

Zmiany demograficzne w województwach a kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski

Izabela Kapera

dr hab., prof. UAFM, Uniwersytet Andrzeja Frycza Modrzewskiego w Krakowie
<https://orcid.org/0000-0003-1691-5275>

Kinga Węgrzyn

dr, główny specjalista, Urząd Statystyczny w Krakowie
<https://orcid.org/0000-0002-9395-9784>

Wprowadzenie

Pojęcia bezpieczeństwa podlega stopniowemu rozszerzaniu, czemu towarzyszy wykształcanie się nowych obszarów badawczych¹. Kwestie te są coraz częściej rozważane także w aspekcie zdrowotnym i demograficznym. Jednak mimo wzrostu znaczenia bezpieczeństwa zdrowotnego status koncepcji ciągle jeszcze nie został jednoznacznie określony². Ochrona zdrowia populacji wymaga informacji z zakresu

¹ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017, s. 10.

² *Ibidem*.

demografii³. Zmiany demograficzne wpływają na wszystkie obszary działalności człowieka, w tym na przykład społeczno-gospodarcze czy polityczne, w wyniku czego demografia staje się ważnym elementem analizy i rozwoju polityki publicznej⁴. Teoretyczny i praktyczny związek między metodami demografii a praktyką gotowości na wypadek zagrożenia zdrowia publicznego określany jest w literaturze jako słabo rozpoznany⁵. Wobec powyższej luki badawczej w artykule zaproponowano analizę sytuacji demograficznej w województwach w korelacji z sytuacją zdrowotną i bezpieczeństwem zdrowotnym populacji.

Struktura ludności według płci i wieku kształtowana jest głównie pod wpływem następujących procesów demograficznych: płodności, umieralności oraz migracji. Zagadnienia związane z tematyką migracji i opieki zdrowotnej w Polsce stały się ostatnio tematem częstszych rozważań na łamach literatury w związku z napływem osób z Ukrainy⁶. Sytuacja ta jest też na bieżąco monitorowana w resorcie zdrowia oraz przedstawiana na bazie raportów⁷. W analizach skupiono się na kwestiach urodzeń, zgonów i ich przyczyn rozważanych z perspektywy demograficznej w połączeniu z problematyką bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Zgodnie z przyjętym postępowaniem badawczym dane wtórne pozyskano w wyniku analizy literatury i badania dokumentów. Przede wszystkim jednak dokonano wnikliwej analizy danych statystycznych pozyskanych z Głównego Urzędu Statystycznego.

Artykuł został podzielony na cztery zasadnicze części. Pierwsza jest wprowadzeniem w tematykę demografii i bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Druga przedstawia założenia terminologiczne, kolejna – rys demograficzny z perspektywy liczby i struktury ludności w odniesieniu do województw w Polsce. Następnie dokonano analizy sytuacji demograficznej, biorąc pod uwagę zagadnienie urodzeń i zgonów w ujęciu regionalnym. W związku z tym, że ochrona zdrowia (w tym dostępność do opieki zdrowotnej, jej jakość i organizacja) należy do grupy czynników wpływających na stan zdrowia populacji, w artykule wydzielono kolejną część, dotyczącą rozmieszczenia szpitali, łóżek w szpitalach i zasobów kadrowych w poszczególnych województwach (głównie w odniesieniu do lekarzy). Celem badań było przedstawienie kwestii związanych z bezpieczeństwem zdrowotnym populacji i analiza danych z perspektywy demograficznej w odniesieniu do województw w Polsce.

³ H. Allen, R. Katz, *Demography and Public Health Emergency Preparedness: Making the Connection*, „Population Research and Policy Review” 2010, t. 29, nr 4, s. 527–539, <https://doi.org/10.1007/s11113-009-9158>.

⁴ O.E. Nwizugbe, *Linkages between Public Health and Health Demography*, „International Journal of Innovative Research & Development” 2014, t. 3, nr 6, s. 6–13.

⁵ H. Allen, R. Katz, *op. cit.*

⁶ I. Kapera, *Polish healthcare system management in the context of migration and refugee influx to Poland*, [w:] *Papers of 8th International Conference on Global Public Health 2023: Kuala Lumpur, Malaysia 19–20 October 2023*, Unique Conferences Canada, Toronto 2024, s. 56–63.

⁷ GUS, *Refugee health in Poland*, <https://healthofrefugees.stat.gov.pl/> [dostęp: 30.06.2025].

Demografia i bezpieczeństwo zdrowotne – założenia terminologiczne

Cechy demograficzne społeczeństwa określają jego obecne i przyszłe potrzeby w zakresie zdrowia publicznego. Wiedza o wielkości i charakterystyce populacji jest niezbędna do prawidłowego rozpoznania i zaspokojenia jej potrzeb zdrowotnych⁸. Znajomość obecnych cech populacji jest podstawą do tworzenia prognoz demograficznych, które z kolei stanowią fundament planowania zdrowotnego⁹. Sama zaś demografia zdrowia analizuje wpływ cech populacji na warunki zdrowotne ludzi i ich implikacje polityczne¹⁰. U podstaw planowania zdrowia publicznego w coraz szerszym zakresie znajdują się analizy danych demograficznych, w tym dotyczących na przykład starzenia się społeczeństwa, ponieważ oddziałują one na rodzaje napotykanym problemów zdrowotnych¹¹. Dane demograficzne i epidemiologiczne oraz inne informacje (np. na temat realizowanych świadczeń, wykorzystania zasobów sprzętowych, kadrowych) stanowią w Polsce podstawę do sporządzania map potrzeb zdrowotnych i prognoz dotyczących zdrowia dla całego kraju i poszczególnych województw¹². Przemiany ludnościowe wpływają na zmianę struktury chorób i zwiększają koszty ochrony zdrowia, co pozostaje w związku z zagadnieniami dotyczącymi bezpieczeństwa¹³. Termin „zdrowie publiczne” odnosi się do zdrowia całej populacji, zwłaszcza jako przedmiotu regulacji czy wsparcia rządowego, i bywa także używany w odniesieniu do gałęzi nauk medycznych¹⁴. Do określenia stanu zdrowia społeczeństwa mogą służyć wskaźniki takie jak: średni wiek obywatela, wskaźnik umieralności, wskaźnik zapadalności na choroby cywilizacyjne, stosunek liczby obywateli zdolnych do pracy do ogólnej liczby ludności w wieku produkcyjnym, wielkość przyrostu naturalnego, średnia długość życia¹⁵. Korelacja obszarów zdrowia i bezpieczeństwa doprowadziła do pojawienia się nowego pojęcia – bezpieczeństwa zdrowotnego¹⁶. I choć zarówno w literaturze krajowej, jak i zagranicznej istnieją próby definiowania tego terminu, to status koncepcji nadal nie jest jedno-

⁸ E. Grundy, M.J. Murphy, *Demography and public health*, [w:] *Oxford Textbook of Global Public Health*, red. R. Detels et al., Oxford University Press, Oxford 2015, s. 718.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ O.E. Nwizugbe, *op. cit.*, s. 10.

