 141 na 100 tys. ludności (o 24% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 6,8 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 263,5 (o 18% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 50% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 6 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,44 ośrodka na 100 tys. ludności, o 28% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 81, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 72 na 100 tys. ludności (o 36% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 11 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,81 ośrodka na 100 tys. ludności, o 88% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w

		korzystających z takich świadczeń wynosiła 30 na 100 tys. ludności (o 1% mniej niż średnio w Polsce).	hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	warunkach ambulatoryjnych. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 26 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,91 ośrodka na 100 tys. ludności, o 22% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 184 na 100 tys. ludności (o 2% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach domowych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków domowych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 33% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 12% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM lub rozważenie dyslokacji ZRM na terenie województwa.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych.

		defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.		Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie warmińsko-mazurskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 59 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • położnictwo i ginekologia (o 22 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych oraz położnictwa i ginekologii).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie warmińsko-mazurskim wynosiła 269 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 292 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na dysproporcję pomiędzy liczbą nowych pracowników medycznych, a liczbą osób potencjalnie opuszczających rynek pracy. Dodatkowo istnieje ryzyko,	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu

		że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.		pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
	12.3	W 2023 r. w województwie warmińsko-mazurskim pracowało 43,1 farmaceutów w przeliczeniu na 100 tys. ludności, co plasowało województwo warmińsko-mazurskie na ostatnim miejscu pod względem liczby pracujących farmaceutów na 100 tys. ludności w województwach.	Należy zwiększyć liczbę farmaceutów.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunku farmacja.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 akceleratorów (0,37 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 5 lat. 2 akceleratory (33% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. W powiecie m. Olsztyn liczba procedur na jedno urządzenie wyniosła od 1 tys. do 1,25 tys., a w m. Elbląg od 1,25 tys. do1,5 tys. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiatach: m. Olsztyn.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności wartości rekomendowanej przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej.	Wymiana akceleratorów o wysokim priorytecie do wymiany. Zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 angiografów (0,81 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, poniżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie

		Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 4 angiografy (36% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. W powiecie iławskim sprawozdano przeprowadzenie poniżej 100 procedur średnio rocznie na urządzenie. W powiecie m. Olsztyn wykonano od 0,5 tys. do 0,75 tys. procedur. W powiatach mrągowskim i ełckim wykonano od 2,25 tys. do 2,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie. Natomiast w powiecie m. Elbląg wykonano najwięcej tj. ok. 4,5 tys. procedur. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty do brachyterapii (0,15 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 2 lata. W powiatach m. Olsztyn wykonano 454 procedury, a w m. Elbląg wykonano 42 procedury, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Zwiększenie wykorzystania obecnie używanych aparatów do brachyterapii w m. Elbląg, które mogłyby wykonywać więcej badań w przeciągu roku.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty ECMO (0,15 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 2 lata. Żadne z urządzeń nie charakteryzuje się wysokim priorytetem do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat.	Sprzęt wykorzystywany jest na umiarkowanym poziomie, co oznacza, że podmioty mogą przyjmować więcej pacjentów.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu.

		Urządzenia znajdowały się w powiecie m. Olsztyn, gdzie sprawozdano 14 procedur średnio na jedno urządzenie, co świadczy o umiarkowanym wykorzystaniu sprzętu.		
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 gammakamer (0,52 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 13 lat. 4 aparaty (57% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane na terenie powiatu m. Olsztyn wykonywały od 1 tys. do 1,25 tys. procedur średnio na jedno urządzenie. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 mammografów (0,52 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 4 lat. 1 urządzenie (14% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur średnio na jedno urządzenie wykonano w powiecie m. Elbląg od 0,25 tys. do 0,5 tys., a najwięcej w m. Olsztyn od 2,75 tys. do 3 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenie o wysokim priorytecie do wymiany znajdowało się w powiecie m. Olsztyn.	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowuje się 1 aparat PET-CT (0,07 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Wiek urządzenia wynosił 2 lata. Urządzenie zlokalizowane w powiecie m. Olsztyn wykonywało od 5 tys. do 5,25 tys. procedur. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 20 rezonansów magnetycznych (1,47 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 7 lat. 5 urządzeń (25% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie nidzickim (1 829), a najwięcej w powiecie ełckim (11 255), co świadczy o nieefektywnym	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Elbląg (3 szt.), ełckim (1 szt.), m. Olsztyn (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowały się 254 sztuki aparatów RTG (18,71 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 110 urządzeń (43% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 37 tomografów komputerowych (2,72 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,0 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 6 lat. 6 urządzeń (16% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 3,75 tys. do 4 tys.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Ze względu na wskaźnik liczby sprzętu na 100 tys. ludności przewyższający medianę dla krajów UE, rekomenduje się zmniejszenie liczby aparatów w powiatach, w których są one

		Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur średnio na jedno urządzenie były powiaty m. Elbląg (10 961) oraz nowomiejski (935), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: ostródzki (1 szt.), m. Olsztyn (3 szt.), m. Elbląg (2 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		wykorzystywane nieefektywnie (poniżej 1,5 tys. procedur średnio rocznie na urządzenie).
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 465 aparatów USG (34,24 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 286 urządzeń (61% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 15.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa wielkopolskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa wielkopolskiego zmniejszy się o 2%, a do 2060 r. o 14,1% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest niższy niż trend ogólnopolski, który przewiduje zmniejszenie liczby ludności o około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 23,2% do 25%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,7% do 48,1%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 37,6%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu, takich jak m. Konin (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -46,5%), m. Kalisz (-32,6%) czy m. Leszno (-32,1%). Powiatami największego prognozowanego wzrostu liczby ludności są: powiat poznański (przewidywany wzrost liczby ludności do 2035 r. to 13,9%, a do 2060 r. 25,8%) oraz powiat leszczyński (wzrost o 8,3% do 2035 r. i 11,3% do 2060 r.). Wskazane powiaty sąsiadują z miastami na prawach powiatu Poznań i Leszno. Do 2060 r. dla miast Poznań i Leszno prognozuje się spadek liczby ludności wynoszący odpowiednio około -22,6% i -32,1%. Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in.	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiatach sąsiadujących z miastami Poznań i Leszno.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatów poznańskiego i leszczyńskiego, dla których przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie wielkopolskim dla mężczyzn wzrosła od 74,3 lat w 2019 r. do 74,8 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81,5 lat w 2019 r. do 81,7 lat w 2023 r. Jednakże wartości te pozostawały na poziomie porównywalnym do średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 75,1 lat, natomiast na wsi 74,3 lat. Wśród kobiet różnica ta była zdecydowanie mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 81,8 lat, natomiast na obszarach wiejskich 81,4 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in., wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa wielkopolskiego wyniósł 34 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 4. miejscu w kraju. Wartość ta była wyższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 11 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,24, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to najwyższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej.

		przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych dorosłych w gminach i powiatach całego województwa wielkopolskiego. Zapewnianie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo wielkopolskie skupiało około 9,3% ludności RP (3 488 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 1 794 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 106, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie wielkopolskim w 2023 r. wynosiła 117 osoby na km² i była nieznacznie niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Poznań (2,1 tys. os./km²), Leszno (1,9 tys. os./km²) czy Kalisz (1,3 tys. os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak złotowski (41 os./km²), czarnkowsko-trzcianecki (46 os./km²) czy międzychodzki (48 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w

				szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Poznań, Leszno, Kalisz) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym. Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: złotowskim, czarnkowsko-trzcianeckim, międzychodzkim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w

				szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.
Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 296 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 280 zgonów na 100 tys. mieszkańców (poniżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy sutka (województwo: 20 zgonów na 100 tys.; Polska: 18 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 487 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3]. Największą zapadalność odnotowano na nowotwór złośliwy sutka – 64 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz raka gruczołu krokowego – 55 osób na 100 tys. (taka sama wartość, jak dla Polski). W porównaniu do sytuacji w kraju, zanotowano również wyższą zapadalność na nowotwory złośliwe skóry – 44 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 42 osoby na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć silniej niż w RP (wzrost zapadalności w województwie o 33%, w RP o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 43% w województwie, 40% w Polsce) oraz dla nowotworu złośliwego skóry (wzrost zapadalności o 41% w województwie, 39% w Polsce).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworu złośliwego sutka w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności sutka i skóry.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe (np. mammografie w kierunku nowotworów złośliwych sutka). Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania dermatoskopowe mieszkańców w kierunku nowotworów złośliwych skóry).

[2] Ibidem

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

	2.3	Współczynnik zgonów z powodu ostrego zawału serca w województwie w 2023 r. wyniósł 37 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (30 osób na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu ostrego zawału serca w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania serca. Prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na grypę w województwie była o 41% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w RP o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 11,7 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 70% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	Działania zwiększające skłonność do szczepień: • Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień. • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach;

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

				• Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 183 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 156 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 140 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności); • wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,3 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,2 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).

	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 6% rocznej populacji kobiet do przebadania i była niższa niż średnia zgłaszalność w RP (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 7% (spadek o ok. 1 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (11%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 50% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to więcej niż średnio w RP (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 59%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 80%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 1019 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 29,21 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności). Największy udział stanowiły placówki POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (18,5%), od 1 tys. do 2 tys. (16%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (14%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 8 tys. do 9 tys. (3%), od 9 tys. do 10 tys. (3,5%) oraz od 7 tys. do 8 tys. (3,8%). Największe placówki POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Poznań. Leszno. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: kościańskim, nowotomyskich i krotoszyńskim.	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne.

		Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie konińskim, gdzie wynosi 71%, natomiast najwyższy w Koninie, osiągając wartość 123%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w powiecie poznańskim i leszczyńskim przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co może wiązać się z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w miastach na prawach powiatu, takich jak m. Konin, m. Kalisz m. Leszno. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,6 tys. osób i była na tym samym poziomie co średnia krajowa (4,6 tys.). W miastach odnotowywano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. W miastach tj. Konin, Leszno, Kalisz, Poznań nadwyżka względna wynosiła od 0,04 do 0,23. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie konińskim (-0,29), leszczyńskim (-0,26) oraz kaliskim (-0,24).		
	4.2	Średnio 14% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 63,7% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 22,5% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. W 0,2% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Obniżenie odsetka świadczeniodawców z liczbą

				deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 3,3 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 90% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 62% zapisanych, • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 62,2% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 67,3% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 1 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o około 10 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.
	4.4	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 71% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był zbliżony i wyniósł 72%. (ww. udziały są wyższe odo średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była wyższa do średniej krajowej (6,1) dla obszarów miejskich i wynosiła 6,4	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich.	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w

		świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 5,99 świadczenia, co jest wartością większą od średniej dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: ostrzeszowskim (5,3), wolsztyńskim (5,34) oraz międzychodzkim (5,4). Natomiast największą liczbę świadczeń przypadające na jednego pacjenta zrealizowano w powiatach: pilskim (7,2), złotowskim (6,8) oraz pleszewskim (6,6).	Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich.	programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej.
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 80. r.ż. (86,4% z nich aktywnie korzystało z usług POZ), z średnia liczbą świadczeń na pacjenta w województwie na poziomie ponad 11 wizyt w ciągu roku (średnia dla Polski: 10 wizyt). Największą liczbę wizyt, 3 mln, generuje grupa wiekowa 61 – 70 lat, co przekładało się na około 7 wizyt na osobę rocznie (średnia ogólnopolska: 7,4). Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania) - 13% udziału procentowego we świadczeniach, I10 (nadciśnienie pierwotne) - 12 udziału, oraz J06 (Ostre zakażenie górnych dróg oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym) - 5%.	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.
	4.6	W 2023 r. 16,6% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 1,5% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 0,75% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u

		Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 5,3% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (25,7%), lekarze chorób wewnętrznych (21,9%), lekarze medycyny rodzinnej (18,4%) oraz pediatrzy (16,2%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 23,7 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: rawickim (12 lekarzy), kolskim (12), leszczyńskim (13). Najwięcej lekarzy na 100 tys. ludności znajdowało się w Kaliszu, Koninie i Poznaniu (powyżej 38 lekarzy). Średni wiek lekarza w województwie to 56,6 lat (tj. 1,1 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 92 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: wrzesińskim (72 pielęgniarki), leszczyńskim (72), wągrowieckim (74). Największa liczba w Koninie (155 pielęgniarek) oraz w powiatach kolskim (121) i gostyńskim (120). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 14,5 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 17 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 14,5 położnych), z czego najniższe było w powiatach:	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		kościańskim (8) oraz kępińskim (9), a najwyższe w Lesznie (32 osób) oraz powiecie słupeckim (28).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 32 powiatach funkcjonowało 43 placówki oferujące świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ). W 3 powiatach, konińskim, kaliskim, leszczyńskim, nie realizowano NiŚOZ. Są to powiaty zlokalizowane około dużych ośrodków miejskich, Leszna, Kalisza i Konina. W każdym z tych miast znajdowała się tylko 1 placówka świadcząca NiŚOZ. W powiecie ostrowskim, gnieźnieńskim i poznańskim znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba ośrodków NiŚOZ przypadających na 100 tys. ludności wynosi średnio w województwie 1,2 (ogólnopolska średnia: 1,5). Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 281 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 4,8% względem poprzedniego roku. Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 478,7 tys., co również stanowi wzrost o 8,9% względem 2022 r. Jest to trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie chodzieskim, wyniosła ona 3,12 tys., jest to 2 najmniejsza wartość w Polsce, natomiast najwyższą w poznaniu, 56,3 tys., 8 wartość w Polsce. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie chodzieskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,07, natomiast największa w powiecie ostrzeszowskim, 0,24 świadczenia na mieszkańca.	Zwiększenie liczby placówek świadczących NiŚOZ w powiatach konińskim, kaliskim, leszczyńskim oraz w sąsiadujących z nimi miastach powiatowych Lesznie, Kaliszu i Koninie. Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	Zapewnienie dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ na poziomie średniej krajowej. Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.

