

Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.

Health and health care in 2017



Zdrowie i ochrona zdrowia w 2017 r.

Health and health care in 2017

Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland

Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków

Warszawa, Kraków 2018

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych, Urząd Statystyczny w Krakowie
Statistics Poland, Social Surveys Department, Statistical Office in Kraków

Zespół autorski

Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Health Statistics Division, Centre for Health and Health Care Statistics

Kierujący

Supervisor

Małgorzata Żyra, Ewa Malesa

Prace redakcyjne

Editorial work

Departament Badań Społecznych, GUS:

Natalia Koehne (p. 2.5, 2.6), Michał Koziński (p. 3.1), Elżbieta Król – mapy, Krzysztof Nyczaj (p.4.2), Małgorzata Piekarzewska (p.1.1), Urszula Salwa (p.2.4, 3.2), Izabela Wilkińska (p.2.1, 2.3), Alicja Zajenkowska-Kozłowska (p.1.1), Marzena Żytecka-Karolak (p. 2.2), Ewa Malesa (p.4.3, koordynacja prac).

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, US Kraków:

Maria Penpeska (p.4.1, p.4.3, koordynacja prac), Anna Jasiówka (p. 4.1), Sylwia Duda (aneks tabelaryczny).

Instytut Medycyny Pracy:

Institute of Occupational Medicine

Mariola Wojda (p. 2.7)

Łamanie i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Beata Lipińska, Andrzej Paluchowski

ISSN 2084-0470

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publications available on website

stat.gov.pl

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła

When publishing Statistics Poland data — please indicate the source



Zakład Wydawnictw
Statystycznych

00-925 WARSZAWA, AL. NIEPODLEGŁOŚCI 208.

Informacje w sprawach sprzedaży publikacji — tel. (22) 608 32 10, 608 38 10
Zam. 411/ 2018/nakł. 250

Przedmowa

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

Opracowanie składa się z części metodycznej i analitycznej. Aneks tabelaryczny jest dostępny w wersji elektronicznej w formacie Excel.

Uwagi metodyczne obejmują określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej, będącej głównym źródłem danych prezentowanych w części tabelarycznej.

Przedstawiona w publikacji analiza zawiera opis danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej, dotyczących stanu zdrowia ludności, jak również zjawisk obserwowanych w zasobach kadrowych i materialnych opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy ona też ekonomicznych aspektów opieki zdrowotnej. Ostatnia część analizy poświęcona jest wybranym aktualnym zagadnieniom związanym z ochroną zdrowia. W tej edycji publikacji są to: zasoby i wykorzystanie wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego oraz wybrane aspekty prac studialnych realizowanych w GUS i zakończonych w 2018 r.: pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz zmiany efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia. Tekst wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami, które obrazują wyniki przeprowadzonych badań statystyki publicznej dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

W części tabelarycznej (wyłącznie w wersji elektronicznej) zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, informacje o liczbie i działalności placówek ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych a także wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla lat 2014, 2015 i 2016 oraz informacje o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia w 2017 r.

Dane zaprezentowano zarówno dla całego kraju, jak i w układzie 16 województw.

Tablice odnoszące się do opieki zdrowotnej opracowano głównie na podstawie wyników badań statystycznych GUS, ale także na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (pracownicy medyczni, szpitale, opieka długoterminowa), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (zachorowania), Instytutu Psychiatrii i Neurologii (zakłady psychiatryczne), Instytutu Onkologii, Instytutu Hematologii i Transfuzjologii (krwiodawstwo), Instytutu Medycyny Pracy, Narodowego Centrum Krwi i danych pozyskanych od wojewodów (ratownictwo medyczne). Zestawienia tabelaryczne zawierające informacje o wydatkach z budżetu państwa i z budżetów samorządów terytorialnych zostały opracowane na podstawie danych Ministerstwa Finansów.

Całe opracowanie jest dostępne w Internecie pod adresem <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>.

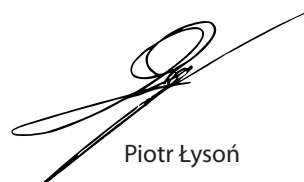
Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce. Zwracamy się z uprzejmą prośbą o nadsyłanie uwag i sugestii dotyczących zakresu tematycznego i formy opracowania – zostaną one wykorzystane w pracach nad kolejną edycją.

Dyrektor
Urzędu statystycznego w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

Dyrektor
Departamentu Badań Społecznych



Piotr Łysoń

Preface

We are very pleased to present you the next edition of the publication devoted entirely to the issues of health and health care, which is a continuation of a series of annually published results of studies titled „Health and Health Care“.

The publication consists of methodological and analytical part. The tabular annex is available in the electronic version in Excel format.

The methodological notes contain terms and definitions used in the statistical reporting which is the main source of data presented in the tables.

Synthesis of the results of the studies describes the data collected regularly in the framework of official statistics on health status as well as the phenomena observed in the staffing and material aspects of health care. As in previous years, it also applies to the economic aspects of health care. The last part of the synthesis is devoted to the selected current issues related to health care. In this edition it covers: resources and use of the highly specialized medical equipment and selected aspects of studies carried out in GUS and completed in 2018: measurement of access to public benefits of hospital and ambulatory care specialized and changes in energy efficiency and emissivity of health care buildings. The text is enriched with numerous maps and charts which better illustrate the results of public statistics on the health care system. The tabular section (exclusively in electronic version) contains the basic data about the health of the Polish population, data on medical workers, as well as information on the number and activity of centers of ambulatory and inpatient care, blood donation, medical rescue and first aid, pharmacies and pharmaceutical outlets and results of the National Health Account developed for 2014, 2015, 2016 as well as on public expenditure on health care in 2017.

The data has been presented as totals of national scale and also in division by 16 voivodships.

The tables referring to health care are mainly based on the results of surveys carried out by the Statistics Poland but also on statistics provided by the Ministry of Health and Ministry of the Interior and Administration (medical staff, hospitals, long-term care), National Institute of Public Health (incidences of diseases), Institute of Psychiatry and Neurology (psychiatric care institutions), Institute of Oncology, Institute of Hematology and Transfusion (blood donations), Institute of Occupational Medicine, National Blood Centre and on data obtained from voivodes (medical rescue). The tabulations containing the information on the state budget and local self-government expenditures on health care are based on the data collected by the Ministry of Finance.

The entire publication is available on the website: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>.

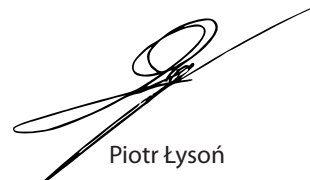
We hope that this publication will prove to be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland. We are kindly asking you to send your comments and suggestions concerning the thematic scope and forms of development – they will be used in the preparation of the next edition of the publication.

Director
of the Statistical Office in Krakow



Agnieszka Szlubowska

Director
of the Social Surveys Department



Piotr Łysoń

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
<i>Preface</i>	4
Spis tablic	7
<i>List of tables</i>	7
Spis wykresów	8
<i>List of charts</i>	8
Spis map	13
<i>List of maps</i>	13
Objaśnienia znaków umownych. Ważniejsze skróty	15
<i>Symbols. Main abbreviations</i>	15
Synteza	19
<i>Executive summary</i>	19
CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ	25
<i>PART I. RESULTS OF SURVEYS</i>	25
1. Stan zdrowia	25
<i>1. Health status</i>	25
1.1 Zachorowalność na wybrane choroby	25
<i>1.1 Incidence of selected diseases</i>	25
2. Opieka zdrowotna	30
<i>2. Health care</i>	30
2.1 Kadra medyczna	30
<i>2.1 Medical personnel</i>	30
2.2 Stacjonarna opieka zdrowotna	43
<i>2.2 In-patient health care</i>	43
2.3 Ambulatoryjna opieka zdrowotna	79
<i>2.3 Out-patient health care</i>	79
2.4 Ratownictwo medyczne	89
<i>2.4 Emergency medical services</i>	89
2.5 Apteki	99
<i>2.5 Pharmacies</i>	99
2.6 Krwiodawstwo	103
<i>2.6 Blood donation</i>	103
2.7 Służba medycyny pracy	107
<i>2.7 Occupational medicine</i>	107
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	111
<i>3. Economic aspects of health care</i>	111
3.1 Narodowy Rachunek Zdrowia	111
<i>3.1 National Health Accounts</i>	111
3.2 Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną	121
<i>3.2 Public expenditure on health care</i>	121

4. Wybrane problemy	125
4. Selected problems	125
4.1 Sprzęt medyczny i jego wykorzystanie	125
4.1 Medical technologies and their use	125
4.2 Pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej	136
4.2 Measurement of access to public inpatient and outpatient specialist health care	136
4.3 Badanie zmian efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia ..	144
4.3 Changes in energy efficiency and emissivity of health care buildings	144
CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE	153
PART II. METHODOLOGICAL NOTES	167
1. Źródła danych statystycznych	153
1. Sources of statistical data	167
2. Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne	155
2. Basic methodological explanations	168
3. Podstawowe definicje	160
3. Basic definitions	174
Spis tablic (Aneks tabelaryczny w formacie Excel, dostępny na stronie http://stat.gov.pl/)	181
Table appendix available in the electronic version in XLS format	181

Spis tablic

List of tables

Tablica 1. Zachorowania na niektóre choroby w 2017 r.	28
<i>Table 1. Incidence of selected diseases in 2017.....</i>	<i>28</i>
Tablica 2. Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego. Stan w dniu 31 XII	41
<i>Table 2. Entitled to practice medical profession. As of 31 XII</i>	<i>41</i>
Tablica 3. Pracownicy medyczni. Stan w dniu 31 XII	42
<i>Table 3. Medical personnel. As of 31 XII.....</i>	<i>42</i>
Tablica 4. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska ...	74
<i>Table 4. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located</i>	<i>74</i>
Tablica 5. Stacjonarna opieka zdrowotna	75
<i>Table 5. Inpatient health care.....</i>	<i>75</i>
Tablica 6. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2017 r.	83
<i>Table 6. The structure of out-patients consultations by age of patient in 2017</i>	<i>83</i>
Tablica 7. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 r.	89
<i>Table 7. Outpatient health care in 2017</i>	<i>89</i>
Tablica 8. Apteki i punkty apteczne	103
<i>Table 8. Pharmacies and pharmaceutical outlets</i>	<i>103</i>
Tablica 9. Krwiodawcy i pobrana krew w latach: 2007, 2013-2017	105
<i>Table 9. Blood donors and collected blood in 2007, 2013-2017</i>	<i>105</i>
Tablica 10. Wydatki na ochronę zdrowia w 2014, 2015 i 2016 roku w mln zł i ich udział w PKB	113
<i>Table 10. Expenditure on health care for 2014, 2015 and 2016 in mln PLN and its share in GDP</i>	<i>113</i>
Tablica 11. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD w latach 2014, 2015, 2016	118
<i>Table 11. Current expenditure on health care in OECD countries in 2014, 2015 and 2016</i>	<i>118</i>
Tablica 12. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2015-2017	123
<i>Table 12. The State and local government budget expenditure and on health care in 2015-2017</i>	<i>123</i>
Tablica 13. Wykorzystanie sprzętu medycznego w wybranych krajach OECD w 2016 r.	132
<i>Table 13. Use of medical technologies in selected CECD countries in 2016.....</i>	<i>132</i>
Tablica 14. Działalność pracowni diagnostycznych według województw w 2017 r.	133
<i>Table 14. Activity of diagnostic laboratories by voivodships in 2017</i>	<i>133</i>
Tabl. 15. Sprzęt zabiegowo-diagnostyczny według województw w 2017 r.	135
<i>Table 15. Surgical and diagnostic equipment by voivodship in 2017</i>	<i>135</i>
Tablica 16. Udział budynków zmodernizowanych w zbadanych, według okresu modernizacji i funkcji opieki zdrowotnej	145
<i>Table 16. The share of modernized buildings in the examined, according to the period of modernization and the function of health care</i>	<i>145</i>
Tablica 17. Rodzaje modernizacji w budynkach według funkcji ochrony zdrowia	149
<i>Table 17. Types of modernization in buildings according to the function of health care</i>	<i>149</i>

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1.	Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej w latach 2005-2017	30
Chart 1.	<i>Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2005-2017</i>	<i>30</i>
Wykres 2.	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	31
Chart 2.	<i>Doctors entitled to perform their profession – the age structure</i>	<i>31</i>
Wykres 3.	Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	31
Chart 3.	<i>Dentists entitled to perform their profession – the age structure</i>	<i>31</i>
Wykres 4.	Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku	32
Chart 4.	<i>Nurses entitled to perform their profession – the age structure</i>	<i>32</i>
Wykres 5.	Położne uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku	33
Chart 5.	<i>Midwives entitled to perform their profession – the age structure</i>	<i>33</i>
Wykres 6.	Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2017	33
Chart 6.	<i>Graduates of selected medical faculties at universities in Poland in 1995-2017</i>	<i>33</i>
Wykres 7.	Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw	35
Chart 7.	<i>Doctors and nurses working with patients at 10 thousand. of the population by voivodships</i>	<i>35</i>
Wykres 8.	Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2017 (na 10 tys. ludności)	36
Chart 8.	<i>Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2017 (per 10 thousand of the population)</i>	<i>36</i>
Wykres 9.	Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych w latach 2010-2017	37
Chart 9.	<i>The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2010-2017</i>	<i>37</i>
Wykres 10.	Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010-2017	38
Chart 10.	<i>The level of education of paramedics in 2010-2017</i>	<i>38</i>
Wykres 11.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	38
Chart 11.	<i>Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession</i>	<i>38</i>
Wykres 12.	Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców	39
Chart 12.	<i>Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thous. population</i>	<i>39</i>
Wykres 13.	Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2017 z uwzględnieniem liczby kobiet	40
Chart 13.	<i>Doctors working directly with the patient in the years 1990-2017 including the number of female</i>	<i>40</i>
Wykres 14.	Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2017 z uwzględnieniem liczby kobiet	40
Chart 14.	<i>Dentists working directly with the patient in the years 1990-2017 the number of female</i>	<i>40</i>
Wykres 15.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2017 z uwzględnieniem liczby kobiet	41
Chart 15.	<i>Pharmacists working directly with the patient in the years 1990-2017 including the number of female</i>	<i>41</i>
Wykres 16.	Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w 2017 i 2016 roku	45
Chart 16	<i>Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships in 2017 and 2016</i>	<i>45</i>

Wykres 17. Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych według województw w 2017 i 2016 roku	46
Chart 17. <i>Inpatients in general hospitals by voivodships in 2017 and 2016</i>	46
Wykres 18. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2017 i 2016 roku (stan w dniu 31 XII)	48
Chart 18. <i>Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2017 and 2016 (as of 31 XII)</i> ..	48
Wykres 19. Leczeni stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2017 i 2016 roku	49
Chart 19. <i>Number of inpatients in wards of general hospitals in 2017 and 2016</i>	49
Wykres 20. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych	51
Chart 20. <i>Beds and number of inpatients per one bed in hospital wards</i>	51
Wykres 21. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w 2017 i 2016 roku	52
Chart 21. <i>Average patient stay in hospital wards by types of wards in 2017 and 2016</i>	52
Wykres 22. Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw w latach 2013-2017	53
Chart 22. <i>Average patient stay in hospital wards by voivodships in 2013-2017</i>	53
Wykres 23. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw w latach 2013-2017 [%]	54
Chart 23. <i>Usage of beds in general hospitals by voivodships in 2013-2017 [%]</i>	54
Wykres 24. Struktura łóżek i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej	55
Chart 24. <i>Structure of beds and inpatients of psychiatric facilities</i>	55
Wykres 25. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)	57
Chart 25. <i>Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative care (as of 31.XII)</i>	57
Wykres 26. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)	58
Chart 26. <i>Age structure of females in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative care (as of 31.XII)</i>	58
Wykres 27. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)	59
Chart 27. <i>Age structure of males in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative care (as of 31.XII)</i>	59
Wykres 28. Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 XII)	59
Chart 28. <i>Structure of beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility (as of 31 XII)</i>	59
Wykres 29. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2017 (stan w dniu 31 XII)	61
Chart 29. <i>Beds in chronic medical care homes and nursing homes in 2005-2017 (as of 31 XII)</i>	61
Wykres 30. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2017	62
Chart 30. <i>Residents in chronic medical care homes and nursing homes in 2005-2017</i>	62
Wykres 31. Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2017	64
Chart 31. <i>Beds and patients in hospices 2005-2017</i>	64
Wykres 32. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2012-2017	65
Chart 32. <i>Number of health resort facilities in 2012-2017</i>	65
Wykres 33. Liczba łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2012-2017	65
Chart 33. <i>Number of beds in health resort facilities in 2012-2017</i>	65

Wykres 34.	Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2012-2017	67
Chart 34.	<i>Patients in health resort facilities in 2012-2017</i>	<i>67</i>
Wykres 35.	Struktura kuracjuszy według sposobu finansowania pobytu	69
Chart 35.	<i>Structure of inpatients by type of co-financing</i>	<i>69</i>
Wykres 36.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu)	70
Chart 36.	<i>Structure of health resort services performed in health resort facilities by the place of their performance (type of the facility)</i>	<i>70</i>
Wykres 37.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu	70
Chart 37.	<i>Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service</i>	<i>70</i>
Wykres 38.	Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	72
Chart 38.	<i>The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons (in %)</i>	<i>72</i>
Wykres 39.	Średni czas pobytu pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej 2015-2017	78
Chart 39.	<i>Average patient stay in inpatient facilities in 2015-2017</i>	<i>78</i>
Wykres 40.	Przychodnie w latach 2005-2017	79
Chart 40.	<i>Out-patient departments in 2005-2017</i>	<i>79</i>
Wykres 41.	Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001-2017 (w tys.)	80
Chart 41.	<i>Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2001-2017</i>	<i>80</i>
Wykres 42.	Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych	80
Chart 42.	<i>Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources</i>	<i>80</i>
Wykres 43.	Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad	81
Chart 43.	<i>Structure of out-patient health care consultations</i>	<i>81</i>
Wykres 44.	Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005-2017	81
Chart 44.	<i>Out-patient facilities and doctors' consultations provided in 2005-2017</i>	<i>81</i>
Wykres 45.	Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady w latach 2001-2017	82
Chart 45.	<i>Medical practices and doctors' consultations provided in 2001-2017</i>	<i>82</i>
Wykres 46.	Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach	84
Chart 46.	<i>Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics</i>	<i>84</i>
Wykres 47.	Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca według województw	85
Chart 47.	<i>Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodships</i>	<i>85</i>
Wykres 48.	Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw	91
Chart 48.	<i>Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships</i>	<i>91</i>
Wykres 49.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia	93
Chart 49.	<i>Calls of emergency rescue teams by the occurrence places</i>	<i>93</i>
Wykres 50.	Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia	93
Chart 50.	<i>Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place</i>	<i>93</i>

Wykres 51. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw	94
Chart 51. Structure of calls to the occurrence places by voivodships	94
Wykres 52. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2015-2017 według rodzajów świadczeń	96
Chart 52. Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided in 2015-2017	96
Wykres 53. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni	97
Chart 53. Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics	97
Wykres 54. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku	98
Chart 54. Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age	98
Wykres 55. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w latach 2000-2017	99
Chart 55. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet in 2000-2017	99
Wykres 56. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi w latach 2009, 2014-2017	101
Chart 56. Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas in 2009, 2014-2017	101
Wykres 57. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych	102
Chart 57. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets	102
Wykres 58. Krwiodawcy według płci i wieku (w tysiącach)	104
Chart 58. Blood donors by sex and age (in thousands)	104
Wykres 59. Krwiodawcy według województw	105
Chart 59. Blood donors by voivodships	105
Wykres 60. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy	107
Chart 60. Structure of occupational medicine service units	107
Wykres 61. Struktura lekarzy medycyny pracy wg wymogów kwalifikacyjnych	108
Chart 61. Structure of occupational physicians by qualification	108
Wykres 62. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych w latach 2015-2017	109
Chart 62. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination in 2015-2017 ..	109
Wykres 63. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2013-2017	110
Chart 63. Change in number of companies and work posts visited and occupational diseases suspected and registered in 2013-2017	110
Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011	112
The core and extended accounting framework of SHA 2011	112
Wykres 64. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według schematów finansowania	114
Chart 64. Current expenditure on health care in 2016 according to financing schemes	114
Wykres 65. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według funkcji	115
Chart 65. Current expenditure on health care in 2016 according to functions	115
Wykres 66. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według świadczeniodawców	116
Chart 66. Current expenditure on health care in 2016 according to providers	116

Wykres 67.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia	117
Chart 67.	<i>Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2016</i>	<i>117</i>
Wykres 68.	Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD według parytetu siły nabywczej w USD na 1 mieszkańca w 2016 r.	119
Chart 68.	<i>Current expenditure on health care in OECD countries per capita in 2016, current prices, PPPs,</i>	<i>119</i>
Wykres 69.	Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD jako % PKB w 2016 r.	120
Chart 69.	<i>Current expenditure on health care in OECD countries as % of GDP in 2016</i>	<i>120</i>
Wykres 70.	Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2017 r.	121
Chart 70.	<i>Structure of public expenditure on health care in 2017</i>	<i>121</i>
Wykres 71.	Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ	122
Chart 71.	<i>Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund</i>	<i>122</i>
Wykres 72.	Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2017 r.	124
Chart 72.	<i>Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2017</i>	<i>124</i>
Wykres 73.	Liczba badań oraz liczba ludności na 1 tomograf komputerowy według województw ...	126
Chart 73.	<i>Number of diagnostic exams and number of population per 1 computed tomography scanner by voivodships</i>	<i>126</i>
Wykres 74.	Liczba badań oraz liczba ludności na 1 rezonans magnetyczny według województw ...	128
Chart 74.	<i>Number of diagnostic exams and number of population per 1 magnetic resonance imaging unit by voivodships</i>	<i>128</i>
Wykres 75.	Liczba badań oraz liczba kobiet na 1 mammograf według województw	130
Chart 75.	<i>Number of diagnostic exams and number of women per 1 mammograph by voivodships</i>	<i>130</i>
Wykres 76.	Liczba mammografów oraz liczba wykonanych badań na 10 tys. kobiet według województw	131
Chart 76.	<i>Number of mammographs and number of diagnostic exams per 10 thous. women by voivodships</i>	<i>131</i>
Wykres 77.	Modernizacja budynków służby zdrowia w latach 2004-2016, według funkcji ochrony zdrowia (odsetek budynków zbadanych)	146
Chart 77.	<i>Modernization of health care buildings in 2004-2016, according to the of health care function</i>	<i>146</i>
Wykres 78.	Budynki zmodernizowane według okresu modernizacji i funkcji ochrony zdrowia (%) ...	147
Chart 78.	<i>Buildings modernized according to the period of modernization and health care functions (%)</i>	<i>147</i>
Wykres 79.	Plany modernizacyjne na lata 2017-2020, według funkcji ochrony zdrowia (odsetkach budynków zbadanych)	148
Chart 79.	<i>Modernization plans for 2017-2020, by function of health care (in percentages of modernized buildings)</i>	<i>148</i>
Wykres 80.	Rodzaje przeprowadzonych innowacji w budynkach według okresu modernizacji (odsetek budynków zmodernizowanych)	151
Chart 80.	<i>Types of innovations carried out in buildings, according to the period of modernization (percentage of modernized buildings)</i>	<i>151</i>

Spis map

List of maps

Mapa 1.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2015 r. na 100 tys. ludności	27
Map 1.	<i>New cases of malignant neoplasms in 2015 per 100 thous. population</i>	27
Mapa 2.	Szpitala ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw	43
Map 2.	<i>General hospitals per 100 thous. population and hospital beds per 10 thous. population by voivodships</i>	43
Mapa 3.	Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)	60
Map 3.	<i>Beds in long term care facilities per 10 thous. population by voivodships (as of 31 XII)</i>	60
Mapa 4.	Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw	61
Map 4.	<i>Residents in long term care facilities per 10 thous. population by voivodships</i>	61
Mapa 5.	Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)	63
Map 5.	<i>Beds in hospices and palliative care wards per 10 thous. population by voivodships (as of 31 XII)</i>	63
Mapa 6.	Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw	63
Map 6.	<i>Patients in hospices and palliative care wards per 10 thous. population by voivodships</i>	63
Mapa 7.	Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i kuracjusze leczenia stacjonarnie w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według województw	66
Map 7.	<i>Beds and inpatients of health resort facilities by voivodships</i>	66
Mapa 8.	Kuracjusze stacjonarni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według powiatów	68
Map 8.	<i>Number of inpatients in health resort hospitals and sanatoria by poviats</i>	68
Mapa 9.	Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów	87
Map 9.	<i>Number of residents per out-patient health care unit (out-patient department and doctors' practices) by poviats</i>	87
Mapa 10.	Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów	88
Map 10.	<i>Number of outpatient consultations per capita by poviats</i>	88
Mapa 11.	Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw	90
Map 11.	<i>Emergency medical care by voivodships</i>	90
Mapa 12.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, na 1 tys. ludności	92
Map 12.	<i>Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population</i>	92
Mapa 13.	Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów	100
Map 13.	<i>Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats</i>	100
Mapa 14.	Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw	106
Map 14.	<i>Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships</i>	106
Mapa 15.	Liczba tomografów komputerowych oraz liczba wykonanych badań na 10 tys. ludności według województw	127
Map 15.	<i>Number of computed tomography scanners and number of diagnostic exams per 10 thous. population by voivodships</i>	127
Mapa 16.	Liczba rezonansów magnetycznych oraz liczba wykonanych badań na 10 tys. ludności według województw	129
Map 16.	<i>Number of magnetic resonance imaging units and number of diagnostic exams per 10 thous. population by voivodships</i>	129

Mapa 17. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania	138
<i>Map 17. Percentage of patients – residents of poviats who benefited from outpatient specialist care services financed by the National Health Fund in another poviats than the poviats of residence ...</i>	<i>138</i>
Mapa 18. Odsetek pacjentów zamieszkałych na terenie innego powiatu niż powiat na terenie, którego udzielono ambulatoryjnego świadczenia zdrowotnego	138
<i>Map 18. Percentage of patients residing in another poviats than the poviats where the health service was provided</i>	<i>138</i>
Mapa 19. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba]	140
<i>Map 19. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviats than the poviats's place of residences, per 1 thousand population [person]</i>	<i>140</i>
Mapa 20. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego	141
<i>Map 20. Percentage of patients – residents of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – residents of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level</i>	<i>141</i>
Mapa 21. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba]	142
<i>Map 21. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population [person]</i>	<i>142</i>
Mapa 22. Odsetek mieszkańców powiatu korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej ...	143
<i>Map 22. Percentage of inhabitants of the poviats benefiting form outpatient specialist care</i>	<i>143</i>

Objaśnienia znaków umownych

Symbols

Symbol <i>Symbol</i>	Opis <i>Description</i>
(-)	Zjawisko nie wystąpiło <i>Magnitude zero</i>
(.)	Brak informacji <i>No data</i>
(x)	Wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe <i>Filling the position is impossible or pointless</i>
„w tym” of with	Oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy <i>Indicates, that not all elements of the sum are given</i>
(0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,5 <i>magnitude less than 0,5</i>
(0,0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05 <i>magnitude not zero, but less than 0,05 of a unit</i>

Ważniejsze skróty

Abbreviations

Skrót <i>Abbreviation</i>	Znaczenie <i>Meaning</i>
AOS	Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna <i>Specialised out-patient health care</i>
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia <i>Centre for Health Information Systems</i>
CU	Centrum urazowe <i>Trauma center</i>
Eurostat	Europejski Urząd Statystyczny <i>European Statistical Office</i>
GUS	Główny Urząd Statystyczny <i>Statistics Poland</i>
HEMS	Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego <i>Helicopter Emergency Medical Service</i>
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego <i>Local government units</i>
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego <i>Agricultural Social Insurance Fund</i>
LZRM	Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego <i>Medical Air Rescue Team</i>
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej <i>Ministry of National Defence</i>
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej <i>Ministry of Family, Labour and Social Policy</i>
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji <i>Ministry of the Interior and Administration</i>
MZ	Ministerstwo Zdrowia <i>Ministry of Health</i>
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia <i>National Health Fund</i>
NIL	Naczelna Izba Lekarska <i>General Medical Chamber</i>
NiPiP	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych <i>General Chamber of Nurses and Midwives</i>
NRZ	Narodowy Rachunek Zdrowia <i>National Health Account</i>
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny <i>National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene</i>
NTS	Klasyfikacja Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych <i>Nomenclature of territorial units for statistics</i>
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju <i>Organisation for Economic Co-operation and Development</i>

PBSSP	Program badań statystycznych statystyki publicznej <i>Programme of public statistics</i>
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych <i>State Fund for the Rehabilitation of the Disabled</i>
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna <i>Primary health care</i>
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne <i>State Emergency Medical Services</i>
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczącą <i>Register of Entities providing health care</i>
SHA	System Narodowych Rachunków Zdrowia <i>System of Health Accounts</i>
SOR	Szpitalny oddział ratunkowy <i>Hospital emergency ward</i>
SWD PRM	System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego <i>Support System for the State Emergency Medical Services</i>
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia <i>World Health Organisation</i>
ZRM	Zespół ratownictwa medycznego <i>Emergency rescue teams</i>
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych <i>Social Insurance Institution</i>

Synteza

Analizy wykonane głównie w oparciu o dane zamieszczone w dostępnym w Internecie Aneksie tabelarycznym stanowiącym integralną część niniejszej publikacji, wzbogacone wynikami innych prac studyjnych prowadzonych w ramach statystyki publicznej, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków odnośnie głównych aspektów opieki zdrowotnej w 2017 r.

Stan zdrowia

Poziom zachorowalności na choroby zakaźne, które objęte są programem szczepień ochronnych wyraźnie się poprawił. Zmalała bowiem liczba zachorowań na gruźlicę, krztusiec, różyczkę, odrę, świnkę, tężec i wirusowe zapalenie wątroby typu B. Prawie 3-krotnie wzrosła natomiast liczba nowo wykrytych zakażeń WZW typu A. Odnotowano również pozytywne tendencje w zakresie występowania niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego (za wyjątkiem czerwonki bakteryjnej i biegunek u dzieci do lat 2). Kolejny rok obserwujemy niekorzystne tendencje w szerzeniu się chorób wenerycznych. W 2017 r. stwierdzono bowiem ponad 1,7 tys. przypadków wykrycia kiły, tj. o prawie 30% więcej niż przed rokiem. Z roku na rok wzrasta liczba zachorowań na nowotwory złośliwe. W ciągu 2015 r. stwierdzono bowiem 160 tys. przypadków, tj. o prawie o 15% więcej niż w 2010 r. Najczęściej nowotwory złośliwe wykrywane były w narządach: trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz płciowych. W ciągu 2016 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono się ponad 4% wszystkich Polaków, tj. nieznacznie więcej niż przed rokiem. Wzrosła jednakże liczba pacjentów leczonych z powodu zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania, zmniejszyła się natomiast liczba pacjentów leczonych z powodu używania alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Kadra medyczna

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

W 2017 r. wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych grupach zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Największy przyrost zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3,1%), farmaceutów (wzrost o 2,6%) oraz położnych (wzrost o 2,3 %). Obserwowany przyspieszony proces starzenia się społeczeństwa dotyczy także zasobów kadrowych w systemie opieki zdrowotnej. W 2017 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wieku – 65 lat i więcej. Udział lekarzy w tej grupie, wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty, osiągnął w przypadku lekarzy 22,7% i lekarzy dentyistów 20,9%. Utrzymała się również tendencja wzrostowa liczby pielęgniarek w najstarszej grupie wieku. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 10,8% wszystkich posiadających prawo wykonywania tego zawodu. Pozytywne zjawisko odnotowano w grupie najmłodszych położnych (poniżej 35 roku życia). Położne mające mniej niż 35 lat stanowiły 16,3% uprawnionych do wykonywania tego zawodu, a ich liczba w porównaniu z poprzednim rokiem wzrosła o 498 osób.

Z danych pozyskanych ze statystyk resortowych wynika, że bezpośrednio z pacjentem (pracujący w podmiotach leczniczych, aptekach, domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych, liczeni raz, według głównego miejsca pracy) w 2017 r. pracowało 90,3 tys. lekarzy (prawie 2% mniej niż w ub. roku), lekarzy dentyistów – 13,3 tys. (0,1 % więcej), farmaceutów – 29,3 tys. (0,2 % więcej), pielęgniarek – 193,7 tys. (1,1 % mniej), położnych – 22,7 tys. (0,6 % mniej), fizjoterapeutów – 26,5 tys. (prawie 2% więcej) i diagnostów laboratoryjnych – 11,6 tys., czyli o 9,4 % więcej.

Stacjonarna opieka zdrowotna

Leczenie szpitalne jest formą opieki, na którą pacjent decyduje się gdy inne możliwe rodzaje opieki medycznej nie są wystarczające w celu zachowania zdrowia na pożądanym poziomie. Jest to więc najbardziej złożona forma opieki stacjonarnej, której celem jest zdiagnozowanie pacjenta, podjęcie działań ratujących zdrowie lub życie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Na terenie kraju funkcjonowało 951 stacjonarnych ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących 185,3 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,5 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 48,2 łóżka na 10 tys. mieszkańców co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 207 mieszkańców (o 1 mieszkańca więcej niż w 2016 r.). Hospitalizowanych było 7,8 mln pacjentów (o 0,7% mniej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3,4 mln pacjentów, o 6,3% więcej.

Kolejną formą opieki, polegającą na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia pacjenta są hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej. Odnotowano 161 tego typu placówek, 95 hospicjów (o 15 więcej) i 66 oddziałów opieki paliatywnej (o 9 mniej), które łącznie dysponowały 3,0 tys. łóżek (o 0,5% więcej) i zapewniły opiekę 34,6 tys. osób (o 7,4% mniej niż w 2016 r.). Oprócz wymienionych zakładów ta forma opieki realizowana była na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej w szpitalach ogólnych.

Inny rodzajem opieki medycznej jest stacjonarna opieka długoterminowa, sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu. Świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W 2017 roku odnotowano 576 zakładów tego typu, o 4,0% więcej niż w 2016 roku. Baza łóżkowa wyniosła 33,1 tys. łóżek, (o 3,8% więcej). Opieką stacjonarną objęto łącznie 61,5 tys. osób, o 0,8% więcej niż przed rokiem.

Odmianą formę opieki zdrowotnej stanowi lecznictwo psychiatryczne. Do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 48 szpitali psychiatrycznych, dysponujących 17,7 tys. łóżek (o 0,8% mniej niż w końcu 2016 r.). Przebywało w nich 195,8 tys. pacjentów, o 1,9% (3,8 tys. osób) mniej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 55 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR). Dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek (o 1,4% mniej) i skorzystało z nich 8,1 tys. osób uzależnionych (o 3,6% mniej niż w 2016 roku).

Formą opieki cieszącą się dużą popularnością jest lecznictwo uzdrowiskowe, stanowiące często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo mające na celu ogólną poprawę stanu zdrowia kuracjusza. W 2017 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 44,4 tys. łóżek (o 0,7% więcej niż w 2016 r.) z których skorzystało 734,4 tys. osób (o 0,4% mniej) natomiast blisko 10 krotnie mniej osób (73,7 tys.) skorzystało z leczenia w trybie ambulatoryjnym (o 1,4% mniej niż przed rokiem). Około 81% łóżek, znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły blisko 83% ogółem kuracjuszy przebywających w uzdrowiskach.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) stanowią ważny szczebel w systemie ochrony zdrowia. Od ich sprawności i skuteczności w ogromnym stopniu zależy efektywność całego procesu leczenia pacjenta i sprawność systemu opieki medycznej. W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej utrzymał się zarówno trwający od kilkunastu lat systematyczny wzrost liczby poradni świadczących tę formę opieki medycznej jak i spadek liczby praktyk lekarskich, które udzielały porad w ramach umowy podpisanej bezpośrednio z NFZ.

Nieznacznie wzrosła liczba porad udzielonych w tych placówkach. W 2017 r. odnotowano ich 325,8 mln, o prawie 3 mln więcej niż przed rokiem. W strukturze porad podstawową część stanowiły te udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (52,9%), 36,3% dotyczyło specjalistycznej opieki zdrowotnej, a 10,8% porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 84,8% wszystkich porad

ambulatoryjnych z czego 47,5 % dotyczyło POZ, 41,7 % – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 10,8 % porad w miastach stanowiły porady udzielone przez lekarzy dentyistów. Struktura porad udzielonych w placówkach usytuowanych na obszarach wiejskich różniła się nieco: 83,2 % dotyczyło POZ, 6,3 % – AOS, a 10,5% porad stomatologicznych. Struktura porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie zmieniła się istotnie w porównaniu z ubiegłym rokiem, w podstawowych analizowanych przekrojach.