¹¹ *Ibidem*, s. 9.

¹² *Mapy potrzeb zdrowotnych*, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje> [dostęp: 30.06.2025].

¹³ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, „Studia Politicae Universitatis Silesiensis” 2015, t. 14, s. 105–121.

¹⁴ M. Schaapman, *The connection between occupational safety and health and public health*, „Hesamag” 2021, nr 24, s. 2–3.

¹⁵ B. Bober, *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2016, nr 1, s. 33–64.

¹⁶ A. Szymonik, *Zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym*, „Systemy Logistyczne Wojsk” 2021, z. 55, s. 159–172.

znacznie określony. Jedną z propozycji wskazuje, aby bezpieczeństwo zdrowotne definiować „jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na realizację prawa do ochrony zdrowia, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na równych dla beneficjentów zasadach”¹⁷. Przywoływane w tytule artykułu bezpieczeństwo zdrowotne społeczeństwa oznacza „stan gwarantujący brak zagrożeń mogących powodować pogorszenie się lub utratę zdrowia statystycznego obywatela”¹⁸. Do kategorii warunkujących obszar bezpieczeństwa zdrowotnego zaliczyć należy prawo do ochrony zdrowia (w tym możliwość korzystania z systemu ochrony zdrowia) oraz równość dostępu do świadczeń¹⁹. Te zagadnienia z kolei wskazują istotny związek ze zmianami demograficznymi.

Zmiany w liczbie oraz strukturze ludności, prognozy demograficzne – ujęcie z perspektywy województw w Polsce

Istotną cechą charakteryzującą obecną sytuację demograficzną w poszczególnych województwach jest utrzymujący się od początku XIX w. ubytek rzeczywisty ludności wynikający z depresji urodzeniowej oraz zmian w liczbie i strukturze ludności według wieku, tj. spadku liczby dzieci (0–14 lat) i osób dojrzałych, przy stałym wzroście osób w starszych grupach wiekowych (65 lat i więcej). Najwięcej osób mieszka w województwie mazowieckim i śląskim, a najmniej – w opolskim. Zróżnicowana jest też gęstość zaludnienia: od największej w województwie śląskim, po najmniejszą w podlaskim i warmińsko-mazurskim.

W 2023 r. prawie we wszystkich województwach (z wyjątkiem pomorskiego i małopolskiego) odnotowano zmniejszenie się liczby ludności w porównaniu do roku poprzedniego. Przy czym w przypadku województwa pomorskiego i małopolskiego były to wzrosty minimalne – na poziomie 0,02% i 0,05%. Największe ubytki ludności odnotowano w województwach: świętokrzyskim (spadek o 0,8% w stosunku do roku poprzedniego), lubuskim i łódzkim (po 0,7%) oraz opolskim, śląskim i warmińsko-mazurskim (po 0,6%)²⁰. Natomiast w perspektywie dwóch ostatnich dekad największy spadek ludności zanotowano w przypadku województw: opolskiego (spadek o 12,5% w stosunku do 2000 r.), świętokrzyskiego (10,3%) i łódzkiego (10,1%)²¹ (tabela 1).

¹⁷ P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, op. cit., s. 116.

¹⁸ A. Ameljańczyk, T. Ameljańczyk, *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego państwa i jego zagrożeń*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2012, nr 25, s. 9–20.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Ludność za lata 2022–2023), <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp: 30.06.2025].

²¹ Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Ludność za lata 2000–2023), *ibidem*.

Tabela 1. Zmiany liczby ludności według województw w latach 2000, 2010 i 2023

Województwa	Ludność ^a ogółem w tys. Stan w dniu 31 grudnia			Średnioroczne tempo przyrostu (ubytku) ludności w %		
	2000	2010	2023	2000	2010	2023
Dolnośląskie	2912,2	2917,2	2879,3	-0,17	0,04	-0,30
Kujawsko-pomorskie	2067,8	2098,7	1996,0	-0,05	0,02	-0,54
Lubelskie	2206,2	2178,6	2011,0	-0,13	-0,24	0,67
Lubuskie	1008,5	1023,2	975,0	0,05	0,10	-0,51
Łódzkie	2627,8	2542,4	2362,5	-0,36	-0,29	-0,67
Małopolskie	3229,1	3336,7	3429,6	0,35	0,36	0,02
Mazowieckie	5115,0	5267,1	5510,5	0,05	0,40	0,00
Opolskie	1070,6	1017,2	936,7	-0,34	-0,25	-0,61
Podkarpackie	2101,4	2127,9	2071,7	0,12	0,08	-0,36
Podlaskie	1210,7	1203,4	1138,2	-0,13	-0,12	-0,45
Pomorskie	2172,3	2275,5	2359,6	0,28	0,45	0,05
Śląskie	4758,9	4634,9	4320,1	-0,37	-0,10	-0,61
Świętokrzyskie	1302,7	1282,5	1168,5	0,01	-0,32	-0,82
Warmińsko-mazurskie	1427,5	1453,8	1357,9	0,19	0,01	-0,62
Wielkopolskie	3345,3	3446,7	3488,0	0,17	0,32	-0,16
Zachodniopomorskie	1697,9	1723,7	1631,8	0,06	-0,01	-0,54

^a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników narodowych spisów powszechnych (NSP): dla 2000 r. – NSP 2002, dla 2010 r. – NSP 2011, dla 2023 – NSP 2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