		Biorąc pod uwagę liczbę świadczeń NiŚOZ przypadającą na pacjenta, najmniejsza wartość wystąpiła w powiecie leszczyńskim, 1,4, a największa w wolsztyńskim, 2,3.		
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa wielkopolskiego: • chirurgii ogólnej – 91% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 17% powiatów województwa, tj. 6 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w RP (w 72 powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 94% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –60% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatów: kaliskiego oraz leszczyńskiego w 2023 r. nie była zlokalizowana ani jedna poradnia chirurgii ogólnej lub kardiologiczna. W mieście na prawach powiatu – Kaliszu zlokalizowanych było 9 poradni chirurgii ogólnej oraz 4 kardiologiczne, a w Lesznie – 4 poradnie chirurgii ogólnej oraz 4 kardiologiczne. Ponadto w powiecie konińskim nie była zlokalizowana ani jedna poradnia kardiologiczna, ale w sąsiadującym powiecie m. Konin mieściły się 4 poradnie kardiologiczne.	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie wielkopolskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym.

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		Kształtowanie systemu poradni AOS województwa wielkopolskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grup powiatów: • m. Kalisz i pow. kaliskiego oraz ostrowskiego; • m. Konin i pow. konińskiego; • m. Leszno i pow. leszczyńskiego, oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Poznania.		Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarach powiatów poznańskiego i leszczyńskiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Kalisz, Konin, Leszno, Poznań) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. gorsze (mniejsza liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 2120 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2098 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 38 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1240 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 484 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • gastroenterologicznych – 74 porad (średnia dla RP ogółem – 190 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • endokrynologicznych dla dzieci – 16 porad (średnia dla RP ogółem – 56 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • chorób zakaźnych – 41 porad (średnia dla RP ogółem – 108 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • chirurgii urazowo-ortopedycznej – 1539 porad (średnia dla RP ogółem – 2070 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • urologicznych – 665 porad (średnia dla RP ogółem – 866 porad); 2 miejsce od końca na tle województw.	przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej oraz zwiększenie dostępu do poradni kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie wielkopolskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem	województwa) w poradniach chirurgii ogólnej. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: kardiologicznych, położniczo-ginekologicznych, gastroenterologicznych, endokrynologicznych dla dzieci, chorób zakaźnych, chirurgii urazowo-ortopedycznej, urologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

			województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 35% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: złotowskiego

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562)

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie wielkopolskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	czarnkowsko-trzcianeckiego, międzychodzkiego.
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • diabetologia – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów); • hematologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • endokrynologia – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju);	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w zakresie diabetologii.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu

		• nefrologia – ok. 16% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 14% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • reumatologia – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju).		osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).
	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • endokrynologicznej – 197 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni); • wenerologicznej – 169 dni (średnia dla RP ogółem – 49 dni); • chorób naczyń – 151 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • osteoporozy – 135 dni (średnia dla RP ogółem – 99 dni); • chirurgii naczyniowej – 133 dni (średnia dla RP ogółem – 177 dni)[14].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: endokrynologicznej, wenerologicznej, chorób naczyń, osteoporozy, chirurgii naczyniowej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwołanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[14] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

				realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.
Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2308 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 234 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 33 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacji);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w

[15] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• kardiologicznych – 1290 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 2658 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,5 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,2 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 3,4 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia); • geriatrycznych – 10,4 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 4,4 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,7 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,1% (poniżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,83 na 100 tys. mieszkańców województwa (powyżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców).	od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych	porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim. W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r

		O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych. • Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 74% (poniżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 17% (powyżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 53% (poniżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 45% (poniżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 4% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).	medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim.
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział psychiatryczny dla przewlekle chorych - 103% (61), • oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie - 102% (30), • oddział/ośrodek terapii uzależnienia od alkoholu - 101% (71), • oddział/ośrodek leczenia uzależnień - 100% (388), • oddział niemowlęcy - 100% (30), • oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci - 99% (34),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane oraz rozwój bazy łóżkowej i zapewnienie finansowania oddziałów o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. powyżej 90%. Przy ocenie efektywności danego oddziału

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział rehabilitacji narządu ruchu - 98% (45), • oddział endokrynologiczny - 97% (38), • oddział psychiatrii sądowej - 96% (132), • oddział psychiatryczny - 92% (1012). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział otolaryngologiczny - 49% (228), • oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 49% (19), • oddział pediatryczny - 48% (546), • oddział obserwacyjno-zakaźny - 48% (14), • oddział neonatologiczny - 47% (618), • oddział/ośrodek leczenia zespołów abstynencyjnych po substancjach psychoaktywnych (detoksykacji) - 44% (20), • oddział pulmonologii dla dzieci - 43% (27), • oddział endokrynologiczny dla dzieci - 42% (20), • oddział wieloprofilowy zabiegowy - 40% (92), • oddział toksykologiczny - 39% (21), • oddział neurologiczny dla dzieci - 35% (24), • oddział audiologiczno-foniatryczny - 34% (18), • oddział okulistyczny dla dzieci - 12% (3), • oddział anestezjologii - 0% (2), • oddział dla przewlekle chorych - 0% (4).	odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 25 SOR, w tym 3 w Poznaniu. W 2023 r. w województwie funkcjonował 1 SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci (w Poznaniu).	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Należy zwiększać umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku ukończenia kursów

				postępowania w stanach nagłych. Należy dążyć do równomiernego rozkładu obciążenia Szpitalnych Oddziałów Ratunkowych. Wspieranie rozwoju bazy łóżkowej i zabiegowej - szczególnie w zakresie internistycznym i chirurgicznym - w jednostkach obciążonych największą liczbą przyjęć. Tworzenie mechanizmów przejmowania pacjentów przez szpitale udzielające świadczeń całodobowych z jednoczesną niewielką liczbą przyjęć nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 442 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.

Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż CZP. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 6 placówek. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 32 powiatach. Na terenie powiatów: leszczyńskiego, kaliskiego oraz konińskiego nie było zlokalizowanych poradni. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 11 powiatach (w Poznaniu 2 ZLŚ). Oddział dzienny zapewniony był w 13 powiatach (we Poznaniu 4 oddziały dzienne). Oddział szpitalny znajdował się w 9 powiatach.	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2.	W 2023 r. liczba ogólnych poradni leczenia uzależnień na terenie województwa wynosiła 30. Najwięcej takich poradni znajdowało się w powiecie poznańskim i Poznaniu (łącznie 7). W 11 powiatach nie było takiej placówki. Poradnie uzależnień od alkoholu rozmieszczone były w różnych częściach województwa, jednak nie we wszystkich powiatach. Ich liczba wynosiła 21, z największą koncentracją w powiecie poznańskim i Poznaniu (7 poradni). W województwie znajdowało się 6 poradni uzależnienia od substancji psychoaktywnych, z czego tylko jedna na północ od Poznania (powiat pilski). Łącznie ze świadczeń poradni skorzystało 25 848 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowało się 11 oddziałów dziennych, z czego tylko jeden specjalizujący się w uzależnieniu od substancji psychoaktywnych, znajdujący się w Kaliszu. Skorzystało z nich 797 pacjentów, z czego 18 w oddziale dziennym uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 12, z podziałem na 3 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu, 5 uzależnień ogólny oraz 4 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych.	Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień ogólnych. Brak oddziałów/ośrodków leczenia na południu województwa. W województwie znajduje się jeden hostel, ze specjalizacją dla uzależnionych od alkoholu.	Weryfikacja potrzeby otwarcia ogólnej poradni leczenia uzależnień w powiatach niedysponującym taką placówką Zwiększenie dostępności do opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez współpracę w celu otwarcia nowych poradni leczenia uzależnień ogólnych, szczególnie w powiatach na północ od Poznania. Zabezpieczenie w dostępie do oddziałów/ośrodków leczenia w południowych powiatach.

		Żadna z tych placówek nie znajdowała się na południu województwa. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenia w kategorii o wzmocnionym zabezpieczeniu. Skorzystało z nich 5 210 pacjentów. Na terenie województwa znajdowało się 8 placówek w kategorii oddział/ośrodek detoksykacji ze specjalizacją detoksykacji alkoholowe oraz jedna, w powiecie Kaliskim, z detoksykacją od substancji psychoaktywnych. Łączna liczba pacjentów wynosiła 4 966, z czego 486 skorzystało z ośrodków detoksykacji po substancjach psychoaktywnych. Na terenie województwa znajdował się jeden hostel, z którego skorzystało 65 pacjentów. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 31 590 pacjentów, co przekłada się na 905 osób na 100 tys. ludności (powyżej średniej dla Polski, tj. 716 osób na 100 tys. ludności).		Weryfikacja potrzeby na otwarcie hostelu dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych i podjęcie działań zmierzających do otwarcia takiej placówki w przypadku potwierdzenia potrzeby jej istnienia.
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 8,2 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności małoletniej wyniosła 5,8 (poniżej średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 52,4 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 22%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 50,8 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 12%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.

	7.4	W 2023 r. na terenie 26 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków I poziomu referencyjnego nie było w powiatach: jarocińskim, kaliskim, kępińskim, konińskim, krotoszyńskim, leszczyńskim, rawickim, słupeckim oraz tureckim. Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 11 powiatach (m. Poznań, gnieźnieńskim, m. Kalisz, kolskim, kościańskim, krotoszyńskim, ostrowskim, pilskim, poznańskim, m. Konin, m. Leszno). Na terenie województwa funkcjonowały 2 ośrodki III poziomu referencyjnego (w m. Poznań).	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 68 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,95 na 100 tys. ludności, o 14% mniej niż średnio w Polsce), • 34 ośrodki rehabilitacji stacjonarnej (0,97 na 100 tys. ludności, o 23% mniej niż średnio w Polsce), • 46 ośrodków rehabilitacji domowej (1,32 na 100 tys. ludności, o 13% mniej niż średnio w Polsce), • 212 ośrodków rehabilitacji ambulatoryjnej (6,08 na 100 tys. ludności, o 10% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 7,68 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 10% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.

	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 786 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 25% mniej niż średnio w Polsce), • 508 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 19% mniej niż średnio w Polsce), • 267 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 2% więcej niż średnio w Polsce), • 6 027 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 26% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 7 141 pacjentów na 100 tys. ludności (o 23% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, stacjonarnych i ambulatoryjnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, stacjonarnej i ambulatoryjnej.
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 19 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,54 ośrodka na 100 tys. ludności; o 18% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 13 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,37 ośrodka na 100 tys. ludności; o 30% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowały 4 ośrodki rehabilitacji zaburzeń słuchu i mowy (tj. 0,11 ośrodka na 100 tys. ludności; o 31% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 29 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,83 ośrodka na 100 tys. ludności; o 1% mniej niż średnia wartość dla Polski,	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji, pacjentów w śpiączce, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń słuchu i mowy, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.

		• funkcjonował 1 ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (tj. 0,03 ośrodka na 100 tys. ludności; o 25% mniej niż średnia wartość dla Polski.		
Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 30 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 0,9 ośrodka na 100 tys. ludności (o 33% poniżej średniej dla Polski). W 11 z 35 powiatów (31,4%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 34 (o 60% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 81 na 100 tys. ludności (o 39% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,8 na 100 tys. ludności (o 6% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 151 na 100 tys. ludności (o 19% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 4,5 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 257,8 (o 15% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 41% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

			potencjalnych opiekunów nieformalnych.	
Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowały 23 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,66 ośrodka na 100 tys. ludności, o 8% więcej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 115,5, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 113 na 100 tys. ludności (tyle samo, co średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach stacjonarnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy ośrodków stacjonarnych opieki paliatywnej i hospicyjnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie ośrodki nie funkcjonują.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 10 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,29 ośrodka na 100 tys. ludności, o 33% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 18 na 100 tys. ludności (o 41% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach ambulatoryjnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.

	10.3	Na terenie województwa funkcjonowały 54 ośrodki realizujące świadczenia w warunkach domowych (1,55 ośrodka na 100 tys. ludności, o 1% mniej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 175 na 100 tys. ludności (o 3% mniej niż średnio w Polsce). Nierówności w rozmieszczeniu ośrodków na terenie poszczególnych powiatów są przyczyną problemów z dostępnością do domowej opieki paliatywnej lokalnej ludności, gdzie ze względu na specyfikę świadczeń, ośrodki powinny być blisko miejsca zamieszkania pacjenta. W powiecie czarnkowsko-trzcianeckim (drugim pod względem wielkości w województwie) istnieje tylko jeden ośrodek, co powoduje, że dystans do ośrodka dla niektórych pacjentów jest znaczny. Podobna sytuacja (jeden ośrodek lub brak ośrodków) występuje również w powiecie złotowskim, konińskim i pilskim.	Zwiększenie dostępności do świadczeń w warunkach domowych. W szczególności utworzenie takich ośrodków w powiatach o dużej powierzchni, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych - przede wszystkim w największych powiatach, w których funkcjonował tylko jeden taki ośrodek lub nie funkcjonował ani jeden, tj. czarnkowsko-trzcianeckim, złotowskim, konińskim i pilskim.
Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	W 2023 r. liczba Zespołów Ratownictwa Medycznego przypadająca na 100 tys. ludności województwo wynosiła 3,61 (tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 4,30 ZRM) i jest najniższym wynikiem w kraju. Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 33% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 28% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. Ludności, przynajmniej do poziomu średniej krajowej, w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie

		zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bez przyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie wielkopolskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 166 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 45 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.). Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie wielkopolskim wynosiła 782 osoby. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 753 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na zapewnienie zastępowalności pokoleniowej z niewielką nadwyżką. Dodatkowo istnieje ryzyko, że nie wszyscy z rozpoczynających studia je ukończą lub podejmą prace w zawodzie.	Należy podtrzymać zastępowalność pokoleniową wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku oraz opracowanie systemu wsparcia

				dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest podtrzymanie obecnego pozytywnego trendu zapewnienia zastępowalności pokoleniowej i odmłodzenie kadry pielęgniarskiej.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 11 akceleratorów (0,32 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 8 lat. 3 akceleratory (27% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. W powiecie m. Poznań liczba wykonanych procedur wynosiła od 1 tys. do 1,25 tys., a w powiatach pilskim i m. Kalisz od 1,5 tys. do 1,75 tys. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiatach: m. Kalisz i m. Poznań.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności wartości rekomendowanej przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej.	Wymiana akceleratorów o wysokim priorytecie do wymiany. Zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 34 angiografy (0,97 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, poniżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 11 angiografów (29% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych

		Średnia roczna liczba procedur w województwie przypadająca na urządzenie wynosi 1 tys. – 1,25 tys. Najmniejszą liczbę procedur wykonano w powiecie pleszewskim (od 0,25 tys. do 0,5 tys. procedur średnio rocznie na sprzęt), a największą w powiecie m. Konin (od 2 tys. do 2,5 tys. procedur). Świadczy to o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu. Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		procedur był możliwie jednorodny.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowało się 5 aparatów do brachyterapii (0,14 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 3 aparaty (60% wszystkich w województwie) miał wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 8 lat. Aparaty znajdowały się w powiecie m. Poznań i średnia liczba procedur na aparat wyniosła 870. Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętu znajdującego się w m. Poznań.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do mediany liczby sprzętów na 100 tys. ludności dla krajów UE.	Wymiana sprzętu charakteryzującego się wysokim priorytetem do wymiany. Zakup nowych urządzeń, aż do osiągnięcia wartości mediany liczby urządzeń na 100 tys. ludności dla krajów UE.
	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 6 aparatów ECMO (0,17 na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. 5 aparatów (83% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się w placówkach zlokalizowanych na terenie powiatu m. Poznań. Średnio na urządzenie wykonano 18 procedur.	Należy dążyć wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany.