Ratownictwo medyczne

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Funkcjonuje w oparciu o wojewódzkie plany działania systemu. Jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM.

W 2017 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało 1519 zespołów wyjazdowych, o 27 więcej niż przed rokiem. Zrealizowały one niemal 3,2 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 83,1 wyjazdów ZRM. Nie zmieniła się struktura płci i wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Nadal pomoc najczęściej była udzielana mężczyznom (53,1%) oraz osobom w wieku 18-64 lat (50,6%).

W roku 2017 załogi śmigłowców zrealizowały najwięcej lotów w swojej historii – łącznie 9942 loty, w tym 8722 loty do wypadków i nagłych zachorowań i 1220 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 371 misji. Zwiększyła się o 4 liczba baz HEMS w porównaniu z zeszłym rokiem.

W ramach systemu ratownictwa medycznego pomocy udzielało ponadto 226 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR) – nieco więcej niż przed rokiem, 160 izb przyjęć w szpitalach oraz 14 centrów urazowych – tyle samo co przed rokiem. Z SOR w trybie ambulatoryjnym skorzystało znacznie więcej osób niż w zeszłym roku, natomiast zmalała liczba pacjentów, którym udzielono pomocy w trybie stacjonarnym.

Krwiodawstwo

W 2017 roku funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe) oraz 140 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 612,8 tys. osób. Krwiodawcy przekazali łącznie 1226 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 551,6 tys. litrów. Wśród dawców 75% stanowili dawcy wielokrotni stali i powtórni. Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (72% dawców krwi). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim. Bazując na danych dla województw, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim. W 2017 roku pobrano w Polsce 1306 tys. donacji krwi i jej składników.

Apteki

W 2017 r. zbadano 13,3 tys. aptek ogólnodostępnych (o 234 więcej niż przed rokiem), 25 aptek zakładowych i 1,3 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,7%) należały do prywatnych właścicieli. W 2017 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 2,9 tys. osób, w tym w miastach 2,1 tys. osób. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2017 r. wyniosła przeciętnie 4,5 tys. W omawianym roku 2,9% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne, o 0,5 pkt. proc. mniej niż przed rokiem. Prawie 22% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2017 r. 76,6% aptek posiadało przynajmniej jeden rodzaj udogodnienia dla osób niepełnosprawnych. Były to najczęściej pochylnie, podjazdy, platformy. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu prowadziło 2,1% aptek ogólnodostępnych.

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną rejestrowane są w dziale „851 – Ochrona zdrowia” klasyfikacji budżetowej. W 2017 r. wydatki te osiągnęły ponad 89 367 mln zł, co oznacza wzrost o 8,4% w porównaniu z ubiegłym rokiem. Ponad 85% tej sumy stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ. Wyniosły one 76 290 mln zł, czyli o 7,7% więcej niż przed rokiem.

Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa, który w 2017 r. na ochronę zdrowia przeznaczył o 16,6% większą kwotę niż w 2016 r., bo 9 598,4 mln zł i budżety jednostek samorządu terytorialnego, które na ten cel wydatkowały łącznie 3 478,5 mln zł (o 4,8% więcej niż przed rokiem). Na każdym szczeblu jednostek samorządu dostrzec można wzrost wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia, porównując je do zeszłego roku, poza budżetem powiatów.

Narodowy Rachunek Zdrowia

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

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2016 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 121,1 mld zł i były wyższe niż w 2015 r. o około 6,6 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,52% PKB, podczas gdy w 2015 r. ich udział wyniósł 6,36%. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (57,3%).

Sprzęt medyczny

Prezentowane wyniki badań statystycznych prowadzonych w ramach statystyki resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji dotyczące wykorzystania sprzętu medycznego będącego własnością szpitali ogólnych oraz podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia pozwalają na sformułowanie kilku spostrzeżeń.

W 2017 r. w badanych pracowniach diagnostycznych zrealizowano ponad 8,9 mln badań, z czego prawie 5,6 mln w pracowniach diagnostyki obrazowej. W pracowniach badań czynnościowych przeprowadzono prawie 2,4 mln badań, a w pracowniach radioterapii i medycyny nuklearnej odpowiednio 816 tys. i 226 tys. badań.

W końcu 2017 r. własnością badanych podmiotów leczniczych było 641 tomografów komputerowych, 301 rezonansów magnetycznych i 362 mammografów. Na urządzeniach tych zrealizowano w 2017 r. niespełna 3,5 mln tomografii komputerowych, ponad 1,3 mln rezonansów magnetycznych oraz ponad 786 tys. mammografii.

Średnio w skali kraju na 1 tomograf komputerowy przypadło 60 tys. osób, na 1 rezonans magnetyczny – 128 tys. osób, a na 1 mammograf – 55 tys. kobiet.

W przeliczeniu na 10 tys. ludności wykonano ponad 900 tomografii i prawie 350 badań rezonansu magnetycznego. Wskaźnik przeprowadzonych badań mammograficznych w przeliczeniu na 10 tys. kobiet wyniósł 396 mammografii.

Pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

Złożoność systemu opieki zdrowotnej oraz brak spójności między źródłami informacji, stanowiącymi potencjalnie źródła danych statystycznych, powoduje, że opis systemu opieki zdrowotnej w Polsce to niezwykle skomplikowane zagadnienie. Najbardziej istotny czynnik ograniczający precyzję analiz statystycznych to trudność w wydzieleniu informacji o roli usług publicznych (zwłaszcza finansowanych ze środków NFZ) w systemie ochrony zdrowia, szczególnie z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. Udoskonalenie

metod badawczych jest możliwe w ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NIZP-PZH, CSIOZ i NFZ).

Zmiany efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia

Zagadnienia dotyczące systemu opieki zdrowotnej przewijają się w opracowaniach prowadzonych w ramach różnych obszarów tematycznych nie związanych bezpośrednio ze zdrowiem. Takim przykładem jest, zrealizowana w GUS, eksperymentalna praca badawcza „Badanie zmian efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia”.

Analiza wyników badania pozwala na stwierdzenie, że w badanym okresie (2004-2016) niemal w połowie budynków opieki zdrowotnej (46,1%) przeprowadzone zostały prace modernizacyjne mające na celu wzrost efektywności energetycznej i emisyjności budynków. Niemal co drugi budynek będący własnością lub dzierżawiony przez podmiot leczniczy był modernizowany w badanym okresie więcej niż raz. Najbardziej intensywne prace modernizacyjne prowadzone były w latach 2004-2013, kiedy wykonano prace adaptacyjne w niemal 80% ogółu zmodernizowanych budynków należących lub dzierżawionych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Szacuje się, że w ostatnich trzech latach (2014-2016) udoskonalono ok. 42% tych budynków. W oparciu o wyniki badania szacuje się, że takie plany zgłoszono odnośnie ponad 45% budynków zbadanych.

CZĘŚĆ I

Part I

WYNIKI BADAŃ

Results of surveys

1. STAN ZDROWIA

1. Health status

1.1 Zachorowalność na wybrane choroby

1.1 Incidence of selected diseases

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie społeczeństwa polskiego pochodzi ze stałych badań statystycznych resortu zdrowia. Zakres tematyczny tych badań dotyczy głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby oraz przyczyn hospitalizacji.

Stalą obserwacją statystyczną objęte są choroby społeczne oraz choroby istotne dla oceny sytuacji zdrowotnej ludności Polski. Wśród nich wyróżnić można: ostre choroby zakaźne i pasożytnicze (w tym także gruźlica oraz choroby weneryczne), nowotwory złośliwe, choroby i zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych. Uzupełniające dane stanowią również wyniki badania przyczyn leczenia pacjentów w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych.

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2017 r.

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży w Polsce są nadal powszechne. Choroby zakaźne, zwłaszcza wieku dziecięcego nie są już tak groźne i nie występują już tak często. Od 2001 r. nie stwierdzono na przykład zachorowań na błonicę, jak również na porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio, natomiast tylko incydentalnie stwierdzano zachorowanie wywołane wirusem szczepionkowym (po jednym przypadku w 2009, 2010 i 2015 r.).

W ciągu 2017 r. stwierdzono jedynie 11 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 1 przypadek mniej niż rok wcześniej. O ponad połowę zmniejszyła się również liczba zachorowań na krztusiec – wykryto nieco ponad 3 tys. przypadków, podczas gdy przed rokiem – ponad 6,8 tys. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie łódzkim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i pomorskim (10-21 przypadków na 100 tys. ludności), najrzadziej natomiast w województwie lubuskim i podkarpackim – mniej niż 3 zachorowania na 100 tys. ludności).

W 2017 r. znacznie zmalała również liczba zachorowań na odrę – stwierdzono bowiem tylko 63 przypadki, podczas gdy przed rokiem 133. Odrę wykrywano głównie u mieszkańców województwa wielkopolskiego – 26 przypadków (ponad 40% wszystkich zachorowań), jak również mazowieckiego i lubelskiego (po 11 zachorowań), zaś nieliczne lub tylko pojedyncze przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa małopolskiego, dolnośląskiego, pomorskiego, łódzkiego, śląskiego i zachodniopomorskiego. W pozostałych 7 województwach odry nie stwierdzono.

Kolejny rok obserwujemy wyraźnie mniejszą liczbę zachorowań na różyczkę. W ciągu 2017 roku zarejestrowano ich 476, tj. ponad połowę mniej niż przed rokiem. Większe ogniska chorobowe występowały przede wszystkim w województwie mazowieckim, śląskim, podkarpackim i małopolskim (po co najmniej 60 zachorowań, tj. prawie 60% ogółu przypadków zarejestrowanych w Polsce), a ponadto w wielkopolskim, pomorskim, dolnośląskim i kujawsko-pomorskim (kolejne prawie 30% ogółu zachorowań).

Nieznacznie zmniejszyła się częstość wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B i C. W 2017 r. stwierdzono bowiem 3,4 tys. nowych przypadków zachorowań na WZW typu B (tj. o prawie ponad 440 mniej więcej niż przed rokiem), zaś typu C – także trochę mniej niż przed rokiem – ale nadal ponad 4 tys. Dramatycznie wzrosła natomiast liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu A – zarejestrowano ponad 3 tysiące, podczas gdy przed rokiem w skali kraju tylko 35 przypadków. Wirusowe zapalenie wątroby typu A wykrywano na terenie całego kraju; najczęściej przypadków zarejestrowano w województwie mazowieckim, śląskim i wielkopolskim – w sumie blisko 60% ogółu zachorowań w skali kraju, a w następnej kolejności w województwie małopolskim, łódzkim i wielkopolskim – po co najmniej 200 przypadków.

Relatywnie najczęściej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego, łódzkiego, śląskiego, kujawsko-pomorskiego, wielkopolskiego i podlaskiego; na 100 tys. ludności przypadało od 10 do 15 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił niespełna 9 zachorowań na 100 tys. ludności.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C bardzo licznie wykrywano u mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, lubuskiego i łódzkiego – od 13 do 18 zachorowań na 100 tys. ludności, najrzadziej u mieszkańców województwa małopolskiego i podkarpackiego – mniej niż 6 zachorowań na 100 tys. ludności.

Odnotowano pozytywne tendencje w zakresie niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego, za wyjątkiem czerwonki bakteryjnej i biegunek u dzieci do lat 2. Poziom zachorowań na salmonellozę i inne bakteryjne zatrucia nieznacznie się obniżył. Na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało mniej niż 2 przypadki innych bakteryjnych zatruc pokarmowych (w roku poprzednim blisko 3); natomiast liczba zakażeń salmonellozą pozostała na poziomie roku ubiegłego – 26 przypadków na 100 tys. ludności. W ciągu 2017 r. stwierdzono aż 44 przypadków czerwonki bakteryjnej, podczas gdy przed rokiem – 15 przypadków. W grupie najmłodszych odnotowano 548 biegunek na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku 476.

Czerwonkę stwierdzono głównie w województwie śląskim (21 przypadków), kolejne 6 przypadków w województwie pomorskim, w małopolskim i wielkopolskim stwierdzono po 5 przypadków, w mazowieckim 4 przypadki oraz nieliczne przypadki w łódzkim i kujawsko-pomorskim. Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe występowały głównie u mieszkańców województwa śląskiego, warmińsko-mazurskiego i świętokrzyskiego (co najmniej 3 zatrucia na 100 tys. ludności wobec niespełna 1,3 na poziomie kraju).

W ciągu 2017 roku zarejestrowano blisko 42 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch, tj. o prawie 1/5 więcej niż przed rokiem. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwie pomorskim – 790 przypadków na 10 tys., zatem o prawie 45% częściej niż w całej Polsce. Stosunkowo licznie biegunki rejestrowano również w województwie małopolskim, gdzie stwierdzono ponad 734 przypadków na 10 tys. małych dzieci.

Zakażenia salmonellozą najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw: małopolskiego, mazowieckiego i lubelskiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało bowiem 37-38 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł jedynie 26.

Zmniejszyła się liczba nowych przypadków zachorowań na gruźlicę. W ciągu 2017 roku gruźlicę stwierdzono u prawie 5,8 tys. osób (przed rokiem u 6,4 tys.). 95% nowych przypadków dotyczyło gruźlicy płuc, a 5% – gruźlicy pozapłucnej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2017 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego i śląskiego – 21 przypadków na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa mazowieckiego, łódzkiego i świętokrzyskiego (16-19 przypadków), podczas gdy analogiczny wskaźnik dla kraju był znacznie niższy – 15 zachorowań na 100 tys. ludności.

Kolejny rok obserwujemy niekorzystne tendencje w szerzeniu się chorób wenerycznych. W 2017 r. stwierdzono bowiem ponad 1,7 tys. przypadków wykrycia kiły, tj. o prawie 30% więcej niż przed rokiem. Nieznacznie spadła liczba wykrywanych zakażeń rzeżączką, odnotowano 379 takich zachorowań, tj. o 58 przypadków mniej niż przed rokiem. Stosunkowo najczęściej przypadków chorób wenerycznych wykryto w laboratoriach zlokalizowanych w województwie mazowieckim (ponad 40% wszystkich przypadków), a także, w województwie małopolskim, śląskim i dolnośląskim (po co najmniej 100, a nawet 200 przypadków rocznie). W sumie w tych 4 województwach zdiagnozowano 70% wszystkich przypadków kiły czy rzeżączki w Polsce.

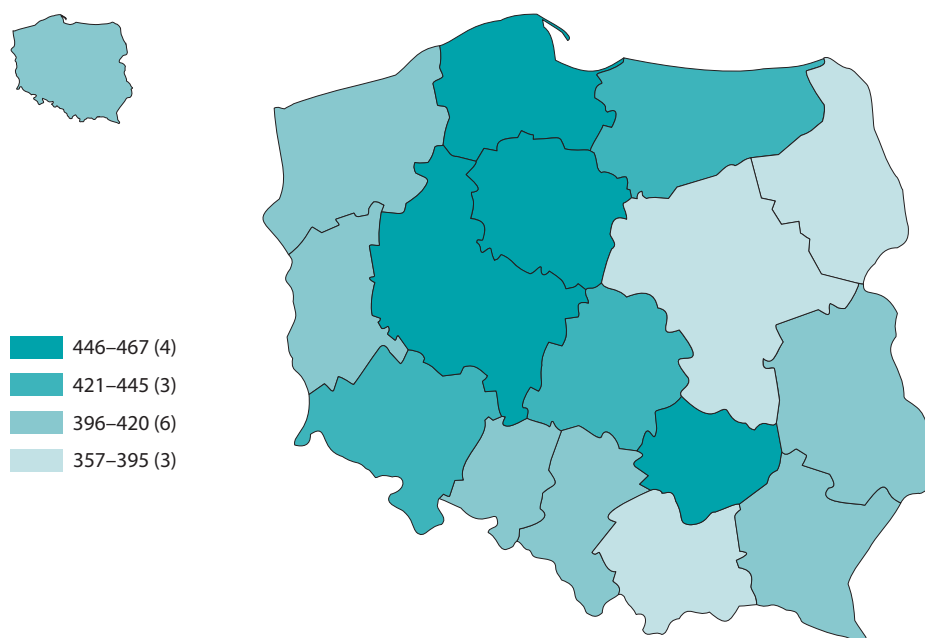
Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2015 r.¹

Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2015 r. stwierdzono ich już ponad 160 tys., tj. o prawie 22 tys. więcej niż w roku 2010. Wskaźnik zachorowalności wyniósł 416 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 117 przypadków mniej. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe wykrywane są w narządach: trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz płciowych – stanowiły one prawie 54% wszystkich nowotworów wykrytych w 2015 r. Wzrost liczby zachorowań w 2015 r. nie dotyczył całego kraju. W pięciu województwach zarejestrowano znacznie mniej przypadków niż przed rokiem (w województwie dolnośląskim, łódzkim, małopolskim, opolskim i podkarpackim). W pozostałych województwach obserwowano wzrost liczby zachorowań; najszybciej wzrosła liczba rejestracji nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województwa mazowieckiego (wzrost o ponad 9% w porównaniu z rokiem ubiegłym) oraz w województwach: warmińsko-mazurskim, pomorskim i wielkopolskim – wzrost o 8%.

W 2015 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego (467 zachorowań na 100 tys. ludności) i kujawsko-pomorskiego (463 przypadki), w następnej kolejności wśród mieszkańców świętokrzyskiego, wielkopolskiego, warmińsko-mazurskiego i łódzkiego (co najmniej 440 nowych zachorowań na 100 tys. ludności). Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane, podobnie jak przed rokiem, u mieszkańców województwa podlaskiego i mazowieckiego – mniej niż 360 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Mapa 1 Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2015 r. na 100 tys. ludności

Map 1. *New cases of malignant neoplasms in 2015 per 100 thous. population*



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2015 r. można stwierdzić, że najczęściej nowotwory złośliwe w narządach trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa dolnośląskiego, wielkopolskiego, świętokrzyskiego i warmińsko-mazurskiego (co najmniej 90 zachorowań na 100 tys. ludności), natomiast nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej – u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego – co najmniej 80 przypadków zachorowań na 100 tys. mieszkańców, najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa podkarpackiego (49 przypadków). Z kolei nowotwory złośliwe narządów płciowych najczęściej były wykrywane u mieszkańców województwa łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, świętokrzyskiego, pomorskiego i podkarpackiego – po co najmniej 80

¹ Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2015 r.

przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców małopolskiego i zachodniopomorskiego – mniej niż 70 zachorowań na 100 tys. ludności tych województw.

Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2016 r.²

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2016 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono ponad 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków, tj. nieznacznie więcej niż przed rokiem.

Uwzględniając przyczyny korzystania z tej formy opieki można powiedzieć, że prawie 1,4 mln osób będących pod opieką tych poradni potrzebowało pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne 165 tys. osób leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a prawie 39 tys. osób – z powodu używania środków psychoaktywnych (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki, itp.). Wskaźniki chorobowości na 100 tys. ludności dla tych trzech grup diagnoz wyniosły odpowiednio: 3584, 430 i 101 i były nieco niższe niż 2015 r., za wyjątkiem pierwszej grupy (odpowiednio: 3533, 446 i 104).

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały szeroko pojęte zaburzenia nerwicowe (1208 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (829 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz stwierdzono u prawie 49% ogółu pacjentów leczonych w tych trzech poradniach. Blisko co 10 pacjent leczony z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a co 40-ty z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych.

Porównując dane z kolejnych dwóch lat, można powiedzieć, że w 2016 r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe (o 24 tys. osób więcej). Nieznacznie więcej osób leczonych było z powodu schizofrenii – o prawie 2 tys. pacjentów więcej niż przed rokiem. Mniej natomiast osób leczono z powodu pozostałych zaburzeń psychicznych. Spadła również liczba osób leczonych z powodu używania alkoholu – o ponad 6 tys. i to bez względu na rozpoznanie. Także spadła liczba leczonych z tytułu używania środków psychoaktywnych – o ponad 1 tys., tj. o 3%, głównie z powodu spadku liczby osób z rozpoznaniem innych zaburzeń.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne osób leczących się w warunkach ambulatoryjnych można stwierdzić, że najliczniej w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień leczono mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego (5,2%), łódzkiego i lubuskiego (po 5% ludności), a w następnej kolejności mieszkańcy województwa pomorskiego i mazowieckiego (po 4,5% ludności), najrzadziej natomiast mieszkańcy województwa wielkopolskiego i opolskiego – mniej niż 3,5 % ludności.

Tablica 1. Zachorowania na niektóre choroby w 2017 r.

Table 1. Incidence of selected diseases in 2017

WOJEWÓDZTWA	Gruźlica <i>Tuberculosis</i>	Grypa <i>Influenza</i>	Wirusowe zapalenie wątroby typu B <i>Viral hepatitis type B</i>	Wirusowe zapalenie wątroby typu C <i>Viral hepatitis type C</i>	Świn-ka <i>Mumps</i>	Krztu-siec <i>Whooping cough</i>	Szkar-latyna <i>Scarlet fever</i>	Ró-życzka <i>Rubella</i>	Cho-roby wene-ryczne <i>Venereal diseases</i>	Nowo-twory złośli-we <i>Malignant neoplasms¹</i>
W liczbach bezwzględnych <i>In absolute numbers</i>										
POLSKA	5787	5043491	3363	4 010	1 670	3 066	16 411	476	2089	160097
Dolnośląskie	427	248257	162	361	99	118	674	20	215	12740
Kujawsko-pomorskie	239	294145	259	385	92	331	870	24	87	9659
Lubelskie	466	118809	55	178	92	79	540	3	31	8892
Lubuskie	131	67481	66	156	49	21	351	17	62	4120

² Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2016 r.

Tablica 1. Zachorowania na niektóre choroby w 2017 r. (dok.)

Table 1. Incidence of selected diseases in 2017 (cont.)

WOJEWÓDZTWA	Gruźlica <i>Tuberculosis</i>	Grypa <i>Influenza</i>	Wirusowe zapalenie wątroby typu B <i>Viral hepatitis type B</i>	Wirusowe zapalenie wątroby typu C <i>Viral hepatitis type C</i>	Świn-ka <i>Mumps</i>	Krzztu-siec <i>Whooping cough</i>	Szkar-latyna <i>Scarlet fever</i>	Ró-życzka <i>Rubella</i>	Cho-robry wene-ryczne <i>Vene-real dise-ases</i>	Nowo-twory złośli-we <i>Mali-gnant neopla-sma¹</i>
Łódzkie	456	272966	339	324	84	526	588	8	63	11002
Małopolskie	458	494073	267	194	187	428	1 926	73	212	12995
Mazowieckie	1038	974235	408	485	212	491	3 792	77	902	19122
Opolskie	133	68252	67	88	46	41	483	12	59	4027
Podkarpackie	257	84077	53	87	93	61	621	60	20	8786
Podlaskie	131	122049	127	126	63	95	339	3	11	4255
Pomorskie	265	876311	348	227	123	234	1 465	43	77	10774
Śląskie	952	460295	523	517	209	228	2 112	68	129	18876
Świętokrzyskie	206	82400	57	94	38	49	473	14	12	5744
Warmińsko-mazurskie	132	84646	109	149	48	44	398	7	69	6375
Wielkopolskie	311	694240	379	424	149	257	1 022	22	78	15529
Zachodniopomorskie	185	101255	144	215	86	63	757	25	62	7201
Na 100 tys. ludności <i>Per 100 thous. population</i>										
POLSKA	15,1	13126,5	8,8	10,4	4,3	8,0	42,7	1,2	5,4	416,3
Dolnośląskie	14,7	8553,6	5,6	12,4	3,4	4,1	23,2	0,7	7,4	438,5
Kujawsko-pomorskie	11,5	14121,7	12,4	18,5	4,4	15,9	41,8	1,2	4,2	462,7
Lubelskie	21,9	5579,8	2,6	8,4	4,3	3,7	25,4	0,1	1,5	414,9
Lubuskie	12,9	6637,6	6,5	15,3	4,8	2,1	34,5	1,7	6,1	404,1
Łódzkie	18,4	11006,9	13,7	13,1	3,4	21,2	23,7	0,3	2,5	440,4
Małopolskie	13,5	14590,9	7,9	5,7	5,5	12,6	56,9	2,2	6,3	385,5
Mazowieckie	19,3	18133,5	7,6	9,0	3,9	9,1	70,6	1,4	16,8	358,0
Opolskie	13,4	6886,1	6,8	8,9	4,6	4,1	48,7	1,2	6,0	403,1
Podkarpackie	12,1	3951,6	2,5	4,1	4,4	2,9	29,2	2,8	0,9	413,0
Podlaskie	11,1	10298,0	10,7	10,6	5,3	8,0	28,6	0,3	0,9	357,5
Pomorskie	11,4	37776,3	15,0	9,8	5,3	10,1	63,2	1,9	3,3	467,5
Śląskie	20,9	10110,5	11,5	11,4	4,6	5,0	46,4	1,5	2,8	412,3
Świętokrzyskie	16,5	6593,5	4,6	7,5	3,0	3,9	37,8	1,1	1,0	455,9
Warmińsko-mazurskie	9,2	5899,6	7,6	10,4	3,3	3,1	27,7	0,5	4,8	442,0
Wielkopolskie	8,9	19920,9	10,9	12,2	4,3	7,4	29,3	0,6	2,2	447,0
Zachodniopomorskie	10,8	5933,2	8,4	12,6	5,0	3,7	44,4	1,5	3,6	420,2

¹ Dane dotyczą 2015 r.

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2. Health care

2.1 Kadra medyczna

2.1 Medical personnel

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

Lekarze oraz inni przedstawiciele zawodów medycznych pełnią w społeczeństwie szczególną rolę, powierzając im zdrowie, które jest jednym z największych dóbr człowieka. Zapewnienie odpowiednio wykształconej i rozmieszczonej kadry medycznej to jedno z najistotniejszych wyzwań w obecnym systemie ochrony zdrowia.

Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe prognozują wzrost popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym zwiększenie zapotrzebowania na personel medyczny.

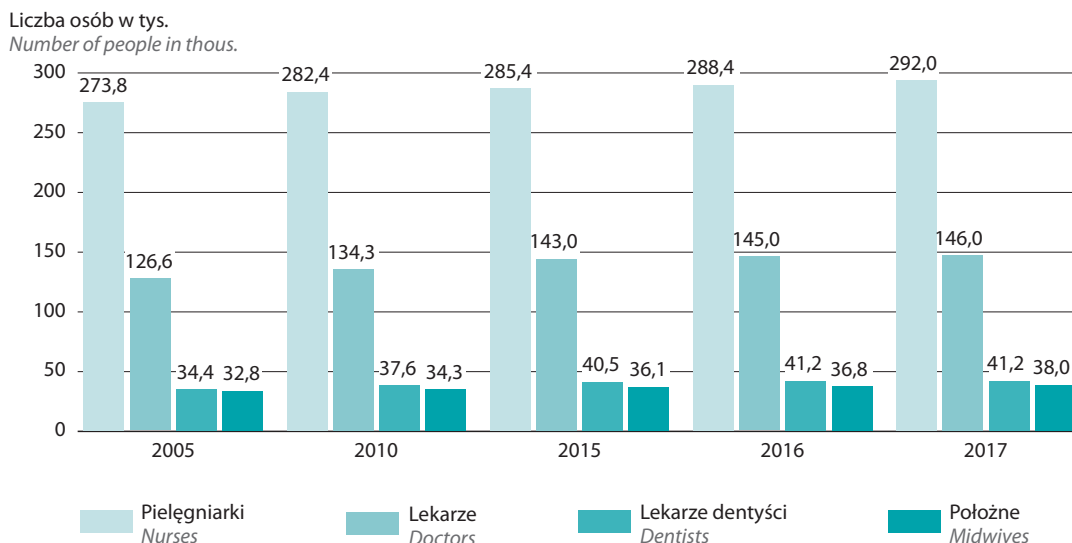
W ostatnich latach organizacje międzynarodowe takie jak WHO, Eurostat i OECD zajmujące się problematyką zdrowia coraz większą rangę polityczną przypisują problemom pracowników medycznych.

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2017 roku (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2016/2017).

Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych

Wykres 1. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarki oraz położnej w latach 2005-2017

Chart 1. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2005-2017



Zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, w roku 2017 prawo wykonywania zawodu posiadało 146 tys. lekarzy,

41 tys. lekarzy dentyistów, 292 tys. pielęgniarek, 38 tys. położnych, 35 tys. farmaceutów i 16 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich z wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2017 r. zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3,1%), farmaceutów (wzrost o 2,6%) oraz położnych (wzrost o 2,3 %).

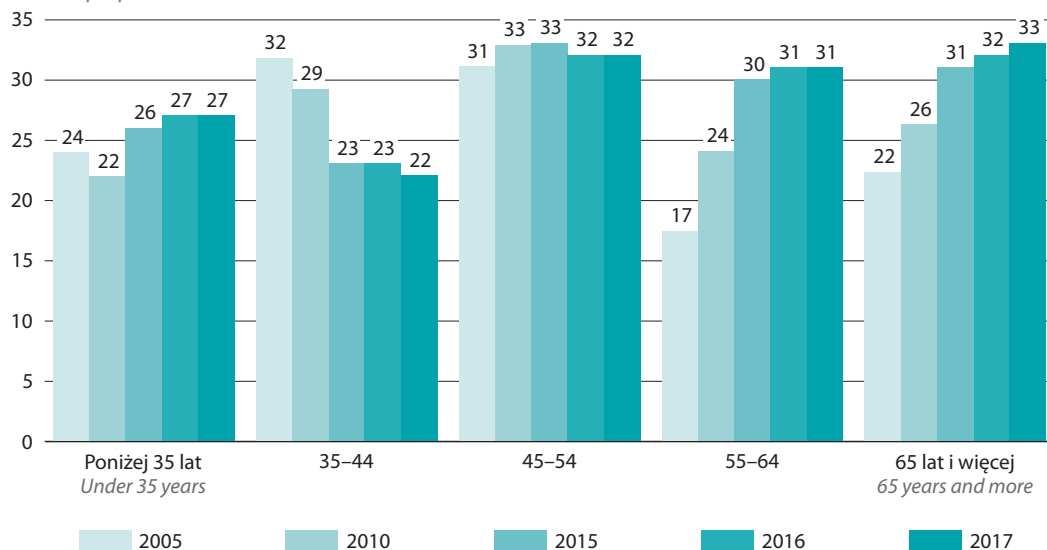
Na dynamikę liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem roczników starszych.

Wykres 2. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku

Chart 2. Doctors entitled to perform their profession – the age structure

Liczba osób w tys.

Number of people in thous

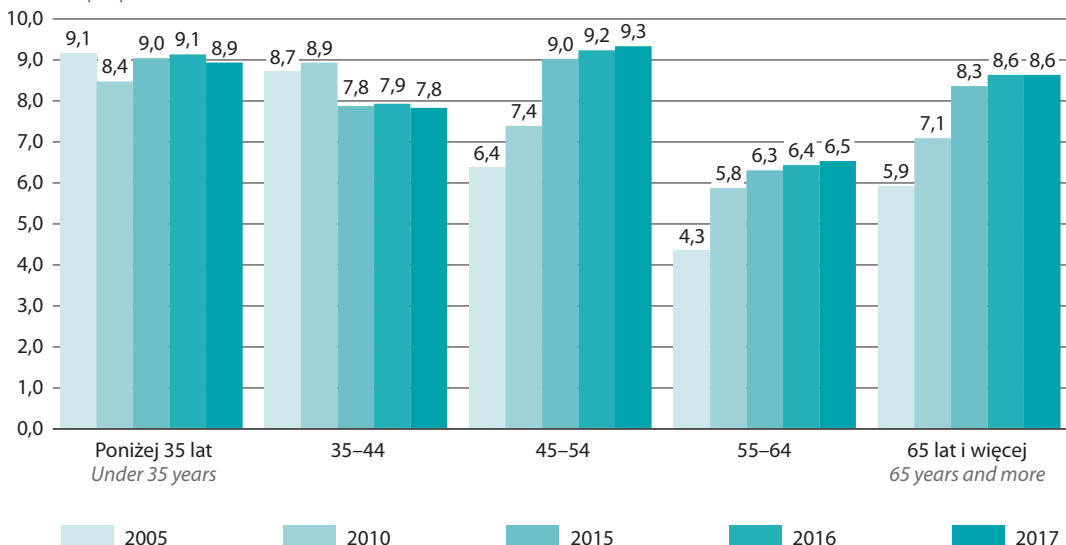


Wykres 3. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku

Chart 3. Dentists entitled to perform their profession – the age structure

Liczba osób w tys.

Number of people in thous.



Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2017 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wieku – 65 lat i więcej. W 2017 r. udział lekarzy w tej grupie wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyisty wyniósł w przypadku lekarzy 22,7% i lekarzy dentyistów 20,9%. W stosunku do 2005 r. wskaźnik ten zwiększył się odpowiednio w grupie lekarzy o 5,1 p. proc., a lekarzy dentyistów – o 3,8 p. proc.

Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2017 najczęściej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45-54 lata – 98 tys. Podobnie jak w poprzednim roku najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat. W 2017 r. było ich 28 tys., co stanowiło 9,6% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu pielęgniarki. W stosunku do 2011 r. udział tej grupy osób zwiększył się w o 1 p. proc.

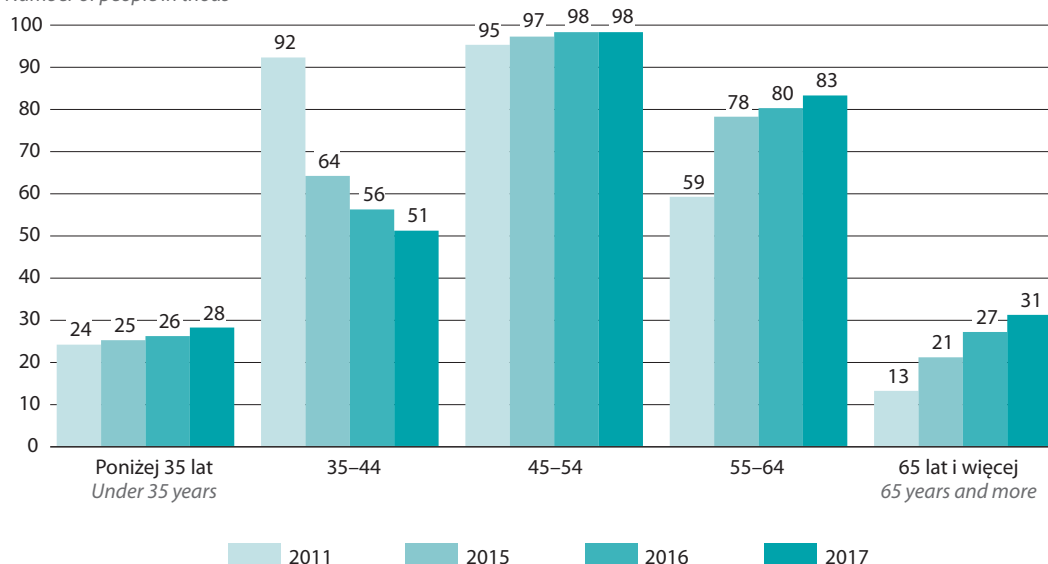
Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. W 2017 r. wzrost ten był dość znaczny – o ponad 4 tys. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 10,8 % wszystkich posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (w 2011 r. – 4,4%). Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55-64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o prawie 3 tys. W stosunku do 2011 r. udział tej grupy osób zwiększył się o prawie 8 p. proc.

Wykres 4. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku

Chart 4. Nurses entitled to perform their profession – the age structure

Liczba osób w tys.