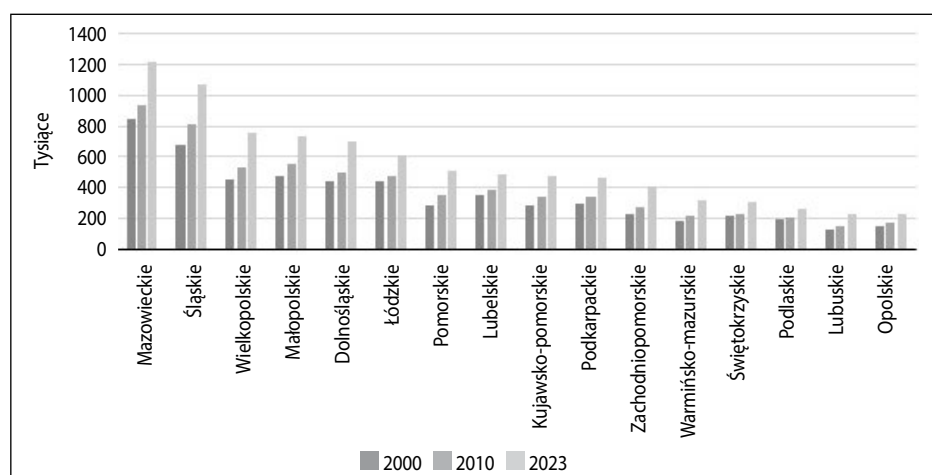
Efektem przemian w procesach demograficznych są zmiany w strukturze ludności według grup wieku. Istotne różnice w tym względzie także obserwowane są pomiędzy województwami (rysunek 1). W 2023 r. w porównaniu do 2000 r. we wszystkich województwach zanotowano spadek liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat), w tym największy ubytek w województwie opolskim (40,0%) i świętokrzyskim (39,0%)²². Nieco lepiej przedstawiał się stan ludności w wieku produkcyjnym, tutaj spadki ludności w analizowanym okresie w poszczególnych województwach nie były aż tak duże pod względem ubytku potencjalnych zasobów pracy. Największy spadek liczby osób w wieku 18–64 lat odnotowano w województwie śląskim (16,8%) oraz opolskim i łódzkim (po 16,0%). Natomiast w pięciu województwach (małopolskim, pomorskim, mazowieckim, wielkopolskim, podkarpackim) liczba osób w wieku produkcyjnym wzrosła w stosunku do 2000 r. (od 0,4% do 5,6%)²³. Przyspieszeniu uległ proces starzenia się ludności. W zdecydowanej większości województw w okresie

²² Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Ludność wg pojedynczych roczników wieku i płci za lata 2000–2023), *ibidem*.

²³ Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Ludność w wieku przedprodukcyjnym (17 lat i mniej), produkcyjnym i poprodukcyjnym za lata 2000–2023), *ibidem*.

ostatnich dwóch dekad odnotowano zwiększenie się liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Największy wzrost zanotowano w województwie pomorskim (wzrost o 79,1% w porównaniu do 2000 r.) i w zachodniopomorskim (78,6%), a najniższy w łódzkim (37,4%) i podlaskim (38,0%)²⁴. Zróżnicowanie to w głównej mierze podyktowane jest faktem, że zdecydowanie więcej osób najstarszych mieszka w miastach i blisko dużych ośrodków miejskich niż na terenach wiejskich. W 2023 r. ponad połowa 51,1% seniorów (osób wieku 65 lat i więcej) zamieszkiwało cztery województwa: mazowieckie, śląskie, wielkopolskie i małopolskie²⁵.

Rysunek 1. Ludność^a w wieku poprodukcyjnym (65 lat i więcej) według województw w latach 2000, 2010 i 2023



^a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników spisów powszechnych: dla 2000 r. – NSP 2002, dla 2010 r. – NSP 2011, dla 2023 – NSP 2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analiza zmian wskaźników dla poszczególnych województw wskazuje, że w okresie 2000–2023 najszybsze tempo starzenia się ludności miało miejsce w województwie opolskim, zachodniopomorskim i śląskim. Proces starzenia się populacji województw widoczny jest także w medianie wieku mieszkańców. W 2023 r. średni wiek mieszkańca Polski wynosił 42,8 roku. Spośród 16 województw tylko w czterech zaobserwowano medianę wieku niższą niż w kraju (poniżej 42 lat), zaś najmniej korzystnymi parametrami struktury wieku ludności charakteryzowały się

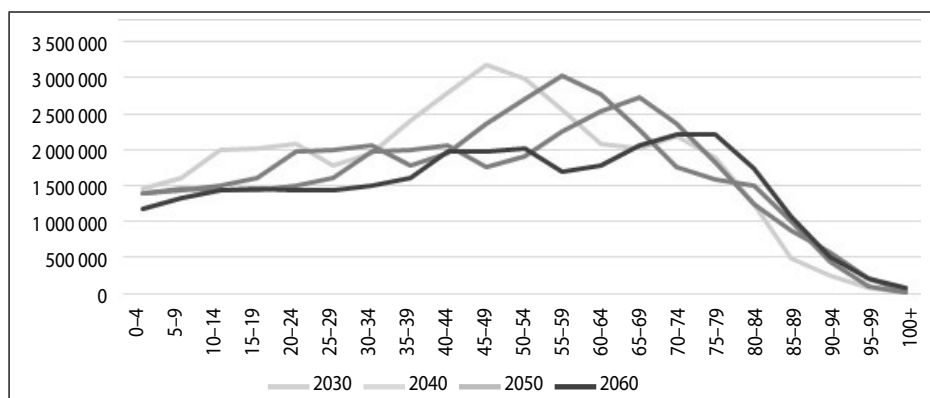
²⁴ Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Ludność w wieku przedprodukcyjnym (17 lat i mniej), produkcyjnym i poprodukcyjnym za lata 2000–2023), *ibidem*.

²⁵ Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Ludność w wieku przedprodukcyjnym (17 lat i mniej), produkcyjnym i poprodukcyjnym za lata 2000–2023), *ibidem*.

województwa: świętokrzyskie, opolskie, łódzkie, śląskie i zachodniopomorskie, gdzie wiek środkowy wyniósł ponad 44 lata²⁶.