	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 gammakamer (0,26 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 11 lat. 6 aparatów (66% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane w powiecie pilskim (1 szt.) - liczba wykonanych procedur wyniosła 2254, a w powiecie m. Poznań (8 szt.) wykonano średnio na jedno urządzenie 1799 procedur. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 52 mammografy (1,49 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 14 urządzeń (26% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. W powiatach: czarnkowsko-trzcianeckim, gnieźnieńskim, gostyńskim, grodziskim, kępińskim, międzychodzkim, ostrowskim, szamotulskim, tureckim, wolsztyńskim liczba wykonanych procedur mieściła się w przedziale od 0 do 0,25 tys. W powiecie m. Konin liczba procedur wynosiła od 3,5 tys. do 3,75 tys., co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: czarnkowsko-trzcianeckim (1 szt.), gnieźnieńskim (1 szt.), gostyńskim (1 szt.), m. Kalisz (2 szt.), m. Konin (1 szt.), międzychodzkim (1 szt.), ostrowskim (1 szt.), pilskim (1 szt.), m. Poznań (4 szt.), szamotulski (1 szt.).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		Należy zwrócić uwagę na znaczny odsetek sprzętów o wysokim priorytecie do wymiany. Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdowały się 2 aparaty PET-CT (0,06 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 12 lat. Oba urządzenia zlokalizowane w powiecie m. Poznań posiadają wysoki priorytet do wymiany. Średnia roczna liczba procedur na aparat wynosiła od 8,75 tys. do 9 tys. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy dokupić aparaty, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania (4 tys.) wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 39 rezonansów magnetycznych (1,12 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić dodatkowe urządzenia, aby

		Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 11 urządzeń (34% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie tureckim (171), a najwięcej w powiecie m. Leszno (9 810), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Konin (1 szt.), nowotomyskim (1szt.), pilskim (2 szt.), pleszewskim (1 szt.), m. Poznań (6 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy również dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw UE.	osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowały się 652 sztuki aparatów RTG (18,69 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; poniżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 13 lat. 308 urządzeń (47% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, z wyjątkiem powiatu leszczyńskiego. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach, z wyjątkiem powiatu leszczyńskiego.
	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 71 tomografów komputerowych (2,04 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,03 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.

		Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 19 urządzeń (26% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia liczba procedur w województwie znajdowała się w przedziale od 4,75 tys. do 5 tys. Znacząco odbiegającym powiatem pod względem wykonanych procedur był powiat grodziski (1 675) oraz m. Konin (8 585), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: chodzieskim (1 szt.), gnieźnieński (1 szt.), gostyński (1szt.), grodziski (1 szt.), kolski (1 szt.), kościański (1 szt.), międzychodzki (1 szt.), nowotomyski (1 szt.), ostrzeszowski (1 szt.), pilski (2 szt.) śremski (1 szt.), wągrowiecki (1 szt.), wolsztyński (1 szt.), m. Kalisz (1 szt.), m. Poznań (4 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 1 397 aparatów USG (40,05 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 877 urządzeń (62% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

Załącznik 16.

Wyzwania systemu opieki zdrowotnej i rekomendowane kierunki działań na terenie województwa zachodniopomorskiego

Zakres	Lp.	Informacja / diagnoza	Wyzwanie systemu opieki zdrowotnej	Rekomendowane kierunki działań
Demografia	1.1	Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2035 r. liczba ludności województwa zachodniopomorskiego zmniejszy się o 5,3%, a do 2060 r. o 22,4% (w porównaniu do 2023 r.). Spadek ten jest wyższy niż trend ogólnopolski, który przewiduje zmniejszenie liczby ludności o około 3,8% do 2035 r. i około 17,9% do 2060 r. Następstwem zmian liczby ludności będzie zmiana w strukturze wiekowej mieszkańców województwa. Do 2035 r. udział ludności w wieku poprodukcyjnym wzrośnie z 24,8% do 25%. Z kolei do 2060 r. udział ludności w wieku produkcyjnym spadnie z 58,1% do 48%, natomiast odsetek osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie do 37,8%. Zmiany te będą zróżnicowane w skali województwa – silniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak świdwiński (prognozowany spadek liczby ludności między 2023 a 2060 r. to -34,2%), choszczeński (-33,0%) czy drawski (-32,7%). Powiatem prognozowanego wzrostu liczby ludności jest powiat policki (przewidywany wzrost liczby ludności to 7,3% do 2035 r. oraz 4,5% do 2060 r.). Wskazany powiat sąsiaduje z miastem wojewódzkim Szczecin. Do 2060 r. dla miasta Szczecin prognozuje się spadek liczby ludności wynoszący -19,8%.	Zabezpieczenie rosnącego zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne dla osób starszych wynikające z procesów starzenia się społeczeństwa. Dostosowanie systemu opieki zdrowotnej do prognozowanego procesu wyludniania niektórych powiatów oraz zachodzących procesów napływu ludności w powiecie polickim sąsiadującym z miastem Szczecin.	Rozwój systemu opieki zdrowotnej dostosowanej do potrzeb starzejącej się populacji, w szczególności poprzez rozwój geriatrii, opieki długoterminowej i domowej. Uwzględnianie prognozowanych zmian liczby ludności powiatów w planowaniu lokalizacji placówek ochrony zdrowia (POZ i AOS) oraz alokacji zasobów kadrowych i rozwoju infrastruktury, w szczególności na obszarach powiatu policiego, dla którego przewidywany jest wzrost liczby mieszkańców do 2060 r.

		Jednym z czynników, które potencjalnie mogą wpływać na intensywność procesów demograficznych (spadku i wzrostu liczby ludności) powiatów są: odległość od dużych ośrodków miejskich, w których zlokalizowane są m.in. specjalistyczne ośrodki realizujące świadczenia w ochronie zdrowia oraz lokalny dostęp do świadczeń POZ.		
	1.2	Oczekiwana długość życia w województwie zachodniopomorskim dla mężczyzn wzrosła od 73,6 lat w 2019 r. do 74,1 lat w 2023 r., a dla kobiet od 81,2 lat w 2019 r. do 81,4 lat w 2023 r. Mimo to pozostawała na poziomie niższym od średnich krajowych wynoszących odpowiednio 74,7 i 82,0 lat. Największe zróżnicowanie w zakresie oczekiwanej długości życia pomiędzy mieszkańcami miast a obszarów wiejskich województwa odnotowano w przypadku mężczyzn– w miastach mężczyźni żyli przeciętnie 74,3 lat, natomiast na wsi 73,6 lat. Wśród kobiet różnica ta była zdecydowanie mniejsza, kobiety w mieście charakteryzowały się oczekiwaną dalszą długością życia na poziomie 81,5 lat, natomiast na obszarach wiejskich 81,1 lat. Rozbieżności te, mogą wskazywać na zróżnicowanie warunków życia i dostępu do świadczeń zdrowotnych w zależności od miejsca zamieszkania.	Dążenie do wyrównania długości życia pomiędzy kobietami a mężczyznami oraz mieszkańcami miast i wsi.	Planowanie świadczeń zdrowotnych z uwzględnieniem potrzeb mieszkańców m.in. wynikających z ich wieku. Rozwój systemu opieki zdrowotnej w kierunku opieki nad populacją najstarszą (powyżej 70. r.ż.), w szczególności w zakresie POZ, AOS (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-5.2). Podejmowanie działań z zakresu zdrowia publicznego i promocji zdrowia z uwzględnieniem specyficznych potrzeb zdrowotnych mężczyzn, w szczególności mieszkających na wsi.
	1.3	W 2023 r. współczynnik płodności dla województwa zachodniopomorskiego wyniósł 28 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet w wieku 15-49 lat, co plasowało region na 15. miejscu w kraju. Wartość ta była niższa od średniej krajowej wynoszącej 32 urodzenia żywe na 1 tys. kobiet, a w porównaniu do 2019 r. odnotowano spadek wartości wskaźnika o 9 urodzeń. Równocześnie współczynnik dzietności w regionie wynosił 1,09, przy średniej dla RP na poziomie 1,16. Na tle pozostałych województw była to trzecia najniższa wartość w spośród wszystkich województw. Wskaźnik ten pozostaje znacząco	Dostosowanie profilu placówek ochrony zdrowia do zmniejszających się potrzeb w zakresie położnictwa i neonatologii.	Uwzględnienie w lokalizacji miejsc udzielania świadczeń położniczych i neonatologicznych zmniejszającego się zapotrzebowania na wskazane świadczenia (zmniejszająca się liczba urodzeń) oraz potrzeby zapewniania wysokiej dostępności przestrzennej. Promocja zdrowia reprodukcyjnego i edukacja zdrowotna dla młodych

		poniżej tzw. poziomu zastępowalności pokoleń (około 2,1). Zgodnie z prognozami demograficznymi, do 2060 r. współczynnik dzietności w skali całego kraju ma wzrosnąć do poziomu 1,49, co – mimo przewidywanej poprawy – nadal będzie wartością niewystarczającą do zapewnienia prostego odtwarzania populacji. Przy utrzymującym się trendzie spadkowym współczynników płodności i dzietności dla województwa w kolejnych latach zapotrzebowanie na świadczenia położnicze i neonatologiczne będzie się zmniejszać.		dorosłych w gminach i powiatach całego województwa zachodniopomorskiego. Zapewnienie dostępu do diagnostyki i terapii niepłodności, w tym do procedur wspomaganego rozrodu.
	1.4	W 2023 r. województwo zachodniopomorskie skupiało około 4,3% ludności RP (1 632 tys. mieszkańców), większość mieszkańców stanowiły kobiety – 840 tys. osób, co przekładało się na wskaźnik feminizacji na poziomie 106, podczas gdy średnia dla kraju wynosiła 107. Choć różnica nie była duża, utrzymująca się przewaga liczby kobiet może wskazywać na potrzebę wzmocnienia dostępności do opieki zdrowotnej uwzględniającej potrzeby zdrowia kobiet. Średnia gęstość zaludnienia w województwie zachodniopomorskim w 2023 r. wynosiła 71 osoby na km² i była znacznie niższa od średniej wartości wskaźnika dla kraju (120 os./km²). Gęstość zaludnienia na terenie województwa była zróżnicowana, co przekłada się na konieczność elastycznego podejścia do planowania przestrzennego sieci placówek ochrony zdrowia. Najwyższe wskaźniki gęstości zaludnienia odnotowano w miastach na prawach powiatu, takich jak Szczecin (1,3 tys. os./km²), Koszalin (1 tys. os./km²) czy Świnoujście (193 os./km²), co przemawia za koncentracją rozbudowanych, wielospecjalistycznych jednostek medycznych w tych obszarach. Z kolei powiaty takie jak drawski (30 os./km²), łobeski (31 os./km²) czy choszczeński (34 os./km²) charakteryzowały się bardzo niską gęstością zaludnienia, co mogło utrudniać	Wzmocnienie dostępności do podstawowych i wyspecjalizowanych świadczeń zdrowotnych na obszarach o wysokiej gęstości zaludnienia (w szczególności ośrodki miejskie o charakterze regionalnym i subregionalnym), z jednoczesnym zapewnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych na obszarach o niskiej gęstości zaludnienia. Zapewnienie w powiatach na terenie województwa dostępu do świadczeń dedykowanych potrzebom kobiet.	Dostosowanie infrastruktury i profilu świadczeń zdrowotnych do zróżnicowanej struktury demograficznej oraz przestrzennej województwa, w szczególności w zakresie: POZ, AOS, lecznictwa szpitalnego, opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień, rehabilitacji leczniczej, opieki długoterminowej oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz stomatologicznej (szczegółowe wskazania w rozdziałach 4.1-10.2). Wspieranie reorganizacji i rozwoju opieki w województwie z dostosowaniem do różnic w gęstości zaludnienia i procesów demograficznych, w szczególności wzmacnianie miejskich systemów opieki zdrowotnej w ośrodkach regionalnych i subregionalnych (Szczecin, Koszalin, Świnoujście) poprzez rozbudowę i usprawnianie współpracy między POZ, AOS oraz leczeniem szpitalnym.

		kształtowanie sieci placówek ochrony zdrowia zapewniający wysoki poziom dostępności do świadczeń.		Współdziałanie między poziomami opieki umożliwiające przekierowywanie pacjentów i kontynuację leczenia w ramach lokalnych ośrodków ochrony zdrowia. Wspieranie rozwoju POZ oraz promowanie działań profilaktycznych w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia (w szczególności w powiatach: drawskim, łobeskim, choszczeńskim) poprzez m.in. tworzenie nowych miejsc udzielania podstawowych świadczeń zdrowotnych. Wzmocnienie mobilnych i realizowanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności form świadczeń zdrowotnych, w szczególności w powiatach o niskiej gęstości zaludnienia, na terenie których pacjenci mogą mieć ograniczoną dostępność do świadczeń zdrowotnych. Zwiększanie dostępności do programów profilaktycznych dedykowanych kobietom z zakresu chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem subregionów o wysokim wskaźniku feminizacji.