Number of people in thous



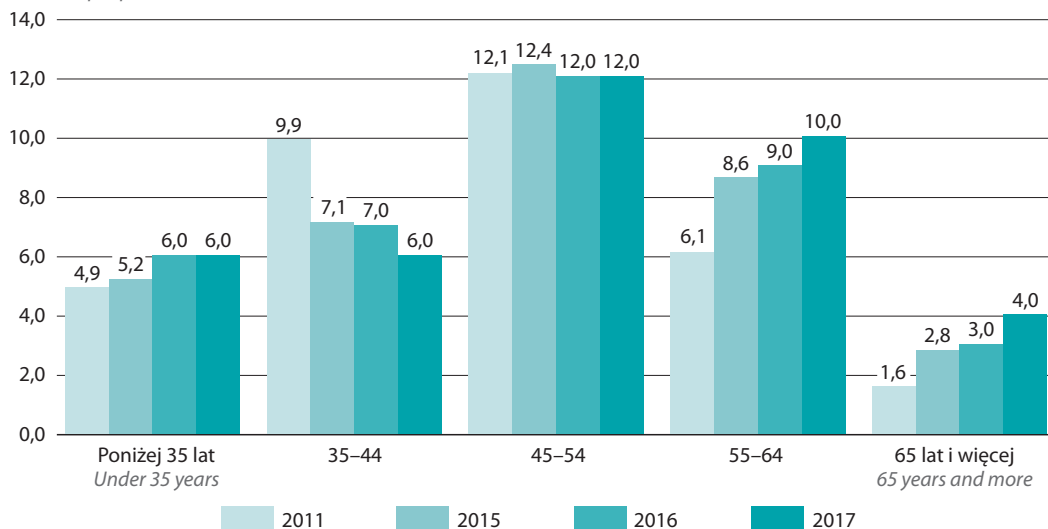
Podobne tendencje jak w roku ubiegłym wystąpiły w strukturze wieku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – ponad 12 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – około 4 tys. tj. o 490 osób więcej niż przed rokiem. W grupie najmłodszych położnych (poniżej 35 roku życia) odnotowano pozytywne zjawisko, dotyczące wzrostu osób uprawnionych do wykonywania zawodu. Położne mające mniej niż 35 lat stanowiły 16,3 %, a ich liczba w porównaniu z poprzednim rokiem wzrosła o 498 osób, było to o 2,1 p. proc. więcej niż w 2011 r.

Powyższe dane potwierdzają tendencję starzenia się społeczeństwa, co dotyczy także pracowników systemu ochrony zdrowia. Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego a także najlepsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zgodnie z potrzebami systemu.

Wykres 5. Położne uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku

Chart 5. *Midwives entitled to perform their profession – the age structure*

Liczba osób w tys.
Number of people in thous.



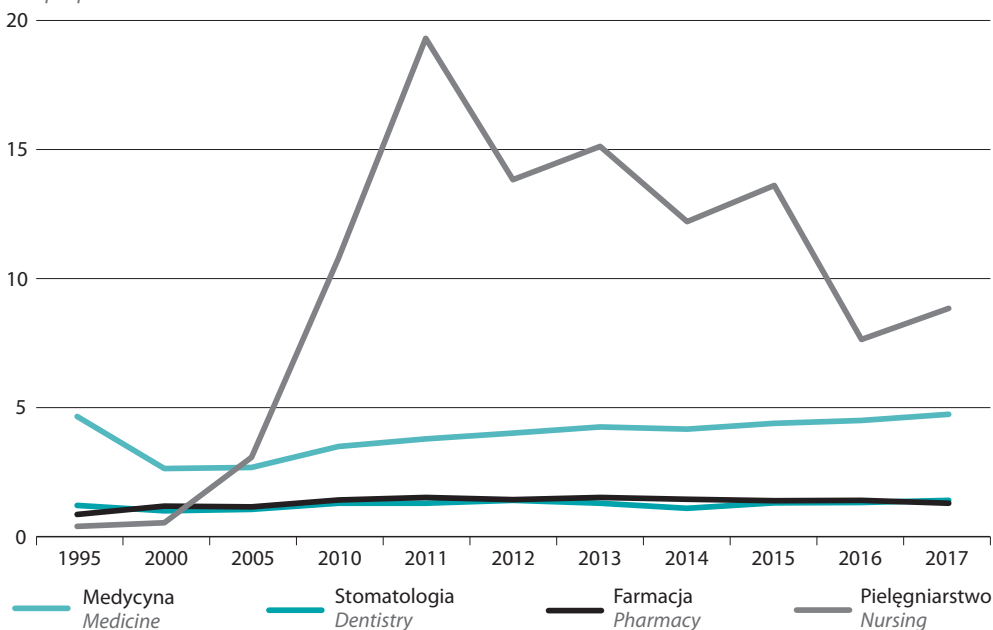
Kluczowe znaczenie ma w tym zakresie współpraca z sektorem edukacji i planowanie liczby przyjęć na studia medyczne, jak również wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników.

W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat³.

Wykres 6. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2017

Chart 6. *Graduates of selected medical faculties at universities in Poland in 1995-2017*

Liczba osób w tys.
Number of people in thous



3 Dane GUS – formularz S-10.

Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo⁴. W roku 2017 został odnotowany nieznaczny wzrost liczby absolwentów w porównaniu z 2016 r., w którym to liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo spadła niemal o połowę. Spadek ten dotyczył w całości absolwentów studiów niestacjonarnych i mógł być konsekwencją zmniejszającej się systematyczne roli studiów pomostowych przeznaczonych dla osób z wykształceniem pielęgniarskim.

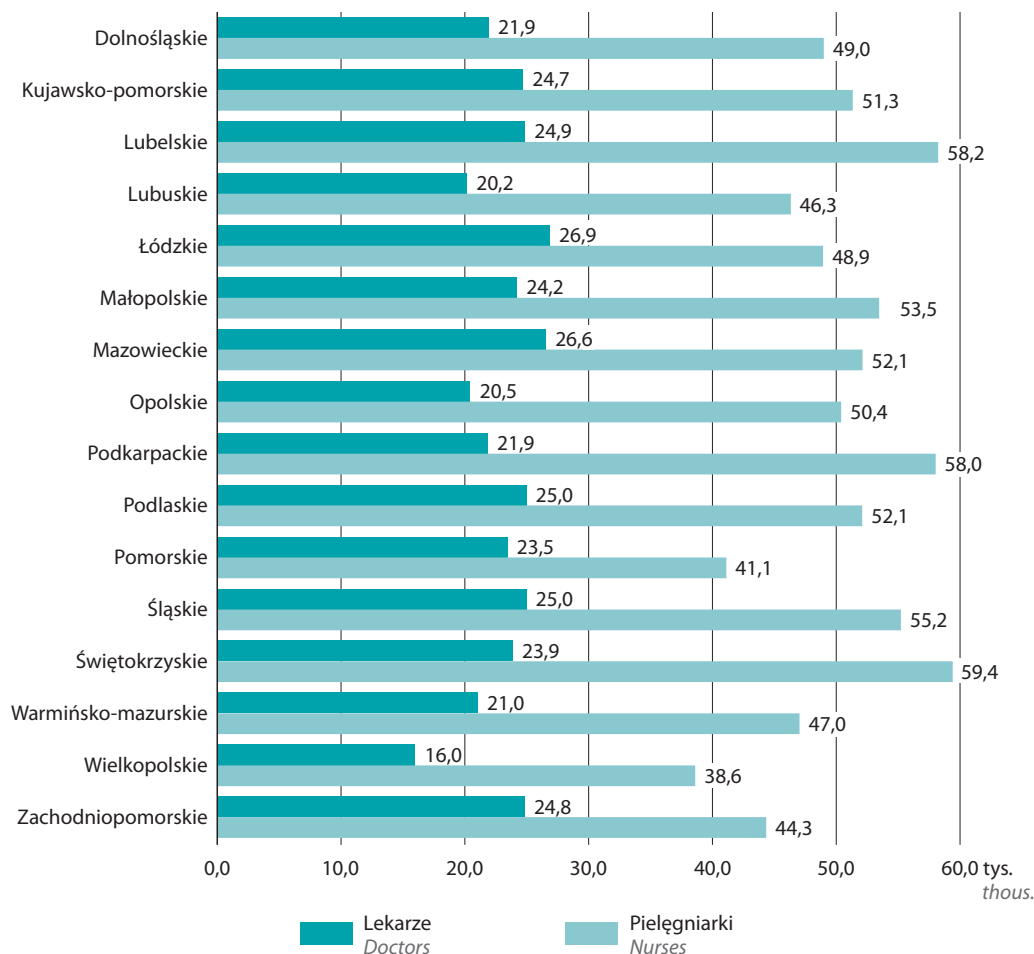
Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem. Lekarze specjaliści

Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego opartej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność ta zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 16,0 w województwie wielkopolskim do prawie 27 w województwie łódzkim i mazowieckim. Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców w roku 2017 była najniższa w województwie wielkopolskim – 38,6 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, oraz w województwie pomorskim, gdzie przypadały 41,1 pielęgniarki na 10 tys. osób, natomiast najwięcej pielęgniarek było w województwie lubelskim – 58,2 i świętokrzyskim – niemalże 60 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców.

Informacje o rozmieszczeniu kadry medycznej na niskich poziomach przekroju terytorialnego kraju należą do najbardziej oczekiwanych przez odbiorców danych statystycznych. Dotychczasowa metoda badania – pozyskiwanie jedynie zbiorczych danych od jednostek sprawozdawczych – znacznie ogranicza możliwość prezentowania wyników na niższych poziomach niż województwo. W ramach pracy badawczej „Usługi publiczne w obszarze ochrony zdrowia”⁵ oszacowano, że przeciętnie w powiecie, w 2017 r. liczba lekarzy pracujących w podmiotach mających podpisaną umowę z NFZ w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców wyniosła niemal 21 osób; mediana na poziomie 9 oznacza, że w połowie z 380 powiatów liczba ta była mniejsza niż 9 osób. Pozostałe prezentowane niżej szacunki dotyczą również 2017 r. i pracujących w podmiotach leczniczych, które miały podpisaną umowę z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych. Oszacowano, że przeciętnie w powiecie pracowało prawie 9 dentystów na 100 tys. mieszkańców, a mediana na poziomie 8 oznacza, że rozkład liczby pracujących w obserwowanej grupie podmiotów był w powiatach dość równomierny. W przypadku pielęgniarek, średnia ich liczba w powiecie na 10 tys. mieszkańców to 50 osób, a w połowie powiatów liczba ta nie przekraczała 33. Dla położnych wskaźniki policzone w odniesieniu do populacji kobiet wyniosły odpowiednio: 12 i 9 osób, a w niektórych województwach położne pracujące w podmiotach z podpisanym kontraktem z NFZ stanowiły ponad 90% wszystkich położnych pracujących z pacjentem.

- 4 W latach 2000-2011 obserwowany był znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Był to przede wszystkim efekt wejścia Polski do Unii Europejskiej. Dyplom potwierdzający ukończenie średniej szkoły medycznej nie stanowił już wystarczającego potwierdzenia kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarki muszą mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw. pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe miał się odbyć w roku 2010/2011. Wiąże się z tym, widoczny na wykresie wyraźny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo w roku 2011. Inną przyczyną gwałtownego wzrostu liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo mogły być przypadki podwójnego liczenia absolwenta w statystykach. Ostatnie lata charakteryzowały się wahaniem w liczbie absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach).
- 5 Podjęcie próby poszerzenia informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia, opracowanych w oparciu o rejestry i źródła administracyjne i dostępnych na poziomie powiatów, było jednym z trzech elementów pracy badawczej „Usługi publiczne w obszarze ochrony zdrowia” realizowanej w GUS w latach 2017-2018, w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020. Raport z wyników pracy dostępny na stronie <http://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/statystyka-dla-polityki-spojnosci/statystyka-dla-polityki-spojnosci-2016-2018/badania/uslugi-publiczne/>

Wykres 7. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw
 Chart 7. *Doctors and nurses working with patients at 10 thousand. of the population by voivodeships*



Poza dostępnością pracowników medycznych wyrażoną przez odniesienie liczby pracujących z pacjentem do liczby potencjalnych pacjentów, ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów⁶, a w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

W 2017 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wynosiła ponad 60 tys., a wśród lekarzy dentyistów specjalizację posiadało 2,9 tys., co stanowiło 21,5% wszystkich lekarzy dentyistów, jednak za mało aby wyrównać istniejący deficyt. Dobrze przedstawia to wskaźnik dotyczący liczby lekarzy dentyistów przypadających na 10 tys. ludności, który utrzymuje się od lat na podobnym niskim poziomie (2015 r. – 3,3, 2016 r. – 3,5, 2017 r. – 3,5).

Według opinii krajowych konsultantów można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości⁷. Co kilka lat Minister Zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określone są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie brakuje specjalistów.

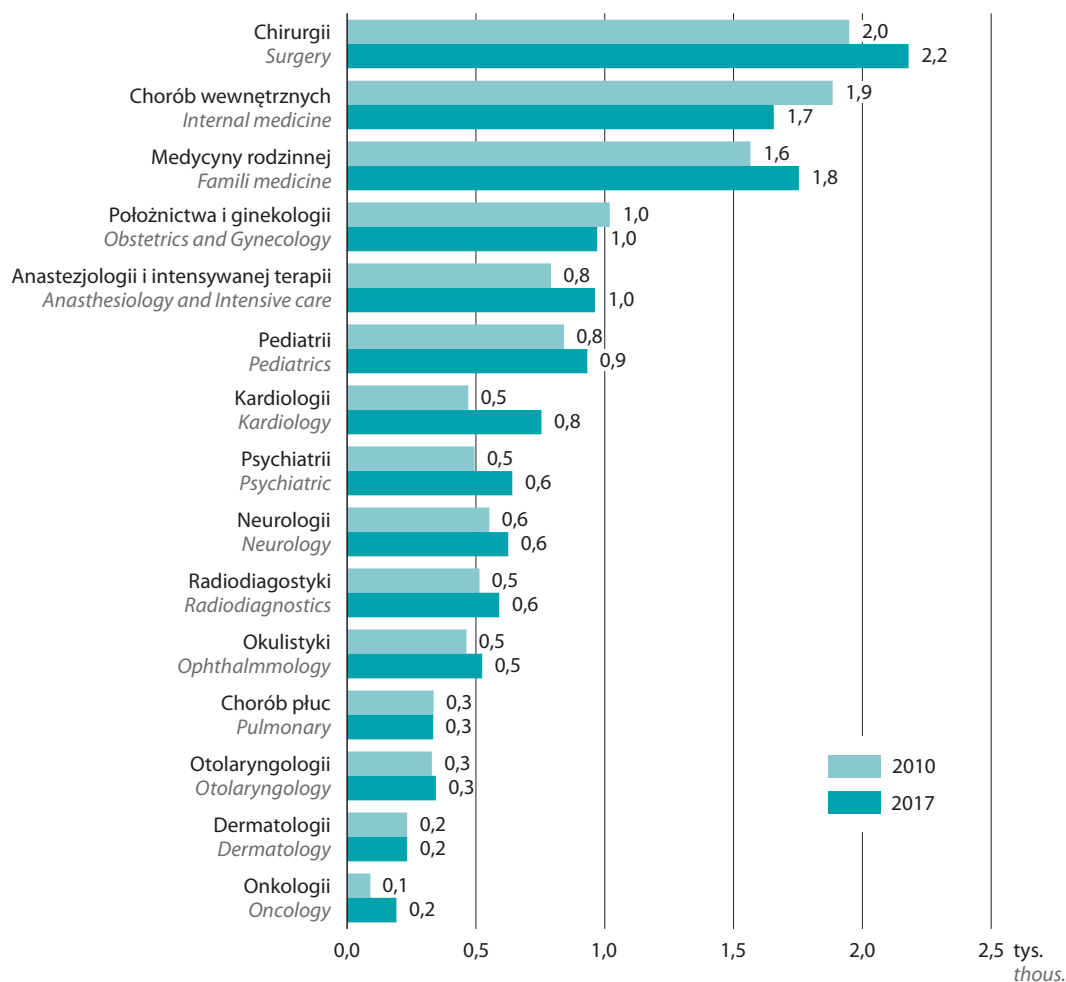
6 Patrz "Uwagi metodologiczne" str. 35, definicja o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty, zarówno w przypadku lekarzy pracujących z pacjentem jak również lekarzy specjalistów, liczby do wyliczenia wskaźnika dotyczą osób wg głównego miejsca pracy, co dla specjalistów oznacza specjalizację wskazaną przez lekarza w głównym miejscu pracy.

7 Od lat prowadzone są liczne działania stymulujące poprawę takiej sytuacji. Powodem obaw jest: starzenie się kadry medycznej, brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji, migracje lekarzy specjalistów do innych krajów, zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz starzenie się społeczeństwa.

Na koniec 2017 roku najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych – średnio na 10 tysięcy osób przypadało ok. 2 lekarzy. Spośród wymienionych na wykresie lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: onkologia, dermatologia czy otolaryngologia.

Wykres 8. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2017 (na 10 tys. ludności)

Chart 8. Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2017 (per 10 thousand of the population)



Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2017 roku, spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało 14,6% ogółu.

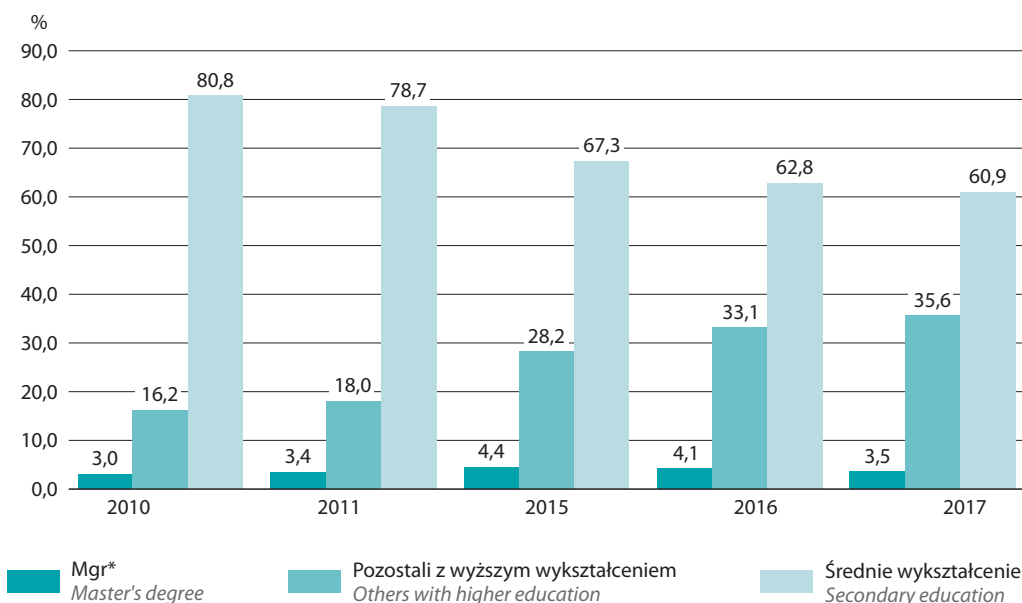
Wykres 9. Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych w latach 2010-2017Chart 9. *The education level of nurses and midwives in 2010-2017*

* W przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa
 * In the case of nurses - master of nursing, in the case of midwives – masters of obstetrics

Odsetek osób z tytułem magistra w grupie położnych wyniósł w 2017 roku 18,5%, wskaźnik dotyczący grupy: „pozostali z wyższym wykształceniem” był wyrównany w obu zawodach: w zawodzie pielęgniarki wyniósł 27,2%, natomiast w zawodzie położnej – 27,6%.

W 2017 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,8 tys. ratowników medycznych⁸ ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim było 0,5 tys.

8 Obecnie w Polsce tytuł zawodowy i uprawnienia ratownika medycznego uzyskuje się po ukończeniu 3-letnich studiów licencjackich na uczelni o profilu medycznym. Po ukończeniu wyższych studiów zawodowych uzyskuje się tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne. Absolwenci ratownictwa medycznego wykonują w myśl znowelizowanej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku zawód ratownika medycznego. Ratownik medyczny posiadający tytuł licencjata ratownictwa medycznego posiada możliwość podjęcia studiów II stopnia (magisterskich) oraz studiów III stopnia (doktoranckich). Do 2013 r., by zostać ratownikiem medycznym, należało skończyć 3-letnie studia lub 2-letnią policealną szkołę średnią, więcej na stronie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ratownicy-medyczni>.

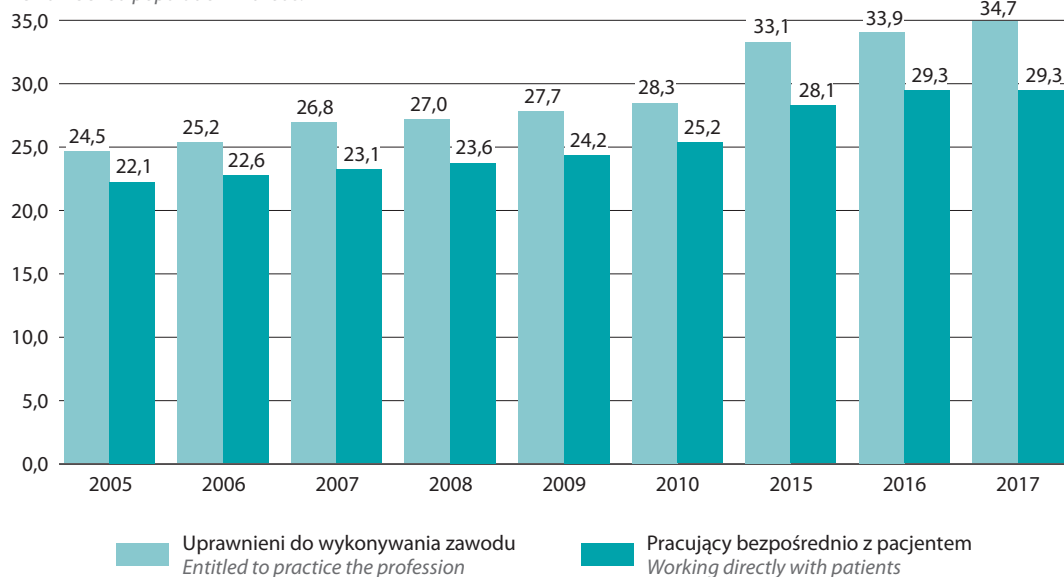
Wykres 10. Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010-2017Chart 10. *The level of education of paramedics in 2010-2017*

* W przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa
 * In the case of nurses - master of nursing, in the case of midwives – masters of obstetrics

Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2017 r. uprawnionych było prawie 35 tys. osób (o 0,8 tys. więcej jak przed rokiem). Dane wskazują, że 78% wszystkich uprawnionych pracowało w aptekach bezpośrednio z pacjentem.

Wykres 11. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawoduChart 11. *Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession*

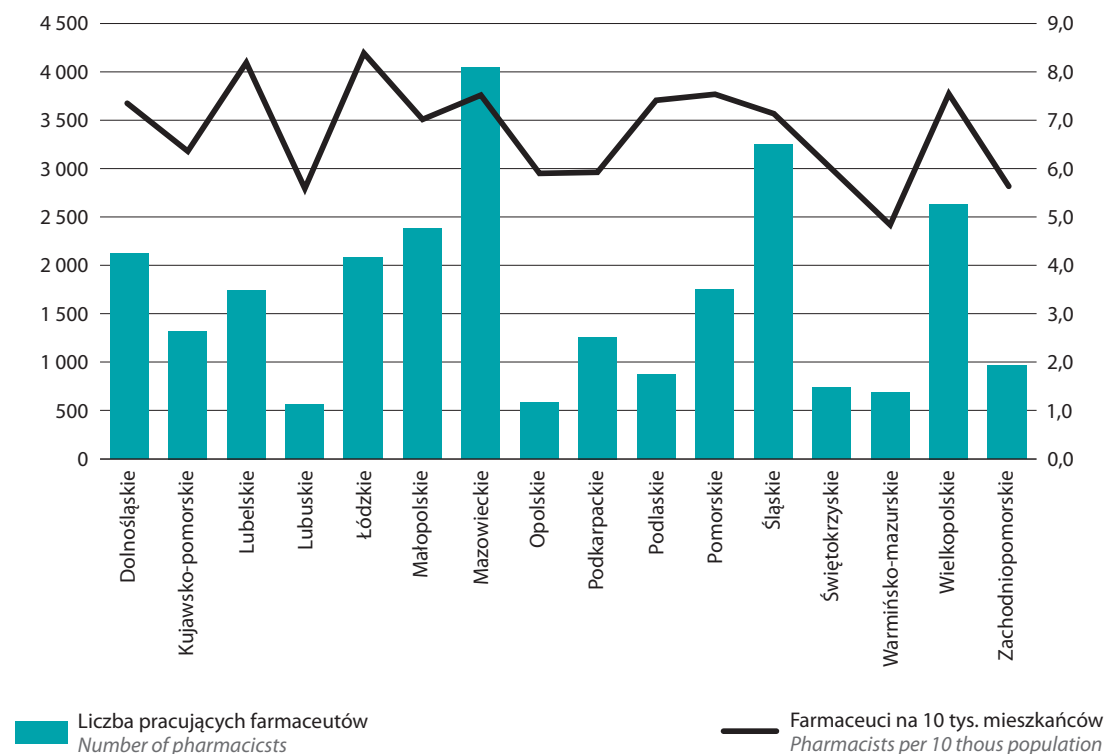
Liczba osób w tys.

The number of population in thous.

Zarówno liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty, jak i liczba pracujących „bezpośrednio z pacjentem” (czyli w aptekach) systematycznie rośnie.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2017 r. pracowało ponad 27 tys. magistrów farmacji oraz ponad 33 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (89,5%).

Wykres 12. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców
Chart 12. *Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thous. population*



Najwięcej farmaceutów pracowało w aptekach i punktach aptecznych województwa mazowieckiego – ponad 4 tys. osób, natomiast najmniej w województwie lubuskim – prawie 600 osób.

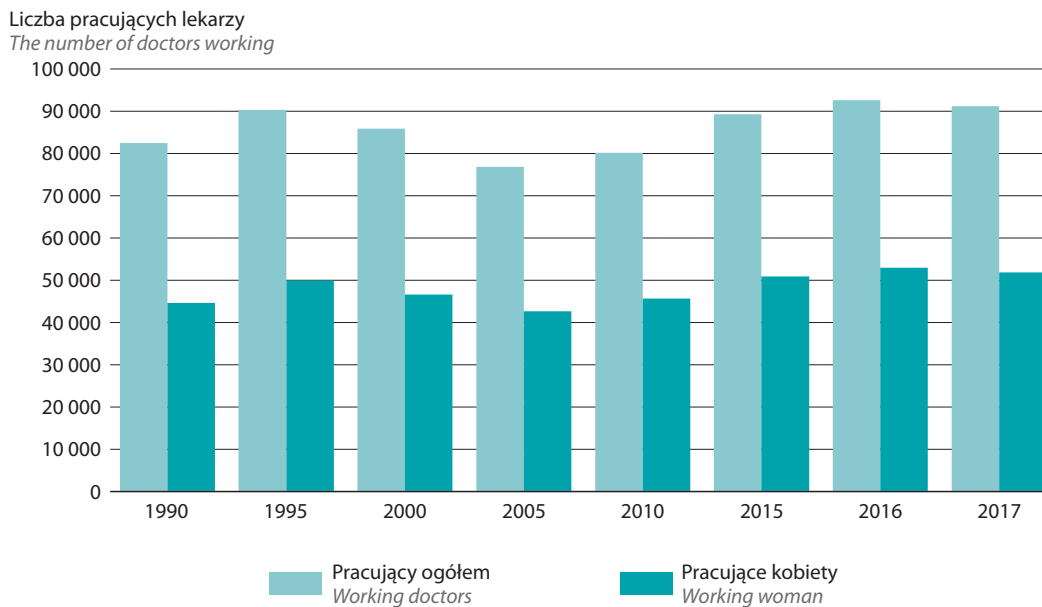
Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy, tak samo jak przed rokiem, w województwie lubelskim i łódzkim – po prawie 9 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim (4,8), lubuskim (5,6) oraz zachodniopomorskim (5,7).

Feminizacja zawodów medycznych

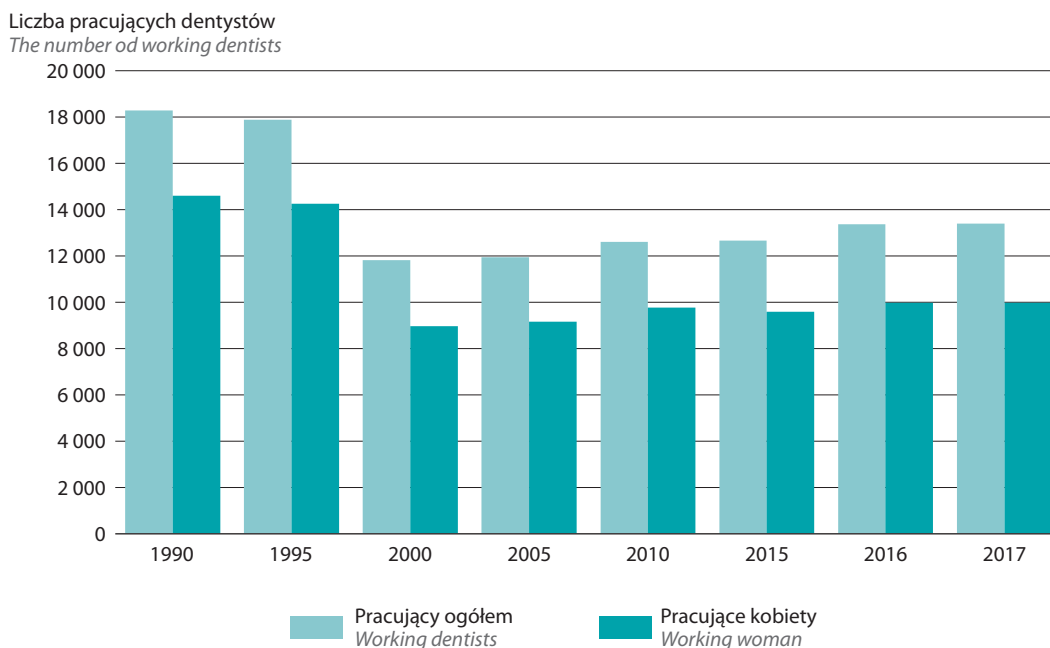
W Polsce w 2017 r. kobiety przeciętnie stanowiły około 70% uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych. Najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. Na przestrzeni zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale 25 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W zawodzie lekarza dentysty także przeważają kobiety, które stanowią prawie 75% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

Poniższe wykresy przedstawiają dane dotyczące wybranych trzech zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów oraz farmaceutów. Na wykresach przedstawione są informacje na temat liczby personelu medycznego pracującego bezpośrednio z pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem liczby kobiet pracujących w danym zawodzie.

Wykres 13. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2017 z uwzględnieniem liczby kobiet
 Chart 13. Doctors working directly with the patient in the years 1990-2017 including the number of female



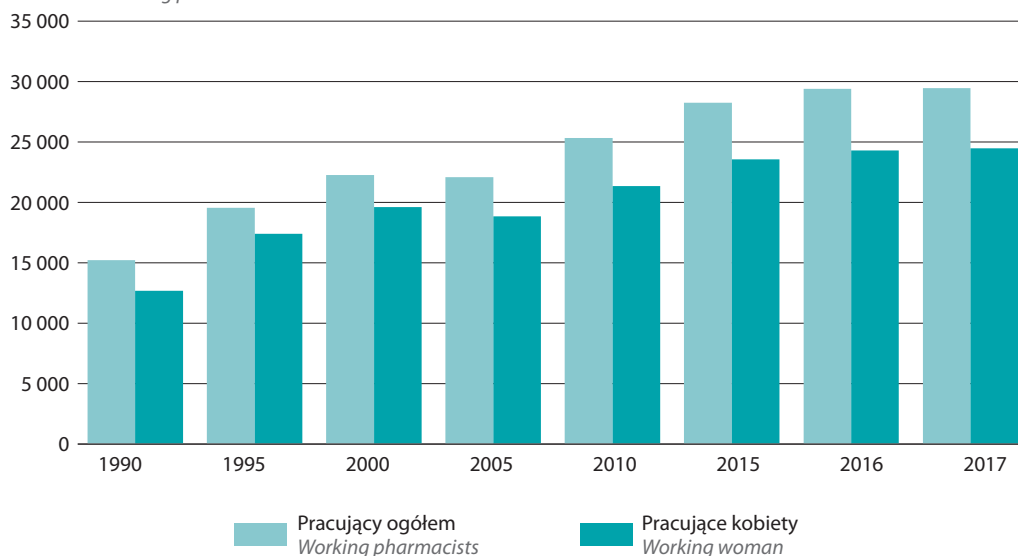
Wykres 14. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2017 z uwzględnieniem liczby kobiet
 Chart 14. Dentists working directly with the patient in the years 1990-2017 the number of female



Wykres 15. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2017 z uwzględnieniem liczby kobiet

Chart 15. Pharmacists working directly with the patient in the years 1990-2017 including the number of female

Liczba pracujących farmaceutów
The number of working pharmacists



Tablica 2. Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego Stan w dniu 31 XII

Table 2. Entitled to practice medical profession As of 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017
Lekarze Doctors	134292	142962	144982	146037
Lekarze dentyści Dentists	37104	40455	41194	41281
Farmaceuci Pharmacists	28330	33111	33914	34797
Pielęgniarki Nurses	282420	285431	288446	291864
Położne Midwives	34302	36103	36839	37694
Diagności laboratoryjni ^a Laboratory diagnosticians ^a	12966	15109	15563	16051

^a Analitycy medyczni i inni pracownicy z wyższym wykształceniem, np. chemicy, fizycy, mikrobiolodzy.
a Medical analysts and other employees with tertiary education, i.e. chemists, physicists, microbiologists.

**Tablica 3. Pracownicy medyczni^a
Stan w dniu 31 XII***Table 3. Medical personnel^a
As of 31 XII*

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017
W iczbach bezwzględnych <i>In absolute numbers</i>				
Lekarze <i>Doctors</i>	83201	88437	91730	90284
w tym kobiety <i>of which women</i>	47131	50343	52422	51318
Lekarze dentyści <i>Dentists</i>	12549	12603	13308	13331
w tym kobiety <i>of which women</i>	9717	9544	9930	9918
Farmaceuci <i>Pharmacists</i>	25203	28121	29268	29330
w tym kobiety <i>of which women</i>	21237	23441	24178	24364
Pielęgniarki <i>Nurses</i>	200769	197381	195838	193700 ^b
Położne <i>Midwives</i>	22616	22464	22885	22742 ^c
Fizjoterapeuci <i>Physiotherapists</i>	21470	25145	26003	26495
Diagności laboratoryjni <i>Laboratory diagnosticians</i>		11477	10602	11599
Na 10 tys. ludności <i>Per 10 thous. population</i>				
Lekarze <i>Doctors</i>	21,6	23,0	23,9	23,5
Lekarze dentyści <i>Dentists</i>	3,3	3,3	3,5	3,5
Farmaceuci <i>Pharmacists</i>	6,5	7,3	7,6	7,6
Pielęgniarki <i>Nurses</i>	52,1	51,4	51,0	50,4
Położne ^d <i>Midwives</i>	11,4	11,3	11,5	11,5
Fizjoterapeuci <i>Physiotherapists</i>	5,6	6,5	6,8	6,9
Diagności laboratoryjni <i>Laboratory diagnosticians</i>		3,0	2,7	3,0

a W 2015 r. bez stażystów. *b*, *c* W tym magistrzy: *b* — pielęgniarstwa — 28561, *c* — położnictwa — 4232. *d* Na 10 tys. kobiet.
a In 2015 excluding trainees. *b*, *c* Of which masters: *b* — of nursing — 28561, *c* — of midwifery — 4232. *d* Per 10 thous. females.

2.2 Stacjonarna opieka zdrowotna

2.2 In-patient health care

Stacjonarna opieka zdrowotna jest formą opieki medycznej sprawowaną całodobowo⁹ w warunkach stacjonarnych w zakładach takich jak szpitale ogólne, psychiatryczne, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgniacyjno-opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, ośrodki MONAR, ośrodki leczenia odwykowego a także krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej.