Na lata 2023–2060 (rysunek 2) GUS przewiduje zmniejszenie liczby ludności dla wszystkich województw. Proces starzenia się ludności najsilniej dotknie województwo śląskie (ponad milionowy ubytek) oraz łódzkie (spadek o 601 tys.) i lubuskie (544 tys.), jednak największy relatywnie spadek liczby ludności dotyczyć będzie województwa świętokrzyskiego (spadek o 30,6%)²⁷. Przewiduje się również, że województwo to będzie miało najwyższy odsetek osób w wieku starszym, na poziomie powyżej 36%, przy czym tendencja wzrostowa widoczna będzie dla wszystkich województw²⁸. Udział osób w wieku 65 lat i więcej w ogólnej liczbie ludności w poszczególnych województwach w analizowanym okresie wzrośnie o 11–16 p. proc²⁹.

Rysunek 2. Prognoza^a ludności Polski według grup wieku na lata 2023–2060



^a Dane zostały opracowane na podstawie wyników NSP 2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Urodzenia i zgony. Przyczyny zgonów w województwach

Zróznicowanie terytorialne regionów Polski swe odzwierciedlenie znajduje także w strukturze urodzeń i zgonów mieszkańców. W 2023 r. w ujęciu wojewódzkim najwyższy poziom urodzeń żywych na 1000 ludności zanotowano w województwach

²⁶ Tablica 5(23): Mediana wieku (wiek środkowy) ludności w 2023 r., [w:] *Rocznik Statystyczny Województw*, GUS, Warszawa 2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-województw-2024,4,19.html> [dostęp: 30.06.2025].

²⁷ Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Prognoza ludności wg płci i wybranych grup wieku na lata 2023–2060 (opracowana na bazie NSP 2021)), <https://bdl.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp: 30.06.2025].

²⁸ Na podstawie: *ibidem*.

²⁹ Na podstawie: *ibidem*.

z relatywnie młodszą strukturą wieku mieszkańców, czyli małopolskim (8,3), mazowieckim (8,2) i pomorskim (8,1). Z kolei najniższy poziom urodzeń odnotowano w województwach świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (po 6,2), czyli tych, w których w okresie ostatnich dwóch dekad nastąpił najwyższy spadek liczby osób w wieku przedprodukcyjnym³⁰.

Tabela 2. Urodzenia żywe, zgony i przyrost naturalny na 1000 ludności^a według województw w latach 2003 i 2023

Województwa	Urodzenia żywe na 1000 ludności		Zgony na 1000 ludności		Przyrost naturalny na 1000 ludności	
	2003	2023	2003	2023	2003	2023
Polska	9,2	7,2	9,6	10,9	-0,4	-3,6
Dolnośląskie	8,3	6,8	9,7	11,2	-1,4	-4,4
Kujawsko-pomorskie	9,7	6,8	9,3	11,2	0,4	-4,4
Lubelskie	9,7	6,7	10,4	11,4	-0,7	-4,7
Lubuskie	9,2	6,7	8,9	11,0	0,3	-4,3
Łódzkie	8,4	6,9	11,9	12,8	-3,5	-5,9
Małopolskie	9,9	8,3	8,9	9,6	1,0	-1,3
Mazowieckie	9,1	8,2	10,3	10,5	-1,2	-2,4
Opolskie	7,7	6,6	8,9	11,3	-1,2	-4,7
Podkarpackie	9,7	7,2	8,5	9,5	1,2	-2,3
Podlaskie	8,9	7,3	9,7	10,6	-0,8	-3,3
Pomorskie	10,3	8,1	8,3	9,7	2,0	-1,6
Śląskie	8,3	6,4	9,7	11,9	-1,4	-5,6
Świętokrzyskie	8,9	6,2	10,5	12,3	-1,6	-6,1
Warmińsko-mazurskie	10,1	6,2	8,4	10,7	1,7	-4,5
Wielkopolskie	10,0	7,9	9,2	10,1	0,8	-2,2
Zachodniopomorskie	9,3	6,4	8,8	11,4	0,5	-5,0

^a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników NSP 2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Analiza zmian w procesach demograficznych w skali regionalnej pokazuje, że w województwach, gdzie notowano niższą liczbę urodzeń i większy odsetek osób starszych, współczynnik zgonów wykazywał poziom wyższy od krajowego. Jak wynika z tabeli 2, najwyższy wskaźnik zgonów charakteryzował województwo łódzkie (12,8) i świętokrzyskie (12,3), zaś poniżej poziomu krajowego (10,9) notowany był w siedmiu województwach, w tym najniższy w województwie podkarpackim (9,5), małopolskim (9,6) i pomorskim (9,7)³¹. Ostatnie trzy wymienione województwa cha-

³⁰ Tablica 6(24): Ruch naturalny ludności w 2023 r., [w:] *Rocznik Statystyczny Województw, op. cit.*

³¹ Tablica 6(24): Ruch naturalny ludności w 2023 r., [w:] *Rocznik Statystyczny Województw, op. cit.*

rakteryzuje także niski poziom umieralności osób starszych. Wskaźnik zgonów osób w wieku 65 lat i więcej na 1000 ludności w tej grupie wiekowej był najniższy w kraju i wyniósł odpowiednio 2,2, 2,4 i 2,5, zaś najwyższe wskaźniki zanotowano w przypadku województwa łódzkiego (3,3) i świętokrzyskiego (3,2)³². W Polsce mediana wieku osób zmarłych w 2023 r. wyniosła 76,6 roku, przy czym najwyższa była w województwie podlaskim, a najniższa – w województwie lubuskim (tabela 3).

Tabela 3. Struktura zgonów^a w grupach wiekowych według województw w 2023 r.

Województwa	Procentowy udział zgonów przypadających na grupy wiekowe			Mediana wieku osób zmarłych
	0–14 lat	15–64 lat	65 lat i więcej	
Polska	0,4	20,0	79,5	76,6
Dolnośląskie	0,4	20,2	79,4	75,6
Kujawsko-pomorskie	0,4	20,9	78,7	75,5
Lubelskie	0,3	19,6	80,1	77,6
Lubuskie	0,3	21,2	78,5	74,7
Łódzkie	0,3	19,9	79,8	76,5
Małopolskie	0,4	18,6	81,0	78,6
Mazowieckie	0,4	19,5	80,1	77,5
Opolskie	0,3	18,8	81,0	77,2
Podkarpackie	0,5	19,7	79,8	78,2
Podlaskie	0,6	20,4	79,1	78,8
Pomorskie	0,6	20,2	79,2	75,9
Śląskie	0,3	20,2	79,5	76,3
Świętokrzyskie	0,3	19,7	80,0	76,8
Warmińsko-mazurskie	0,4	22,4	77,2	75,1
Wielkopolskie	0,5	20,6	78,9	75,9
Zachodniopomorskie	0,4	20,9	78,7	75,0

^a Dane zostały opracowane przy uwzględnieniu wyników NSP 2021.