Epidemiologia i prognoza epidemiologiczna	2.1	W 2023 r. w województwie (podobnie jak w Polsce) najczęstszą przyczyną zgonów były choroby układu krążenia – 401 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, tj. 400 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[1].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu chorób układu krążenia w województwie.	Prowadzenie działań mających na celu niwelowanie ryzyka związanego z przedwczesną śmiercią z powodu chorób układu krążenia, np. kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania (w szczególności układu krążenia), m.in. do brania udziału w programie Moje zdrowie.
	2.2	Drugą najczęściej występującą przyczyną zgonów w województwie w 2023 r. (podobnie jak w Polsce) były choroby nowotworowe – 314 zgonów na 100 tys. mieszkańców (powyżej średniej dla Polski, 290 zgonów na 100 tys. mieszkańców)[2]. W porównaniu sytuacji w zakresie chorób nowotworowych w województwie do RP w 2023 r., więcej osób zmarło na nowotwór złośliwy tchawicy, oskrzela i płuca (województwo: 76 zgonów na 100 tys.; Polska: 59 zgonów na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy trzustki (województwo: 15 zgonów na 100 tys.; Polska: 13 zgonów na 100 tys. mieszkańców). Zapadalność na nowotwory w 2022 r. w województwie wyniosła 486 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 479 osób na 100 tys. mieszkańców)[3].	Zmniejszenie współczynnika zgonów z powodu nowotworów (w szczególności nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuca oraz nowotworu złośliwego trzustki) w województwie. Zmniejszenie wskaźnika zapadalności na nowotwory złośliwe, w szczególności tchawicy, oskrzeli i płuc oraz sutka.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych promujących zdrową dietę oraz regularną aktywność fizyczną. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności na badania przesiewowe oraz prowadzenie kampanii na temat szkodliwości palenia. Promowanie profilaktyki nowotworowej (np. prowadzenie kampanii wspierających badania piersi kobiet w kierunku nowotworów złośliwych sutka).

[1] GUS, Zgony wg przyczyn, https://bdl.stat.gov.pl/bdl/metadane/cechy/3171, dostęp 24.02.2025

[2] Ibidem

[3] KRN, Raporty, https://onkologia.org.pl/pl/raporty, dostęp 24.02.2025

		Największą zapadalność odnotowano na raka sutka – 62 osoby na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 57 osób na 100 tys. mieszkańców) oraz nowotwór złośliwy oskrzela i płuca – 58 osób na 100 tys. (powyżej wartości dla Polski, tj. 55 osób na 100 tys. mieszkańców). Na podstawie prognozy GUS[4], przyjmując założenie o stałym odsetku chorych w grupach wiekowych, oszacowano liczbę osób, które zachorują na nowotwory złośliwe w województwie. Do 2060 r. zapadalność na nowotwory złośliwe w województwie może wzrosnąć tak samo, jak w RP (wzrost zapadalności w województwie o 31%, w RP o 31%). Największy wzrost zapadalności w województwie prognozowany jest dla nowotworu złośliwego oskrzela, płuca i tchawicy (wzrost zapadalności o 40% w województwie, 40% w Polsce).		
	2.3	Współczynnik samobójstw w województwie w 2023 r. wyniósł 15 osób na 100 tys. mieszkańców i był wyższy od współczynnika dla RP (12 osób na 100 tys. mieszkańców). W województwie zmarło również więcej osób z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania niż w RP (województwo: 23 zgony na 100 tys.; Polska: 13 zgonów na 100 tys. mieszkańców).	Zmniejszenie współczynnika samobójstw oraz współczynnika zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w województwie.	Prowadzenie kampanii edukacyjnych na temat zdrowia psychicznego i sposobów walki np. z depresją. Zwiększenie dostępności do kompleksowej opieki psychiatrycznej dla mieszkańców województwa w szczególności poprzez rozwój opieki środowiskowej w CZP.
	2.4	Zachorowalność na wiele chorób zakaźnych wykazuje tendencję wzrostową. Przykładowo według meldunków NIZP PZH – PIB[5] w sezonie epidemicznym 2022/2023 liczba zachorowań na	Zapewnienie odporności populacyjnej poprzez	Działania zwiększające skłonność do szczepień:

[4] GUS, Prognoza ludności na lata 2023-2060, https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2023-2060,11,1.html

[5] NIZP PZH – PIB, Choroby zakaźne i zatrucia w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Ch_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		grypę w województwie była o 27% wyższa niż w sezonie 2018/2019 (w RP o 42%). W 2023 r. w województwie zarejestrowano ponad 3,6 tys. odmów szczepień obowiązkowych (wzrost o 112% w porównaniu do 2019 r.; o 80% w Polsce)[6].	utrzymywanie wysokiego poziomu zaszczepialności. Obniżanie liczby odmów szczepień obowiązkowych w województwie.	• Przeprowadzanie kampanii edukacyjnych dotyczących szczepień, np. w regionalnych i lokalnych mediach; • Organizacja szkoleń wspierających pracowników ochrony zdrowia w zmniejszaniu niechęci do szczepień; • Tworzenie mobilnych punktów szczepień w miejscach publicznych np. w szkołach; • Promocja szczepień prowadzonych w aptekach.
Czynniki ryzyka i profilaktyka	3.1	W 2021 r. w województwie czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na liczbę zgonów wśród mieszkańców były: • wysokie ciśnienie krwi - ok. 183 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 217 osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 156 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 195 osób na 100 tys. ludności); • tytoń – ok. 140 osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 147 osób na 100 tys. ludności).	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na śmiertelność mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.2	W 2021 r. czynnikami ryzyka, które miały największy wpływ na utratę największej liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa były: • tytoń – 4 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 4,2 tys. osób na 100 tys. ludności);	Zmniejszenie wpływu czynników ryzyka (wysokie ciśnienie krwi, ryzyka żywieniowe i tytoń) na utratę liczby lat przeżytych w zdrowiu u mieszkańców województwa.	Intensyfikacja działań mających na celu propagowanie zdrowego stylu życia, upowszechnianie profilaktyki zdrowotnej, a także edukowanie społeczeństwa (w szczególności w zakresie czynników behawioralnych

[6] NIZP PZH – PIB, Szczepienia ochronne w RP w 2023 r., https://wwwold.pzh.gov.pl/oldpage/epimeld/2023/Sz_2023.pdf, dostęp 11.03.2025.

		• wysokie ciśnienie krwi – ok. 3,3 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,8 tys. osób na 100 tys. ludności); • ryzyka żywieniowe – ok. 3,2 tys. osób na 100 tys. ludności (poniżej wartości dla Polski, tj. 3,6 tys. osób na 100 tys. ludności).		skorelowanych ze stylem życia m.in. palenia tytoniu, złych nawyków żywieniowych, alkoholu i braku aktywności fizycznej).
	3.3	W 2023 r. zgłaszalność na badania cytologiczne w ramach programu profilaktyki raka szyjki macicy wyniosła ok. 16% rocznej populacji kobiet do przebadania i była wyższa niż średnia zgłaszalność w RP (ok. 11%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe zmalała w porównaniu do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 18% (spadek o ok. 2 p.p.). Niemniej w porównaniu do zgłaszalności na badania cytologiczne w 2019 r. (26%) nadal pozostaje na niższym poziomie.	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zgłaszalności kobiet na badania oraz podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej.
	3.4	W 2023 r. w ramach programu profilaktyki raka piersi przebadano ok. 43% kobiet z rocznej populacji do przebadania i jest to wartość zbliżona do średniej w RP (ok. 43%). Liczba kobiet zgłaszających się na badanie przesiewowe spadła w stosunku do 2020 r., kiedy wartość ta wynosiła ok. 54%. Wartości te są nadal niższe niż w latach wcześniejszych (w 2019 r. ok. 68%)	Poprawa zgłaszalności kobiet na badania przesiewowe w kierunku raka piersi w ramach programu profilaktycznego. Należy dążyć do jak najwyższej wartości wskaźników dot. zgłaszalności.	Podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworowej, w tym m.in. zwiększających zgłaszalności kobiet na badania mammograficzne.
Podstawowa opieka zdrowotna	4.1	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 399 ośrodków realizujących świadczenia POZ. Opieka POZ zapewniona była we wszystkich powiatach. Średnia liczba ośrodków przypadająca na 100 tys. ludności wynosiła 24,45 (powyżej średniej dla Polski, tj. 22,4 ośrodków na 100 tys. ludności).	Zwiększenie liczby placówek POZ przypadających na 100 tys. ludności do średniej krajowej jako odpowiedź na gęstość zaludnienia w województwie (rozdział 1.4) powyżej średniej krajowej.	Wzmacnianie potencjału istniejących placówek POZ oraz zwiększanie ich dostępności, jak również rozwój nowej infrastruktury POZ w oparciu o aktualne prognozy demograficzne.

		Największy udział stanowiły POZ, do których zapisane było od 2 tys. do 3 tys. pacjentów (25,3%), od 1 tys. do 2 tys. (19,5%) oraz od 3 tys. do 4 tys. (12,8%). Najmniejszy udział w liczbie ośrodków stanowiły POZ z liczbą zapisanych pacjentów na poziomie od 9 tys. do 10 tys. (1,2%), od 7 tys. do 8 tys. (1,8%) oraz od 6 tys. do 7 tys. (3,3%). Największe POZ pod kątem liczby zapisanych pacjentów zlokalizowane były w miastach: Szczecin, Koszalin oraz powiecie goleniowskim. Najmniejsze zaś zlokalizowane były w powiatach: białogardzkim, myśliborskim i gryfińskim. Udział procentowy pacjentów zapisanych do placówek POZ w stosunku do ogólnej liczby ludności różnił się znacząco między powiatami. Najniższy wskaźnik występował w powiecie koszalińskim, gdzie wynosił 58%, natomiast najwyższy w Szczecinie, osiągając wartość 110%. Zgodnie z prognozami demograficznymi (rozdział 1.1), liczba ludności województwa ma stopniowo maleć do 2060 r. Jednak w powiecie policki przewiduje się wzrost liczby mieszkańców, co może wiązać się z potrzebą utworzenia nowych placówek POZ. Najsilniejsze procesy depopulacyjne prognozowane są przede wszystkim w powiatach, takich jak świdwiński, choszczeński czy drawski. W 2023 r. średnia liczba pacjentów przypadających na jednego świadczeniodawcę POZ zbierającego deklaracje wyboru lekarza wynosiła 4,4 tys. osób i była niewiele mniejsza od średniej krajowej (4,6 tys.). W Koszalinie odnotowano relatywnie więcej osób zapisanych na listy aktywne niż wskazywałaby na to demografia GUS. Nadwyżka względna wynosiła od 0,1. Najniższa wartość tego wskaźnika odnotowana została w powiecie koszalińskim (-0,42), policki (-0,27) oraz łobeskim (-0,21).		

	4.2	Średnio 6% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ miało ponad 2500 deklaracji przypadających na jednego lekarza. W 64,5% placówek POZ średnia liczba deklaracji przypadająca na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 1 tys. a 2,5 tys. W 28,7% placówek średnia liczba deklaracji przypadających na jednego lekarza wynosiła pomiędzy 100 a 1 tys. W 0,4% placówek liczba ta wynosiła poniżej 100 deklaracji na lekarza.	Należy dążyć do nieprzekraczania rekomendowanej wartości liczby deklaracji przypadających na jednego lekarza POZ.	Wspieranie wprowadzania zachęt, np. finansowych, socjalnych, udogodnienia dla rodzin lekarzy, dla kadry medycznej, do podjęcia zatrudnienia w placówkach POZ na terenie województwa. Podejmowanie działań mających na celu zwiększanie zatrudnienia kadry medycznej w POZ. Utrzymanie niskiego odsetka świadczeniodawców z liczbą deklaracji na lekarza przekraczającą 2500.
	4.3	W 2023 r. do POZ w województwie było zapisane 1,45 mln pacjentów, co stanowiło niemalże 89% populacji województwa. Aktywność korzystania z usług POZ wśród pacjentów zapisanych na listy aktywne była zróżnicowana w zależności od płci i wieku. W 2023 r. najmniej licznie reprezentowaną grupą osób korzystających z usług POZ byli młodzi mężczyźni w grupie wiekowej: • 19-30 lat – z usług POZ skorzystało 62% zapisanych, • 31-40 lat – z usług POZ skorzystało 63% zapisanych, • 41-50 lat – z usług POZ skorzystało 69% zapisanych. Były to wartości wyższe o około 3 p.p. niż w analogicznych grupach wiekowych w kraju. Kobiety korzystały z usług POZ częściej niż mężczyźni. Dla ww. przedziałów wiekowych ich odsetek był o 11 do 14 p.p. wyższy niż u mężczyzn.	Zachęcanie mieszkańców do wybierania świadczeniodawców POZ w swoim rzeczywistym miejscu zamieszkania. Zwiększanie proaktywnej postawy placówek POZ poprzez kontakt z pacjentem.	Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie zaangażowania świadczeniodawców POZ w aktywne obejmowanie opieką osób, które dotychczas nie korzystają z usług POZ, w tym szczególnie młodych mężczyzn. Zachęcanie pacjentów do udziału w programach profilaktyki zdrowotnej oraz zachęcanie do regularnych wizyt w placówkach POZ, zsynchronizowanych z harmonogramem okresowych badań bilansowych. Zgodnie z założeniami programu “Moje Zdrowie Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej”, badania te powinny być realizowane co 5 lat u osób w wieku 20-49 lat, a co 3 lata u osób powyżej 49 r.ż.