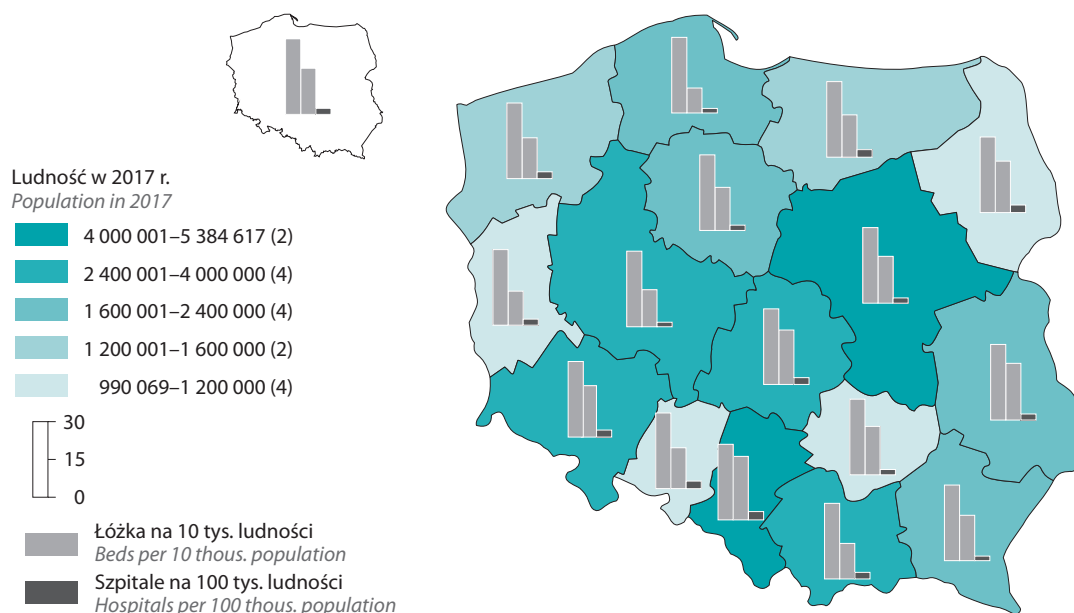
Szpitala ogólne¹⁰

W Polsce na koniec 2017 r. funkcjonowało 951 stacjonarnych **szpitali ogólnych**, dysponujących 185,3 tys. łóżek oraz 191 szpitali dziennych (lub inaczej „jednego dnia”), oferujących 1,2 tys. miejsc opieki dziennej. Podobnie jak przed rokiem liczba szpitali stacjonarnych wyniosła 2,5 szpitala na 100 tys. mieszkańców, natomiast liczba łóżek w przeliczeniu na 10 tys. ludności była nieco niższa niż rok temu i wyniosła 48,2 łóżek. Oznacza to, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 207 mieszkańców (o 1 mieszkańca więcej niż rok temu).

W 2017 r. w szpitalach ogólnych hospitalizowanych było 7,8 mln pacjentów (o 0,7% mniej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych i w szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3,4 mln pacjentów (o 6,3% więcej niż w 2016 r.), przy czym pacjenci szpitali dziennych stanowili 3,4% ogółem leczonych w trybie dziennym.

Mapa 2. Szpitale ogólne¹¹ na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw

Map 2. General hospitals per 100 thous. population and hospital beds per 10 thous. population by voivodships



⁹ W rozumieniu ustawy o działalności leczniczej (ustawa z dnia 15 IV 2011 r. o działalności leczniczej tekst jednolity Dz.U. z 2018 r. poz. 160).

¹⁰ Analiza dotyczy szpitali ogólnodostępnych i nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych.

¹¹ Bez szpitali dziennych.

Wskaźnik liczby szpitali¹² na 100 tys. mieszkańców był największy w województwach: śląskim (3,4), warmińsko-mazurskim i opolskim (po 3,1) oraz podlaskim (3,0) a najmniejszy w województwie wielkopolskim (1,8), podkarpackim i pomorskim (po 1,9). Natomiast wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, podobnie jak przed rokiem, był największy w województwach: śląskim (55,2), lubelskim (52,6) i łódzkim (51,6) a najmniejszy w województwach: pomorskim (39,8) lubuskim (43,3) i małopolskim (44,2).

Największy spadek wskaźnika liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców w porównaniu do poprzedniego roku odnotowano w województwach: opolskim i zachodniopomorskim (o 1,6) a także świętokrzyskim (o 1,3), natomiast największy wzrost wystąpił w województwach: lubuskim (o 0,6), pomorskim i wielkopolskim (po 0,4).

Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, analizowany na poziomie kraju i w okresie ostatnich kilku lat, wskazuje na tendencję malejącą (od 2012 r. zmniejszył się o 0,8). Biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę łóżek, która w 2017 r. wyniosła 185,3 tys., było to o 1,9% mniej (3,6 tys. łóżek) w porównaniu do 2012 r. i o 0,7% mniej (1,3 tys. łóżek) w odniesieniu do 2016 roku.

Podobnie jak przed rokiem, nadal 28% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnodostępnych w Polsce¹³ znajdowało się w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim (26,0 tys. łóżek) i śląskim (25,1 tys. łóżek), ale w obu województwach odnotowano mniejszą liczbę łóżek niż w roku 2016 (w województwie mazowieckim mniej o 0,7% a w śląskim o 1,3%). Najmniejsze województwa pod względem liczby ludności, takie jak województwo lubuskie i opolskie, skupiały łącznie niespełna 5% wszystkich łóżek szpitalnych (lubuskie – 4,4 tys. łóżek i opolskie – 4,6 tys.).

W szpitalach ogólnych w 2017 r. hospitalizowanych było 7,8 mln pacjentów¹⁴ (o 0,7% mniej niż w 2016 r.) a w trybie dziennym¹⁵ leczonych było 3,4 mln osób (o 6,3% więcej niż w roku poprzednim).

W przeliczeniu na 10 tys. ludności Polski z opieki stacjonarnej skorzystały 2023 osoby, o 14 osób mniej w porównaniu do 2016 r. Dla poszczególnych województw wskaźnik liczby leczonych na 10 tys. mieszkańców był największy w województwie świętokrzyskim (2274), łódzkim (2253), podlaskim (2221) i mazowieckim (2167) a najmniejszy w województwach opolskim (1652), pomorskim (1667) i małopolskim (1855). Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do 2016 r. odnotowano w województwach: podlaskim (o 167), świętokrzyskim (o 82) i zachodniopomorskim (o 43). Natomiast największy spadek liczby leczonych na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach lubelskim (o 242) i pomorskim (o 115).

12 Bez szpitali dziennych.

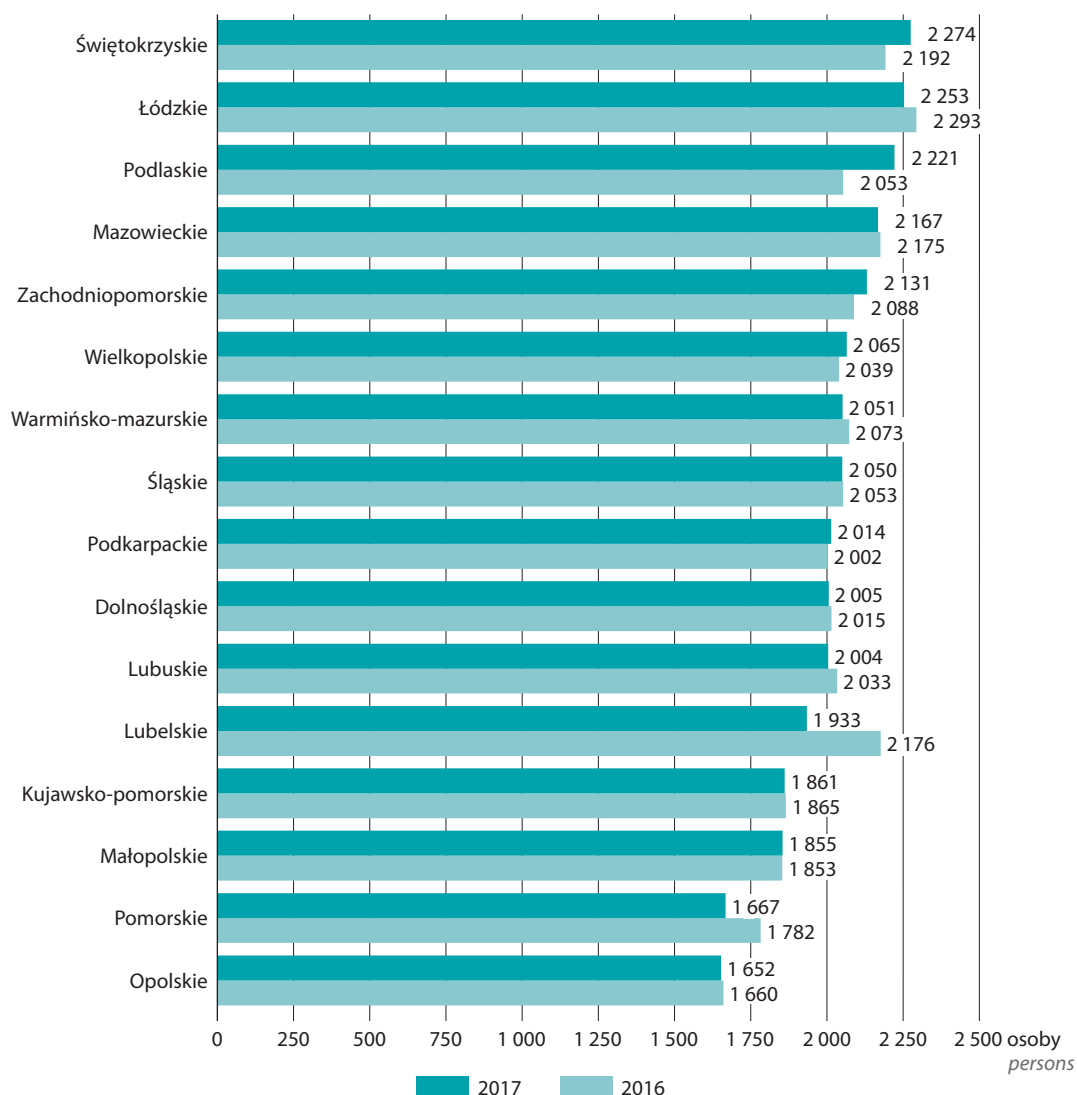
13 Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

14 Pacjenci bez ruchu chorych między oddziałami szpitala i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku liczony jest w każdym niezależnie.

15 Łącznie z leczonymi dziennie w szpitalach dziennych (szpitale jednego dnia).

Wykres 16. Leczeni¹⁶ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w 2017 i 2016 roku

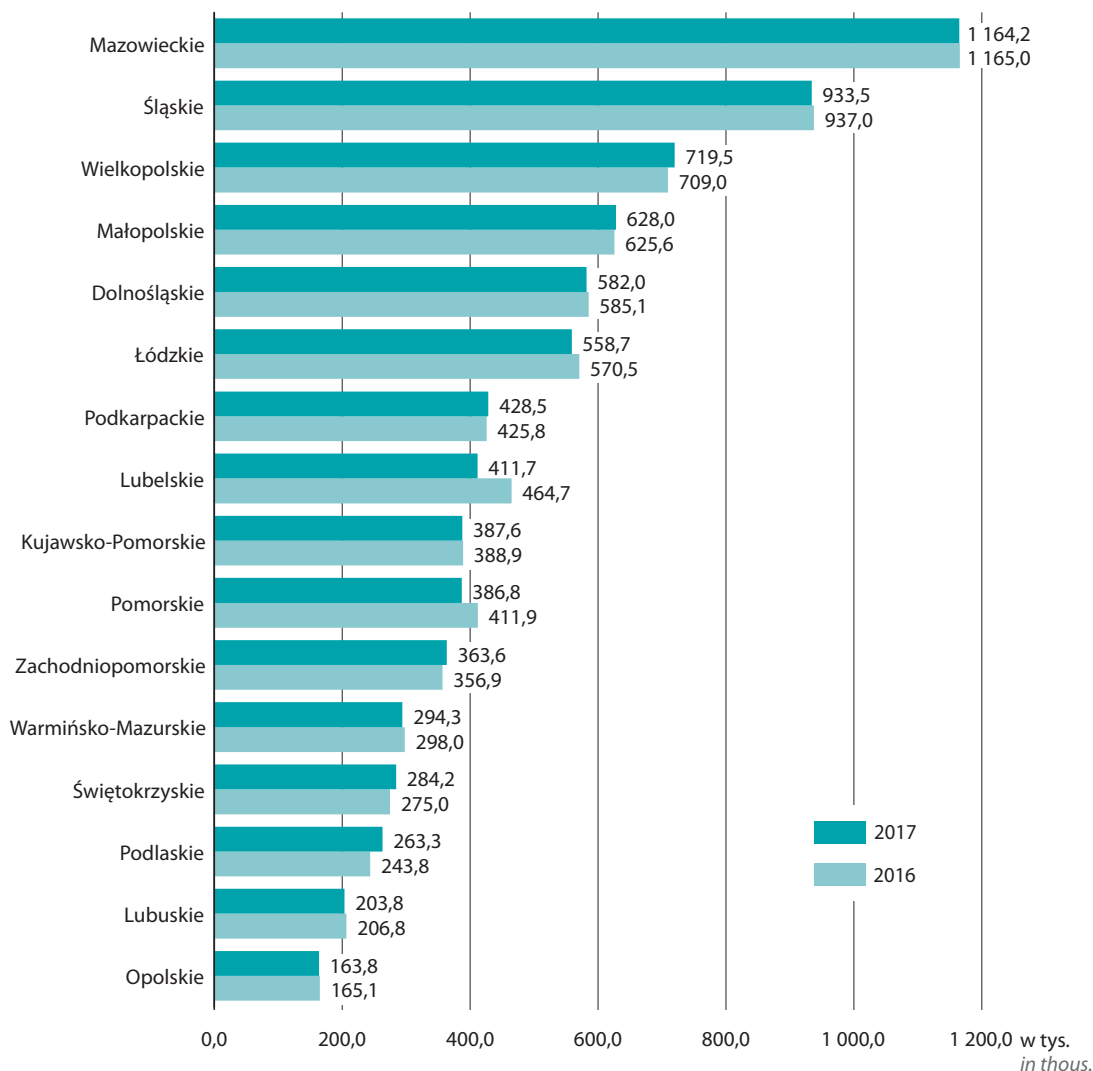
Chart 16 *Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships in 2017 and 2016*



Analiza bezwzględnej liczby pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalach w poszczególnych województwach, wskazuje, iż najwięcej osób było hospitalizowanych w województwach o największej liczbie mieszkańców czyli w województwie mazowieckim (15,0% ogółem leczonych w kraju), śląskim (12,0%) i wielkopolskim (9,3%). Najmniej pacjentów przebywało w szpitalach województwa opolskiego (2,1% ogółem leczonych w kraju), lubuskiego (2,6%) i podlaskiego (3,4%), czyli województwach o najmniejszej liczbie ludności. Największy wzrost liczby pacjentów korzystających ze stacjonarnej opieki szpitalnej w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano w województwie podlaskim (o 8,0%), świętokrzyskim (o 3,4%) i zachodniopomorskim (o 1,9%), natomiast największy spadek – w województwach lubelskim (o 11,4%) i pomorskim (o 6,1% mniej).

¹⁶ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Wykres 17. Leczeni¹⁷ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych według województw w 2017 i 2016 roku
 Chart 17. *Inpatients in general hospitals by voivodships in 2017 and 2016*



W 2017 r., podobnie jak przed rokiem, odsetek dzieci i młodzieży do 18 roku życia hospitalizowanych w szpitalach ogólnych w kraju, wyniósł 17,6% (tj. 1368,0 tys. osób) i był różny w poszczególnych województwach. W województwach: kujawsko-pomorskim, pomorskim i mazowieckim więcej niż co piąty pacjent stacjonarny była to osoba do 18 roku życia, podczas gdy w woj. opolskim był to blisko co dziewiąty pacjent (11,4%) a w świętokrzyskim blisko co ósmy hospitalizowany (12,7%). Najwięcej dzieci i młodzieży do 18 roku życia odnotowano w szpitalach województwa mazowieckiego (238,6 tys. osób) co stanowiło 17,4% wszystkich dzieci hospitalizowanych w kraju.

W szpitalach ogólnych w kraju przyjęto 393,1 tys. porodów (o 4,0% więcej niż przed rokiem) z czego 54,7% stanowiły porody fizjologiczne a 43,9% cesarskie cięcia.

¹⁷ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

W szpitalach urodziło się 395,8 tys. dzieci¹⁸ i było to w skali kraju o 4,0% więcej niż w 2016 r. W przekroju wojewódzkim więcej dzieci niż przed rokiem urodziło się w szpitalach 14 województw przy czym największy wzrost odnotowano w województwie pomorskim (26,7 tys. dzieci, o 9,1% więcej) i opolskim (9,2 tys. dzieci, o 7,5% więcej niż w 2016 r.). Natomiast mniej dzieci niż przed rokiem urodziło się w szpitalach dwóch województw – lubelskim (17,8 tys. dzieci, o 2,4% mniej) i kujawsko-pomorskim (19,7 tys. dzieci, o 1% mniej niż w 2016 r.).

Oddziały szpitalne

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

W skali kraju, podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej łóżek – 40,4 tys. tj. 21,8% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych, przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego¹⁹. Ponad połowa łóżek (20,6 tys.) znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej i nieco ponad 1/4 (10,5 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Spośród oddziałów o specjalnościach chirurgicznych, najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej (0,5 tys. łóżek).

Oddziałami dysponującymi zwykle dużą liczbą łóżek są oddziały: chorób wewnętrznych (skupiające 13,0% łóżek ogółem w kraju), ginekologiczno-położnicze (9,9%), rehabilitacyjne (9,9%), pediatryczne (5,3%), neonatologiczne (5,0%), kardiologiczne (4,8%), gruźlicy i chorób płuc (4,5%) oraz neurologiczne (4,0%).

Najmniejszą liczbą łóżek, dysponują m.in. oddziały toksykologiczne (256 łóżek), leczenia jednego dnia (268 łóżek), oddziały opieki paliatywno-hospicyjnej, które w 2017 r. wyróżniono ponownie w strukturze szpitali (281 łóżek), transplantologiczne (611 łóżek) i geriatryczne (1095 łóżek). Łącznie łóżka na tych oddziałach stanowiły 1,4% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych.

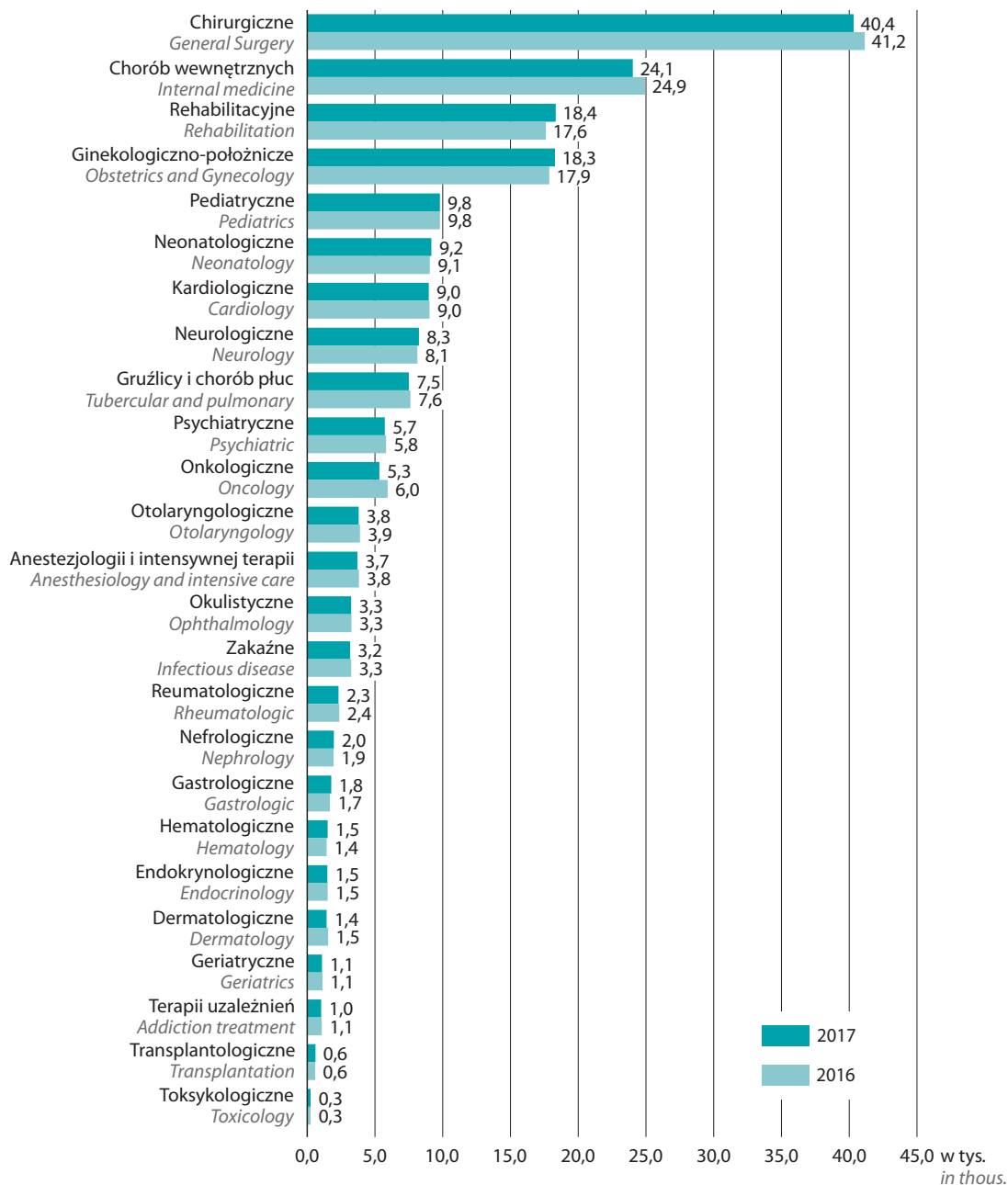
Z roku na rok struktura liczebności łóżek na oddziałach o poszczególnych specjalnościach ulega pewnym zmianom. W 2017 r. zwiększyła się liczba łóżek m.in. na oddziałach rehabilitacyjnych (o 4,2% tj. 734 łóżka), ginekologiczno-położniczych (o 2,4% tj. 422 łóżka), neonatologicznych (o 1,3% tj. 122 łóżka), neurologicznych (o 1,4% tj. 116 łóżek), hematologicznych (o 5,8% tj. 83 łóżka), gastrologicznych (o 4,8% tj. 82 łóżka), leczenia jednego dnia (o 23% tj. 51 łóżek) i nefrologicznych (o 1,5% tj. 30 łóżek).

Oddziały, na których odnotowano największy spadek liczby łóżek w porównaniu do 2016 r. to m.in. oddziały: chorób wewnętrznych (o 3,6% tj. 892 łóżka), onkologiczne (o 10,5% tj. 627 łóżek), chirurgii ogólnej (o 2,9% tj. 615 łóżek), gruźlicy i chorób płuc (o 1,7% tj. 126 łóżek), intensywnej terapii (o 3,1% tj. 118 łóżek), dermatologiczne (o 6,7% tj. 104 łóżka) i otolaryngologiczne (o 2,5% tj. 96 łóżek).

¹⁸ Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dób życia i bez dzieci martwo urodzonych.

¹⁹ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym.

Wykres 18. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2017 i 2016 roku (stan w dniu 31 XII)
 Chart 18. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2017 and 2016 (as of 31 XII)



W 2017 roku na oddziałach szpitalnych leczonych było stacjonarnie blisko 8458,6 tys. osób²⁰, o 0,4% więcej niż w 2016 r. Podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejszą grupę, blisko 1/4 ogółu leczonych (2059,0 tys. osób, o 0,4% mniej niż w 2016 r.) stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków były to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1028,7 tys. pacjentów).

Kolejną liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,4% ogółem leczonych tj. 1132,2 tys. kobiet) oraz pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych (11,7% ogółem leczonych tj. 985,5 tys. osób).

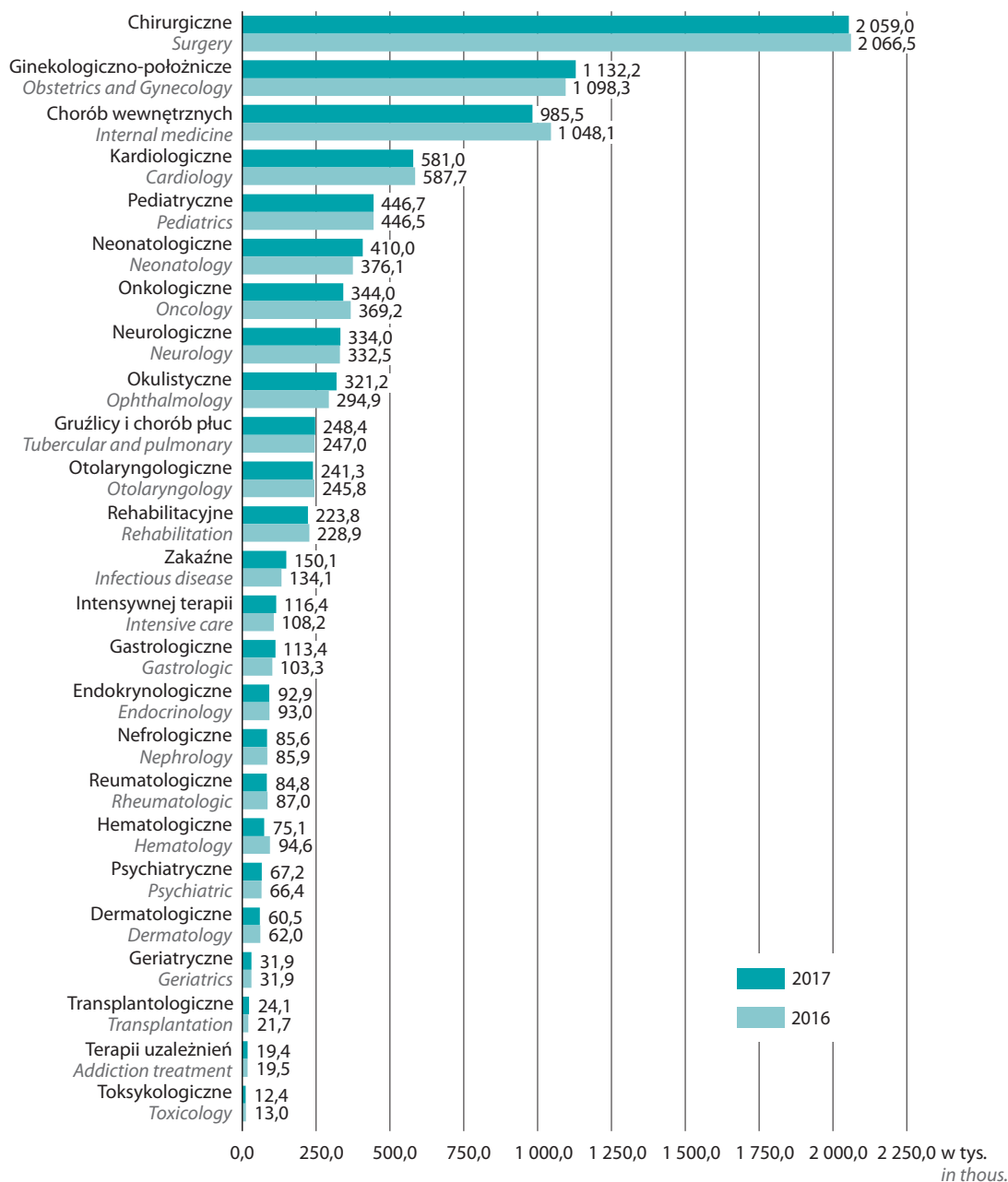
²⁰ Tzw. leczenia z międzyoddziałowym ruchem chorych jest to suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych i na każdym oddziale pacjent liczony był niezależnie.

Nieco mniejszy odsetek wśród leczonych stanowili pacjenci oddziałów kardiologicznych – 6,9% (tj. 581,0 tys. osób), pediatrycznych – 5,3% (tj. 446,7 tys. osób), czy onkologicznych – 4,1% leczonych ogółem (tj. 344,0 tys. osób).

W 2017 r. największy wzrost liczby hospitalizowanych (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: ginekologiczno-położniczych (o 33,9 tys. osób więcej, tj. o 3,1%), neonatologicznych (o 33,8 tys., tj. o 9,0%), okulistycznych (o 26,3 tys. osób, tj. o 8,9%), zakaźnych (o 16,0 tys. osób, tj. o 11,9%), chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 12,2 tys. osób, tj. o 2,6%), gastrologicznych (o 10,1 tys. osób, tj. o 9,8%) i intensywnej terapii (o 8,2 tys. pacjentów więcej, tj. o 7,6%).

Wykres 19. Leczeni stacjonarnie na oddziałach²¹ w szpitalach ogólnych w 2017 i 2016 roku

Chart 19. Number of inpatients in wards of general hospitals in 2017 and 2016



²¹ Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala. Patrz przypis 11 nr na str. 3.

Największy spadek liczby pacjentów (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) zarejestrowano na oddziałach: chorób wewnętrznych (o 62,6 tys. osób, tj. o 6,0% mniej), onkologicznych (o 25,2 tys., tj. o 6,8%), chirurgii ogólnej (o 21,5 tys., tj. o 2,0%), kardiologicznych (o 6,7 tys., tj. o 1,1%), rehabilitacyjnych (o 5,1 tys., tj. o 2,2%), otolaryngologicznych (o 4,5 tys., tj. o 1,8%), kardiochirurgicznych (o 2,3 tys., tj. o 4,9%) i reumatologicznych (o 2,2 tys. osób, tj. o 2,6% mniej).

Istotnych informacji obrazujących działalność szpitali i oddziałów szpitalnych może dostarczyć porównanie liczby pacjentów leczonych na oddziałach szpitalnych (tzw. leczeni z ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów zarejestrowaną w księdze głównej szpitala (tzw. leczeni bez ruchu chorych). Na podstawie tych danych szacunkowa wielkość tzw. ruchu chorych dla wszystkich szpitali w kraju w 2017 r., wyniosła 8,8%, przy czym największy ruch chorych odnotowały szpitale w województwie lubelskim (około 20%) natomiast najmniejszy w województwie świętokrzyskim (niespełna 3%). Znaczące różnice w wielkości ruchu chorych pomiędzy województwami mogą być przejawem nie tylko faktycznego poziomu ruchu chorych, ale także mogą wynikać z dużej dowolności sposobu rejestracji pacjentów w poszczególnych szpitalach.

Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych są: liczba leczonych na poszczególnych oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na oddziałach²² oraz średni czas pobytu na oddziale²³.

W skali kraju wskaźnik tzw. przelotowości, obliczony dla wszystkich oddziałów łącznie, wyniósł 45,3 pacjenta na jedno łóżko i dla poszczególnych rodzajów oddziałów znacznie się różnił.

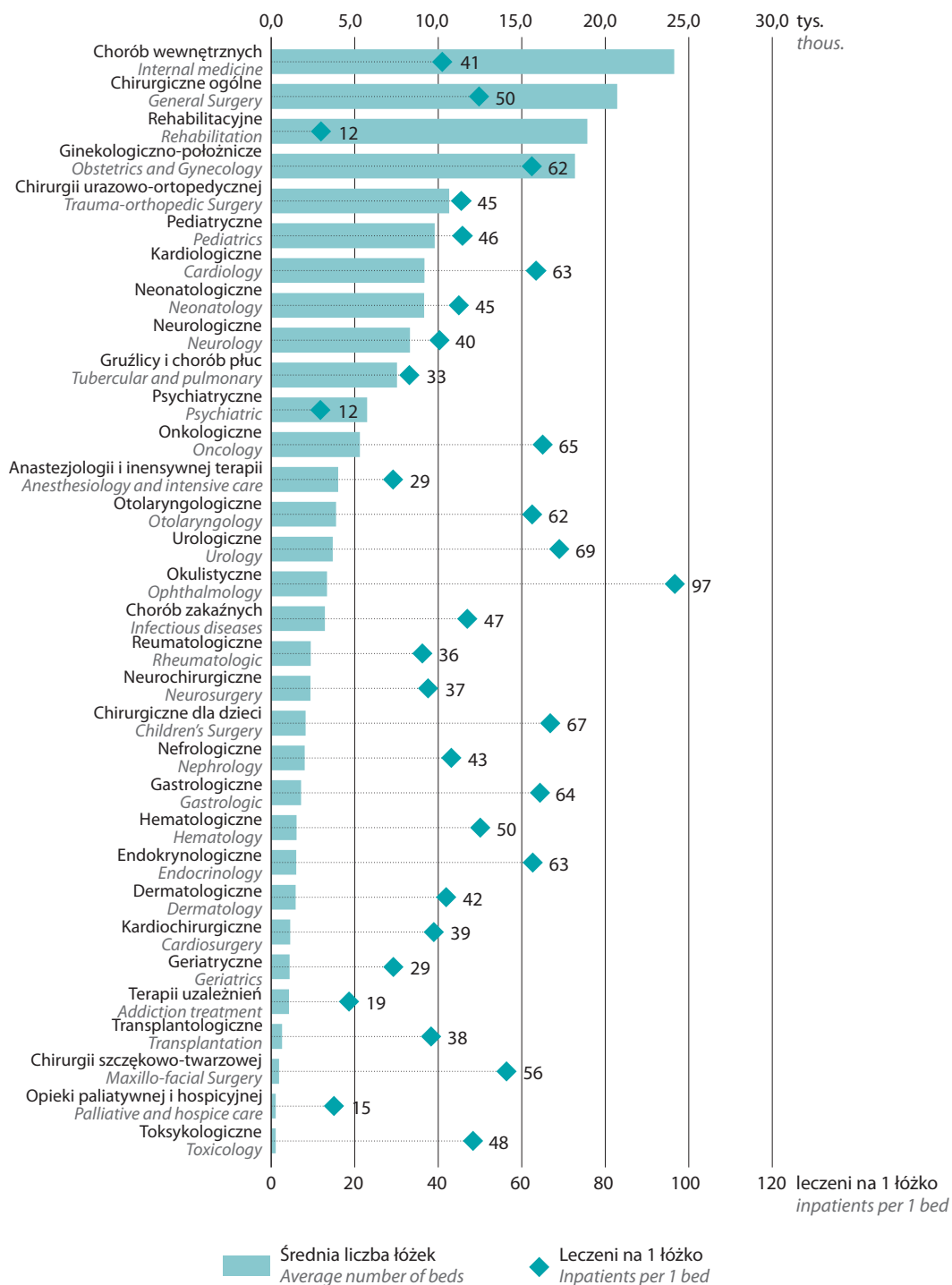
Największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (97 osób, o 6 osób więcej niż przed rokiem), a następnie urologicznych (69, o 3 osoby mniej), chirurgicznych dla dzieci (67 osób, bez zmian do roku poprzedniego) oraz onkologicznych (65, o 2 osoby więcej). Natomiast najmniej pacjentów na łóżko przypadało na oddziałach: psychiatrycznych (12 osób, o 1 osobę więcej), rehabilitacyjnych (12 osób, o 1 osobę mniej), opieki paliatywnej i hospicyjnej (15 osób) i terapii uzależnień²⁴ (19 osób), czyli na oddziałach gdzie pobyty pacjentów są znacznie dłuższe.

²² Wskaźnik tzw. przelotowości – iloraz liczby pacjentów na oddziale i średniej liczby łóżek na oddziale.

²³ Iloraz osobodni pobytu i leczonych na oddziale.

²⁴ Do 2016 r. były to oddziały odwykowe.