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Podobnie jak w skali kraju, najczęstszymi przyczynami zgonów wśród mieszkańców województw były choroby układu krążenia i nowotwory. Pod tym względem istnieje jednak duże zróżnicowanie terytorialne. W 2023 r. w przypadku chorób krążeniowych wskaźnik (zgony na 100 tys. ludności) wyższy od krajowego (289,7) notowany były w siedmiu województwach, w tym najwyższy w województwie śląskim (329,6) i kujawsko-pomorskim (319,4), najniższy w województwie podkarpackim (228,7). Natomiast w przypadku chorób nowotworowych wskaźniki wahały się od

³² Na podstawie danych udostępnionych w Banku Danych Lokalnych GUS (Zgony ogółem, zgony niemowląt i zgony osób w wieku do 65 lat – wskaźniki), <https://bd.l.stat.gov.pl/bdl/start> [dostęp: 30.06.2025].

295,9 (wielkopolskie) do 513,7 (lubelskie) i aż w przeszło połowie województw były wyższe od krajowego (400,4)³³.

Pomiędzy poszczególnymi województwami występuje także duże zróżnicowanie przeciętnego trwania życia. Analiza danych za 2023 r. wskazuje, że podobnie jak w skali kraju, mieszkanki województw charakteryzowało dłuższe trwanie życia niż mężczyzn. Wśród kobiet, najdłużej żyją mieszkanki województwa podkarpackiego (83,6 roku), podlaskiego (83,4 roku) i małopolskiego (83,1 roku), najkrócej – śląskiego (81,1 roku) i łódzkiego (81,2 roku). W przypadku mężczyzn najdłuższe trwanie życia charakteryzowało mieszkańców województwa małopolskiego (76,2 roku) i podkarpackiego (76,1 roku), z kolei najkrótsze – mieszkańców województwa łódzkiego (73,2 roku) i świętokrzyskiego (73,9 roku)³⁴.

Postępujący proces starzenia się populacji poszczególnych województw oraz wzrost liczby zachorowań i zgonów na choroby przewlekłe powoduje, że w kolejnych latach będzie rosła liczba beneficjentów zarówno systemu ochrony zdrowia, jak i opieki społecznej, a to oznacza rosnący popyt na świadczenia w tych obszarach.

Zróżnicowanie regionalne w rozmieszczeniu szpitali i zasobów kadrowych systemu opieki zdrowotnej

Zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych³⁵, w Polsce na koniec 2023 r. funkcjonowały 894 stacjonarne szpitale ogólne i 245 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia)³⁶. W ostatnich dwóch dekadach liczba szpitali w kraju wzrosła o 104 (w porównaniu do 2004 r.). W przypadku trzynastu województw liczba szpitali wzrosła, przy czym najwyższy wzrost odnotowano w województwie śląskim (o 35 szpitali), zaś

³³ Dane nie obejmują grupy nowotworów przedinwazyjnych (in situ, D00–D09) wg klasyfikacji ICD-10; dotyczą nowotworów złośliwych (C00–C97) zarejestrowanych w Krajowym Rejestrze Nowotworów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego; obejmują przypadki nowotworów zarejestrowanych po raz pierwszy w roku sprawozdawczym. Raporty, Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 30.06.2025].

³⁴ Tablica B: Średnie dalsze trwanie życia według województw w 2023 roku, GUS, 30.07.2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html> [dostęp: 30.06.2025]; M. Potyra *et al.*, *Trwanie życia w 2023 r.*, „Analizy Statystyczne”, GUS, Warszawa 2024.

³⁵ Od 2019 r. podmioty wykonujące działalność leczniczą deklarują charakter działalności szpitala (szpital stacjonarny/dzienny) w sprawozdaniu o działalności szpitala ogólnego – MZ-29. Dane dotyczą szpitali ogólnodostępnych, analiza nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych i aresztach śledczych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

³⁶ Dane Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji opracowane przez GUS na podstawie wyników badania Ministerstwa Zdrowia (roczne sprawozdania o działalności szpitala ogólnego – MZ-29). Tablica 2(72): Szpitale ogólne w 2023 r., [w:] *Rocznik Statystyczny Województw*, *op. cit.*

w przypadku trzech województw: wielkopolskiego, małopolskiego i lubuskiego liczba szpitali zmniejszyła się w stosunku do roku 2004 odpowiednio o 12, 4 i 3³⁷.

Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców, uwzględniając tylko szpitale stacjonarne (ogólne) na poziomie kraju, wyniósł 2,4, przy czym największy był w województwie śląskim (3,3), a najmniejszy w wielkopolskim (1,6). Wskaźnik łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności wyniósł dla Polski 42,8 (tabela 4), co oznacza, że na 1 łóżko przypadało przeciętnie 233 mieszkańców³⁸. Dla poszczególnych województw wskaźnik ten wahał się od 203 dla województwa śląskiego do 303 dla województwa pomorskiego. W ostatnich dwóch dekadach największy wzrost tego wskaźnika odnotowano w przypadku województwa pomorskiego (z 246 osób na łóżko szpitalne w 2003 r. do 303 w 2023 r.). Natomiast w dwóch województwach zanotowano spadek: w warmińsko-mazurskim z 230 do 218 i w podkarpackim z 241 na 239³⁹. Wśród województw z najwyższym odsetkiem hospitalizowanych pacjentów były województwa dominujące pod względem liczby ludności, tj. województwo mazowieckie (15,3% ogółu leczonych w szpitalach ogólnych) i śląskie (11,8%).

Tabela 4. Szpitale ogólne^a według województw w 2023 r.