	4.4.	W 2023 r. ze świadczeń w ramach POZ skorzystało ok. 68,8% ogólnej liczby mieszkańców miast zapisanych do placówek POZ. W przypadku mieszkańców obszarów wiejskich odsetek ten był zbliżony i wyniósł ok. 69%. (ww. udziały są zbliżone do średnich krajowych). Średnia liczba świadczeń przypadających na jednego pacjenta w miastach była wyższa do średniej krajowej (6,1) dla obszarów miejskich i wynosiła 6,51 świadczenia per pacjent. Na terenach wiejskich pacjent otrzymywał przeciętnie 6,13 świadczenia, co jest wartością większą od średniej dla RP (tj. 5,8 świadczenia na osobę). Najmniejszą liczbę świadczeń na pacjenta udzielono w powiatach: sławieńskim (5,6), myśliborskim (5,6) oraz Świnoujściu (5,75). Natomiast największą liczbę świadczeń przypadające na jednego pacjenta zrealizowano w powiatach: szczecineckim (7,4) oraz łobeskim (7,3).	Wyrównanie liczby świadczeń POZ przypadających na jednego pacjenta do średniej krajowej na obszarach miejskich oraz wiejskich. Zapewnienie wyrównanego dostępu do świadczeń dla pacjentów zamieszkałych na terenach wiejskich.	Dążenie do zwiększania odsetka osób korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych. Angażowanie pacjentów do wzięcia udziału w programie Moje Zdrowie – Bilans Zdrowia Osoby Dorosłej.
	4.5	Najwyższy odsetek pacjentów korzystających ze świadczeń POZ wśród osób zapisanych obserwuje się w grupie seniorów powyżej 80. r.ż. (85,5% z nich aktywnie korzystało z usług POZ), z średnią liczbą świadczeń na pacjenta w województwie na poziomie ponad 11 wizyt w ciągu roku (średnia dla Polski: 10 wizyt). Największą liczbę wizyt, 1,59 mln, generowała grupa wiekowa 61 – 70 lat, co przekłada się na ponad 8 wizyt na osobę rocznie (średnia ogólnopolska: 7,4). Wśród najczęściej raportowanych rozpoznań dominowały: Z76.0 (wystawianie recept bez badania) - 24% udziału procentowego we świadczeniach, I10 (nadciśnienie pierwotne) - 7,9& udziału, oraz J06 (Ostre zakażenie górnych dróg	Zapewnienie wykwalifikowanej opieki nad pacjentami w wieku podeszłym chorującymi na choroby przewlekłe pozwalającej na efektywne leczenie pacjenta w POZ bez konieczności odsyłania go do AOS.	Podjęcie działań zmierzających do zwiększenia liczby świadczeń udzielanych z zakresu opieki koordynowanej. Model ten jest odpowiednim rozwiązaniem systemowym do opieki nad pacjentem w obszarze wybranych ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych (kardiologiczna, endokrynologiczna, diabetologiczna, pulmonologiczna, nefrologiczna) w ramach POZ bez udziału AOS.

		oddechowych o umiejscowieniu mnogim lub nieokreślonym) - 3,8%.		
	4.6	W 2023 r. 18% świadczeniodawców POZ miało podpisaną umowę na zakres opieki koordynowanej (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 30% ogólnej liczby świadczeniodawców POZ). Ze świadczeń w ramach budżetu powierzonego opieki koordynowanej skorzystało 2,19% pacjentów województwa, a świadczenia te stanowiły 1% wszystkich świadczeń POZ udzielonych w tym województwie. Świadczenia na wszystkich ścieżkach koordynacji (5 ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych) sprawozdawało jedynie 6,5% świadczeniodawców spośród tych udzielających świadczeń z zakresu opieki koordynowanej.	Zwiększenie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej (docelowo objęcie modelem wszystkich placówek POZ), co pozwoli na zaopiekowanie się w POZ pacjentami chorymi przewlekle. Obniżenie liczby skierowań wystawianych przez lekarza POZ do AOS z jednostkami chorobowymi kwalifikującymi do objęcia pacjenta opieką koordynowaną.	Zwiększanie liczby świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres opieki koordynowanej. Zwiększanie liczby ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych u świadczeniodawców z podpisaną umową na zakres świadczeń budżet powierzony opieki koordynowanej. Obniżenie liczby skierowań wystawianych do poradni specjalistycznych i odciążenie AOS.
	4.7	Największy udział wśród lekarzy pracujących w POZ w województwie stanowili lekarze bez specjalizacji (24,4%), lekarze medycyny rodzinnej (23,9%), lekarze chorób wewnętrznych (18,2%) oraz pediatrzy (15,3%). Liczba lekarzy o specjalizacji medycyna rodzinna pracujących w ośrodkach POZ w województwie wynosiła 28,4 lekarza na 100 tys. ludności (poniżej średniej wartości dla Polski, tj. 29,4 lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna). Najmniejsza liczba lekarzy specjalizacji medycyna rodzinna przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: kamieńskim (9 lekarzy), wałeckim (12), sławieńskim (13). Powyżej 45 lekarzy medycyny rodzinnej na 100 tys. ludności	Wyrównanie liczby lekarzy/kadry medycznej ze specjalizacją medycyna rodzinna we wszystkich powiatach w województwie.	Podejmowanie działań mających na celu zachęcenie mieszkańców województwa do kształcenia i pracy w zawodach medycznych związanych z medycyną rodzinną. Wspieranie absolwentów szkół medycznych do podejmowania zatrudnienia, w tym szczególnie na terenach wiejskich oraz w małych miejscowościach.

		obecnych było tylko Szczecinie. Średni wiek lekarza w województwie to 56 lat (tj. 0,5 roku więcej niż średnio w Polsce). Liczba pielęgniarek pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 73 osoby na 100 tys. ludności. Najmniejsza liczba pielęgniarek pracujących w POZ przypadająca na 100 tys. ludności powiatu była w powiatach: pyrzyckim (52 pielęgniarek), sławieńskim (55), koszalińskim (56). Największa liczba w Koszalinie (96 pielęgniarek) oraz w powiatach szczecineckim (95) i świdnickim (90). Liczba położnych pracujących w ośrodkach POZ na terenie województwa wynosiła 14,4 osoby na 100 tys. ludności województwa. Zabezpieczenie w położne pracujące w POZ w 9 powiatach nie przekroczyło średniej wartości w województwie (tj. 14,4 położnych), z czego najniższe było w powiatach: koszalińskim (6) oraz białogardzkim (11), a najwyższe w powiatach: gryfińskim (23 osób) oraz pyrzyckim (22).		
	4.8	W 2023 r. na terenie województwa w 20 powiatach funkcjonowało 28 placówek oferujące świadczenia w ramach nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej (NIŚOZ). W porównaniu do sytuacji z 2019 r. nastąpił spadek o 1 placówkę. Liczba ośrodków NiŚOZ przypadających na 100 tys. ludności wynosi średnio w województwie 1,7 (ogólnopolska średnia: 1,5). W powiecie koszalińskim nie realizowano NiŚOZ. W Koszalinie i w powiecie stargardzkim znajdował się mniej niż 1 ośrodek świadczący NiŚOZ na 100 tysięcy mieszkańców. W większości powiatów znajdował się tylko jeden ośrodek świadczący NiŚOZ. Liczba pacjentów NiŚOZ wyniosła 186 tys. w 2023 r., jest to wzrost o 5,5% względem poprzedniego roku.	W powiecie koszalińskim nie było placówki świadczącej NiŚOZ, a w Koszalinie była tylko jedna taka placówka. Konieczne jest utrzymanie tendencji wzrostowej otwierania miejsc udzielania świadczeń w ramach NiŚOZ. Specyfika NiŚOZ, polegająca na świadczeniu pomocy w godzinach nocnych i dniach świątecznych, wymaga zapewniania dostępu do tego typu opieki we wszystkich powiatach, w liczbie ośrodków	Zapewnienie minimalnej dostępności do miejsc realizacji NiŚOZ (minimum 1 miejsce realizacji świadczeń NiŚOZ w każdym powiecie). Monitorowanie dostępności pacjentów do lekarza POZ, poprzez sprawdzanie czasu oczekiwania na wizytę, liczby pacjentów przypisanych do lekarza POZ, możliwości odbycia wizyty niedaleko miejsca zamieszkania, szczególnie w okresach o zwiększonej zachorowalności. Ławy dostęp do lekarza rodzinnego, w krótkim czasie od rozpoczęcia choroby, spowoduje brak konieczności zastępowania takiej wizyty

		Liczba świadczeń w NiŚOZ wyniosła 310,9 tys., co również stanowi wzrost o 8,8% względem 2022 r. Jest to trend ogólnopolski, gdzie zarówno liczba pacjentów i liczba świadczeń wzrosły rok do roku, odpowiednio o 4% i o 6%. Najmniejszą liczbę świadczeń NiŚOZ odnotowano w powiecie łobeskim, wyniosła ona 5,5 tys., natomiast najwyższą we Szczecinie, 65,9 tys., 5 wartość w Polsce. Najmniejsza liczba świadczeń przypadająca na mieszkańca wystąpiła w powiecie drawskim, wartość wskaźnika wyniosła 0,12, natomiast największa w powiecie myśliborskim, 0,31 świadczenia na mieszkańca. Biorąc pod uwagę liczbę świadczeń NiŚOZ przypadającą na pacjenta, najmniejsza wartość wystąpiła w powiecie stargardzkim, 1,42, a największa w świdwińskim, 2,3.	zapewniającej możliwość uzyskania szybkiej pomocy.	poprzez świadczenia w godzinach nocnych i dniach świątecznych w ramach NiŚOZ. Prowadzenie kampanii edukacyjnych mających na celu rozwijania świadomości, w jakich przypadkach można udać się do NiŚOZ, zamiast na SOR.
Ambulatoryjna opieka specjalistyczna	5.1	W 2023 r. poradnie: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologiczne, geriatryczne, kardiologiczne oraz onkologiczne[7] były zlokalizowane w następującym odsetku powiatów województwa zachodniopomorskiego: • chirurgii ogólnej – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 96% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • położniczo-ginekologiczna – 100% powiatów województwa (dla porównania, w 99% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • geriatryczna – 14% powiatów województwa, tj. 3 powiaty (dla porównania, w 19% powiatów w RP (w 72	Utrzymanie dostępności (minimum 1 poradnia w 1 powiecie) do poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych i kardiologicznych. Tworzenie nowych poradni w powiatach, których nie funkcjonowały ww. poradnie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie zachodniopomorskim niekorzystne procesy	Zapewnienie minimum 1 poradni: kardiologicznej, położniczo-ginekologicznej, chirurgii ogólnej w każdym powiecie województwa. Wzmocnienie wojewódzkiej AOS poprzez lokalizację nowych poradni geriatrycznych, onkologicznych oraz rozwój istniejących poradni zajmujących się diagnostyką i leczeniem nowotworów w funkcjonujących ośrodkach onkologicznych. Powstawanie nowych i rozszerzanie potencjału istniejących poradni onkologicznych powinno być spójne z założeniami KSO i być

[7] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		powiatach) była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • kardiologiczna – 95% powiatów województwa (dla porównania, w 95% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju); • onkologiczna –38% powiatów województwa (dla porównania, w 59% powiatów w RP była zlokalizowana przynajmniej 1 poradnia tego rodzaju). Na terenie powiatu koszalińskiego sąsiadującego z powiatem m. Koszalin nie była zlokalizowana w 2023 r. ani jedna poradnia kardiologiczna. W powiecie m. Koszalin były zlokalizowane 4 poradnie kardiologiczne. Kształtowanie systemu poradni AOS województwa zachodnio-pomorskiego powinno uwzględniać, że mieszkańcy powiatów i gmin sąsiadujących z dużymi ośrodkami miejskimi migrują do nich w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. W szczególności dotyczy to grupy powiatów m. Koszalin i pow. Koszalińskiego oraz gmin wchodzących w skład Miejskiego Obszaru Funkcjonalnego Szczecina.	demograficzne (rozdział 1.1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do zwiększenia liczby poradni geriatrycznych i onkologicznych.	adekwatne do prognozowanego wzrostu liczby pacjentów onkologicznych oraz do trendu zwiększania zakresu świadczeń realizowanych w trybie ambulatoryjnym. Układ przestrzenny wyżej wskazanych oraz pozostałych rodzajów poradni AOS należy dostosować do potrzeb pacjentów wynikających z uwarunkowań demograficznych i epidemiologicznych. Ze względu na prognozy demograficzne kluczowym jest zwiększenie liczby poradni AOS na obszarze powiatu polickiego. Ze względu na zwiększone prawdopodobieństwo migracji pacjentów do ośrodków ochrony zdrowia zlokalizowanych w miastach o charakterze subregionalnym i regionalnym szczególną uwagą należy objąć zabezpieczanie placówek AOS zlokalizowanych w miastach na prawach powiatu (Koszalin, Szczecin, Świnoujście) oraz w powiatach przy granicy województwa.
	5.2	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do porad w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznej, geriatrycznej, kardiologicznej oraz onkologicznej łącznie[8] na terenie województwa było w 2023 r. lepsze (większa liczba porad przypadająca na 10 tys. mieszkańców) w porównaniu do średniej dla Polski, rozumianej jako średniej wartości	Zachowanie minimum dotychczasowego poziomu dostępności (rozumianej jako liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców	Utrzymanie dotychczasowego poziomu dostępności (liczba porad przypadających na 10 tys. mieszkańców województwa) w poradniach: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych.

[8] Poniższe wskaźniki uwzględniają dane z poradni dla dzieci.

		wskaźników wojewódzkich (przyjęte podejście analityczne w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS). Liczba porad przypadająca na 10 tysięcy mieszkańców w podziale na wybrane poradnie: • chirurgii ogólnej – 2293 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 1964); • położniczo-ginekologiczną – 2421 porad (co było powyżej średniej dla RP tj. 2158); • geriatryczną – 64 porad na 10 tys. mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat (co było poniżej średniej dla RP tj. 79 na 10 tysięcy mieszkańców w wieku 60 lub więcej lat); • kardiologiczną – 1511 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 1555); • onkologiczną – 433 porad (co było poniżej średniej dla RP tj. 490). Na tle innych województw łączna liczba porad udzielonych w poradniach innych niż ww. które również były zlokalizowane we wszystkich województwach, na 10 tys. mieszkańców najniższa pozycja rankingowa[9] dotyczyła poradni: • chorób płuc – 12 porad (średnia dla RP ogółem – 189 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • alergologicznych dla dzieci – 21 porad (średnia dla RP ogółem – 175 porad); 1 miejsce od końca na tle województw; • neurologicznych dla dzieci – 59 porad (średnia dla RP ogółem – 90 porad); 2 miejsce od końca na tle województw;	województwa) w ramach poradni: chirurgii ogólnej, położniczo-ginekologicznych oraz zwiększenie dostępu do poradni kardiologicznych minimum do poziomu wartości średniej krajowej. Ponadto zwiększenie poziomu dostępności do porad w ramach poradni: chorób płuc, alergologicznych dla dzieci, neurologicznych dla dzieci, reumatologicznych, neurologicznych do poziomu średniej krajowej. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie zachodniopomorskim niekorzystne procesy demograficzne (rozdział 1) i epidemiologiczne (rozdziały 2.2 i 2.3), priorytetem województwa jest dążenie do wzmocnienia dostępności do porad w ramach poradni geriatrycznych i onkologicznych.	Zwiększenie dostępności do porad w poradniach: kardiologicznych, chorób płuc, alergologicznych dla dzieci, neurologicznych dla dzieci, reumatologicznych, neurologicznych. Zwiększenie dostępności do porad w poradniach onkologicznych oraz geriatrycznych. Działanie powinno uwzględniać rekomendacje z rozdziału 5.1 dotyczące zwiększenia liczby poszczególnych rodzajów poradni specjalistycznych oraz może obejmować działania dodatkowe zwiększające dostępność pacjentów do porad, w ramach już istniejących poradni, w tym poprzez: • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad, • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta.