Wykres 20. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych
 Chart 20. Beds and number of inpatients per one bed in hospital wards

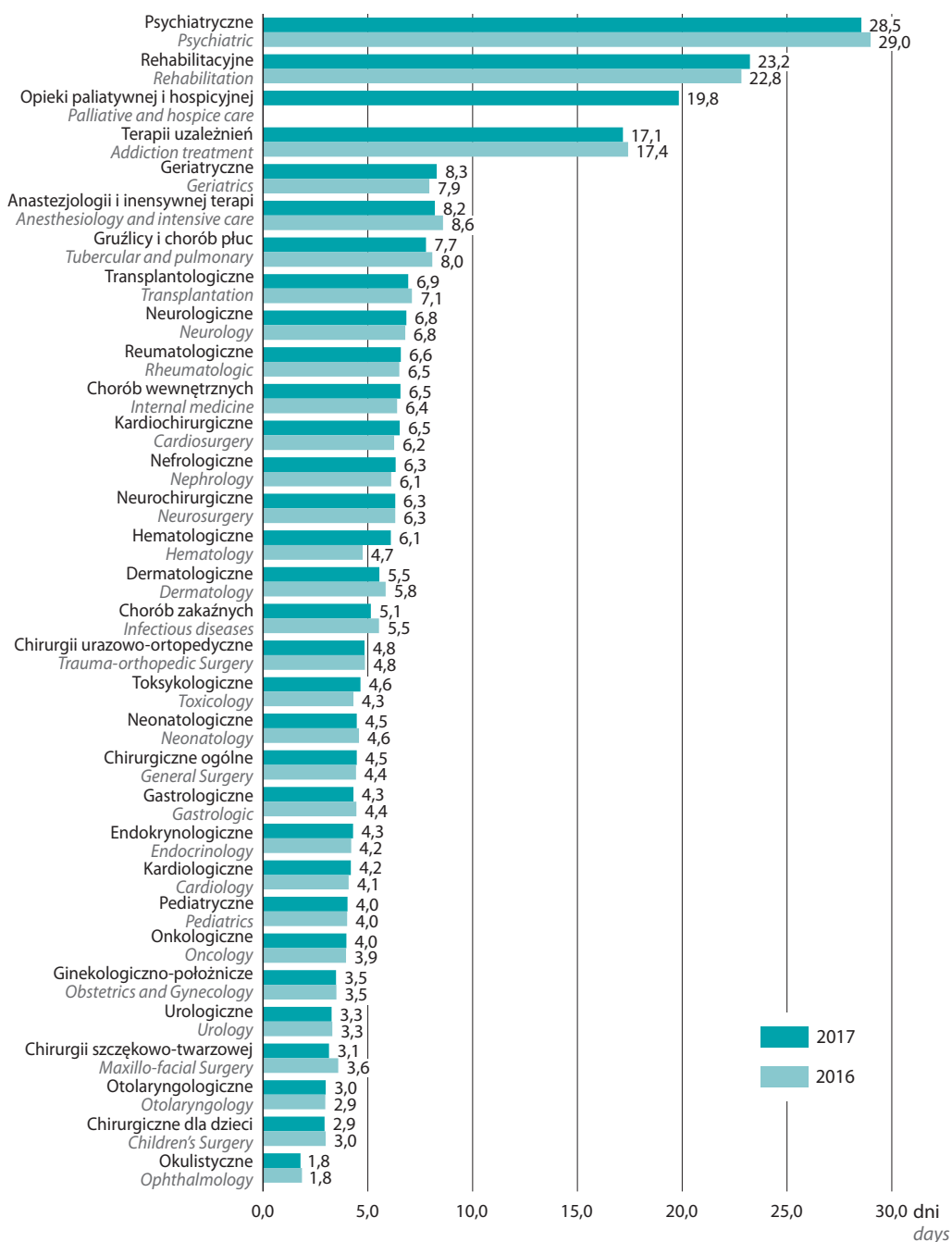


W 2017 r. średni czas pobytu²⁵ chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju, wyniósł 5,3 dnia i nie zmienił się w porównaniu do 2016 roku, natomiast w odniesieniu do 2010 r. był krótszy o 0,4 dnia.

²⁵ Iloraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale i liczby leczonych na oddziale.

W porównaniu do 2016 r. średni czas pobytu pacjentów uległ skróceniu w największym stopniu na oddziałach: leczenia jednego dnia (o 1,4 dnia krócej), chirurgii szczękowo-twarzowej (o 0,5 dnia), psychiatrycznych, chorób zakaźnych i anestezjologii i intensywnej terapii (po 0,4 dnia krócej). Natomiast dłuższe pobyty odnotowano m.in. na oddziałach: hematologicznych (o 1,3 dnia dłużej), rehabilitacyjnych i geriatrycznych (po 0,4 dnia), toksykologicznych i kardiochirurgicznych (po 0,3 dnia dłużej).

Wykres 21. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w 2017 i 2016 roku
 Chart 21. Average patient stay in hospital wards by types of wards in 2017 and 2016



W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) średni pobyt pacjenta na oddziałach szpitalnych był najdłuższy na terenie województwa śląskiego (6,0 dnia), lubelskiego (5,9 dnia), oraz małopolskiego (5,8 dnia), a najkrótszy w województwie wielkopolskim (4,7), lubuskim (4,8 dnia) i zachodniopomorskim (4,9). Od kilku lat w większości województw obserwuje się skracanie się średniej długości pobytu pacjenta w szpitalu.

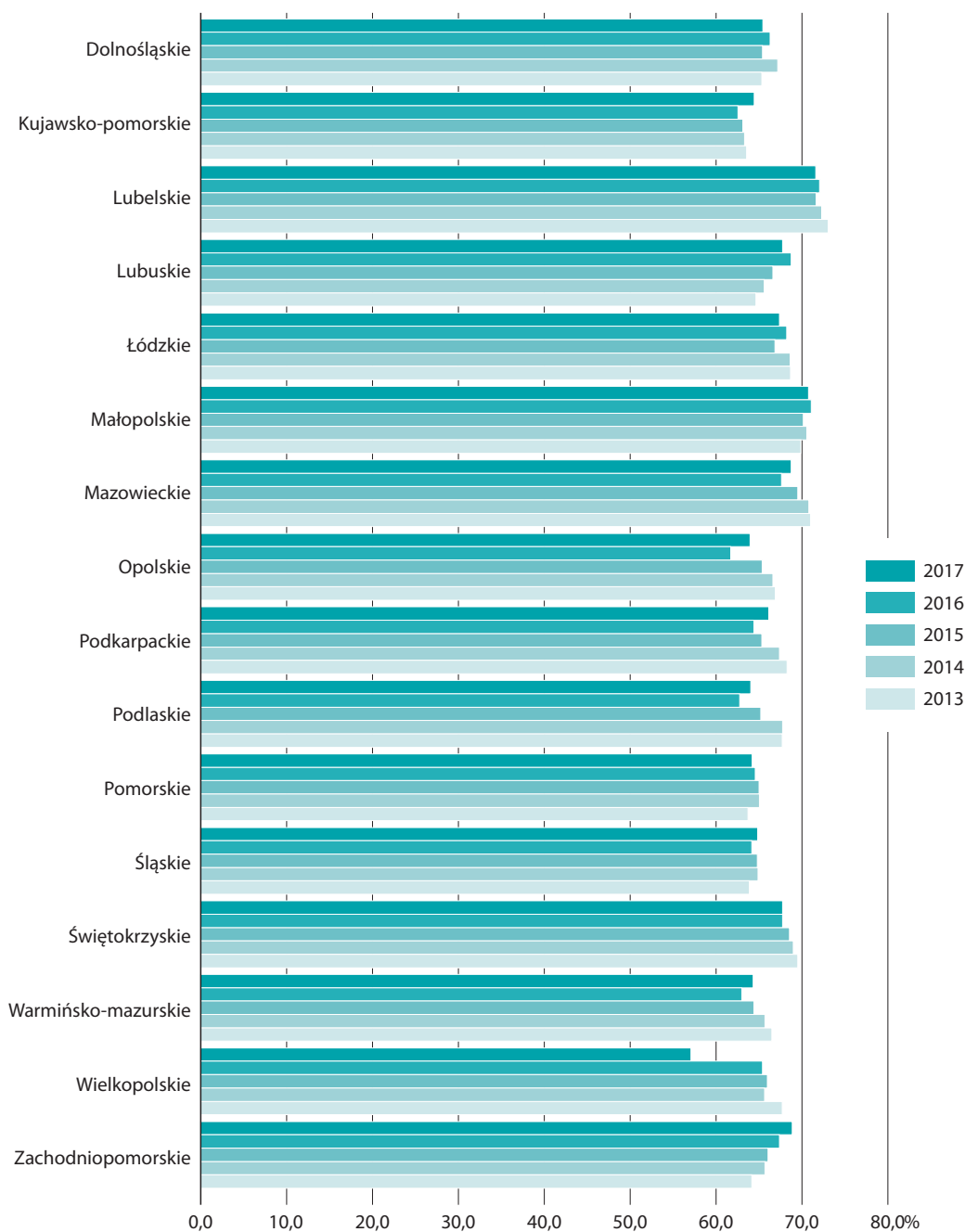
Wykres 22. Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw w latach 2013-2017

Chart 22. Average patient stay in hospital wards by voivodships in 2013-2017



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie²⁶ łóżek w ciągu roku. Wskaźnik ten dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 65,8% lub inaczej 240 dni i było to o 2 dni mniej niż w 2016 r. i o 9 dni mniej niż w 2010 roku.

Wykres 23. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw w latach 2013-2017 [%]
Chart 23. Usage of beds in general hospitals by voivodships in 2013-2017 [%]



W przekroju wojewódzkim baza łóżkowa szpitali ogólnych była w największym stopniu wykorzystana w województwach: lubelskim (71,4%), małopolskim (70,5%) i zachodniopomorskim (68,7%), a najniższe

²⁶ Iloraz osobodni i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział % dni w roku.

wykorzystanie łóżek odnotowano w województwach: wielkopolskim (56,9%), opolskim (63,8% dni) i podlaskim (63,9%). W województwie mazowieckim wskaźnik ten był na poziomie 68,5% tj. 250 dni, o 4 dni więcej niż w roku poprzednim.

Omawiane powyżej wskaźniki charakteryzują i opisują działalność oddziałów o różnych specjalnościach i mogą stanowić cenne uzupełnienie informacji o specyfice poszczególnych oddziałów i ich przeznaczeniu w procesie leczenia. Inny bowiem charakter mają oddziały intensywnej terapii pełniące szczególną rolę w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed- i po- operacyjna. Jeszcze inne funkcje pełnią oddziały rehabilitacyjne, na których przebywają pacjenci z zakończonym procesem właściwego leczenia, ale w dalszym ciągu wymagający stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji oraz prowadzenia zabiegów ukierunkowanych na określony długoterminowy efekt leczniczy.

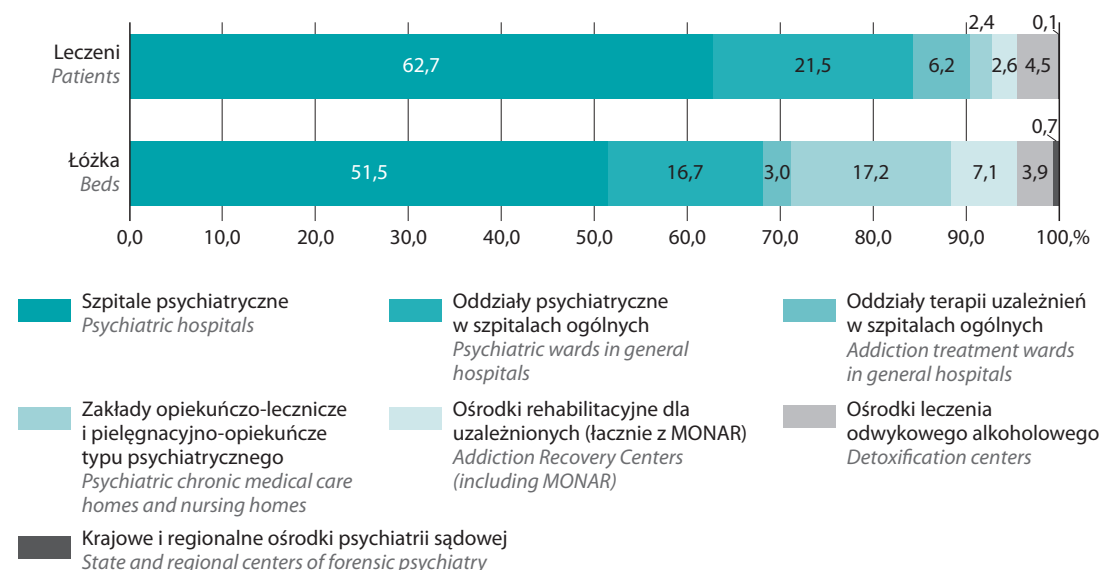
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

Do zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Opieka psychiatryczna realizowana jest także na oddziałach psychiatrycznych i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

Na stacjonarną opiekę psychiatryczną²⁷ przeznaczonych było łącznie 34,4 tys. łóżek (o 0,8% mniej niż w 2016 r.). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek – 24,5 tys., (o 1,1% mniej) przeznaczonych było na opiekę szpitalną.

Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według typu zakładu nie uległa znaczącym zmianom. Łóżka wykorzystywane na leczenie szpitalne stanowiły 71,1% łóżek psychiatrycznych, łóżka przeznaczone na psychiatryczną opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze) skupiały 17,2% łóżek, a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR) dysponowały łącznie 11,6% łóżek.

Wykres 24. Struktura łóżek i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej
 Chart 24. Structure of beds and inpatients of psychiatric facilities



²⁷ łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

Na koniec 2017 r. na terenie kraju odnotowano, podobnie jak przed rokiem, 48 **szpitali psychiatrycznych**, dysponujących 17,7 tys. łóżek (o 0,8% mniej niż w końcu 2016 r.). Przebywało w nich 195,8 tys. pacjentów, o 1,9% (3,8 tys.) mniej niż w 2016 roku.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (2,9 tys.), śląskiego (2,2 tys.) i wielkopolskiego (1,6 tys.), w których przebywało łącznie 77,3 tys. osób, o 4,1% pacjentów mniej niż w 2016 roku.

W większości województw z psychiatrycznej opieki szpitalnej skorzystało mniej pacjentów niż przed rokiem. Największy spadek wystąpił w województwie mazowieckim (o 6,6%) i lubuskim (o 5,3%). Natomiast spośród czterech województw, w których liczba pacjentów była większa niż przed rokiem, największy wzrost odnotowano w województwie warmińsko-mazurskim (o 6,3%) i podlaskim (o 4,6%).

Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym trwał 30,7 dnia natomiast w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był nieco krótszy i średnio trwał 28,5 dnia.

Długość pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych była zróżnicowana w zależności od województwa. Najdłuższy średni pobyt chorego odnotowano w województwie podkarpackim (blisko 49 dni), następnie w małopolskim (40 dni) i śląskim (39 dni), a najkrótszy – w województwie opolskim (18 dni) i wielkopolskim (24 dni).

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w **szpitalach ogólnych** na 155 **oddziałach psychiatrycznych** i 46 **oddziałach terapii uzależnień (odwykowych)**. W oddziałach tych dostępnych było, podobnie jak przed rokiem, 6,8 tys. łóżek, z czego 15,3% znajdowało się na oddziałach terapii uzależnień. Łącznie na obu typach oddziałów leczono 86,6 tys. pacjentów (o 0,8% więcej niż w roku poprzednim). Najwięcej pacjentów odnotowano na tych oddziałach w województwie mazowieckim i łódzkim (po 9,0 tys.) a także śląskim (8,9 tys. pacjentów), a najmniej na oddziałach województwa świętokrzyskiego (0,9 tys.) i opolskiego (1,0 tys. pacjentów).

Kolejnym rodzajem placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób z problemami psychicznymi są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. W 2017 r., dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek (o 1,4% mniej niż w roku poprzednim) a skorzystało z nich 8,1 tys. osób uzależnionych (o 3,6% mniej niż w 2016 r.). Blisko 63,5% ogółem podopiecznych obu typów zakładów przebywało²⁸ w placówkach pięciu województw: mazowieckiego, pomorskiego, śląskiego, zachodniopomorskiego i lubuskiego.

W 2017 r. działało 29 **ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych** (o 1 mniej niż w 2016 r.). Dysponowały one, podobnie jak przed rokiem, 1,3 tys. łóżek, z których skorzystało 3,8 tys. osób (o 2,8% mniej niż w 2016 r.). Średni czas pobytu w tych placówkach nie zmienił się w porównaniu do 2016 r. i wyniósł około 103 dni.

Liczba zakładów **MONAR** (26 placówek) a także baza łóżkowa w tych ośrodkach (1,1 tys. łóżek) nie uległa istotnym zmianom w porównaniu do roku poprzedniego. Opieki udzielono 4,2 tys. osób i było to o 4,3% mniej niż w 2016 roku. Najwięcej placówek tego typu działało w województwie mazowieckim (6), zachodniopomorskim (4), wielkopolskim (3) i łódzkim (3). Dysponowały one także największą liczbą miejsc i udzieliły wsparcia blisko 2/3 ogółu leczonych w takich ośrodkach. Średni pobyt w placówkach poszczególnych województw wahał się od 319 dni w województwie śląskim do 47 dni w województwie mazowieckim. Średnio dla kraju wyniósł 82 dni i był o 4 dni dłuższy w stosunku do 2016 roku.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych, na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 26 **ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego**. Dysponowały one 1,3 tys. łóżek, z których skorzystało 13,9 tys. osób (o 4,6% więcej). Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 29,0 dni i był blisko 12 dni dłuższy niż średni pobyt na oddziałach terapii uzależnień w szpitalach ogólnych (17,1 dnia). W zależności od województwa średni pobyt leczonego znacznie się wahał – od 19,6 dnia w województwie małopolskim do 67,5 dnia w województwie mazowieckim.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym są **Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej**. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych,

²⁸ Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

skierowani do ośrodka przez Sąd, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne. Podobnie jak przed rokiem, w 2017 r. na terenie kraju odnotowano 5 ośrodków psychiatrii sądowej dysponujących łącznie 245 łózkami. Przebywało w nich 314 osób (o 18 osób więcej niż w roku poprzednim) a średni czas pobytu pacjenta wyniósł 188 dni i był o 28 dni krótszy niż w 2016 roku.

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

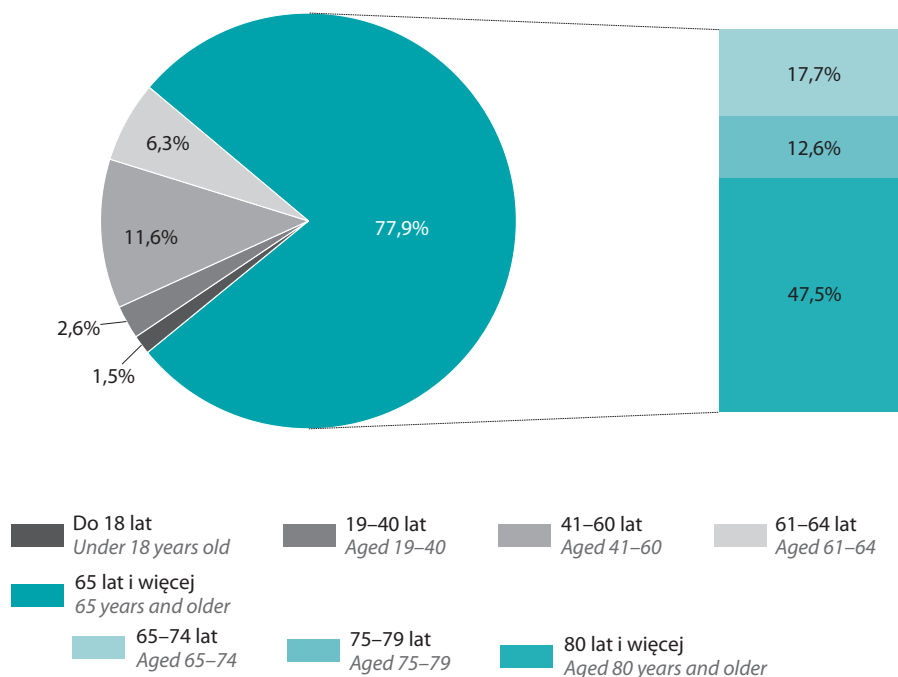
Wobec postępującego, procesu starzenia się społeczeństwa istotną rolę w opiece zdrowotnej pełnią zakłady opieki długoterminowej, zapewniające pacjentom całodobowe świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne a także kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego w dłuższym okresie czasu.

Opieka długoterminowa świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. Na koniec 2017 roku odnotowano 576 zakładów tego typu, o 4,0% więcej niż w 2016 roku.

Inną formą opieki medycznej, często łączoną z opieką długoterminową, są hospicja i oddziały opieki paliatywnej zapewniające interdyscyplinarną opiekę nad pacjentem w schyłkowym okresie życia. Na koniec 2017 r. funkcjonowało łącznie 161 placówek tego typu (95 hospicjów stacjonarnych i 66 oddziałów opieki paliatywnej, działających poza strukturą szpitali²⁹).

Wykres 25. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)³⁰

Chart 25. Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative care (as of 31.XII)



29 Ponadto funkcjonowało 17 oddziałów opieki hospicyjnej i paliatywnej w szpitalach ogólnych (Dz. U. 2017 poz. 999).

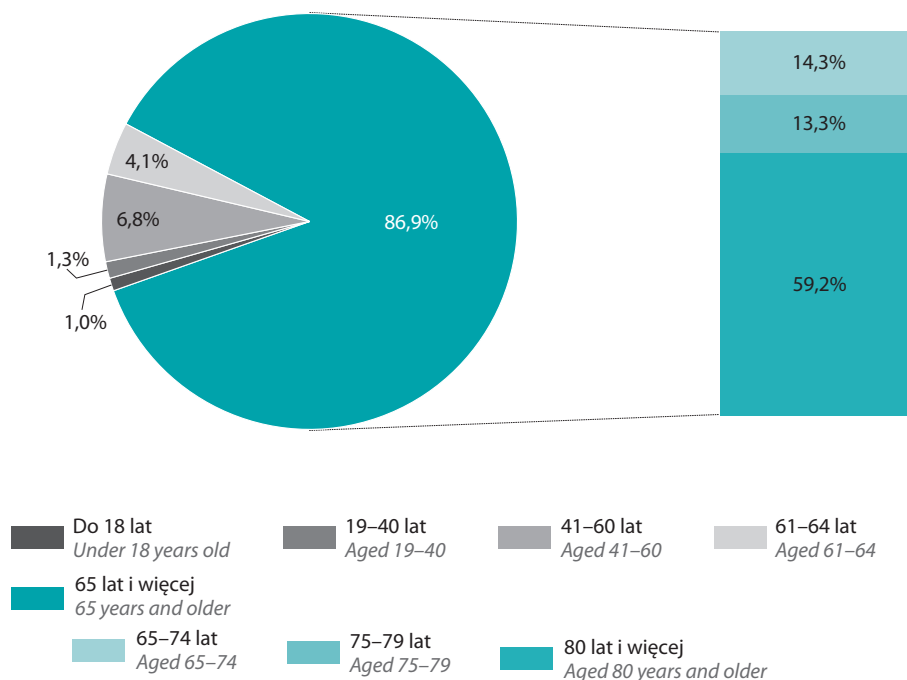
30 Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały łącznie 36,1 tys. łóżek, czyli o 3,5% więcej niż w 2016 roku. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 96,2 tys. osób, o blisko 2,3% mniej niż w roku poprzednim. Analiza struktury wieku osób przebywających w tego typu placówkach³¹ wskazuje, że podopieczni w wieku 65 lat i więcej stanowili 77,9% ogółu leczonych (o 2,0 p. proc. więcej niż przed rokiem). Wynika to ze znacznie większej (o 8,1%, tj. o 1,2 tys. osób) liczby pacjentów w najstarszej grupie wieku, tzw. późnej starości (osoby 80-letnie i starsze). W pozostałych grupach wieku liczba pacjentów była mniejsza niż w analogicznym okresie 2016 roku.

Podobnie jak przed rokiem w zakładach tych przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (65,9%) niż mężczyzn (34,1%), przy czym, w grupie wieku 65 lat i więcej, na jednego mężczyznę przypadały blisko 3 kobiety, a w najstarszej grupie (80 lat i więcej) na jednego mężczyznę przypadały 4 kobiety. W młodszych grupach wieku przeważali mężczyźni. W wieku do 65 roku życia mężczyźni stanowili 60,8% a kobiety 39,2%.

Wykres 26. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)

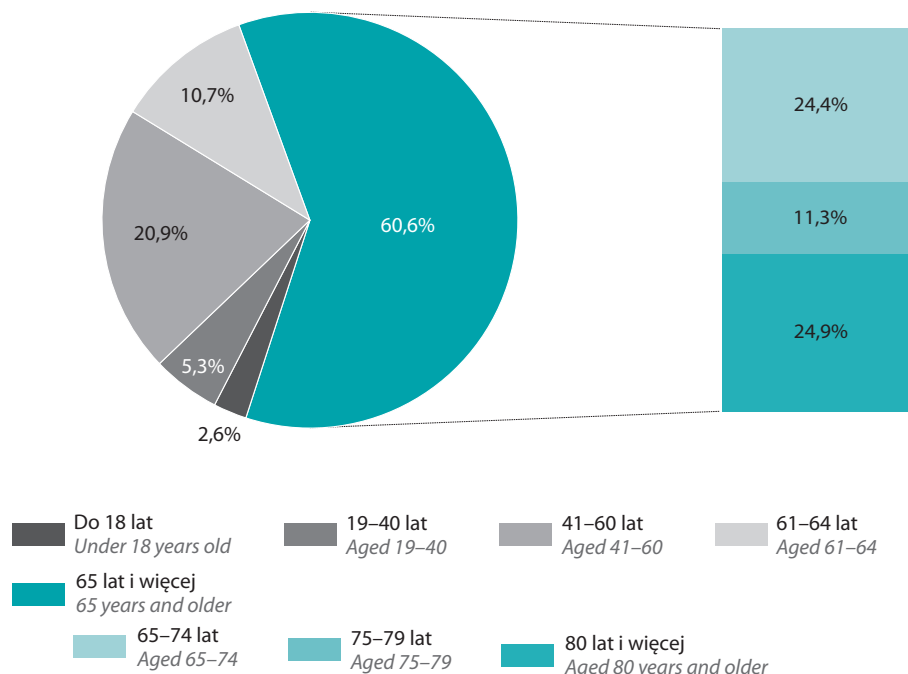
Chart 26. Age structure of females in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative care (as of 31.XII)



31 Struktura wieku pacjentów (według stanu pacjentów w dniu 31 XII) dotyczy wszystkich zakładów łącznie tzn. zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (ogólnych i psychiatrycznych), hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej.

Wykres 27. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)

Chart 27. Age structure of males in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative care (as of 31.XII)

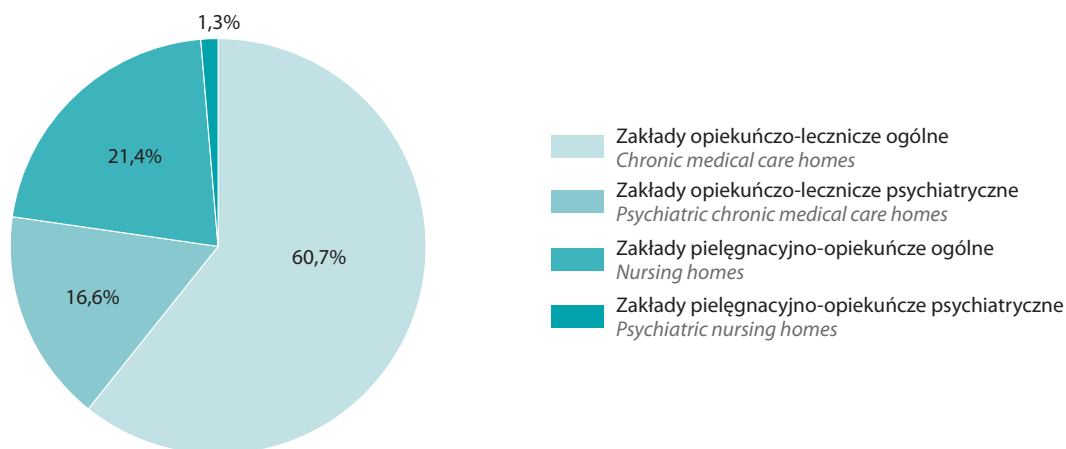


Na koniec 2017 roku baza łóżkowa **zакладów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym** wyniosła 33,1 tys. (o 3,8% łóżek więcej niż w 2016 r.). Opieką stacjonarną objęto łącznie 61,5 tys. osób, o 0,8% więcej niż przed rokiem. W przeliczeniu na 10 tys. ludności Polski, z tej formy opieki skorzystało 16,0 pacjentów, natomiast liczba łóżek przypadająca na 10 tys. ludności (według stanu w dniu 31 XII) wyniosła 8,6. W obu przypadkach wskaźnik zwiększył się o 0,3.

Analiza bazy łóżkowej w opiece długoterminowej wskazuje, że 82,1% łóżek (27,2 tys.) było w placówkach o profilu ogólnym, a 17,9% łóżek (5,9 tys.) w zakładach typu psychiatrycznego.

Wykres 28. Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 XII)

Chart 28. Structure of beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility (as of 31 XII)



Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 10 tys. ludności było w województwach: dolnośląskim (13,2), mazowieckim (11,2) i śląskim (10,4) a najmniej w województwach: wielkopolskim (4,0), warmińsko-mazurskim (5,3) i zachodnio-pomorskim (5,4). Największy wzrost wskaźnika wystąpił w województwach: mazowieckim (o 1,2), podlaskim (o 1,0) i dolnośląskim (o 0,5), a największy spadek odnotowano w województwie opolskim (o 0,7) i lubelskim (o 0,5).

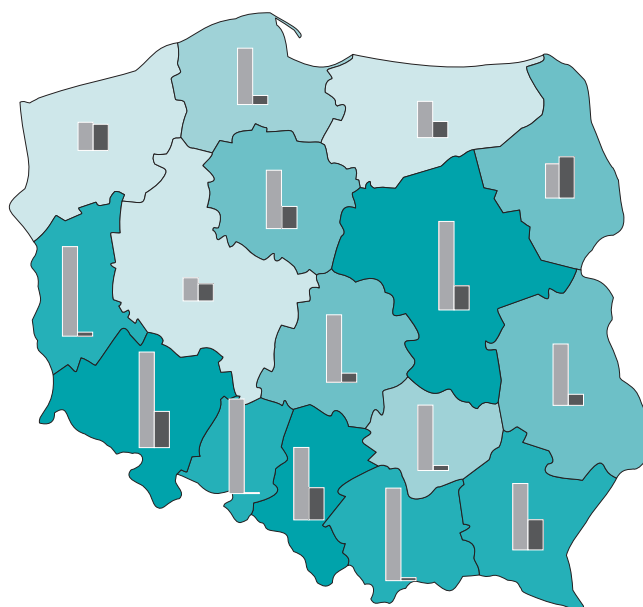
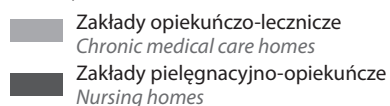
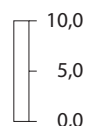
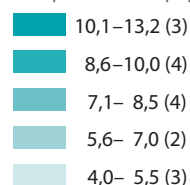
Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszącej się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek. Dla zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł 91,5% (334 dni) a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych 87,4% (319 dni). W zakładach typu psychiatrycznego wykorzystanie łóżek w placówkach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych było podobne i wyniosło nieco ponad 93%.

Najwięcej pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności, przebywało w placówkach zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim (22,6), opolskim (19,3) i śląskim (18,4), a najmniej w województwach: wielkopolskim (8,8), zachodniopomorskim (12,8) i lubelskim (13,0).

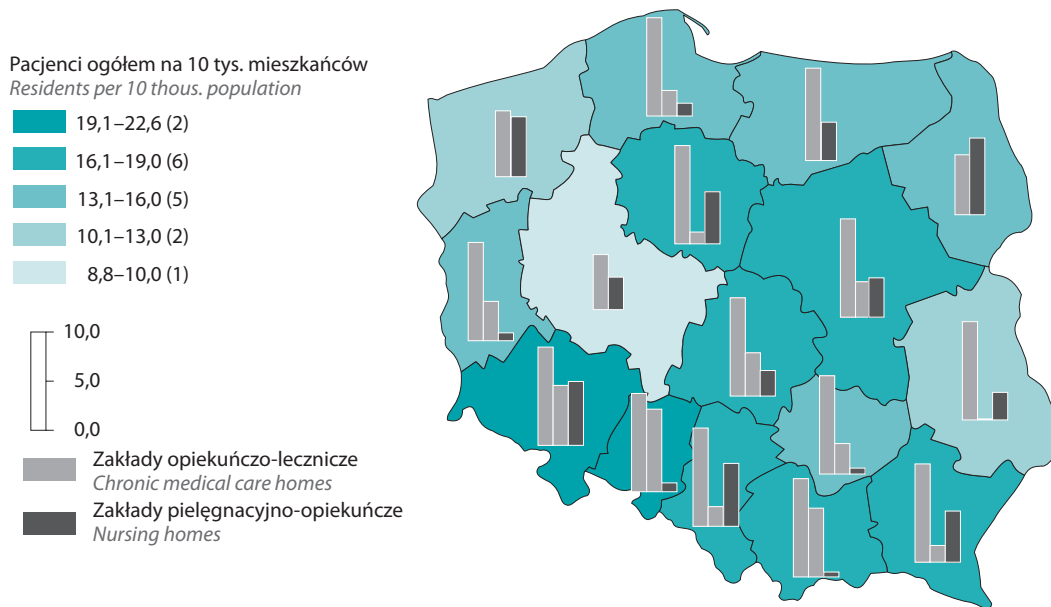
Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)

Map 3. Beds in long term care facilities per 10 thous. population by voivodships (as of 31 XII)

Łóżka ogółem na 10 tys. mieszkańców
Beds per 10 thous. population



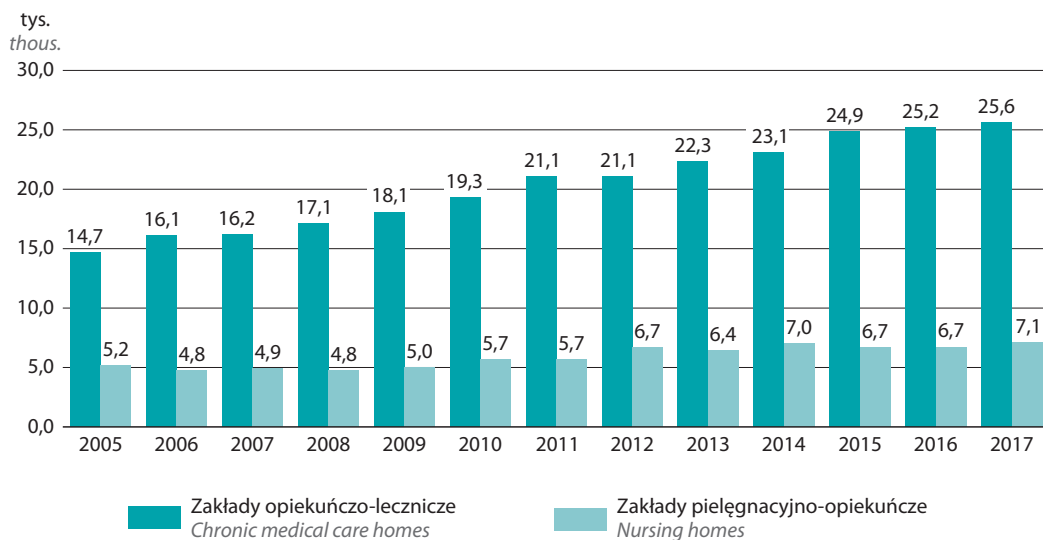
Mapa 4. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw
Maps 4. Residents in long term care facilities per 10 thous. population by voivodships



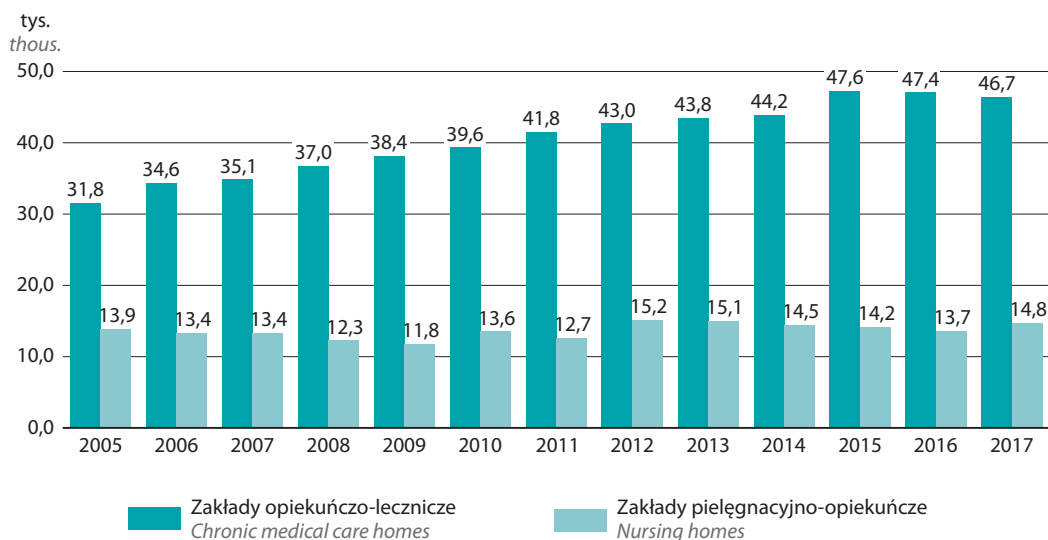
Rozpatrując liczbę łóżek oraz liczbę pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w dłuższym okresie czasu widoczna jest w obu przypadkach tendencja wzrostowa. W stosunku do 2005 roku łączna liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych zwiększyła się o 64% a liczba pacjentów o 35%.