Województwa	Szpitala	Łóżka ^b na 10 tys. ludności	Leczeni ^c na 10 tys. ludności
	stan w dniu 31 grudnia		
Polska	894	42,8	1899
Dolnośląskie	78	45,3	1889
Kujawsko-pomorskie	43	41,9	1754
Lubelskie	45	47,6	1850
Lubuskie	24	38,6	1588
Łódzkie	62	48,0	2165
Małopolskie	69	39,1	1736
Mazowieckie	116	42,1	1982
Opolskie	29	43,0	1645
Podkarpackie	41	41,9	1996
Podlaskie	35	46,5	1969
Pomorskie	40	33,0	1595
Śląskie	143	49,4	1947
Świętokrzyskie	24	44,7	2315
Warmińsko-mazurskie	42	45,8	2019
Wielkopolskie	57	38,2	1953
Zachodniopomorskie	46	40,6	1795

^a Dane nie obejmują szpitali dziennych. ^b Łącznie z łózkami i inkubatorami dla noworodków.

^c Liczba pacjentów zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (bez ruchu międzyoddziałowego).

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS i danych Ministerstwa Zdrowia otrzymanych z izb lekarskich, pielęgniarskich i farmaceutycznych oraz diagnostów laboratoryjnych.

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ibidem.*

³⁹ *Ibidem.*

Średni czas pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym w 2023 r. wyniósł 5,1 dnia⁴⁰. W województwach zaobserwowano duże zróżnicowanie w średnim czasie pobytu w szpitalu ogólnym. W sześciu województwach (wielkopolskim, mazowieckim, pomorskim, łódzkim, świętokrzyskim, warmińsko-mazurskim) czas pobytu wynosił poniżej 5 dni (4,5–4,8 dnia), zaś w dwóch województwach (lubuskim i śląskim) wyniósł prawie 6 dni (odpowiednio 5,9 i 5,8 dnia)⁴¹.

Wskaźnikiem charakteryzującym działalność oddziałów o różnych specjalnościach jest przeciętne wykorzystanie łóżek w ciągu roku⁴². W 2023 r. wskaźnik ten dla szpitali ogólnych w kraju wyniósł 67,4%⁴³. Najwyższą wartość tego wskaźnika osiągnięto w województwie świętokrzyskim (73,6%), najniższą (63,9%) – w warmińsko-mazurskim. Wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych wystąpił we wszystkich województwach, przy czym w porównaniu do 2013 r. największy wzrost odnotowano w województwie zachodniopomorskim (4,9 p. proc.), zaś najniższy – w województwie mazowieckim (4,3 p. proc.)⁴⁴.

Ważnym elementem stanowiącym o skuteczności funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej są zasoby kadrowe systemu opieki zdrowotnej⁴⁵. W 2023 r. prawo wykonywania zawodu posiadało 163,2 tys. lekarzy, 45,2 tys. lekarzy dentyistów, 315,2 tys. pielęgniarek, 41,9 tys. położnych, 77,7 tys. fizjoterapeutów, 38,7 tys. farmaceutów i 18,2 tys. diagnostów laboratoryjnych⁴⁶. Najwięcej lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem było w województwach: mazowieckim (29,5 tys.)

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Wskaźnik obliczany jest jako iloraz osobodni pobytu leczonych na oddziale i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział procentowy dni w roku.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ Dane obejmują zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki, które złożyły sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą – MZ-88. Nie obejmują jednostek, których organem tworzącym jest MON lub MSWiA, osób pracujących w NFZ, administracji państwowej, uczelniach wyższych. Dane obejmują osoby pracujące w danej placówce bez względu na rodzaj umowy, na podstawie której wykonywana jest praca, i wymiar czasu pracy. Od 2019 r. dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych, a od 2022 r. dane dotyczące fizjoterapeutów, opracowywane są w oparciu o źródła administracyjne, w tym rejestry: posiadających prawo wykonywania zawodu (lekarzy i lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych), płatników składek ZUS, podmiotów wykonujących działalność leczniczą, praktyk lekarskich, praktyk pielęgniarek i położnych, praktyk fizjoterapeutów.

⁴⁶ Dane GUS, MZ-88 – sprawozdanie o pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą; MZ-89 – sprawozdanie o specjalistach pracujących w podmiotach wykonujących działalność leczniczą. Tablica 1(71): Pracownicy medyczni w 2023 r., [w:] *Rocznik Statystyczny Województw, op. cit.*; Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 r., GUS, 27.09.2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2023-roku,28,3.html> [dostęp: 30.06.2025].

i śląskim (19,4 tys.), a najmniej w opolskim (2,8 tys.) i lubuskim (2,8 tys.)⁴⁷. W skali kraju liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców wynosiła 37,6, a w odniesieniu do województw największa była w województwie mazowieckim (52,2), a najmniejsza w województwie lubuskim (25,0)⁴⁸. Widoczna jest więc znaczna dysproporcja między województwami (tabela 5).

Tabela 5. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentami w 2023 r. według województw, na 10 tys. mieszkańców (stan w dniu 31.12.2023)

Województwo	Lekarze na 10 tys. mieszkańców	Województwo	Lekarze na 10 tys. mieszkańców
Dolnośląskie	39,2	Podkarpackie	28,6
Kujawsko-pomorskie	31,5	Podlaskie	41,4
Lubelskie	38,9	Pomorskie	36,8
Lubuskie	25,0	Śląskie	38,3
Łódzkie	43,1	Świętokrzyskie	32,2
Małopolskie	37,1	Warmińsko-mazurskie	26,4
Mazowieckie	52,2	Wielkopolskie	30,7
Opolskie	25,7	Zachodniopomorskie	34,0

Źródło: Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 r., GUS, 27.09.2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2023-roku,28,3.html> [dostęp: 30.06.2025].