[9] Pozycja w rankingu została określona przez szeregowanie województw w poszczególnych rodzajach poradni AOS w oparciu o wartość wskaźnika. Województwa uszeregowano w kolejności od województwa o największej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (1. miejsce w rankingu) do województwa o najmniejszej liczbie porad na 10 tys. mieszkańców (16. miejsce w rankingu).

		• reumatologicznych – 208 porad (średnia dla RP ogółem – 386 porad); 2 miejsce od końca na tle województw; • neurologicznych – 983 porad (średnia dla RP ogółem – 1293 porad); 2 miejsce od końca na tle województw.		
	5.3	Zgodnie z *rozporządzeniem Ministra Zdrowia*[10] jednym ze wskaźników opisujących sytuację AOS w zakresie jakości realizowanych świadczeń jest odsetek porad udzielanych w formie teleporady. W 2024 r. odsetek świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa, którzy nie realizowali świadczeń w formie teleporad wyniósł 36% [11] (średnia dla RP ogółem – 31% ogólnej liczby świadczeniodawców)[12].	Podnoszenie jakości oferowanych świadczeń zdrowotnych przez świadczeniodawców działających na terenie województwa m.in. poprzez zapewnienie możliwości udzielania porad za pośrednictwem systemów teleinformatycznych w formie teleporady. Docelowo, każdy świadczeniodawca działający na terenie województwa powinien zapewniać taką możliwość świadczenia usług w swojej ofercie. Ze względu na zachodzące w Polsce, w tym województwie zachodnio-pomorskim niekorzystne procesy depopulacyjne oraz mając na względzie ograniczoną mobilność osób starszych	Podejmowanie działań wspierających wdrażanie przez świadczeniodawców AOS działających na terenie województwa świadczeń medycznych z wykorzystaniem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności. W szczególności na terenie powiatów o niskiej gęstości zaludnienia, tj.: drawskiego, łobeskiego, choszczeńskiego.

[10] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 kwietnia 2025 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 562)

[11] Opracowane w oparciu o wskaźniki jakości opieki zdrowotnej: https://www.nfz.gov.pl/bip/wskazniki-jakosci-opieki-zdrowotnej/

[12] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

			priorytetem w województwie jest zwiększenie dostępności do porad udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, w szczególności na obszarze powiatów o niskiej gęstości zaludnienia (rozdział 1).	
	5.4	W 2023 r. zakresami świadczeń realizowanych w ramach AOS na terenie województwa o najmniejszym odsetku pacjentów pierwszorazowych były m.in.: • diabetologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów (udział dla RP ogółem – ok. 10% ogólnej liczby pacjentów); • endokrynologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • hematologia – ok. 11% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 9% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • geriatria – ok. 12% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 17% ogólnej liczby pacjentów w kraju); • reumatologia – ok. 13% ogólnej liczby pacjentów w województwie (udział dla RP ogółem – ok. 15% ogólnej liczby pacjentów w kraju).	Zwiększenie udziału pacjentów pierwszorazowych w zakresach świadczeń realizowanych na terenie województwa do średniego udziału dla Polski, w tym w szczególności w wymienionych poniżej zakresach: endokrynologia, geriatria, reumatologia.	Poprawa dostępności do świadczeń zdrowotnych dla pacjentów pierwszorazowych. Podejmowanie działań wspierających zwiększanie udziału pacjentów pierwszorazowych w placówkach AOS funkcjonujących na terenie województwa, w celu osiągniecia przez świadczeniodawców poziomu mediany kraju dla świadczeń specjalistycznych pierwszorazowych w danym zakresie (w zgodzie z wytycznymi obowiązującego Zarządzenia Prezesa NFZ).

	5.5	W 2023 r. najdłuższy średni czas oczekiwania na wizytę w ramach poradni specjalistycznych funkcjonujących na terenie województwa[13] dotyczył poradni: • neurochirurgicznej – 343 dni (średnia dla RP ogółem – 218 dni); • chorób naczyń – 280 dni (średnia dla RP ogółem – 170 dni); • chorób metabolicznych – 249 dni (średnia dla RP ogółem – 120 dni); • gastroenterologicznej dla dzieci – 245 dni (średnia dla RP ogółem – 88 dni); • endokrynologicznej – 231 dni (średnia dla RP ogółem – 190 dni)[14].	Zmniejszenie czasu oczekiwania pacjentów na świadczenia w ramach poradni AOS działających na terenie województwa, w szczególności o najdłuższym czasie oczekiwania na wizytę, tj. w poradniach: neurochirurgicznej, chorób naczyń, chorób metabolicznych, gastroenterologicznej dla dzieci, endokrynologicznej.	Podejmowanie działań zwiększających dostępność mieszkańców do poradni specjalistycznych poprzez skrócenie czasu oczekiwania, w tym: • wdrożenie rozwiązań wspierających odwoływanie przez pacjentów umówionych wizyt lekarskich; • priorytetyzacja przez świadczeniodawców wizyt pacjentów pierwszorazowych; • zapewnienie kadry medycznej danej specjalności, która będzie realizowała lub wspierała realizację wybranych rodzajów porad; • wdrażanie nowych form świadczeń zdrowotnych, udzielanych za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności, zwłaszcza w przypadku kolejnych porad (związanych np. z omówieniem wyników badania), na wyraźne życzenie pacjenta. •

[13] Na podstawie danych NFZ (według stanu na 31 marca 2023 r.)

[14] Wartość średniej dla RP rozumiana jest jako średnia wartość wskaźników wojewódzkich, zgodnie z przyjętym podejściem analitycznym w konstrukcji wskaźników ogólnopolskich dla AOS

Leczenie szpitalne	6.1.	Zabezpieczenie województwa w zakresie dostępu do leczenia szpitalnego można mierzyć liczbą hospitalizacji oraz średnim czasem hospitalizacji. W analizie za podstawowe oddziały szpitalne uznano oddziały: chirurgii ogólnej, chirurgii onkologicznej, geriatryczne, kardiologiczne i ginekologiczno-położnicze i oba wskaźniki porównano do średniej dla Polski[15] (według stanu na 2023 r.). Liczba hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie przypadająca na 100 tys. mieszkańców: • chirurgii ogólnej – 2183 hospitalizacji (powyżej średniej dla RP tj. 2166 hospitalizacji); • chirurgii onkologicznej – 354 hospitalizacje (powyżej średniej dla RP tj. 286 hospitalizacji); • geriatrycznych – 26 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj. 85 hospitalizacje); • kardiologicznych – 955 hospitalizacji (poniżej średniej dla RP tj.1350 hospitalizacji); • ginekologiczno-położniczych – 1482 hospitalizacje (poniżej średniej dla RP tj. 1940 hospitalizacji). Średni czas hospitalizacji w województwie w leczeniu szpitalnym wyniósł 2,5 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,9 dnia). Średni czas hospitalizacji na wybranych oddziałach szpitalnych w województwie w porównaniu do średniej dla Polski: • chirurgii ogólnej – 4,4 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 4,3 dnia); • chirurgii onkologicznej – 4,0 dni (powyżej średniej dla RP tj. 3,9 dnia);	Istotnym wyzwaniem w ramach leczenia szpitalnego staje się efektywne i bardzo racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i sprzętowych, co powinno wiązać się ze skracaniem czasu i liczby hospitalizacji. Zapewnienie kompleksowego leczenia pacjentów w zakresie leczenia szpitalnego co powinno wiązać się z jak najniższym odsetkiem rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji. Zapewnienie równego dostępu pacjentów do leczenia onkologicznego w ramach ośrodków SOLO w województwie. W ramach leczenia onkologicznego dotyczącego zakresu: programów lekowych, chemioterapii i radioterapii dążenie do najwyższego udziału świadczeń	Ograniczanie liczby dni hospitalizacji dla świadczeń możliwych do realizacji w AOS oraz skrócenie średniego czasu trwania hospitalizacji, oraz zwiększenie liczby hospitalizacji w trybie jednego dnia. W celu zapewnienia kompleksowości leczenia w leczeniu szpitalnym podejmowanie działań mających na celu obniżenia wskaźnika rehospitalizacji z tej samej przyczyny w ciągu 30 dni od zakończenia hospitalizacji w porównaniu z rokiem poprzednim. Podejmowanie działań mających na celu utrzymanie takiej struktury ośrodków SOLO, która pozwoli na zapewnienie równego dostępu do ośrodków onkologicznych, gwarantującej kompleksowe leczenie onkologiczne pacjentom. Podejmowanie działań mających na celu zwiększenie udziału realizacji świadczeń w trybie ambulatoryjnym w szczególności w ramach leczenia onkologicznego, dotyczącego programów lekowych, chemioterapii i radioterapii w porównaniu z rokiem poprzednim.

[15] Wartość średnia dla RP została policzona jako wartość średnia wskaźnika obliczonego dla poszczególnych województw

		• geriatrycznych – 12,8 dnia (powyżej średniej dla RP tj. 10,1 dnia); • kardiologicznych – 3,9 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 4,2 dnia); • ginekologiczno-położniczych – 2,4 dnia (poniżej średniej dla RP tj. 2,8 dnia). Mając na względzie kompleksowość opieki jaką daje leczenie szpitalne wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji powinien być jak najniższy[16]. • Wskaźnik częstości rehospitalizacji z tej samej przyczyny, w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji wyniósł w województwie 1,6% (powyżej średniej dla RP tj. 1,4%). O dostępności do leczenia onkologicznego świadczy liczba ośrodków zakwalifikowanych do SOLO w ramach Krajowej Sieci Onkologicznej na 100 tys. mieszkańców. • Liczba ośrodków SOLO na I, II i III poziomie w województwie wynosi 0,68 na 100 tys. mieszkańców województwa (poniżej średniej dla RP tj. 0,77 ośrodków na 100 tys. mieszkańców). O efektywnej organizacji i realizacji świadczeń w ramach leczenia szpitalnego świadczą wskaźniki odnoszące się do udziału trybu ambulatoryjnego w ramach chemioterapii i radioterapii oraz programów lekowych.	realizowanych w trybie ambulatoryjnym. W odniesieniu do standardów opieki okołoporodowej bardzo ważnym wyzwaniem jest zapewnienie poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku częstości stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu 35% udziału zgodnie z zarządzeniem Prezesa NFZ[17]. Wprowadzając zmiany w modelu finansowania świadczeń związanych z porodem zakończonym drogami natury NFZ miał na względzie konieczność promowania efektywnej i	W celu spełnienia przez świadczeniodawców standardów opieki okołoporodowej podejmowanie działań skutkujących zapewnieniem poziomu cięć cesarskich zgodnego z uzasadnionymi wskazaniami medycznymi. Natomiast w przypadku stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury zwiększanie tej częstości do poziomu wyższego w porównaniu z rokiem poprzednim. Dążenie do obniżenia odsetka cięć cesarskich do poziomu średniej krajowej.

[16] Odsetek pacjentów, którzy byli hospitalizowani z innego powodu niż nowotwór, poród i połóg i w ciągu 30 dni od daty zakończenia hospitalizacji byli rehospitalizowani do tego samego lub innego szpitala z tej samej przyczyny w trybie innym niż planowy, Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 kwietnia 2025 r.

[17] Zarządzenie nr 53/2024/DSOZ Prezesa NFZ z dnia 29 maja 2024 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne

		• Odsetek wizyt w trybie ambulatoryjnym zrealizowanych w ramach programów lekowych wyniósł 85% (powyżej średniej dla RP tj. 79%). • Odsetek liczby podań chemioterapii udzielanej w trybie ambulatoryjnym wyniósł 4% (poniżej średniej dla RP tj. 16%). • Odsetek liczby/świadczeń radioterapii udzielanych w trybie ambulatoryjnym wyniósł 70% (poniżej średniej dla RP tj. 78%). Wskaźniki określające realizowanie standardów opieki okołoporodowej to: • częstość wykonywania cięć cesarskich, który wyniósł 52% (powyżej średniej dla RP tj. 50%); • częstość stosowania znieczuleń zewnątrzoponowych lub w przypadkach uzasadnionych medycznie znieczuleń podpajęczynówkowych w porodach drogami natury, który wyniósł 4% (poniżej średniej dla RP tj. 11%).	bezpiecznej opieki okołoporodowej zgodnej z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej[18].	
	6.2	Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych jest większe niż 90% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział transplantacji szpiku - 126% (7), • oddział leczenia zaburzeń nerwicowych - 117% (24), • oddział rehabilitacji narządu ruchu - 102% (11), • oddział psychiatrii sądowej - 101% (40), • oddział psychiatryczny - 101% (371), • oddział chirurgii naczyniowej - 100% (30), • oddział transplantologiczny - 100% (30), • oddział psychiatryczny dla chorych somatycznie - 99% (20), • oddział hematologiczny - 94% (50),	Dostosowanie liczby łóżek na oddziałach (w szczególności o wysokim wskaźniku obłożenia, tj. większym niż 90% oraz niskim, tj. mniejszym niż 50%) w celu zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do świadczeń.	Przekształcenie łóżek, które są nieefektywnie wykorzystywane. Przy ocenie efektywności danego oddziału należy uwzględnić specyfikę leczenia prowadzonego na danym oddziale, średni czas pobytu pacjenta na oddziale, czas oczekiwania na przyjęcie oraz inne czynniki, które mogą mieć wpływ na sytuację.