Wykres 29. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2017 (stan w dniu 31 XII)

Chart 29. Beds in chronic medical care homes and nursing homes in 2005-2017 (as of 31 XII)



Wykres 30. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2017
 Chart 30. Residents in chronic medical care homes and nursing homes in 2005-2017



W 2016 r. odnotowano 359 zakładów **opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym** (o 4,4% więcej niż w 2016 r.), które dysponowały 20,1 tys. łóżek (o 2,2% więcej niż przed rokiem). Z tej formy opieki skorzystało nieznacznie mniej pacjentów (39,8 tys. osób, o 0,8% mniej) a średni pobyt pacjenta (167 dni) był o 2 dni krótszy niż w 2016 roku.

Także przeciętny pobyt podopiecznych w zakładach **pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym** był o 2 dni krótszy (156 dni). Liczba placówek tego typu w skali kraju wzrosła o 4,7% (do 155 zakładów), natomiast liczba łóżek o 12,3% i na koniec 2017 r. wyniosła 7,1 tys. łóżek. W placówkach tych przebywało w ciągu roku 14,2 tys. pacjentów i było to o 8,8% więcej niż w roku poprzednim.

W 2017 roku sytuacja placówek **opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego**, w porównaniu do 2016 roku, nie uległa zmianom. Łącznie na koniec 2017 roku odnotowano, podobnie jak przed rokiem, 62 placówki dysponujące 5,9 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku 7,5 tys. pacjentów, o 3,4% mniej niż w 2016 roku.

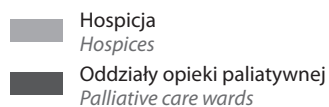
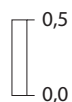
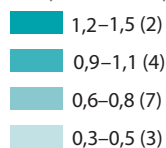
Kolejną formą opieki są **hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej**³², mające na celu łagodzenie bólu i cierpienia związanego z problemami towarzyszącymi pacjentom w schyłkowym okresie życia. W 2017 r. odnotowano 161 tego typu placówek, 95 hospicjów (o 15 więcej) i 66 oddziałów opieki paliatywnej (o 9 mniej). Łącznie dysponowały one 3,0 tys. łóżek (o 0,5% więcej) i zapewniły opiekę 34,6 tys. osób (o 7,4% mniej niż w 2016 r.). Średni pobyt pacjenta w hospicjach trwał 31 dni i był blisko 4 dni dłuższy niż w 2016 roku. Natomiast w oddziałach opieki paliatywnej pacjenci przebywali średnio nieco krócej – 22 dni, o 1 dzień dłużej niż w poprzednim roku. W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) największą liczbę łóżek a zarazem pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności województw odnotowano w województwie świętokrzyskim i podkarpackim a najmniejszą w województwie zachodniopomorskim.

³² Oddziały opieki paliatywnej i hospicja zarejestrowane w RPWDL na koniec 2016 r. zgodnie z rozporządzeniem w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (Dz. U. 2012 poz. 594 z późn. zm.), regulującym występowanie tych oddziałów w ramach grup zakładów typu opiekuńczego (szeroko rozumianej opieki długoterminowej). Bez opieki hospicyjnej i paliatywnej realizowanej na oddziałach w szpitalach ogólnych.

Mapa 5. Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)

Map 5. Beds in hospices and palliative care wards per 10 thous. population by voivodships (as of 31 XII)

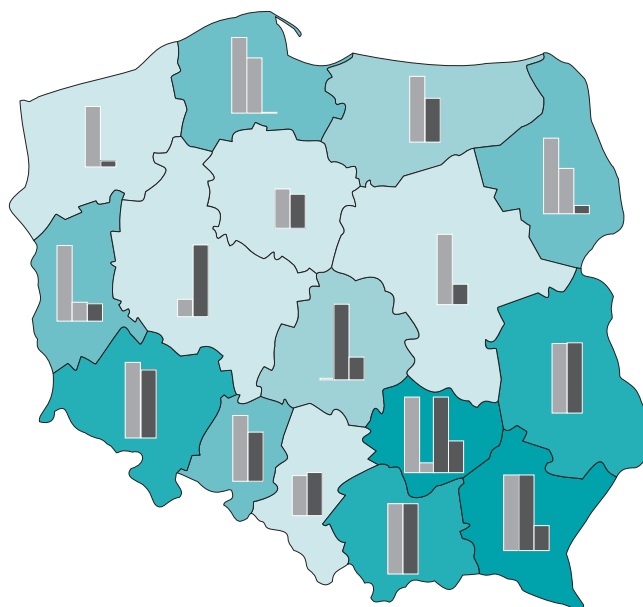
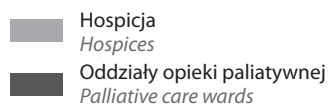
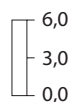
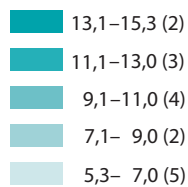
Łóżka ogółem na 10 tys. mieszkańców
Beds per 10 thous. population



Mapa 6. Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw

Map 6. Patients in hospices and palliative care wards per 10 thous. population by voivodships

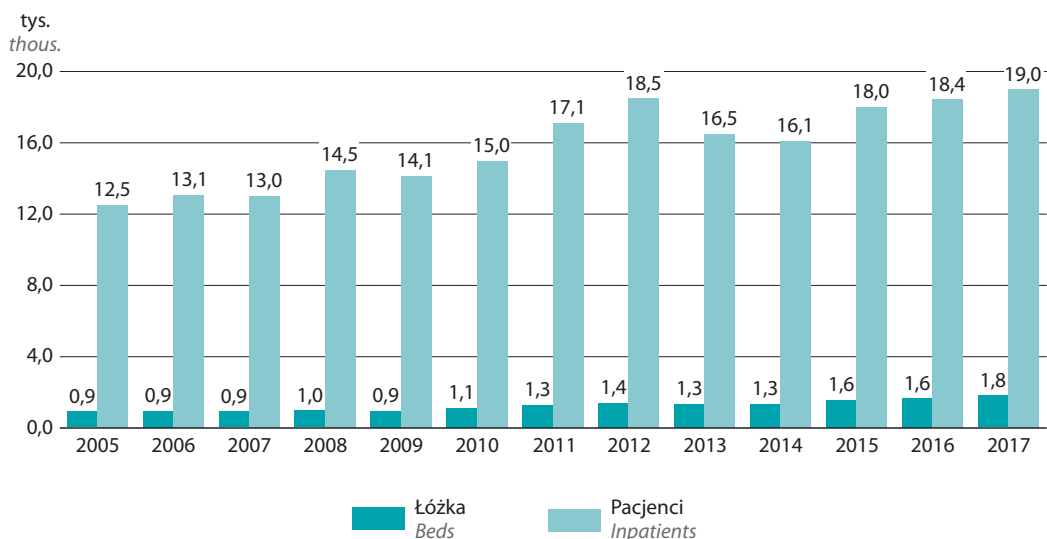
Pacjenci ogółem na 10 tys. mieszkańców
Patients per 10 thous. population



Rozpatrując liczbę łóżek oraz liczbę pacjentów w hospicjach stacjonarnych³³ w dłuższym okresie czasu, w obu przypadkach widoczna jest tendencja wzrostowa. W porównaniu do 2005 roku łączna liczba łóżek w omawianej grupie zakładów wzrosła dwukrotnie a liczba pacjentów zwiększyła się o 52%.

Wykres 31. Łóżka i pacjenci hospicjów³⁴ w latach 2005-2017

Chart 31. Beds and patients in hospices 2005-2017



Działalność hospicyjno-paliatywna realizowana była także w szpitalach ogólnych³⁵, w których w 2017 roku na tego typu opiekę przeznaczonych było blisko 0,3 tys. łóżek. Skorzystało z nich 3,9 tys. osób, a średni pobyt pacjenta na tych oddziałach wyniósł 19,8 dnia.

Podobnie jak w latach poprzednich, oprócz działalności stacjonarnej, prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz placówki opieki hospicyjnej i paliatywnej, niektóre z zakładów świadczyły także usługi w zakresie opieki domowej lub dziennej. W 2017 r. tego typu opieką objęto łącznie 7,1 tys. osób (o 5,7% mniej niż w 2016 roku), z czego około 65% stanowili pacjenci leczenia w domu.

Lecznictwo uzdrowiskowe³⁶

Lecznictwo uzdrowiskowe stanowi integralną część systemu ochrony zdrowia. Prowadzone jest w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w uzdrowiskach, czyli na terenach o szczególnych walorach geologiczno-klimatycznych, wydzielonych w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych. W Polsce jest 45 statutowych obszarów uzdrowiskowych, zlokalizowanych na terenie 13 województw. Uzdrowisk nie posiadają województwa: opolskie, wielkopolskie i lubuskie.

Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w czterech województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 59 zakładów) małopolskim (10 uzdrowisk – 48 zakładów), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 45 zakładów) i kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 32 zakłady). Blisko 68% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego znajdowało się w tych czterech województwach, przy czym, najwięcej na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (25) i Ciechocinek (23).

Na koniec 2017, roku na terenie kraju odnotowano łącznie 271 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego i było to o 2,2% mniej niż w końcu 2016 r. i o 4,9% mniej w odniesieniu do 2012 roku.

³³ Bez opieki hospicyjnej realizowanej na oddziałach w szpitalach ogólnych.

³⁴ Patrz notka 35.

³⁵ Rozporządzenie zmieniające rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. 2017 poz. 999).

³⁶ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych).

Wykres 32. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2012-2017

Chart 32. Number of health resort facilities in 2012-2017

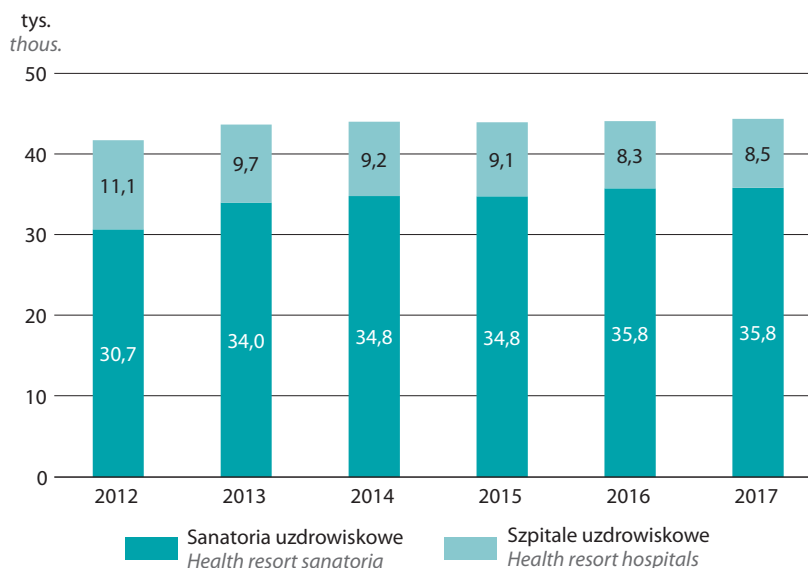


Przeważającą większość (88,6%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym (sanatoria i szpitale uzdrowiskowe) a 11,4% zakłady działające w trybie ambulatoryjnym (przychodnie uzdrowiskowe i samodzielne zakłady przyrodolecznicze³⁷).

W 2017 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 44,4 tys. łóżek³⁸ (o 0,7% więcej niż w 2016 r. i o 6,3% więcej niż w 2012 roku). Większość łóżek, podobnie jak w latach poprzednich, znajdowała się w sanatoriach (80,8%).

Wykres 33. Liczba łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2012-2017

Chart 33. Number of beds in health resort facilities in 2012-2017



Blisko 68% łóżek lecznictwa uzdrowiskowego znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (10,4 tys. łóżek, w tym 5,9 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskiego (7,8 tys. łóżek, w tym 4,9 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskiego (6,0 tys. łóżek,

³⁷ W 2017 r. odnotowano 76 zakładów przyrodoleczniczych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej poszczególnych rodzajów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

³⁸ Stan w dniu 31.12.2017 r.

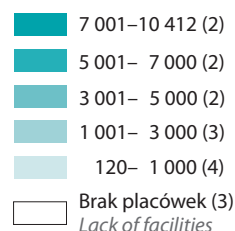
w tym 3,7 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój) oraz małopolskiego (5,9 tys. łóżek, z czego najwięcej na terenie uzdrowisk Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica i Wysowa). W tych czterech województwach przebywało blisko 70% kuracjuszy ogółem leczonych stacjonarnie w polskich uzdrowiskach.

Mapa 7. Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i kuracjusze leczenia stacjonarnie w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według województw.

Map 7. Beds and inpatients of health resort facilities by voivodships.

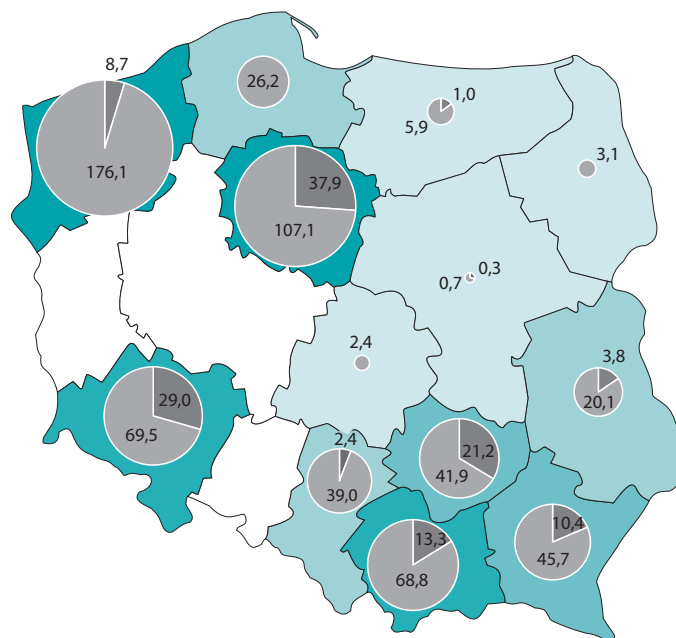
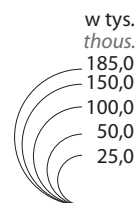
Łóżka w zakładach uzdrowiskowych

Beds in health resort facilities



Kuracjusze w zakładach uzdrowiskowych (w tys.)

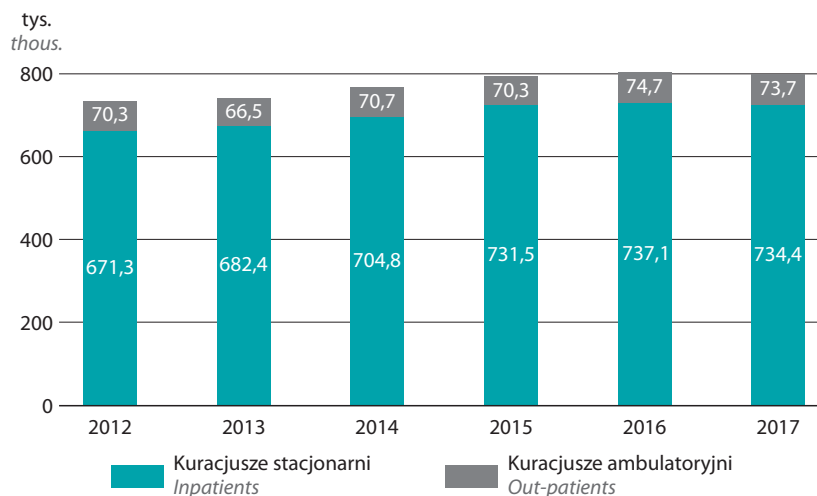
Patients of health resort facilities (in thous.)



W 2017 r. z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 808,1 tys. osób, o 0,5% mniej niż w 2016 r., ale w porównaniu do 2012 r. było to o 9,0% więcej. Większość kuracjuszy, podobnie jak w latach ubiegłych, przebywała na leczeniu stacjonarnym (734,4 tys. osób, o 0,4% mniej niż przed rokiem), natomiast blisko 10-krotnie mniej osób (73,7 tys.) skorzystało z leczenia w trybie ambulatoryjnym (o 1,4% mniej niż w 2016 roku).

Wykres 34. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w latach 2012-2017

Chart 34. Patients in health resort facilities in 2012-2017



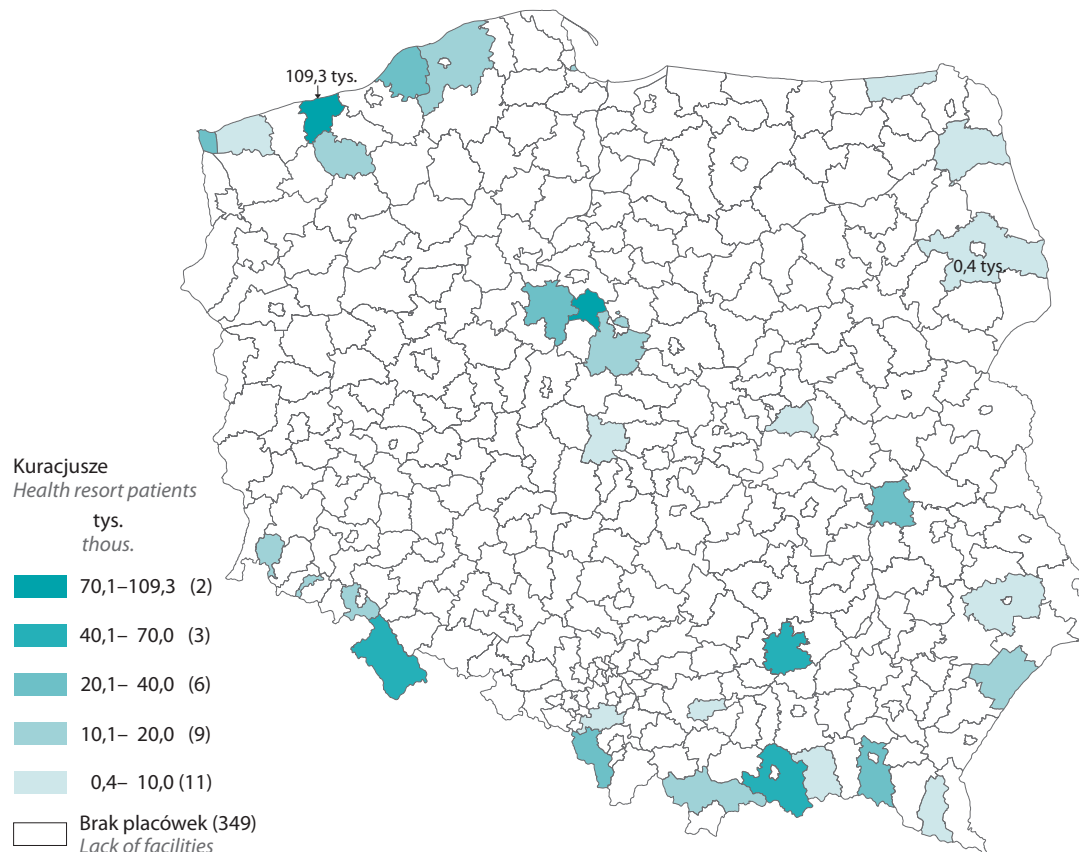
Podobnie jak w latach ubiegłych w polskich uzdrowiskach przebywała znaczna liczba cudzoziemców. W 2017 r. było to 48,4 tys. osób, co stanowiło, podobnie jak przed rokiem, 6,6% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie.

Z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 759,7 tys. polskich kuracjuszy co stanowiło 2,0% ludności kraju. Podobnie jak w latach ubiegłych, leczyło się więcej kobiet (61% ogółem kuracjuszy) niż mężczyzn (39%), co oznacza, w odniesieniu do całkowitej liczby mieszkańców, że z tej formy leczenia skorzystało 2,3% kobiet oraz 1,6% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

Struktura wieku kuracjuszy (leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie) wskazuje, że z leczenia uzdrowiskowego w większym stopniu korzystają osoby starsze. Odsetek polskich seniorów (osoby w wieku 65 lat i więcej), którzy skorzystali z leczenia uzdrowiskowego, był wyższy niż odsetek mieszkańców do 64 roku życia. Było to kolejno 5,3% ludności w wieku 65 lat i więcej (340,1 tys. osób) i 1,3% mieszkańców do 64 roku życia (418,8 tys. osób).

Analizując rozmieszczenie i liczbę kuracjuszy w poszczególnych województwach i powiatach, zdecydowanie największą liczbę pacjentów przebywających na leczeniu stacjonarnym odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 109,3 tys. osób (o 1,8% mniej niż przed rokiem), następnie w powiatach: aleksandrowskim – 95,8 tys. osób (o 2,1 % więcej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 63,2 tys. osób (o 3,5% więcej) – tereny uzdrowisk Busko-Zdrój i Solec-Zdrój oraz w powiecie kłodzkim – 56,6 tys. osób (o 3,2% mniej niż w 2016 r.) – tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój.

Mapa 8. Kuracjusze stacjonarni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według powiatów
 Map 7. Number of inpatients in health resort hospitals and sanatoria by poviats



W 2017 roku, podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część kuracjuszy zakładów lecznictwa uzdrowiskowego skorzystała z różnych dofinansowań uzyskanych na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej³⁹ lub przepisów o systemie ubezpieczeń społecznych⁴⁰ albo o ubezpieczeniu społecznym rolników⁴¹, a także w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów – na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej⁴².

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia dofinansowanych było 55,4% kuracjuszy leczonych stacjonarnie tj. 406,7 tys. osób (o 2,0% mniej niż w 2016 roku). W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 48,9 tys. osób (o 1,7% więcej) a z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało łącznie 8,2 tys. osób, (o 8,4% więcej niż w przed rokiem).

39 Osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 poz.1793, z późn. zm.).

40 Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych, Dz. U. z 2016 r. poz. 963, z późn. zm.).

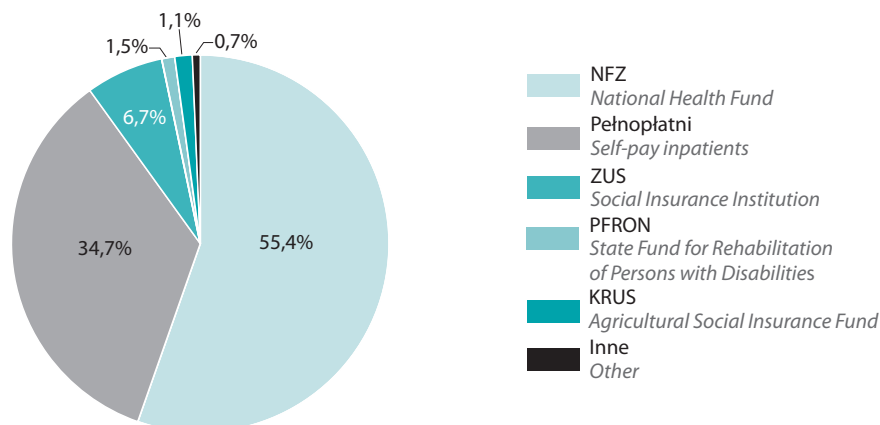
41 Osoby dofinansowane przez KRUS przebywających na rehabilitacji leczniczej (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników, Dz. U. z 2016 r. poz. 277, z późn. zm.).

42 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 2046, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

W uzdrowiskach przebywało także 10,9 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych⁴³ (o 11,6% mniej niż w 2016 r.), których pobyt był dofinansowany z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. W odróżnieniu od typowych pobytów sanatoryjnych dofinansowywanych przez NFZ, ZUS czy KRUS, których celem jest wyłącznie rehabilitacja lecznicza, na turnusach rehabilitacyjnych PFRON znaczącą wagę przykłada się do aktywności społecznej i zorganizowanych działań grupowych dla osób niepełnosprawnych, obok poprawy stanu ich zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej.

Wykres 35. Struktura kuracjuszy według sposobu finansowania pobytu

Chart 35. Structure of inpatients by type of co-financing



Liczną grupę pacjentów, podobnie jak w latach poprzednich, stanowili kuracjusze pełnopłatni (254,7 tys. osób, o 1,8% więcej niż w 2016 r.), z czego blisko 1/5 to cudzoziemcy. W najliczniej odwiedzanych miejscowościach uzdrowiskowych takich jak Kołobrzeg czy Ciechocinek udział kuracjuszy pełnopłatnych⁴⁴ w ogólnej liczbie leczonych w trybie stacjonarnym wyniósł w uzdrowisku Kołobrzeg – 51,9% a Ciechocinek – 44,3%. Przy czym w Kołobrzegu odsetek cudzoziemców wśród pełnopłatnych sięgał 36,4% (20,6 tys. osób) natomiast w Ciechocinku udział obcokrajowców był niewielki – 3,0% (1,3 tys. osób). Znaczny odsetek pacjentów samodzielnie finansujących swój pobyt odnotowano w powiecie buskim – 42,7%, tj. 27,0 tys. osób, (z czego cudzoziemcy stanowili 2,5%) a także w uzdrowiskach kłodzkich – 27,0% (15,3 tys. osób), gdzie obcokrajowcy stanowili 8,2%.

Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej cudzoziemców (89,1%) było w dwóch granicznych województwach zachodniej części Polski – województwie zachodniopomorskim (31,6 tys. osób, o 4,0% mniej) i dolnośląskim (11,5 tys. osób, o 6,5% mniej niż w 2016 r.). W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców przebywała w sanatoriach dwóch uzdrowisk – Świnoujście, gdzie 38,6% pacjentów było obcego pochodzenia, oraz Kołobrzeg, w którym blisko co piąty kuracjusz był cudzoziemcem. W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego (8,3 tys.), w którym stanowili ponad połowę kuracjuszy (54,2%) oraz w Jeleniej Górze, gdzie ich udział sięgał 16,4% (1,9 tys. osób).

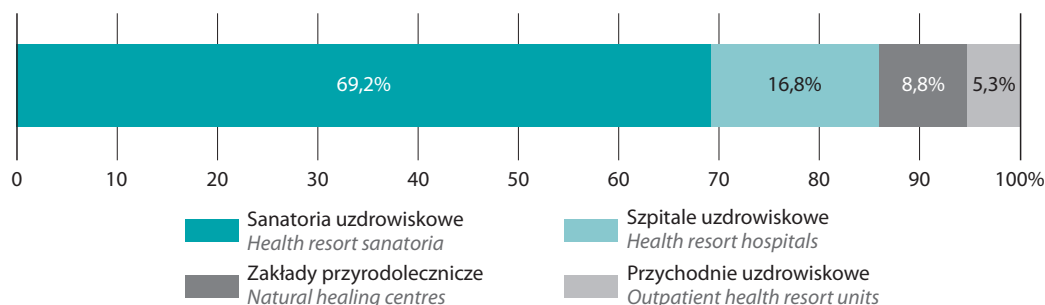
W 2017 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono 36,5 mln zabiegów (o 1,0% mniej niż w 2016 r.) z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Podobnie jak przed rokiem, średnio w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano 45 zabiegów na osobę.

⁴³ Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

⁴⁴ Łącznie z cudzoziemcami.

Wykres 36. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu)

Chart 36. Structure of health resort services performed in health resort facilities by the place of their performance (type of the facility)

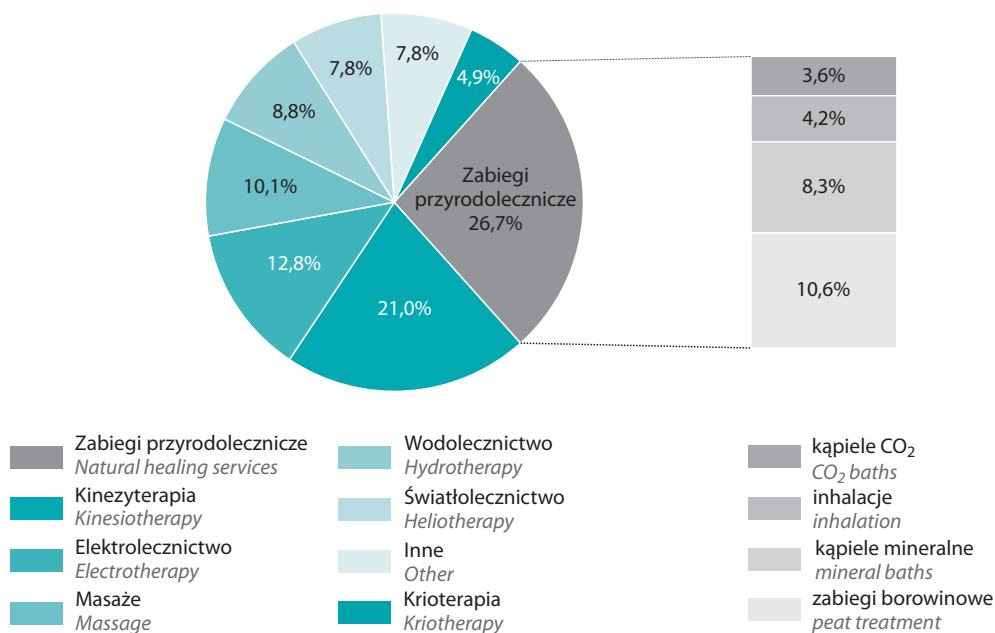


Odnotowano więcej zabiegów takich jak: kąpiele CO₂ (o 6,6% więcej), zabiegi parafinowe (o 6,3%), krioterapia (o 5,5%), inhalacje lekiem (o 3,8%) i kinezyterapia (o 1,0% więcej) a mniej zabiegów: wodolecznictwa (o 5,2% mniej), kąpeli mineralnych (o 2,9%), masaży (o 2,7%) i zabiegów borowinowych (o 1,4% mniej).

Struktura rodzajów wykonywanych zabiegów, w skali kraju, jest stosunkowo stabilna. W 2017 roku, podobnie jak w latach poprzednich, wykonano najwięcej zabiegów z zakresu kinezyterapii, która nadal stanowiła ponad 1/5 zabiegów. Zabiegi przyrodolecznicze takie jak: zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje stanowiły 26,7% wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach i skorzystało z nich blisko 681,3 tys. kuracjuszy leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (o 2,9% mniej niż w 2016 roku).

Wykres 37. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu

Chart 37. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service



Z uwagi na szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych i dostępną bazę łóżkową, zakłady lecznictwa uzdrowiskowego są dogodnym miejscem dla organizowania turnusów rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych dla których problem dostosowania placówek do różnych rodzajów dysfunkcji jest szczególnie istotny.

Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, deklarowany przez zakłady, był zróżnicowany. Podobnie jak w latach ubiegłych najlepiej dostosowane były szpitale uzdrowiskowe (49 placówek), spośród których 98% wykazało obecność wind a 84% szpitali deklarowało możliwość korzystania z wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. 96% placówek wykazała obecność pochylni, podjazdów czy też platform, ułatwiających wejście do budynku, a 94% zakładów – dostosowane pokoje oraz pokoje z łazienkami.

Spśród 191 sanatoriów, 92% zakładów wykazało obecność wind a 75% – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, 89% – deklarowało posiadanie pochylni, podjazdów czy też platform, 88% zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i pokoje z łazienkami) jako dostosowane a ponad połowa badanych placówek była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane. Zarówno szpitale uzdrowiskowe jak i sanatoria deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 6% i 13% zakładów.

Spśród nielicznych zakładów udzielających świadczeń wyłącznie w trybie ambulatoryjnym podjazdy czy też platformy posiadały wszystkie samodzielne zakłady przyrodolecznictwa (17 placówek) a także 13 spośród 14 przychodni uzdrowiskowych. W zakresie występowania wind przystosowanych do osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – 64% przychodni i 82% zakładów przyrodolecznictwa określiło się jako dostosowane a w przypadku wyposażenia w posadzki antypoślizgowe – 79% przychodni i 94% zakładów przyrodolecznictwa.

Najpopularniejszą formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**. Na koniec 2017 r. funkcjonowało 191 sanatoriów (o 5 mniej niż w 2016 r.), dysponujących 35,8 tys. łóżek. Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim – 9,8 tys. (27,2% ogółem łóżek w sanatoriach) kujawsko-pomorskim – 5,4 tys. łóżek (15,0%), małopolskim – 4,9 tys. łóżek (13,6%) i dolnośląskim – 4,0 tys. łóżek (11,3%). Skorzystało z nich blisko 70% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

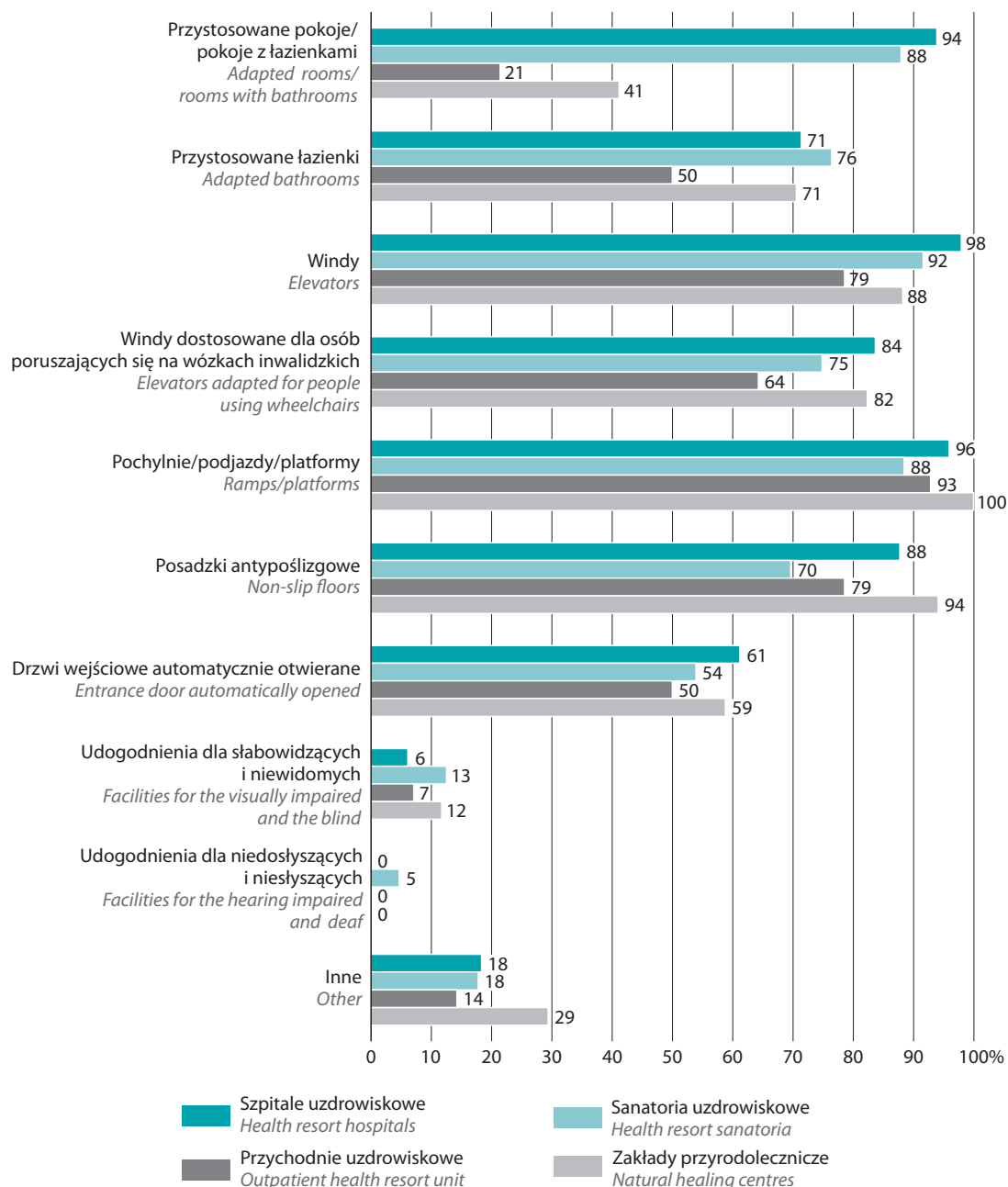
Z leczenia w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym łącznie skorzystało 627,2 tys. osób, z czego większość, blisko 97%, to kuracjusze leczeni stacjonarnie (o 1,1% mniej niż w 2016 r.). Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość, trwał 16,2 dnia a w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej, które stanowiły blisko połowę leczonych, pobyt był nieco dłuższy – 16,8 dnia (o 0,3 dnia krócej niż w 2016 roku).