Dyskusja

Prawie wszystkie narody europejskie doświadczyły długoterminowego spadku płodności w ciągu ostatniego stulecia i w konsekwencji – starzenia się ich populacji⁴⁹. Podobny stan ma miejsce w Polsce, co powoduje, że sytuacja ludnościowa w kraju nie gwarantuje stabilnego rozwoju demograficznego, a dodatkowo nie będzie pozostawać bez wpływu na system ochrony zdrowia. Niski poziom dzietności i niski poziom urodzeń przy jednoczesnym wydłużaniu się trwania życia powoduje coraz szybsze starzenie się społeczeństwa poprzez ciągły wzrost liczby i udziału w ogólnej populacji osób w wieku poprodukcyjnym. Tendencje te, ze zmiennym natężeniem, obserwowane są od dekady we wszystkich województwach. Zrozumienie, w jaki sposób struktury wiekowe będą rozwijać się w przyszłości, będzie miało kluczowe znaczenie dla zrozumienia potrzeb opieki zdrowotnej starzejących się społeczeństw⁵⁰. Proces sta-

⁴⁷ *Ibidem.*

⁴⁸ *Ibidem.*

⁴⁹ T. Leone, *How can demography inform health policy?*, „Health Economics, Policy and Law” 2010, t. 5, nr 1, s. 1–11, <https://doi.org/10.1017/S1744133109990119>.

⁵⁰ *Ibidem.*

zenia się ludności Polski jest zróżnicowany regionalnie. W 2023 r. najmłodszą strukturę wieku miało województwo pomorskie (mediana wieku 41,2 roku, najwyższy w kraju odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym – 19,6%). Bardzo zbliżona struktura wieku cechowała także województwo małopolskie (41,2 roku, 19,2%) i wielkopolskie (41,6 roku, 19,4%). Najmniej korzystnymi parametrami struktury wieku ludności charakteryzowały się natomiast województwa opolskie, świętokrzyskie, zachodniopomorskie i łódzkie, gdzie mediana wieku wyniosła ponad 44 lata, a odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym notowano poniżej poziomu krajowego – 18,0%. Dodatkowo w województwach opolskim i zachodniopomorskim na przestrzeni ostatnich dwóch dekad wystąpiło najszybsze tempo starzenia się ludności. Osoby starsze mają odmienne od ludzi młodszych potrzeby zdrowotne oraz wymagają zróżnicowanych świadczeń tym względzie⁵¹.

Zapewnienie poczucia bezpieczeństwa zdrowotnego jest szczególnie ważne w sytuacji choroby, wtedy to znaczenia nabiera dostępność do placówek ochrony zdrowia⁵². Właściwy dostęp do opieki medycznej wymaga wystarczającej liczby lekarzy, z odpowiednim udziałem lekarzy ogólnych i specjalistów, oraz odpowiedniego ich rozmieszczenia geograficznego⁵³. Rozkład liczby lekarzy na 100 tys. mieszkańców według województw wskazuje na duże różnice między województwami, przy czym najmniej lekarzy pracowało w województwach warmińsko-mazurskim i lubuskim, a najwięcej – na terenie województw łódzkiego i śląskiego⁵⁴. Zróżnicowana jest też liczba pielęgniarek i położnych na 100 tys. ludności w ujęciu regionalnym⁵⁵. Biorąc pod uwagę lekarzy zatrudnionych w ramach kontraktu NFZ (i udzielających świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego) w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców, najwięcej lekarzy pracuje w województwie mazowieckim, a najmniej w lubuskim⁵⁶. Dodatkowo – jak wynika z raportu OECD – widoczna w wielu krajach koncentracja specjalistycznych usług i preferencja lekarzy do praktykowania w stolicach państw jest widoczna także w Polsce⁵⁷. Zapewnienie lepszej dostępności do świadczeń medycznych, warunkującej bezpieczeństwo zdrowotne,

⁵¹ Minister do spraw Polityki Senioralnej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, Warszawa, 2024, s. 34, <https://das.mpips.gov.pl/source/2024/Informacja%20o%20sytuacji%20osob%20starszych%20w%20Polsce%20za%202023%20r.pdf> [dostęp: 30.06.2025].

⁵² P. Grzywna, *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, *op. cit.*, s. 61.

⁵³ OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2024, s. 187, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.

⁵⁴ Minister Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.* Warszawa, sierpień 2021, s. 132, https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf [dostęp: 30.06.2025].

⁵⁵ *Ibidem*, s. 133.

⁵⁶ *Ibidem*, s. 239.

⁵⁷ OECD/European Commission, *Health at a Glance...*, *op. cit.*, s. 28.

należy uwzględnić w budowie systemu bezpieczeństwa zdrowotno-socjalnego kraju. Dopasowanie działań z zakresu zdrowia publicznego do potrzeb zdrowotnych danego regionu jest też jednym z postulatów zgłaszanych w *Mapie potrzeb zdrowotnych*⁵⁸.

Podsumowanie

Wśród zagadnień związanych z bezpieczeństwem – szczególnie po pandemii COVID-19 – tematyka dotycząca zdrowia populacji zyskuje na znaczeniu. Przeprowadzone analizy potwierdziły, że istotne jest bardziej wnikliwe spojrzenie na te kwestie z perspektywy regionalnej i kształtowanie w oparciu o nie polityki zdrowotnej dla całego kraju. Prognozy demograficzne wskazują na zmniejszenie liczby ludności dla wszystkich województw, ale proces starzenia się populacji najsilniej dotknie wybrane z nich. Zmiany te już rzutują na szereg aspektów życia i nie pozostają bez wpływu na bezpieczeństwo zdrowotne mieszkańców. Zmiany demograficzne powodują, że w kolejnych latach będzie rosła liczba beneficjentów zarówno systemu ochrony zdrowia, jak i opieki społecznej, a to oznacza rosnący popyt na świadczenia w tych obszarach. Tymczasem zapewnienie prawa do ochrony zdrowia i równości w dostępie do świadczeń medycznych warunkuje obszar bezpieczeństwa zdrowotnego. Poruszane w artykule zagadnienia sygnalizują złożoność zjawisk leżących na styku demografii i bezpieczeństwa zdrowotnego, wskazując jednocześnie dalsze kierunki i możliwości rozważań naukowych. O ile więc istotne jest spojrzenie z perspektywy demografii w odniesieniu do województw, to pożądane są też w przyszłości bardziej szczegółowe analizy w odniesieniu do powiatów oraz gmin w Polsce.