[18] Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 sierpnia 2018 r. w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (Dz. U. z 2023 r. poz. 1324)

		• oddział/ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych - 93% (273), • oddział psychiatryczny dla dzieci - 93% (36), • oddział rehabilitacyjny - 93% (396), • oddział endokrynologiczny - 91% (31). Oddziały, na których obłożenie łóżek szpitalnych było mniejsze niż 50% (w nawiasie ujęto liczbę łóżek na oddziale) to: • oddział położniczo-ginekologiczny - 49% (464), • oddział obserwacyjno-zakaźny dla dzieci - 44% (9), • oddział neonatologiczny - 41% (304), • oddział chirurgiczny dla dzieci - 40% (35), • oddział kardiochirurgiczny - 40% (37), • oddział kardiologiczny dla dzieci - 35% (15), • oddział obserwacyjno-zakaźny - 33% (20), • oddział oparzeń (dziecięcy) - 33% (7), • oddział okulistyczny - 27% (114), • oddział anestezjologii i intensywnej terapii dla dzieci - 20% (24), • oddział okulistyczny dla dzieci - 19% (15).		
	6.3.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 8 SOR, w tym 2 w Szczecinie. W 2023 r. w województwie funkcjonował 1 SOR zlokalizowany w podmiocie realizującym świadczenia dla dzieci.	Zwiększenie dostępności świadczeń dedykowanych dzieciom znajdującym się w stanie nagłego zagrożenia życia i zdrowia na terenie całego województwa.	Wzmocnienie działalności ośrodków specjalistycznych przeznaczonych do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej dzieciom, posiadających SOR. Zwiększenie umiejętności personelu medycznego SOR przy postępowaniu z dziećmi w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego poprzez egzekwowanie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego, w tym obowiązku

				ukończenia kursów postępowania w stanach nagłych.
	6.4.	Świadczenia udzielane na SOR są również związane z przypadkami, gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być zabezpieczeni w ramach POZ i AOS. W województwie w 2023 r. SOR udzieliły ponad 212 tys. świadczeń.	Zmniejszenie liczby świadczeń udzielanych na SOR gdzie stan nagłego zagrożenia życia i zdrowia nie występuje, a pacjenci, których te sytuacje dotyczą, powinni być przyjęci w ramach POZ, NiŚOZ i AOS (zwiększenie roli POZ, NiŚOZ i AOS w leczeniu pacjentów w razie nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia).	Należy dążyć do wsparcia świadczeń POZ i AOS oraz NiŚOZ, tak aby odciążyć SOR z udzielania świadczeń pacjentom, którzy nie znajdują się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. W tym kontekście wskazane jest też edukowanie pacjentów, gdzie powinni zgłaszać się po pomoc. Dotyczy to zarówno SOR, jak i wezwań ZRM.
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	7.1.	W 2023 r. na terenie województwa realizowany był pilotaż Centrów Zdrowia Psychicznego. W porównaniu z 2019 r. liczba funkcjonujących ośrodków CZP na terenie województwa zwiększyła się o 4 placówki. Dostęp do opieki psychiatrycznej dla dorosłych w ramach poradni (w CZP lub poza nimi) zapewniony był w 18 powiatach. Zespół leczenia środowiskowego zapewniony był w 9 powiatach (w powiecie drawskim 2 ZLŚ). Oddział dzienny zapewniony był w 10 powiatach. Oddział szpitalny znajdował się w 8 powiatach.	Zapewnienie równego dostępu do kompleksowej opieki psychiatrycznej mieszkańcom całego województwa, w szczególności do form leczenia innych niż psychiatryczne oddziały stacjonarne.	Utrzymanie trendu zwiększania liczby funkcjonujących CZP w zależności od potrzeb społecznych zgodnie z wytycznymi NFZ.
	7.2	W 2023 r. ogólne poradnie leczenia uzależnień dostępne były w 3 powiatach: myśliborskim, goleniowskim, kołobrzeskim. Powiaty te znajdują się w zachodniej lub północnej części	Zapewnienie równego dostępu do poradni leczenia uzależnień, szczególnie na południowym wschodzie województwa.	Zwiększenie dostępności do opieki dedykowanej uzależnieniom innym niż od alkoholu, poprzez współpracę w celu otwarcia nowych poradni leczenia

		województwa. Południowo-wschodni obszar województwa nie dysponował ani jedną poradnia ogólną uzależnień. Poradnie uzależnień od alkoholu obejmowały cały obszar województwa poza 4 powiatami: kamieńskim, stargardzkim, myśliborskim oraz koszalińskim, w przypadku, którego poradnia znajdowała się w sąsiadującym mieście Koszalin. Poradnie uzależnienia od substancji psychoaktywnych znajdowały się tylko w 3 miastach na prawach powiatu: Szczecinie, Świnoujściu i Koszalinie, obejmując, podobnie jak poradnie uzależnień ogólne, wyłącznie północno-zachodnią stronę województwa. Z wszystkich poradni skorzystało łącznie 9 405 pacjentów. W województwie w 2023 znajdowały się 4 oddziały dzienne, wszystkie w specjalizacji uzależnienia od alkoholu (Szczecin, Świnoujście, Koszalin, powiat szczecinecki). Nie był dostępny żaden oddział w specjalizacji uzależnienia od substancji psychoaktywnych lub niescharakteryzowanych. Z oddziałów dziennych skorzystało 555 pacjentów. Łączna liczba placówek w kategorii oddziałów/ośrodków leczenia wynosiła 10, z podziałem na 4 w specjalizacji uzależnienia od alkoholu oraz 6 ze specjalizacją uzależnienia od substancji psychoaktywnych. Żadna z tych placówek nie znajdowała się na południu województwa. W 2023 nie funkcjonowała żadna placówka w kategorii oddział/ośrodek leczenie w kategorii uzależnień (ogólny) lub o wzmocnionym zabezpieczeniu. Łącznie z funkcjonujących ośrodków skorzystało 1958 pacjentów. Na terenie województwa znajdowały się dwie placówki w kategorii oddział/ ośrodek detoksykacji, oba ze specjalizacją	Jedynie dwa ośrodki detoksykacji alkoholowej oraz brak placówki specjalizującej się w detoksykacji od substancji psychoaktywnych. Brak hostelu na terenie województwa powoduje konieczność korzystania ze świadczeń w innych województwach. Liczba pacjentów korzystających z hostelu w 2023 wynosiła 28, jednak zapotrzebowanie może być większe. Oddziały/ośrodki leczenia znajdowały się na północy województwa.	uzależnień ogólnych, szczególnie w powiatach na południu i wschodzie województwa. Zabezpieczenie w dostępie do oddziałów/ośrodków leczenia w południowych powiatach. Weryfikacja potrzeby na otwarcie hostelu na terenie województwa i podjęcie działań zmierzających do otwarcia takiej placówki w przypadku potwierdzenia potrzeby jej istnienia.

		detoksykacji alkoholowej, w Szczecinie oraz powiecie szczecineckim. Żadna placówka nie świadczyła świadczeń z tej kategorii w specjalizacji detoksykacji od substancji psychoaktywnych lub ogólnej. Ze świadczeń w ośrodku detoksykacji skorzystało 558 pacjentów. Na terenie województwa nie znajdowała się żadna placówka w kategorii hostel. Z tego powodu 28 pacjentów skorzystało ze świadczenia hostelu w innych województwach. W 2023 r. liczba dorosłych pacjentów w województwie korzystających z leczenia uzależnień (we wszystkich dostępnych formach leczenia) wynosiła 11 180 pacjentów, co przekłada się na 685 pacjentów na 100 tys. ludności (poniżej średniej dla Polski, tj. 716 pacjentów na 100 tys. ludności).		
	7.3	W 2023 r. liczba lekarzy psychiatrów na 100 tys. ludności wyniosła 10,6 osób (poniżej średniej dla Polski, tj. 11,0 osób). Wartość wskaźnika liczby lekarzy psychiatrów dzieci i młodzieży na 100 tys. ludności wyniosła 6,5 bliski średniej dla Polski, tj. 6,6). Średni wiek lekarza psychiatrii wynosił 51,6 lat, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii województwa wyniósł ok. 16%. Średni wiek lekarza psychiatrii dzieci i młodzieży wynosił 53,5 lata, udział lekarzy w wieku emerytalnym w ogólnej liczbie lekarzy psychiatrii dzieci i młodzieży województwa wynosił ok. 26%.	Zwiększenie dostępności kadr w opiece psychiatrycznej oraz psychiatrycznej dzieci i młodzieży.	Wprowadzanie zachęt finansowych, socjalnych, udogodnień dla lekarzy i ich rodzin mających na celu zachęcenie lekarzy do podjęcia zatrudnienia na terenie województwa. Wsparcie ośrodków kształcących kadry medyczne, wzmacnianie potencjału dydaktyczno-organizacyjnego jednostek prowadzących kształcenie przed- i podyplomowe.
	7.4	W 2023 r. na terenie 11 powiatów województwa funkcjonował Zespół/Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci Młodzieży (I poziom referencyjny). Ośrodków poziomu referencyjnego nie było w powiatach: choszczeńskim, gryfickim, gryfińskim, kamieńskim,	Koordynacja opieki pomiędzy placówkami na trzech poziomach referencyjnych, zapewnienie dzieciom i młodzieży województwa	Wsparcie NFZ w zakresie niezbędnym do zapewnienia dostępu do opieki psychiatrycznej dzieci i młodzieży zgodnego z aktualnymi wytycznymi.

		polickim, pyrzyckim, sławieńskim, świdwińskim, łobeskim, m. Świnoujście. Centra Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży (II poziom referencyjny) występowały w 2 powiatach (m. Szczecin oraz m. Koszalin). Na terenie województwa funkcjonował 1 ośrodek III poziomu referencyjnego (w m. Szczecin). Poza placówkami na I, II i III poziomie referencyjnym funkcjonowały także poradnie i oddziały dla dzieci i młodzieży rozliczane na zasadach sprzed reformy.	równego dostępu do opieki na wszystkich poziomach. Zapewnianie opieki psychiatrycznej i psychologicznej blisko miejsca zamieszkania pacjenta oraz jej koordynacja ze środowiskiem szkolnym i rodzinnym.	
Rehabilitacja medyczna	8.1	Na terenie województwa funkcjonowało: • 28 ośrodków rehabilitacji dziennej (1,72 na 100 tys. ludności, o 24% mniej niż średnio w Polsce), • 20 ośrodków rehabilitacji stacjonarnej (1,23 na 100 tys. ludności, o 2% mniej niż średnio w Polsce), • 19 ośrodków rehabilitacji domowej (1,16 na 100 tys. ludności, o 23% mniej niż średnio w Polsce), • 73 ośrodki rehabilitacji ambulatoryjnej (4,47 na 100 tys. ludności, o 34% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie w województwie funkcjonowało 6,37 ośrodka rehabilitacji na 100 tys. ludności (o 25% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie liczby ośrodków rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej, w tym w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało.
	8.2.	W 2023 r. ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało: • 697 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki dziennej (o 33% mniej niż średnio w Polsce), • 548 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki stacjonarnej (o 12% mniej niż średnio w Polsce),	Zwiększenie wskaźnika liczby pacjentów korzystających z rehabilitacji w warunkach dziennych, stacjonarnych, domowych i ambulatoryjnych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń rehabilitacji dziennej, stacjonarnej, domowej i ambulatoryjnej.

		• 186 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki domowej (o 29% mniej niż średnio w Polsce), • 6 022 pacjentów na 100 tys. ludności w ramach opieki ambulatoryjnej (o 26% mniej niż średnio w Polsce). Łącznie ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w ramach NFZ na terenie województwa skorzystało 6895 pacjentów na 100 tys. ludności (o 26% mniej niż średnio w Polsce).		
	8.3	Na terenie województwa w 2023 r.: • funkcjonowało 10 ośrodków rehabilitacji kardiologicznej (tj. 0,61 ośrodka na 100 tys. ludności; o 8% mniej niż średnia wartość dla Polski, • funkcjonowało 7 ośrodków rehabilitacji neurologicznej (tj. 0,43 ośrodka na 100 tys. ludności; o 19% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pulmonologicznej (jedyne województwo w Polsce, w którym nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji pacjentów w śpiączce (jedno z 10 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków), • funkcjonowało 8 ośrodków rehabilitacji zaburzeń wieku rozwojowego (tj. 0,49 ośrodka na 100 tys. ludności; o 42% mniej niż średnia wartość dla Polski, • nie funkcjonował ani jeden ośrodek rehabilitacji zaburzeń wzroku (jedno z 9 województw w Polsce, w których nie było zlokalizowanych takich ośrodków).	Utworzenie pierwszego w województwie ośrodka rehabilitacji pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce oraz zaburzeń wzroku, a także dodatkowych ośrodków rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej oraz zaburzeń wieku rozwojowego	Wspieranie rozwoju ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie rehabilitacji kardiologicznej, neurologicznej, pulmonologicznej, pacjentów w śpiączce, zaburzeń wieku rozwojowego oraz zaburzeń wzroku.

Opieka długoterminowa	9.1.	W 2023 r. na terenie województwa funkcjonowało 17 zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych, czyli 1 ośrodek na 100 tys. ludności (o 19% poniżej średniej dla Polski). W 9 z 21 powiatów (42,9%) nie było ani jednego ośrodka stacjonarnego (powyżej odsetka dla Polski, tj. 21,6%). Liczba łóżek na 100 tys. ludności wynosiła 68 (o 21% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w ośrodkach stacjonarnych wynosiła 105 na 100 tys. ludności (o 21% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych. Zmniejszenie liczby tzw. białych plam (powiatów, w których nie są udzielane świadczenia opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych).	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach stacjonarnych, w szczególności w powiatach, w których takie ośrodki nie funkcjonują lub jest ich mało. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i opiekuńczo-leczniczych.
	9.2	Liczba ośrodków udzielających świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych w województwie wynosiła 3,6 na 100 tys. ludności (o 11% poniżej średniej dla Polski). Liczba pacjentów korzystających ze świadczeń w takich ośrodkach wynosiła 155 na 100 tys. ludności (o 16% poniżej średniej dla Polski).	Zwiększenie dostępności do świadczeń oraz liczby pacjentów korzystających z opieki długoterminowej w warunkach domowych.	Wspieranie rozwoju ośrodków świadczących usługi w zakresie opieki długoterminowej w warunkach domowych. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych.
	9.3	W związku z prognozowanymi zmianami demograficznymi odsetek ludności w wieku 65 lat i więcej w liczbie ludności ogółem w województwie ma wzrosnąć o 5 p.p. do 2040 r. w odniesieniu do 2023 r. (powyżej średniej zmiany odsetka dla Polski, tj. o 4,5 p.p.). Współczynnik pielęgnacyjny w województwie wynosił 241,4 (o 8% powyżej wartości dla Polski) i zgodnie z prognozą ma obniżyć się o 46% do 2040 r.	Potrzeba zaspokojenia rosnących potrzeb na świadczenia pielęgnacyjno-opiekuńcze związanych ze zmianami demograficznymi i prognozowanym zmniejszeniem liczby potencjalnych opiekunów nieformalnych.	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki długoterminowej w warunkach domowych i stacjonarnych.