W sanatoriach przebywało 47,1 tys. cudzoziemców (o 0,4% mniej niż w roku poprzednim). Stanowili oni 97,3% ogółu obcokrajowców leczonych stacjonarnie w polskich uzdrowiskach i 7,8% kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach. Średni pobyt kuracjusza cudzoziemca, bez względu na wiek, trwał 10,2 dnia i był o 0,7 dnia dłuższy niż przed rokiem, głównie z powodu nieco dłuższych pobytów młodszych kuracjuszy (w wieku do 65 roku życia). W przypadku cudzoziemców seniorów (w wieku 65 lat i więcej) średni czas pobytu nie zmienił się istotnie i wyniósł – 9,8 dnia.

W sanatoriach przeprowadzono 25,3 mln zabiegów tj. 69,2% wykonanych ogółem w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Nie jest to jednak całkowita liczba zabiegów, z których skorzystali kuracjusze przebywający w sanatoriach, ponieważ zdarza się, że zalecone zabiegi są wykonywane w sąsiadujących zakładach przyrodolecznictwa, przychodniach uzdrowiskowych czy szpitalach uzdrowiskowych.

Wykres 38. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 38. The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons (in %)



Na koniec 2017 roku odnotowano 49 **szpitali uzdrowiskowych**, które zlokalizowane były w 11 województwach i łącznie dysponowały 8,5 tys. łóżek (o 2,7% więcej niż w 2016 roku). Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w 4 województwach: kujawsko-pomorskim (2,4 tys. łóżek), dolnośląskim (2,0 tys. łóżek), świętokrzyskim (1,1 tys.) i małopolskim (1,0 tys. łóżek). W porównaniu do poprzedniego roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano o 27% łóżek więcej (teren uzdrowiska Inowrocław i Ciechocinek) a w województwie dolnośląskim, kolejny rok z rzędu odnotowano mniej łóżek przeznaczonych na uzdrowiskowe leczenie szpitalne (spadek o 7,8%, teren uzdrowiska Świeradów – Zdrój).

W 2017 r. w szpitalach uzdrowiskowych przebywało 127,9 tys. kuracjuszy, o 3,4% (tj. 4,2 tys.) więcej niż w roku poprzednim. Najwięcej pacjentów odnotowano w województwach: kujawsko-pomorskim (wzrost o 23,2%), dolnośląskim, świętokrzyskim i małopolskim, czyli województwach dysponujących największą bazą szpitalnych łóżek uzdrowiskowych. Łącznie kuracjusze tych województw stanowili 79% (101,4 tys.) ogółu leczonych w szpitalach uzdrowiskowych i było to o 7,6 tys. osób więcej niż w 2016 roku. W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia skorzystało 69,4% pacjentów szpitali uzdrowiskowych (88,7 tys. osób) a 7,8% pobyków zostało sfinansowanych przez ZUS (10,0 tys. osób). Kuracjusze pełnopłatni stanowili 20,6% leczonych (26,4 tys. osób, o 16,4% więcej niż w roku poprzednim) z czego blisko 5% (1,3 tys.) to pełnopłatni cudzoziemcy. Pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek, trwał średnio 19,2 dnia, natomiast w przypadku dzieci i młodzieży (osoby do 18-stego roku życia) – 23,4 dnia.

W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 6,1 mln zabiegów (16,8% ogółem wykonanych w uzdrowiskach) i było to o 4,1% więcej niż w roku 2016. Należy podkreślić, że podobnie jak w przypadku sanatoriów, nie są to wszystkie zabiegi jakich udzielono pacjentom w szpitalach uzdrowiskowych gdyż niejednokrotnie korzystają oni z zabiegów oferowanych przez sąsiadujące placówki (przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze lub sanatoria).

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, omówionymi powyżej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w trybie ambulatoryjnym, takich jak przychodnie uzdrowiskowe (14 zakładów) i samodzielne zakłady przyrodolecznicze (17 zakładów). W 2017 roku z zabiegów w trybie ambulatoryjnym skorzystało 45,6 tys. kuracjuszy, o niespełna 3 tys. mniej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i samodzielnych zakładach przyrodoleczniczych, przeprowadzono 5,1 mln zabiegów (o 9,3% mniej niż w roku poprzednim). Stanowiły one 14,0% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i były udzielane zarówno kuracjom ambulatoryjnym jak i pacjentom stacjonarnym przebywającym w szpitalach uzdrowiskowych bądź sanatoriach.

Odmianą formą opieki stacjonarnej są stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, których lokalizacja nie jest ograniczona do terenów uzdrowiskowych tak jak w przypadku zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Na koniec 2017 roku odnotowano 25 **stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej**⁴⁵ (o 4 zakłady więcej niż w końcu 2016 roku). Dysponowały one łącznie 3,4 tys. łóżek (blisko o 1/4 więcej niż w roku poprzednim) a ze stacjonarnej formy leczenia skorzystało 54,7 tys. osób, (o 8,0% więcej niż przed rokiem). Pacjenci pełnopłatni stanowili 53,9% ogółem leczonych (29,5 tys. osób) spośród których 14,5% to cudzoziemcy w znacznej większości przebywający na terenie powiatu kołobrzesckiego (73,6% ogółem cudzoziemców).

Stosunkowo liczną grupę – 8,2 tys. osób (15,0%) stanowili pacjenci korzystający z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez ZUS, w dalszej kolejności – dofinansowani przez KRUS (7,0 tys.) a następnie pacjenci przebywający na leczeniu w ramach środków NFZ (6,5 tys. osób). Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiły 5,4% ogółem rehabilitowanych w tego typu placówkach.

⁴⁵ Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31.12) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu - 7400), które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną (Dz. U. z 2012 r., poz. 594 z późn. zm).

Tablica 4. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska
Table 4. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located

Województwo <i>Voivodeships</i>	Powiaty i miasta na prawach powiatu <i>Poviats and cities with poviat's rights</i>	Liczba łóżek <i>Number of beds</i>	Uzdrowisko <i>Health resort area</i>
Dolnośląskie	p. kłodzki	3690	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój, Kudowa Zdrój, Lądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. dzierzoniowski	-	Przerzeczyn Zdrój
	p. lubański	703	Czerniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	811	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	831	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	4934	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2015	Inowrocław
	p. włocławski	809	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1249	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3637	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	1657	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	508	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	-	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	95	Swoszowice- Kraków
Mazowieckie	p. piaseczyński	125	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	579	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2583	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	749	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	185	Augustów
	p. białostocki	90	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1453	Ustka
	p. m. Sopot	826	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	484	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	2019	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3167	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1355	Dąbki
	p. kamieński	392	Kamień Pomorski
	p. kołobrzegi	5892	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1163	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1610	Świnoujście

Tablica 5. Stacjonarna opieka zdrowotna
Table 5. Inpatient health care

Wyszczególnienie <i>Inpatient health care</i>	2015	2016	2017
Szpitale ogólne (stacjonarne) <i>General hospitals</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	956	957	951
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	187,0	186,6	185,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	7795,5	7829,0	7773,4
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	5,4	5,3	5,3
Zakłady opiekuńczo-lecznicze <i>Chronic medical care homes</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	353	344	359
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	19,3	19,7	20,1
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	40,3	40,2	39,8
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	159,2	169,00	167,0
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze <i>Nursing homes</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	148	148	155
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	6,6	6,3	7,1
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	13,9	13,1	14,2
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	150,8	158,2	156,1
Hospicja <i>Hospices</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	82	80	95
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	1,6	1,6	1,8
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	18,0	18,4	19,0
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	25,4	27,1	30,7
Oddziały opieki paliatywnej <i>Palliative care homes</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	72	75	66
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	1,2	1,3	1,1
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	18,8	19,0	15,7
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	20,00	20,9	22,0

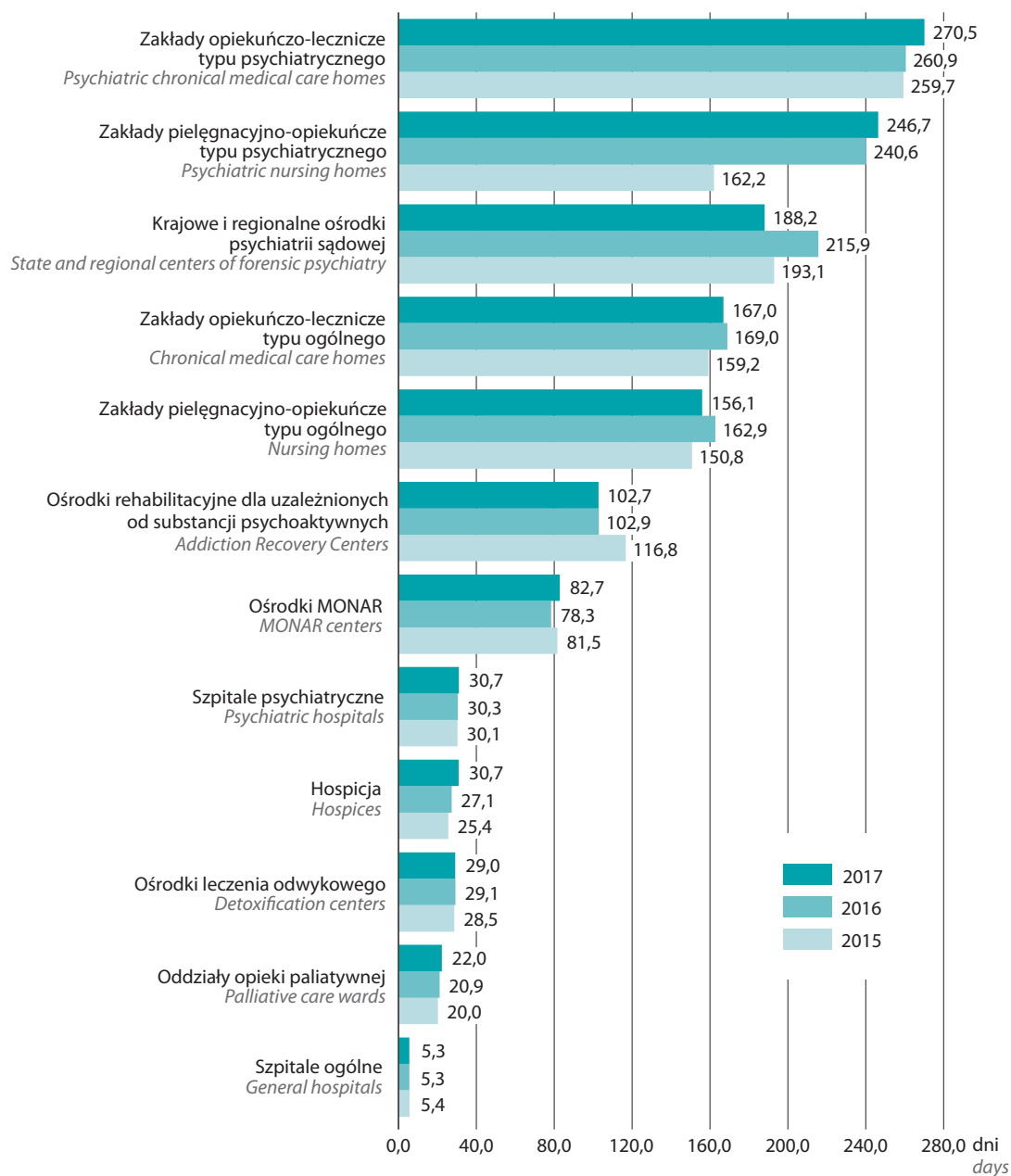
Tablica 5. Stacjonarna opieka zdrowotna (cd.)
Table 5. Inpatient health care (cont.)

Wyszczególnienie <i>Inpatient health care</i>	2015	2016	2017
Szpitala psychiatryczne <i>Psychiatric hospitals</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	48	48	48
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	17,8	17,9	17,7
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	200,8	199,7	195,8
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	30,1	30,3	30,7
Krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej <i>State and regional centers of forensic psychiatry</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	5	5	5
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	0,2	0,3	0,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	0,3	0,3	0,3
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	193,1	215,9	188,2
Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne <i>Psychiatric chronic medical care homes</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	55	56	56
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	5,6	5,5	5,5
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	7,3	7,2	6,9
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	259,7	260,9	270,5
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne <i>Psychiatric nursing homes</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	4	6	6
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	0,1	0,4	0,4
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	0,3	0,6	0,6
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	162,2	240,6	246,7
Ośrodki leczenia odwykowego <i>Detoxification centers</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	25	25	26
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	1,3	1,3	1,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	13,4	13,3	13,9
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	28,5	29,1	29,0

Tablica 5. Stacjonarna opieka zdrowotna (dok.)
Table 5. Inpatient health care (cont.)

Wyszczególnienie <i>Inpatient health care</i>	2015	2016	2017
Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych <i>Addiction recovery centers</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	31	30	29
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	1,4	1,3	1,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	4,2	4,0	3,9
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	116,8	102,9	102,7
MONAR <i>Monar centers</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	26	26	26
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	1,2	1,1	1,1
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	4,5	4,4	4,2
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	81,5	78,3	82,7
Szpitala uzdrowiskowe <i>Health resort hospitals</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	52	48	49
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	9,1	8,3	8,5
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	133,0	123,8	127,9
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	19,6	19,5	19,2
Sanatoria uzdrowiskowe <i>Health resort sanatoria</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	198	196	191
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	34,8	35,8	35,8
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	598,5	613,3	606,5
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	16,1	16,4	16,2
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej <i>Inpatient rehabilitation facilities</i>			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII) <i>Facilities (as of 31 XII)</i>	20	21	25
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII) <i>Beds in thous. (as of 31.XII)</i>	2,5	2,7	3,4
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys. <i>Inpatients in thous.</i>	32,5	50,6	54,7
Średni pobyt pacjentów (w dniach) <i>Average patient stay (in days)</i>	15,8	13,7	13,7

Wykres. 39. Średni czas pobytu pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej 2015-2017
 Chart 39. Average patient stay in inpatient facilities in 2015-2017



2.3 Ambulatoryjna opieka zdrowotna

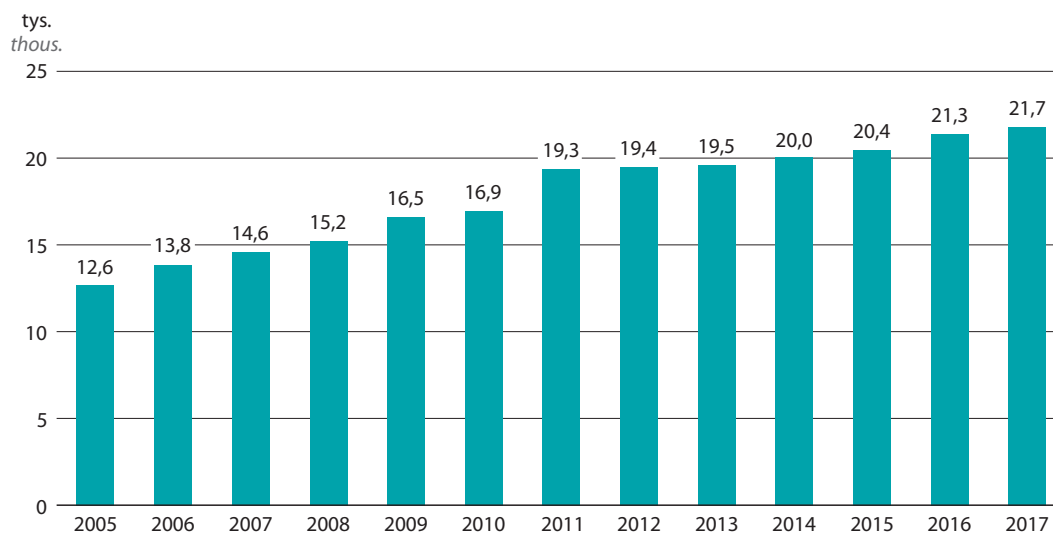
2.3 Out-patient health care

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

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2017 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem ponad 21 tys. przychodni⁴⁶ (o 366 więcej niż w roku poprzednim). Utrzymał się więc trwający od kilkunastu lat systematyczny wzrost liczby placówek ambulatoryjnej opieki medycznej.

Wykres 40. Przychodnie w latach 2005-2017
Chart 40. Out-patient departments in 2005-2017



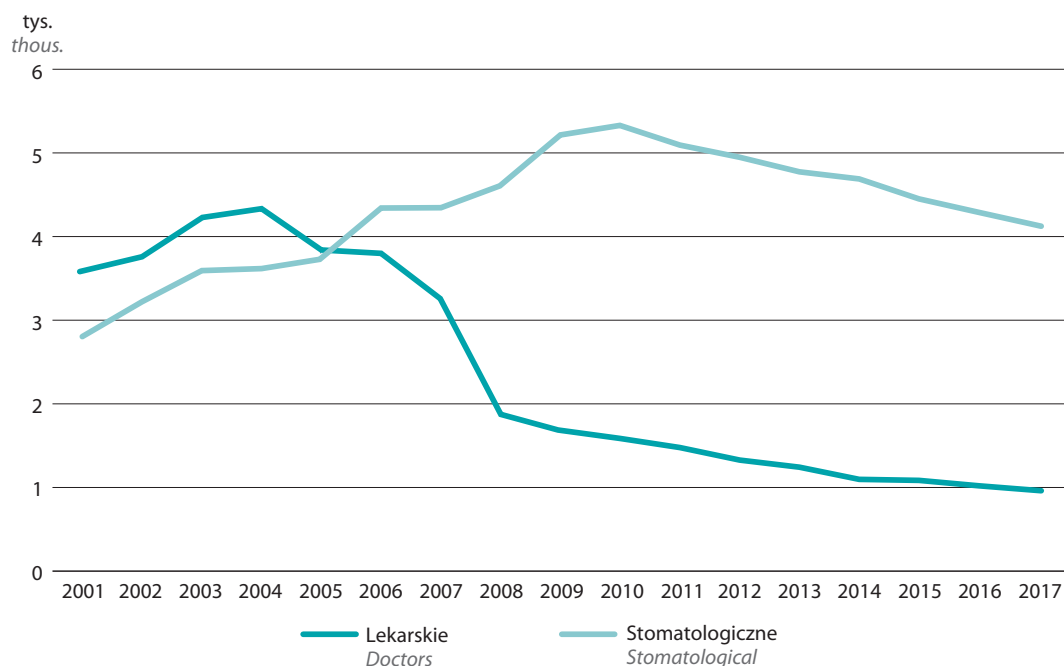
Nieco odmienne tendencje można zauważyć w przypadku praktyk⁴⁷ lekarskich i stomatologicznych. Od 2011 roku obserwujemy tendencję spadkową obu typów praktyk. Ten kierunek zmian utrzymał się również w 2017 r.; zmalała zarówno liczba praktyk stomatologicznych jak i lekarskich (odpowiednio o 4,2% i 5,6%) udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

⁴⁶ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

⁴⁷ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, w ramach bezpośredniej umowy z NFZ.

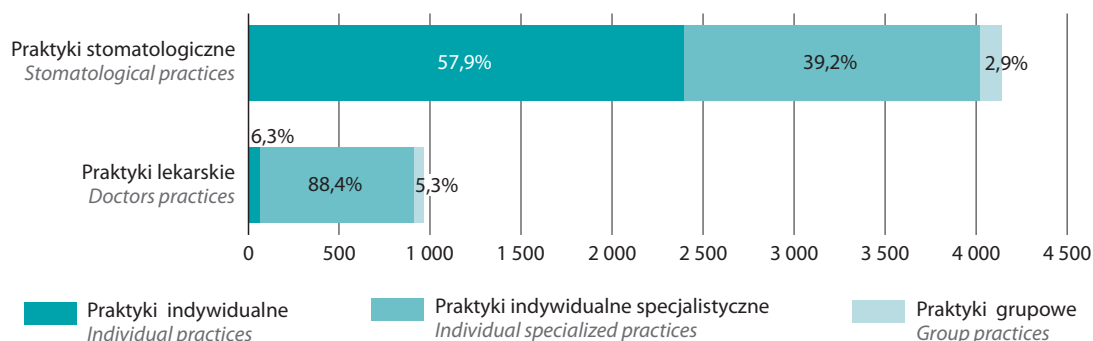
Wykres 41. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001-2017 (w tys.)

Chart 41. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2001-2017



Wykres 42. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych

Chart 42. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



W 2017 roku odnotowano łącznie 5,1 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o 4,5 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 81% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

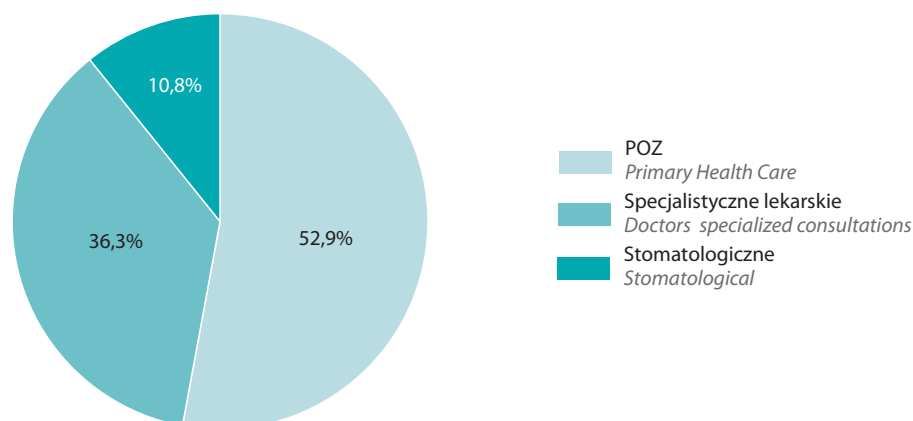
Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88,4%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 6,3% i 5,2%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (57,8%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal pozostaje bardziej popularna w miastach (37,7% praktyk stomatologicznych) niż na wsi (20,1% praktyk stomatologicznych).

Udzielone porady

Ogółem w ciągu 2017 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 325,8 mln porad⁴⁸. Spośród porad udzielonych przez lekarzy – 52,9% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 36,3% – w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych wyniosła 34,5 mln (pozostała na takim samym poziomie jak w 2016 r.) i stanowiła prawie 11 % porad ambulatoryjnych. Porady udzielone w przychodniach stanowiły 96,2% wszystkich porad ambulatoryjnych; o 0,3 p. proc. więcej niż przed rokiem.

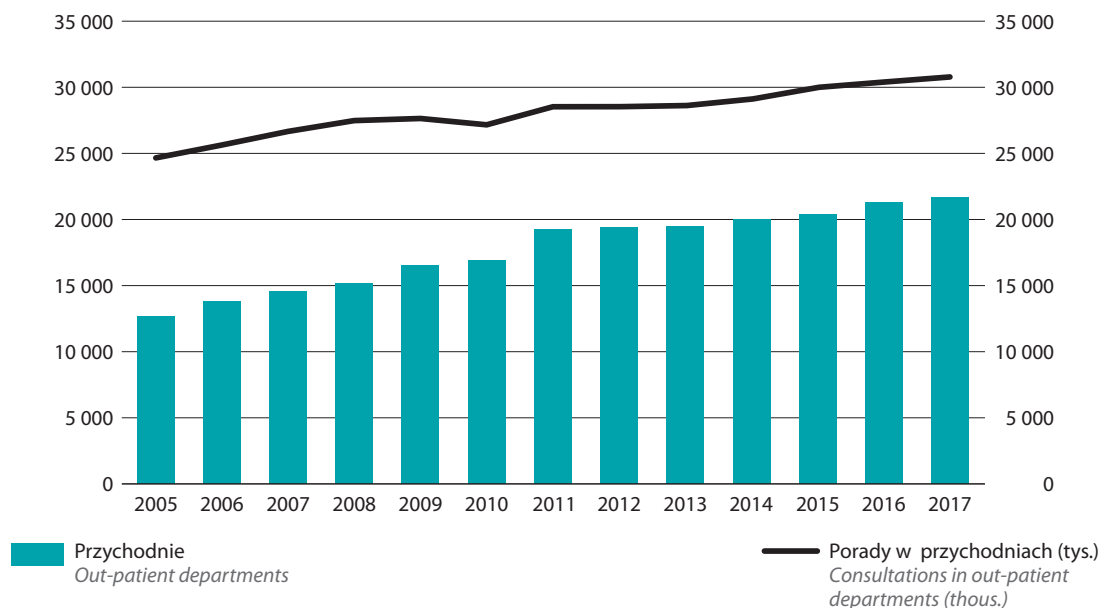
Wykres 43. Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad

Chart 43. Structure of out-patient health care consultations



Wykres 44. Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005-2017

Chart 44. Out-patient facilities and doctors' consultations provided in 2005-2017

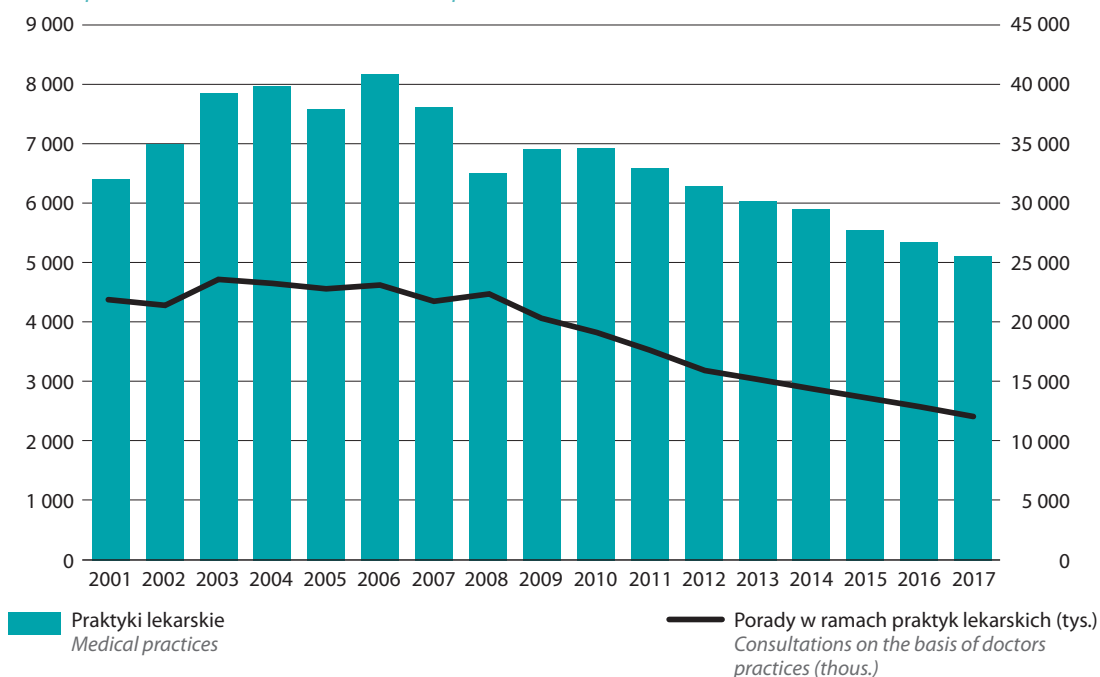


⁴⁸ Łącznie z danymi o placówkach i poradach podległych resortom MON i MSWiA. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych zmalała o 6,4%, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 7,6%) jak i miast (o 6,0%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2017 r. wyniosła 8,5 porady (o 0,1 więcej niż przed rokiem).

Wykres 45. Praktyki lekarskie^{a)} i udzielone w nich porady w latach 2001-2017

Chart 45. Medical practices and doctors' consultations provided in 2001-2017



a) Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, w ramach bezpośredniej umowy z NFZ.

Struktura udzielonych porad

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przeanalizowano ze względu na wiek i płeć pacjentów, a także ze względu na rodzaj miejscowości, w której zostały udzielone (miasto – wieś).

Wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 56,9% stanowiły porady udzielone kobietom, 22,1% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 0,2 p. proc. mniej niż w 2016 r.), a 32,1% – osobom w wieku 65 lat i więcej (o 0,7 p. proc. więcej).

Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 56% (0,1 p. proc. mniej niż przed rokiem); 19,3% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 32,6% (o 0,6 p. proc. więcej).

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentami były kobiety (60,4%). Porady udzielone kobietom stanowiły 60,3% porad w miastach i 66,7% na wsi. Odsetki te były znacznie wyższe niż wynikałoby ze struktury ludności, gdzie kobiety w miastach stanowiły 52,6% a na wsi – 50,2% ogółu ludności.

Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z porad lekarzy specjalistów. Porady udzielone tej grupie pacjentów stanowiły 12,8% porad w miastach (o 0,1 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 13,4% (o 0,7 p. proc. więcej jak w 2016 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 28,3% w miastach (o 0,7 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 22,5% na wsi (o 1,7 p. proc. więcej) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

Porady udzielone kobietom przeważały również w przypadku porad stomatologicznych. W miastach stanowiły one 55,3% (o 0,3 p. proc. mniej niż w 2016r.) ogółu porad stomatologicznych, natomiast na wsi – 54,2% (o 0,1 p. proc. więcej). Niespełna 29,0% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 28,3%, a w przypadku wsi odsetek ten był o ponad 2 p. proc. wyższy). Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 15,2% porad stomatologicznych; na wsi zaobserwowano tych porad o 1,9 p. proc. mniej.

Tablica 6. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2017 r.

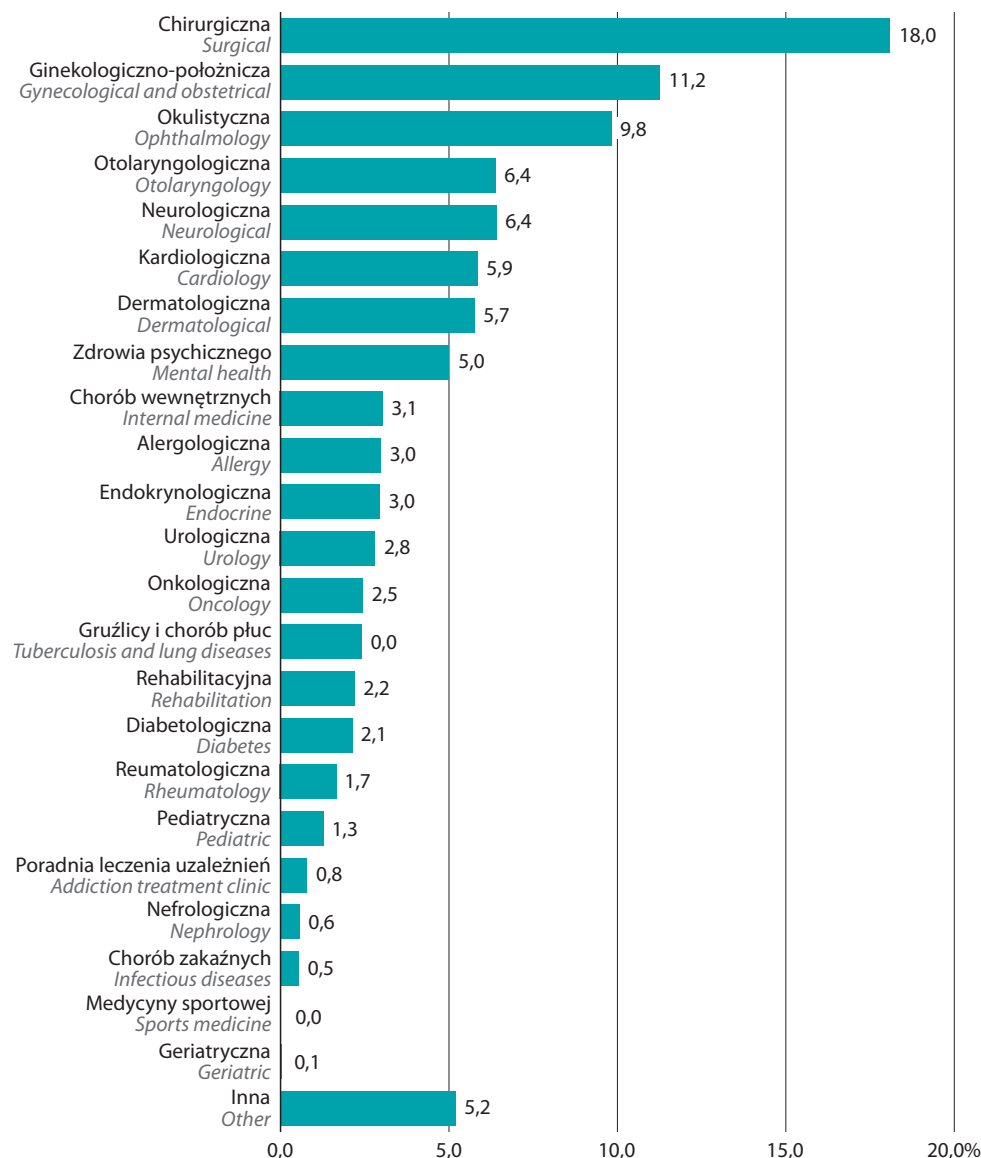
Table 6. The structure of out-patients consultations by age of patient in 2017.

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	Ludność (Stan 30 VI) <i>Population (as of 30VI)</i>	Porady <i>Consultations</i>		
		POZ <i>primary health care</i>	specjalistyczne lekarskie <i>doctors specialized</i>	stomatologiczne <i>stomatological</i>
Ogółem <i>Total</i>	100,0	100,0	100,0	100,0
0-17 lat	18,0	21,5	12,9	28,7
18-64	65,4	46,3	59,0	56,4
65 +	16,7	32,2	28,1	14,9

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski w 2017 r. wynika, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 15,5 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Znaczący jest udział porad udzielonych osobom w wieku 18-64 lata w specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej. Dzieci i młodzież poniżej 18 lat miały natomiast najwyższy wskaźnik udzielonych porad stomatologicznych w odniesieniu do udziału w populacji tej grupy wiekowej.

Wykres 46. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach

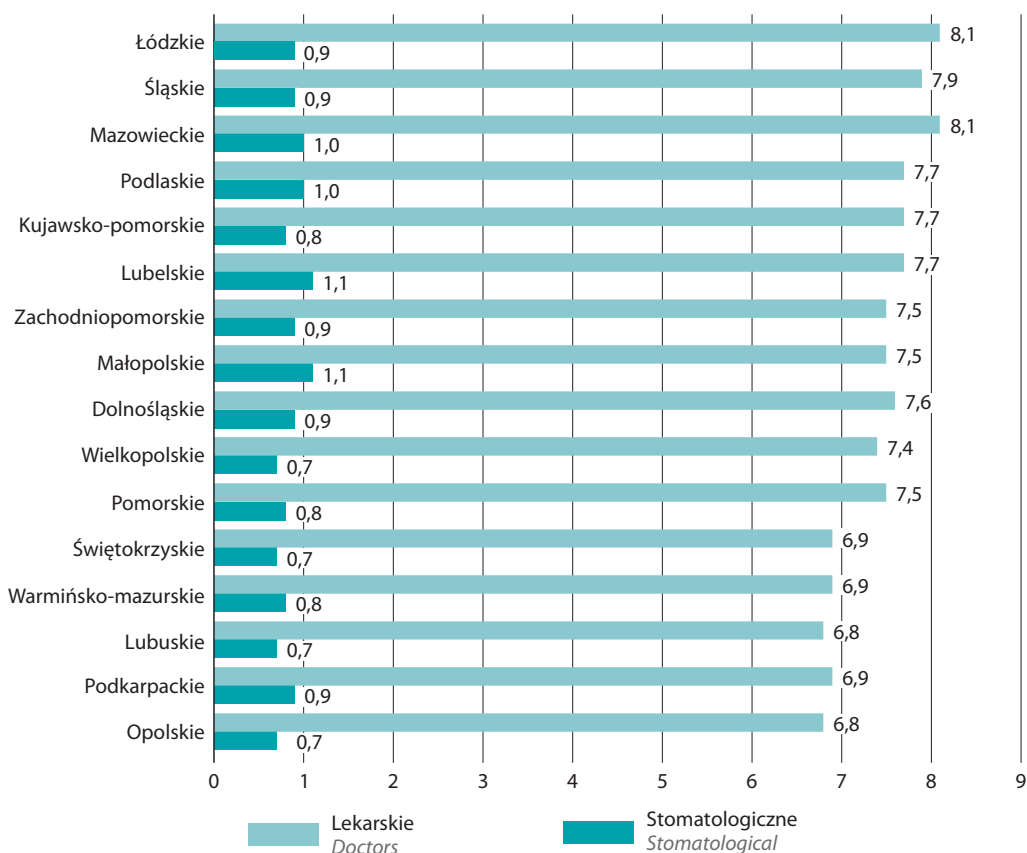
Chart 46. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics

**Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach i powiatach**

W 2017 r. struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przedstawiała się następująco: najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentyistów⁴⁹, zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,3 tys.), a najmniej odnotowano w województwie opolskim, lubuskim i świętokrzyskim, – po 0,8 tys. Z łącznej liczby 5,1 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (663, czyli 13,0%) było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa łódzkiego (176, tj. 3,4%).