Bibliografia

- Allen H., Katz R., *Demography and Public Health Emergency Preparedness: Making the Connection*, „Population Research and Policy Review” 2010, t. 29, nr 4, s. 527–539, <https://doi.org/10.1007/s11113-009-9158>.
- Ameljańczyk A., Ameljańczyk T., *System monitorowania bezpieczeństwa zdrowotnego państwa i jego zagrożenia*, „Roczniki Kolegium Analiz Ekonomicznych” 2012, nr 25, s. 9–20.
- Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego, <https://bdl.stat.gov.pl> [dostęp: 30.06.2025].
- Bober B., *Bezpieczeństwo zdrowotne jako istotny komponent bezpieczeństwa państwa*, „Studia nad Bezpieczeństwem” 2016, nr 1, s. 33–64.
- Grundy E., Murphy M.J., *Demography and public health*, [w:] *Oxford Textbook of Global Public Health*, red. R. Detels, M. Gulliford, Q.A. Karim, C.C. Tan, Oxford University Press, Oxford 2015, s. 718–735.

⁵⁸ Minister Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych...*, op. cit., s. 110.

- Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne – wprowadzenie do problematyki*, „Studia Politicæ Universitatis Silesiensis” 2015, t. 14, s. 105–121.
- Grzywna P., *Bezpieczeństwo zdrowotne w nauce o polityce społecznej. Wprowadzenie do dyskusji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2017.
- GUS, *Refugee health in Poland*, <https://healthofrefugees.stat.gov.pl/> [dostęp: 30.06.2025].
- Kapera I., *Polish healthcare system management in the context of migration and refugee influx to Poland*, [w:] *Papers of 8th International Conference on Global Public Health 2023: Kuala Lumpur, Malaysia 19–20 October 2023*, Unique Conferences Canada, Toronto 2024, s. 56–63.
- Leone T., *How can demography inform health policy?*, „Health Economics, Policy and Law” 2010, t. 5, nr 1, s. 1–11, <https://doi.org/10.1017/S1744133109990119>.
- Mapy potrzeb zdrowotnych*, Baza Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje> [dostęp: 30.06.2025].
- Minister do spraw Polityki Senioralnej, *Informacja o sytuacji osób starszych w Polsce za 2023 r.*, Warszawa, 2024, <https://das.mpips.gov.pl/source/2024/Informacja%20o%20sytuacji%20osob%20starszych%20w%20Polsce%20za%202023%20r..pdf> [dostęp: 30.06.2025].
- Minister Zdrowia, *Mapa potrzeb zdrowotnych na okres od 1 stycznia 2022 r. do 31 grudnia 2026 r.*, Warszawa, sierpień 2021, https://dziennikmz.mz.gov.pl/DUM_MZ/2021/69/akt.pdf [dostęp: 30.06.2025].
- Nwizugbe O.E., *Linkages Between Public Health and Health Demography*, „International Journal of Innovative Research & Development” 2014, t. 3, nr 6, s. 6–13.
- OECD/European Commission, *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris 2024, <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>.
- Potyra M., Góral-Radziszewska K., Waśkiewicz K., Gawińska-Družba E., *Trwanie życia w 2023 r.*, „Analizy Statystyczne”, GUS, Warszawa 2024.
- Raporty, Krajowy Rejestr Nowotworów, <http://onkologia.org.pl/raporty/> [dostęp: 30.06.2025].
- Rocznik Statystyczny Województw*, GUS, Warszawa 2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-wojewodztw-2024,4,19.html> [dostęp: 30.06.2025].
- Schaapman M., *The connection between occupational safety and health and public health*, „HesaMag” 2021, nr 24, s. 2–3.
- Szymonik A., *Zarządzanie bezpieczeństwem zdrowotnym*, „Systemy Logistyczne Wojsk” 2021, z. 55, s. 159–172.
- Średnie dalsze trwanie życia według województw w 2023 roku, GUS, 30.07.2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/trwanie-zycia-w-2023-roku,2,18.html> [dostęp: 30.06.2025].
- Zasoby kadrowe w wybranych zawodach medycznych na podstawie źródeł administracyjnych w 2023 r., GUS, 27.09.2024, <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zasoby-kadrowe-w-wybranych-zawodach-medycznych-na-podstawie-zrodel-administracyjnych-w-2023-roku,28,3.html> [dostęp: 30.06.2025].

Zmiany demograficzne w województwach a kwestie bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców Polski

Streszczenie

Celem badań było ukazanie znaczenia zagadnień dotyczących sytuacji demograficznej w związku z bezpieczeństwem zdrowotnym populacji i na tym tle przegląd zmian demograficznych zachodzących w Polsce z perspektywy regionalnej. W postępowaniu badawczym wykorzystano materiały źródłowe, w tym literaturę związaną z tematyką bezpieczeństwa zdrowotnego oraz dane statystyczne Głównego Urzędu Statystycznego. Analizy wskazują na zróżnicowanie regionalne zmian demograficznych. Szczególnie istotny jest proces starzenia się ludności, który zgodnie z prognozami najsilniej dotknie województwo śląskie oraz łódzkie i lubuskie, przy czym największy relatywnie spadek liczby ludności dotyczyć będzie województwa świętokrzyskiego i ten region będzie miał najwyższy odsetek osób w wieku starszym. W województwie tym liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem przypadających na 10 tys. mieszkańców jest niższa od średniej krajowej. Znajomość trendów demograficznych pozwala w odpowiedni sposób przygotować się na prognozowane zmiany, w tym także w odniesieniu do sytuacji zdrowotnej i bezpieczeństwa zdrowotnego populacji.

Słowa kluczowe: bezpieczeństwo, zdrowie, demografia, zarządzanie, region

Demographic changes in voivodeships and health security issues of Poland's residents

Abstract

The aim of the research was to show the importance of demographic issues in relation to population health security and, against this background, to review the demographic changes taking place in Poland from a regional perspective. The research proceedings used source materials, including literature related to the topic of health security and statistical data from the Statistics Poland (Polish Central Statistical Office, GUS). The analyses indicate regional variations in demographic changes. Particularly important is the process of aging of the population, which, according to forecasts, will most severely affect the Śląskie voivodeship, as well as the Łódzkie and Lubuskie voivodeship, with the largest relative decrease in population affecting the Świętokrzyskie voivodeship and this region will have the highest percentage of elderly people. The province has a lower number of doctors working directly with patients per 10 thousand population than the national average. Knowledge of demographic trends makes it possible to adequately prepare for the projected changes, including with regard to the health situation and population health security.

Keywords: security, health, demographics, governance, region