Opieka paliatywna i hospicyjna	10.1	Na terenie województwa funkcjonowało 7 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach stacjonarnych (0,43 ośrodka na 100 tys. ludności, o 30% mniej niż średnio w Polsce). Liczba łóżek na 1 mln ludności wynosiła 91,3, co nie spełnia zaleceń konsultanta krajowego w dziedzinie medycyny paliatywnej (minimum 130 łóżek na 1 mln ludności). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 70 na 100 tys. ludności (o 38% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.	Wspieranie rozwoju bazy ośrodków ochrony zdrowia świadczących usługi w zakresie opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych z uwzględnieniem ich równomiernej alokacji. Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach stacjonarnych.
	10.2	Na terenie województwa funkcjonowało 7 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach ambulatoryjnych (0,43 ośrodka na 100 tys. ludności - tyle samo, co średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 42 na 100 tys. ludności (o 38% więcej niż średnio w Polsce).	Utrzymanie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach ambulatoryjnych.	Utrzymanie wartości wskaźników dot. liczby ośrodków oraz liczby pacjentów korzystających ze świadczeń w warunkach ambulatoryjnych na 100 tys. ludności na poziomie lub powyżej wartości średnich dla Polski. Rozwój bazy poradni medycyny paliatywnej, w szczególności w powiatach, w których obecnie takie poradnie nie funkcjonują.
	10.3	Na terenie województwa funkcjonowało 27 ośrodków realizujących świadczenia w warunkach domowych (1,65 ośrodka na 100 tys. ludności, o 5% więcej niż średnio w Polsce). Liczba pacjentów korzystających z takich świadczeń wynosiła 131 na 100 tys. ludności (o 27% mniej niż średnio w Polsce).	Zwiększenie dostępności do świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych.	Zwiększenie liczby realizowanych świadczeń opieki paliatywnej i hospicyjnej w warunkach domowych. Rozwój bazy hospicjów domowych dla dorosłych stosownie do aktualnych potrzeb, w szczególności w powiatach, w których dostępność jest ograniczona.

Państwowe Ratownictwo Medyczne	11.1	Dla zdarzeń poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 20 minut dotyczył 36% wezwań oraz w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców, czas dojazdu Zespołów Ratownictwa Medycznego powyżej 15 minut dotyczył 21% wezwań.	Dążenie do czasów dotarcia ZRM wskazanych w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2025 r. poz. 91, z późn. zm.) oraz usprawnienie ratowniczych działań medycznych w przypadku wystąpienia zagrożenia zdrowia i życia pacjentów.	Zwiększanie liczby ZRM na 100 tys. ludności, przynajmniej do poziomu średniej krajowej, w celu skrócenia czasów dotarcia oraz zmniejszenia średniego obłożenia ZRM.
	11.2	Według Europejskiej Rady Resuscytacji w przypadku nagłego zatrzymania krążenia, podjęcie resuscytacji krążeniowo oddechowej przez świadków zdarzenia, zwłaszcza przy użyciu automatycznego defibrylatora zewnętrznego (AED), znacznie zwiększa szanse pacjenta na przeżycie.	Zwiększenie świadomości i rozpowszechnianie edukacji społeczeństwa w zakresie pierwszej pomocy.	Zwiększenie liczby urządzeń AED na terenie województwa, w szczególności zapewnienie AED na terenach ogólnodostępnych. Wprowadzenie powszechnej edukacji i treningów w zakresie udzielania pierwszej pomocy przedmedycznej, a w szczególności przeprowadzania bezprzyrządowej resuscytacji krążeniowo-oddechowej.
Kadry	12.1	W 2023 r. największe potrzeby w zakresie liczby miejsc specjalizacyjnych w województwie zachodniopomorskim, biorąc pod uwagę zastępowalność pokoleniową, czyli różnicę pomiędzy liczbą lekarzy, którzy odbywają szkolenie specjalizacyjne, a liczbą lekarzy specjalistów, którzy osiągną wiek emerytalny, odnotowywało się w dziedzinach: • choroby wewnętrzne (o 69 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2028 r.); • chirurgia ogólna (o 18 lekarzy więcej osiągnie wiek emerytalny niż wejdzie na rynek pracy do 2029 r.).	Dążenie do zapewnienia wymienialności pokoleniowej kadry medycznej w dziedzinach najbardziej deficytowych (głównie w zakresie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej).	Tworzenie zachęt do wyboru specjalizacji deficytowych, w celu osiągnięcia w perspektywie kilku lat zastępowalności pokoleń w dziedzinach o znaczeniu priorytetowym wymienionych w diagnozie. Należy zachęcać specjalistów do podjęcia zatrudnienia w regionach deficytowych.

		Zbyt mała liczba specjalizantów ww. dziedzinach uniemożliwia wykształcenie odpowiedniej liczby specjalistów niezbędnej do zachowania wymienialności pokoleniowej i odpowiadającej na potrzeby zdrowotne ludności w województwie.		
	12.2	W 2023 r. liczba studentów rozpoczynających I semestr studiów I stopnia na kierunku pielęgniarstwo w województwie zachodniopomorskim wynosiła 228 osób. W 2026 r., tj. roku planowanego zakończenia studiów i rozpoczęcia pracy przez absolwentów, 314 pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny. Wskazuje to na istotną dysproporcję pomiędzy liczbą nowych pracowników medycznych, a liczbą osób potencjalnie opuszczających rynek pracy.	Należy dążyć do zastępowalności pokoleniowej wśród kadry pielęgniarskiej.	Należy zwiększyć liczbę studentów na kierunkach pielęgniarstwo poprzez stworzenie programu motywującego absolwentów szkół średnich do podjęcia nauki na tym kierunku. Opracowanie systemu wsparcia dla pielęgniarek w podjęciu pracy w zawodzie (w szczególności w regionach deficytowych), a także podjęcie działań motywujących do powrotu do zawodu osób, które z niego zrezygnowały. Celem działania jest zapewnienie zastępowalności pokoleniowej w zawodzie.
Sprzęt medyczny	13.1	W 2023 r. w województwie znajdowało się 7 akceleratorów (0,43 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; wskaźnik rekomendowany przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej wynosi 0,5 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek akceleratora wynosił 6 lat. 2 akceleratory (18% wszystkich akceleratorów w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. W powiecie m. Koszalin (2 szt.) wykonano 1 623 procedury (średnio na jedno urządzenie), a w m. Szczecin (5 szt.) wykonano 20 606 procedur (średnio na jedno urządzenie), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności wartości rekomendowanej przez Europejskie Towarzystwo Radioterapii Onkologicznej.	Wymiana akceleratorów o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu medycznego. Zakup dodatkowych urządzeń, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.

		Należy zwrócić uwagę na wysoki priorytet do wymiany sprzętów znajdujących się w powiecie m. Koszalin.		
	13.2	W 2023 r. w województwie znajdowało się 15 angiografów (0,92 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności, poniżej średniej dla Polski, tj. 1,17 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 10 lat. 4 angiografy (26% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Średnia roczna liczba procedur w województwie, przypadająca na urządzenie wynosiła ok. 1,3 tys. Powiatem, w którym wykonano najmniej procedur był powiat drawski (od 0,75 tys. do 1 tys. procedur). Największą liczbę procedur średnio rocznie na sprzęt wykonano w m. Koszalin (od 1,5 tys. do 1,75 tys.). Angiografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany oraz do optymalizacji wykorzystania już posiadanego sprzętu.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.3	W 2023 r. w województwie znajdowały się 4 aparaty do brachyterapii (0,25 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,2 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 3 urządzenia (75% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Aparaty znajdują się w powiecie m. Koszalin i m. Szczecin, gdzie średnia liczba wykonanych procedur na jedno urządzenie wyniosła 552.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany.

	13.4	W 2023 r. w województwie znajdowało się 8 aparatów ECMO (0,49 na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 0,31 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lata. 3 urządzenia (37% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany tj. wiek sprzętu wynosił ponad 10 lat. Urządzenia znajdowały się w powiecie m. Szczecin, gdzie sprawozdano 5 procedur średnio na jedno urządzenie.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania posiadanego sprzętu.	Ze względu na niskie wykorzystanie sprzętu oraz liczbę aparatów na 100 tys. mieszkańców, przewyższającą średnią dla Polski, nie rekomenduje się utrzymania dotychczasowej liczby urządzeń.
	13.5	W 2023 r. w województwie znajdowało się 9 gammakamer (0,55 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 8 lat. 2 aparaty (22% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Gammakamery zlokalizowane na terenie powiatu m. Koszalin (2 szt.) wykonały średnio 2 035 procedur na jedno urządzenie i m. Szczecin (7 szt.) wykonały średnio na jedno urządzenie 2 736 procedur. Gammakamery o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2,5-5 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do osiągnięcia mediany dla krajów UE liczby sprzętów na 100 tys. ludności.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.6	W 2023 r. w województwie znajdowało się 17 mammografów (1,04 sztuki sprzętu na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,68 na 100 tys. ludności). Średni wiek urządzenia wynosił 9 lat. 10 urządzeń (59% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany.	Należy dążyć do osiągnięcia wartości referencyjnej wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności oraz do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.

		Najmniej procedur średnio na jedno urządzenie wykonano w powiecie białogardzkim i kołobrzeskim - 0 procedur, a najwięcej w m. Szczecin od 4,25 tys. do 4,5 tys. procedur, co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenie o wysokim priorytecie do wymiany znajdowało się w powiatach: białogardzkim (1 szt.), gryfickim (1 szt.), gryfiński (1 szt.), kołobrzeski (1 szt.), m. Szczecin (4 szt.), szczeciński (2 szt.). Mammografy o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 3,5-7 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 9 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 10 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Należy również zwiększyć liczbę sprzętów, by osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.7	W 2023 r. w województwie znajdował się 1 aparat PET-CT (0,06 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 0,15 na 100 tys. ludności). Wiek urządzenia wynosił 10 lata. Urządzenie zlokalizowane w powiecie m. Szczecin wykonywało od 6,5 tys. do 6,75 tys. procedur. Aparaty PET-CT o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	W zidentyfikowanych przypadkach należy podjąć działania w celu wymiany/ zakupu dodatkowego sprzętu w podmiotach leczniczych. Sprzęt należy zakupić w powiatach, w których znajdują się pracownie medycyny nuklearnej. Ze względu na wskaźnik mediany w krajach UE przedstawiony w diagnozie, jak również na obciążenie sprzętu procedurami, należy zwiększyć liczbę aparatów, aby liczba procedur na sprzęt spadła poniżej progu intensywnego wykorzystania sprzętu (4 tys.), wyznaczonego przez Europejskie Towarzystwo Radiologiczne.
	13.8	W 2023 r. w województwie znajdowało się 19 rezonansów magnetycznych (1,16 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 1,47 na 100 tys. ludności).	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany oraz w zidentyfikowanych przypadkach zakupić dodatkowe

		Średni wiek sprzętu wynosił 8 lat. 4 urządzenia (21% wszystkich w województwie) miały wysoki priorytet do wymiany. Najmniej procedur wykonywano w powiecie wałeckim (2 305), a najwięcej w powiecie gryfickim (7 855), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: kołobrzeskim (1 szt.), m. Koszalin (1 szt.), m. Szczecin (1 szt.), szczecinecki (1 szt.). Rezonanse magnetyczne o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 4-8 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany. Należy dążyć do zwiększenia wskaźnika na 100 tys. ludności do mediany państw EU.	urządzenia, aby osiągnąć wartość referencyjną wskaźnika liczby sprzętów na 100 tys. ludności.
	13.9	W 2023 r. w województwie znajdowały się 342 sztuki aparatów RTG (20,96 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności; powyżej średniej dla Polski, tj. 20,19 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 12 lat. 146 urządzeń (43% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa, oprócz powiatu łobeskiego. Aparaty RTG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat, bądź wykonały 6,5-13 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 12 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 14 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany we wszystkich powiatach, oprócz powiatu łobeskiego.

	13.10	W 2023 r. w województwie znajdowało się 31 tomografów komputerowych (1,9 na 100 tys. ludności; mediana dla krajów UE wynosi 2,0 na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 6 lat. 6 urządzeń (19% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Najwięcej procedur wykonano w powiecie gryfickim (11 387), a najmniej w powiecie myśliborskim (512), co świadczy o nieefektywnym wykorzystaniu sprzętu (urządzenia o mniejszej liczbie wykonanych procedur mogłyby wykonywać ich więcej). Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się w powiatach: m. Koszalin (2 szt.), m. Szczecin (2 szt.), szczecinecki (1 szt.), wałecki (1 szt.). Tomografy komputerowe o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 8 lat, bądź wykonały 7,5-15 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 10 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 12 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.	Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu oraz wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wymiana sprzętu o wysokim priorytecie do wymiany. Należy dążyć do optymalnego wykorzystania obecnie posiadanego sprzętu, by rozkład wykonywanych procedur był możliwie jednorodny.
	13.11	W 2023 r. w województwie znajdowało się 637 aparatów USG (39,04 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności, tj. poniżej średniej dla RP wynoszącej 42,07 sztuk sprzętu na 100 tys. ludności). Średni wiek sprzętu wynosił 11 lat. 398 urządzeń (61% wszystkich w województwie) miało wysoki priorytet do wymiany. Urządzenia o wysokim priorytecie do wymiany znajdowały się we wszystkich powiatach województwa. Aparaty USG o wysokim priorytecie do wymiany to urządzenia, które w danym roku wykonały ponad 4 tys. procedur i osiągnęły wiek min. 7 lat, bądź wykonały 2-4 tys. procedur i osiągnęły wiek	Należy dążyć do wymiany aparatów, które charakteryzują się wysokim priorytetem do wymiany.	Wysoki średni wiek sugeruje, że należy skupić się na wymianie sprzętów, które osiągnęły wiek 9 lat (według wskaźników Europejskiego Towarzystwa Radiologicznego jest to oczekiwana żywotność urządzenia, niezależnie od stopnia eksploatacji).

		min. 8 lat oraz wszystkie te, które osiągnęły wiek 9 lat, niezależnie od liczby wykonanych procedur.		