⁴⁹ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, w ramach bezpośrednich kontraktów z NFZ.

Wykres 47. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej^{a)} na 1 mieszkańca według województw
 Chart 47. *Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodships*



a) Porady lekarskie łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim (ponad 49 mln, czyli 15% wszystkich porad), a najniższą – w województwie opolskim (7,4 mln, czyli 2,3%). Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,4 w województwie opolskim do 9,1 w województwie mazowieckim.

Porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stanowiły w poszczególnych województwach od 43,7% (woj. mazowieckie) do 58,8% (woj. opolskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 21,8% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 18,9% do 24,4% (wartość minimalną odnotowano w województwie świętokrzyskim, a maksymalną w małopolskim). W przypadku osób starszych, odsetek ten wahał się od 29,8% w województwie pomorskim do 35,5% w województwie opolskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 11,0% w województwie zachodniopomorskim do 14,6% w województwie mazowieckim. Porady udzielone starszym osobom stanowiły 27,9% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,5% (województwo mazowieckie) do 31,7% (województwo zachodniopomorskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży w ogólnej liczbie porad stomatologicznych kształtował się od 25,2% w województwie śląskim do 37,2% w województwie lubelskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 14,9% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 12,0% (województwo lubelskie) do 18,1% (województwo zachodniopomorskie).

Dane na temat dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie) w powiatach prezentowane na dwóch mapach poniżej pokazują, że w 2017 r. największa liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadała (niemal identycznie jak przed rokiem) w powiatach województwa pomorskiego (powiat kartuski, starogardzki, kościerski), kujawsko-pomorskiego (powiat chełmiński, grudziądzki, bydgoski), małopolskiego (powiat wadowicki, dąbrowski, oświęcimski) i mazowieckiego (powiat miński, radomski, legionowski).

Natomiast największą liczbę porad na 1 mieszkańca zaobserwowano w powiatach: legionowskim, makowskim (woj. mazowieckie), sieradzkim, pabianickim (woj. łódzkie), puławskim, ryckim, parczewskim (woj. lubelskie), będziańskim, bieruńsko-lędziańskim (woj. śląskie).

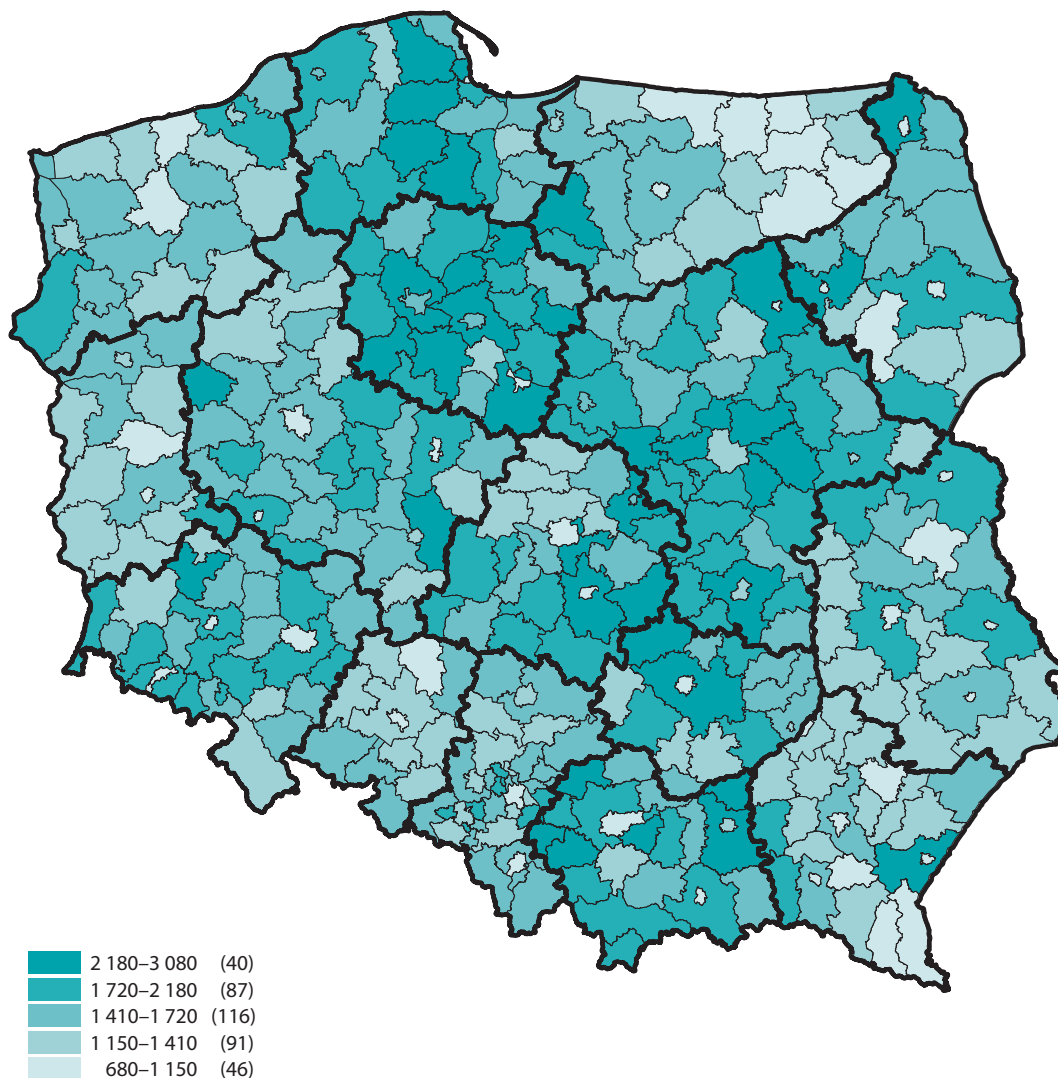
Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Analiza stopnia przystosowania jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną do potrzeb osób niepełnosprawnych wykazuje, że przystosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami jest niewystarczające chociaż z roku na rok polepsza się.

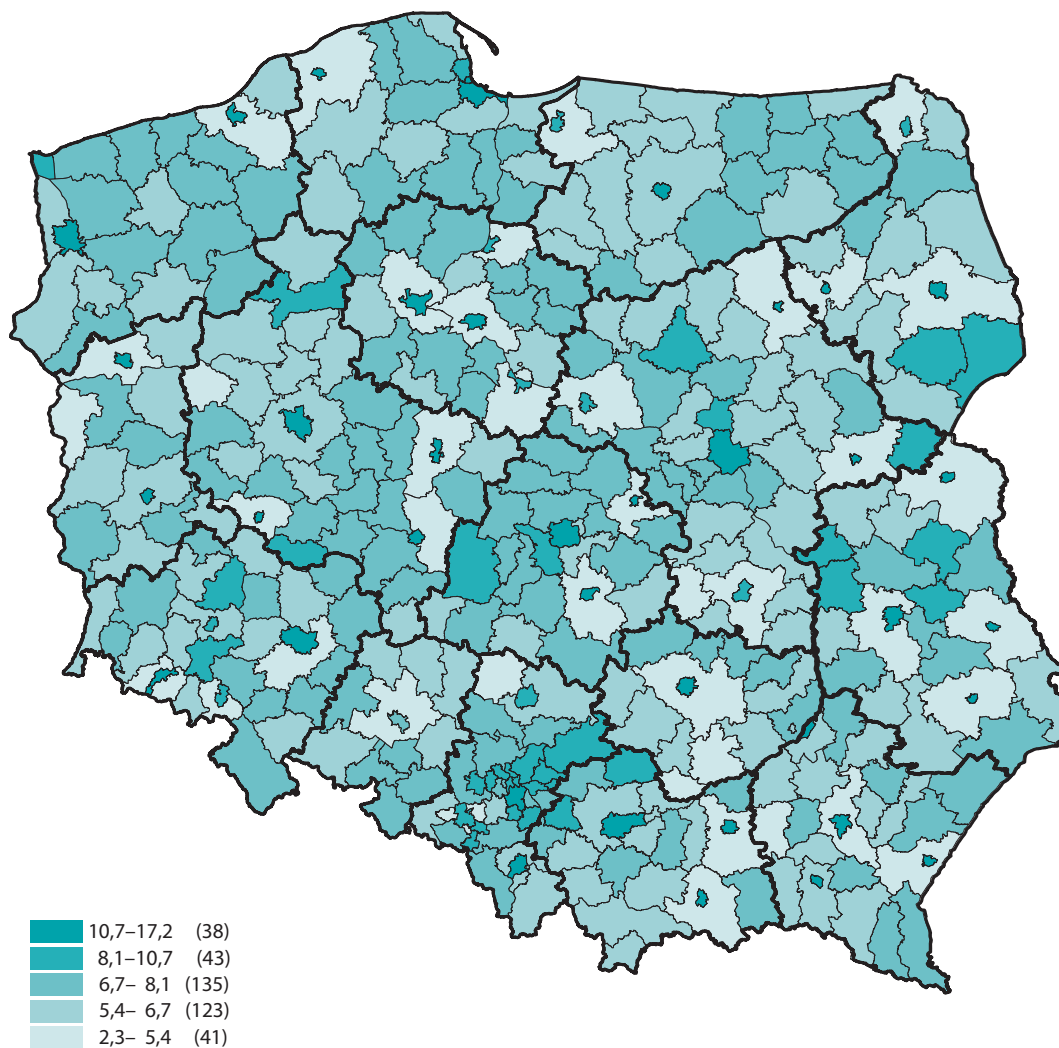
Spośród ponad 26 tys. jednostek (przychodni i praktyk lekarskich) 11,3 % wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych, było to jednak o 3,3 p. proc. mniej niż przed rokiem. Poziom dostosowania obiektów jest różny w przypadku przychodni i praktyk lekarskich, co w znacznym stopniu wynika z wielkości i charakteru lokali, gdzie świadczone są usługi lecznicze. W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnia/podjazd/platforma ułatwiająca wejście do budynku (69,9%), toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych (67,2%), windy (29,3%), windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (16,9%), posadzki antypoślizgowe (22,2%) oraz drzwi automatycznie otwierane (8,7%). Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych miało tylko 2,5% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 8,5% przychodni (1,8 tys. przychodni).

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, 58,9% z nich deklarowało posiadanie pochylni/podjazdu/platformy ułatwiającej wejście do budynku, 48,8 % posiadało toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych tylko 1,4% posiadało udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych. Niemal 1,2 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych (23,0 %) nie posiadało żadnych udogodnień.

Mapa 9. Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów
Map 9. Number of residents per out-patient health care unit (out-patient department and doctors' practices) by poviats



Mapa 10. Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów
Map 10. Number of outpatient consultations per capita by poviats



Tablica 7. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2017 r.
Table 7. Outpatient health care in 2017

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	2016	2017		
		ogółem <i>total</i>	miasta <i>urban areas</i>	wieś <i>rural areas</i>
Przychodnie (stan w dniu 31 XII) <i>Out-patient departments (as of 31 XII)</i>	21299	21665	16836	4829
Praktyki lekarzy i lekarzy dentystów ^a (stan w dniu 31 XII) <i>Doctors and dentists practices^a (as of 31 XII)</i>	5346	5106	3815	1291
Porady udzielone ^{bc} (w tysiącach) <i>Consultations provided^{bc} (in thousands)</i>	323111	325869	277353	48516
w tym w ramach praktyk lekarzy i lekarzy dentystów ^a <i>of which on the basis of doctors and dentists practices^a</i>	12917	12094	9470	2624
lekarskie ^c <i>doctors^c</i>	288572	291337	247918	43419
w tym specjalistyczne <i>of which specialized</i>	116121	116281	113215	3066
stomatologiczne <i>stomatological</i>	34539	34532	29435	5097
na 1 mieszkańca <i>per capita</i>	8,4	8,5	12,0	3,2
lekarskie ^c <i>doctors^c</i>	7,5	7,6	x	x
stomatologiczne <i>stomatological</i>	0,9	0,9	x	x

a Dane obejmują praktyki, które podpisały kontrakty z NFZ lub z przychodniami. *b* Łącznie z poradami opłacanymi w przychodniach przez pacjentów. *c* Łącznie z poradami lekarskimi udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych (w 2017 r. – 5679 tys.) nieuwzględnionymi w specjalistycznej opiece lekarskiej.

a Data concern practices that have signed contract with the National Health Fund or out-patient departments. *b* Including consultations paid by patients in out-patient departments. *c* Including doctors consultations provided in admission rooms of general hospitals (in 2017 – 5679 thous.) not included in specialized doctors care.

2.4 Ratownictwo medyczne

2.4 Emergency medical services

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁵⁰ został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na terenie całego kraju system funkcjonuje w oparciu o „wojewódzkie plany działania systemu”⁵¹ sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje, może żądać od wojewody przekazania wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie danego województwa, jak również ma możliwość przeprowadzenia kontroli dysponentów jednostek systemu. Wojewodowie natomiast są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa. W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in. potencjalne zagrożenia życia lub zdrowia, które mogą zaistnieć na obszarze województwa; liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania ich działań; obszary działania i rejony operacyjne; informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego; sposób współpracy organów administracji publicznej i jednostek systemu z innymi województwami tak, aby zapewnić sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw; zamieszczają kalkulację

50 System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

51 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. 2014, poz. 1902).

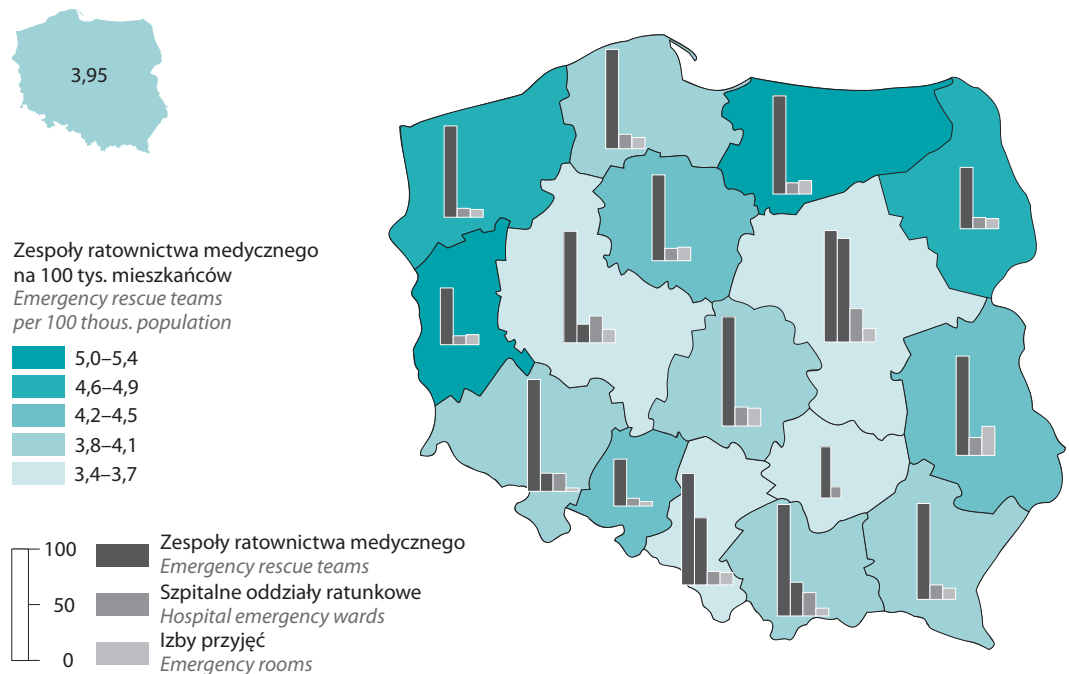
kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego. Plan obejmuje również dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie w sposób zapewniający odpowiedni czas dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego. W planie zawarty jest także wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz informacje o centrum urazowym, jeżeli znajduje się ono na obszarze danego województwa.

Jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM.

W drugiej połowie 2017 r. w całej Polsce zaczęto wdrażać System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)⁵². Jest to system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie zgłoszenia alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112, 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie ZRM. Na terenie kraju utrzymanie oraz obsługę systemu zapewnia minister do spraw administracji publicznej, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części których dysponentami są właściwi wojewodowie. Pełne wdrożenie SWD PRM ma m.in. zakończyć erę zleceń wyjazdów przekazywanych drogą radiową i wypełniania dokumentacji papierowej. Kolejnym rezultatem wprowadzenia SWD PRM będzie zmniejszenie liczby dyspozytorni medycznych – docelowo, do 2028 r., w całej Polsce ma funkcjonować 18 dyspozytorni medycznych – po jednej w każdym województwie i po dwie, z racji wielkości i specyfiki, w województwach mazowieckim i śląskim.

Mapa 11. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw

Map 11. Emergency medical care by voivodships



52 System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

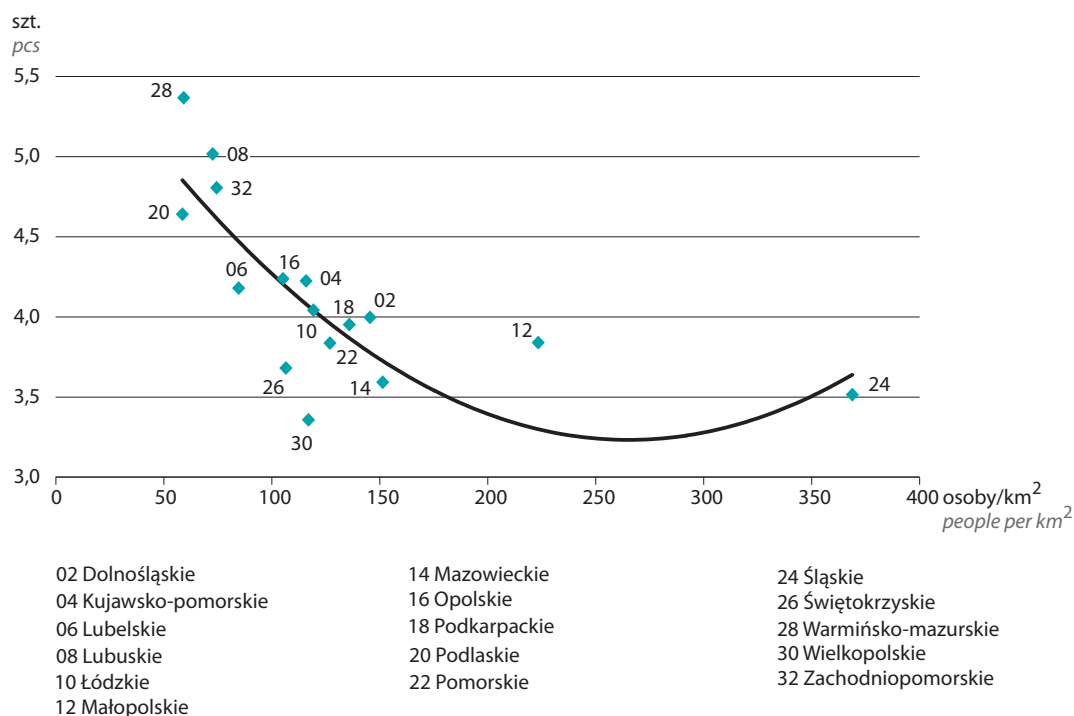
Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

W warunkach pozaszpitalnych pomoc medyczna w razie nagłego wypadku udzielana jest przez zespoły ratownictwa medycznego. W skład ZRM wchodzi osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych – w podstawowym zespole ratownictwa medycznego są to co najmniej dwie osoby, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, natomiast specjalistyczne ZRM są co najmniej trzyosobowe, a w ich skład wchodzi lekarz systemu i pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

W 2017 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1519 zespołów (o 27 więcej niż przed rokiem), w tym 1029 (68%) zespołów podstawowych i 490 (32%) specjalistycznych.

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko-mazurskim, lubuskim, zachodniopomorskim oraz podlaskim – od 4,8 do 5,4 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w województwie wielkopolskim, śląskim i mazowieckim – od 3,4 do 3,6 zespołu na 100 tys. ludności. Wskaźnik wykazuje ujemną korelację z gęstością zaludnienia w danym województwie – im wyższa gęstość zaludnienia, tym mniej zespołów przypada na 100 tys. ludności.

Wykres 48. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw
Chart 48. Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁵³ wskazują, że w 2017 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁵⁴ stanowiło 10,0 tys. ratowników medycznych, 1,6 tys. pielęgniarek systemu i 1,5 tys. lekarzy systemu. W odniesieniu do zeszłego roku dostrzec można tendencję spadkową wśród kadry ratownictwa medycznego. Spadła zarówno liczba ratowników medycznych (o ok. 360 osób), liczba pielęgniarek systemu (o ok. 115 pielęgniarek), jak i lekarzy systemu (o ok. 200 osób).

53 Dane GUS – formularz ZD-4.

54 Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

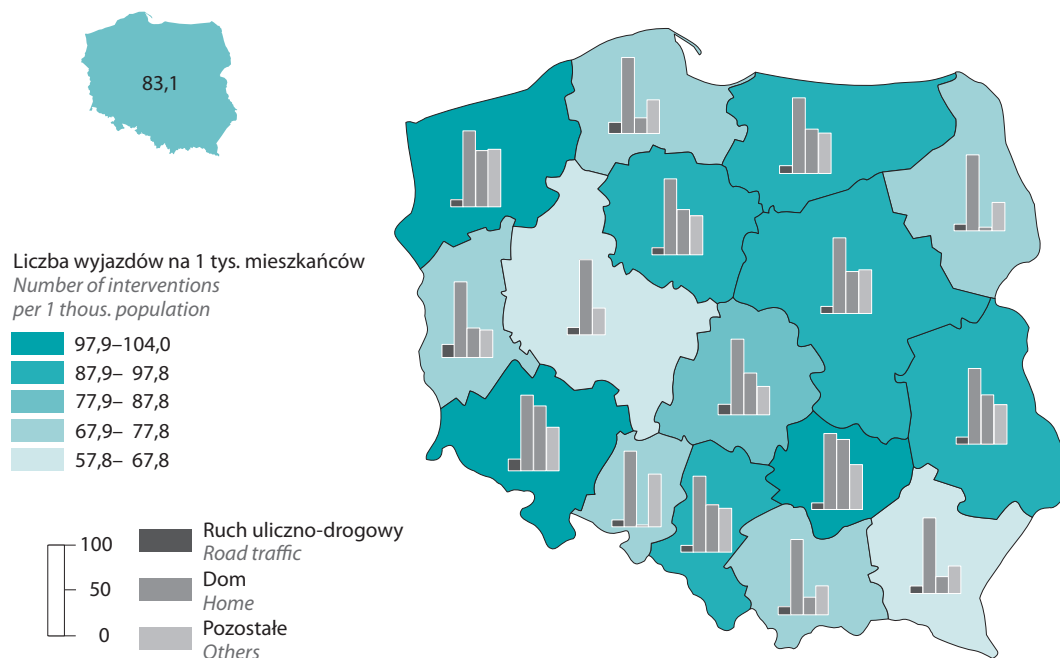
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

W 2017 r. zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały prawie 3,2 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, niemal o 1,3% więcej niż w zeszłym roku. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 83,1 wyjazdów ZRM (o 1,1 więcej niż przed rokiem).

Struktura wyjazdów zespołów PRM ze względu na miejsce zdarzenia nie zmieniła się od 2004 r. Zdecydowaną większość, bo ok. 70,7% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Drugie co do liczebności miejsce zdarzenia (ok. 20,9% wyjazdów) to kategoria „inne”, która obejmuje m.in. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły 5,2%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1,1–2,0%.

Mapa 12. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, na 1 tys. ludności

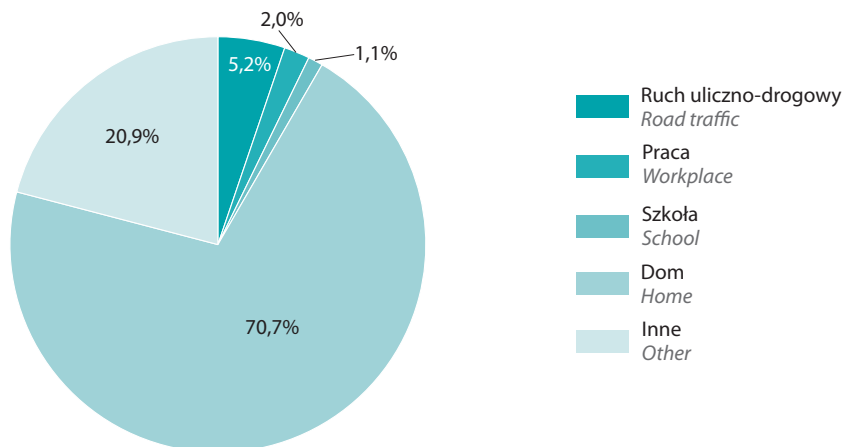
Map 12. Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population



Strukturę miejsc zdarzeń, w jakich przeprowadzono interwencje zespołów wyjazdowych, przedstawia poniższy wykres.

W trakcie jednego wyjazdu pomoc mogła zostać udzielona więcej niż jednej osobie, dlatego liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów i wyniosła nieco powyżej 3,2 mln. (o 1,2% więcej niż w ubiegłym roku). Najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (105), a najmniej w wielkopolskim (58).

Wykres 49. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia
 Chart 49. *Calls of emergency rescue teams by the occurrence places*

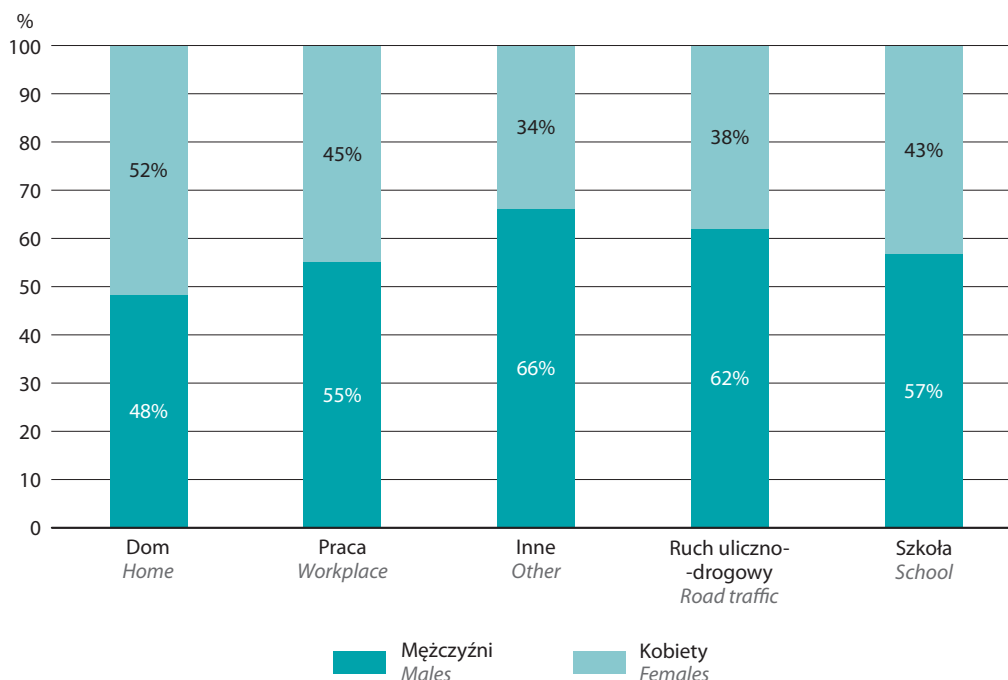


Struktura płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wynosił 6,2%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 50,6%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 43,2% (w 2016 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6,3%, 51,2% i 42,5%).

Pomocy częściej udzielano mężczyznom niż kobietom, (53,1%). Przewaga mężczyzn ogółem była o 0,2 p. proc. większa niż w 2016 r. Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 55% w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu; kobiety stanowiły w tym przypadku 52% populacji.

Wykres 50. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia

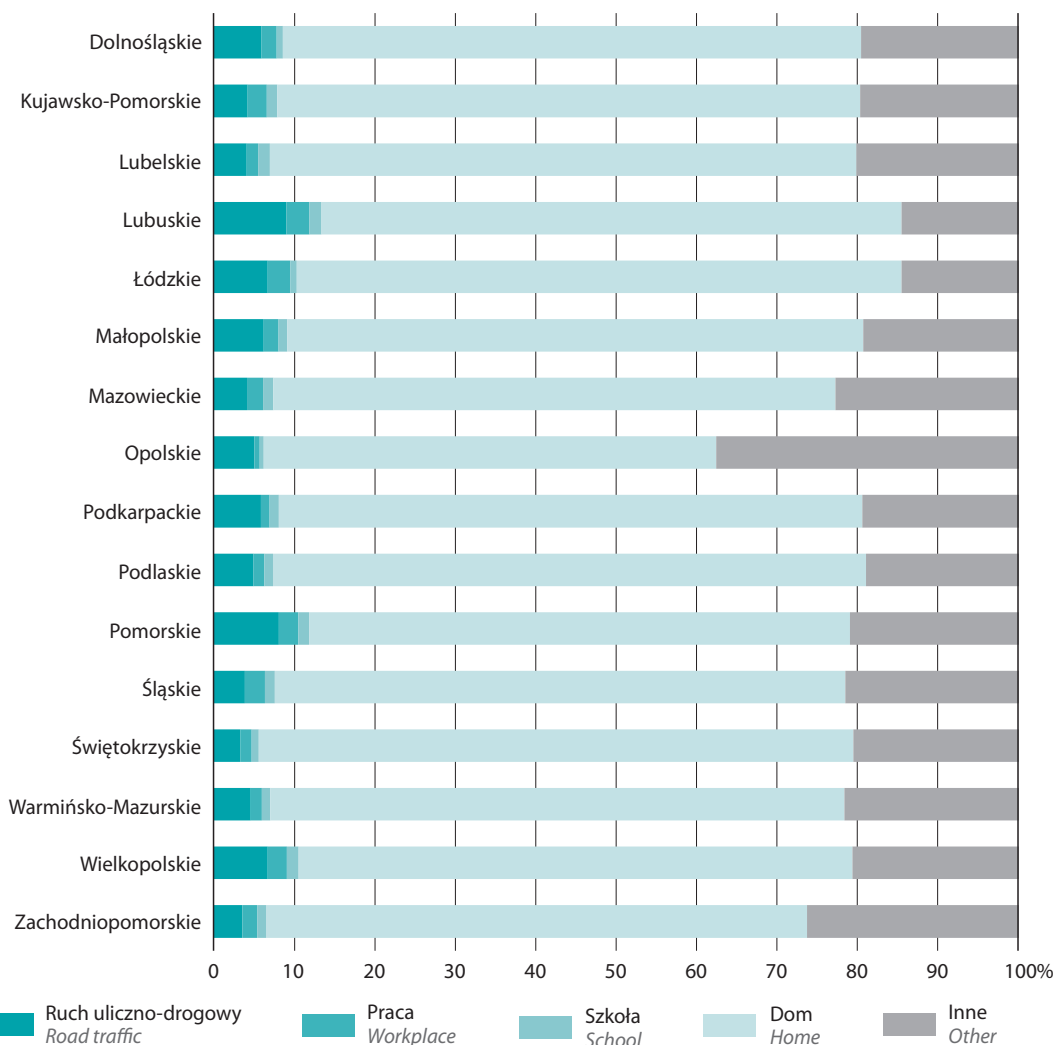
Chart 50. *Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place*



W każdym województwie liczba wyjazdów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. W podlaskim, świętokrzyskim i łódzkim stanowiły one aż 74,0-75% wszystkich wyjazdów, natomiast w opolskim 56%. Podobnie w każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – od 0,5-8% ogółu wyjazdów. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 3,4% do 9,1% ogółu wyjazdów realizowanych w poszczególnych województwach. Dokładną strukturę pokazuje poniższy wykres.

Wykres 51. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw

Chart 51. Structure of calls to the occurrence places by voivodships



Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁵⁵ czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany, trzeciego kwartyła oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartył czasu dotarcia odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza

55 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Z szacunkowych danych za 2017 r. wynika, że mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia była przekraczana w większej liczbie województw niż w zeszłym roku, a największe mediany, zarówno w przypadku miasta powyżej 10 tys. mieszkańców, jak i obszarów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie pomorskim (odpowiednio – 10:03 i 16:57).

W celu sprawnego działania systemu i zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia, każde województwo podzielone zostało przez swoich wojewodów na rejony operacyjne. Ich liczba jest bardzo zróżnicowana i kształtuje się od 2 w województwie małopolskim do 31 w wielkopolskim.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzają się wezwania do sytuacji nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu. Szacunkowe dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów mówią, że w województwach małopolskim i dolnośląskim było najwięcej takich wyjazdów (odpowiednio 46% i 39% wszystkich wyjazdów), w podlaskim, łódzkim i warmińsko-mazurskim – najmniej (5-6% wszystkich wyjazdów) i, jak co roku, w świętokrzyskim w ogóle nie zarejestrowano takich wyjazdów. Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (14,6%) i warmińsko-mazurskim (14,1%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w lubelskim (20,6%) i podlaskim (19,0%). Najsprawniej w tym zakresie działały zespoły w województwach zachodniopomorskim i świętokrzyskim, zarówno w mieście, jak i poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2017 r. LPR posiadało 21 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS⁵⁶) – 4 nowe bazy zaczęły działać pod koniec 2016 r. – rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji, a także jeden zespół transportowy.

LPR dysponowało 27 śmigłowcami ratunkowymi oraz dwoma samolotami. Zespoły lotnicze funkcjonowały we wszystkich województwach, przy czym w województwie mazowieckim były 4 takie zespoły (w tym 1 samolot), a w podlaskim, lubuskim i wielkopolskim – 2. Całodobowo dyżuruwały 4 bazy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław), 9 baz w godz. 7-20 (Olsztyn, Poznań, Białystok, Lublin, Szczecin, Łódź, Sanok, Suwałki, Zielona Góra), pozostałych 9 baz 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. Parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu LPR są inne niż w przypadku ZRM. Tutaj czas dotarcia zależy od promienia działania: gdy promień działania jest mniejszy bądź równy 60 km – czas gotowości do startu wynosi 3 minuty w dzień, 15 minut w nocy; gdy promień działania jest większy niż 60 km i mniejszy bądź równy 130 km – czas gotowości do startu to 6 minut w dzień, 30 minut w nocy; natomiast gdy promień działania jest większy niż 130 km – 15 minut w dzień, 30 minut w nocy.

W roku 2017 załogi śmigłowców zrealizowały najwięcej lotów od kiedy funkcjonuje Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – łącznie 9942 lotów (o 14% więcej niż przed rokiem), w tym 8722 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1220 transportów międzyszpitalnych, Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 371 misji (14,7% mniej).

Wśród wszystkich wezwań śmigłowców, nadal dominowały loty do wypadków na drogach (1896 lotów, tj. ponad 19,1% wszystkich misji (lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz transportów międzyszpitalnych), niemal 8 p. proc. mniej niż przed rokiem). Częste były również wezwania do nagłych zachorowań: udarów (1416 – 14,2% wszystkich lotów), zatrzymania krążenia (608 – 6,1%) czy zawałów mięśnia sercowego (604 – 6,1%). 569 razy załogi startowały do osób po upadkach z wysokości. W 2017 r. łącznie na pokładach statków powietrznych przetransportowano 6415 pacjentów (o 864 osoby mniej niż przed rokiem), w tym 1086 dzieci.

⁵⁶ HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów zrealizowały: z baz całodobowych – Kraków (661 misji), z baz dyżurujących w godzinach 7-20 – Szczecin (596 lotów), z baz dyżurujących od wschodu do zachodu słońca – Gorzów Wielkopolski (535 misji)⁵⁷.

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

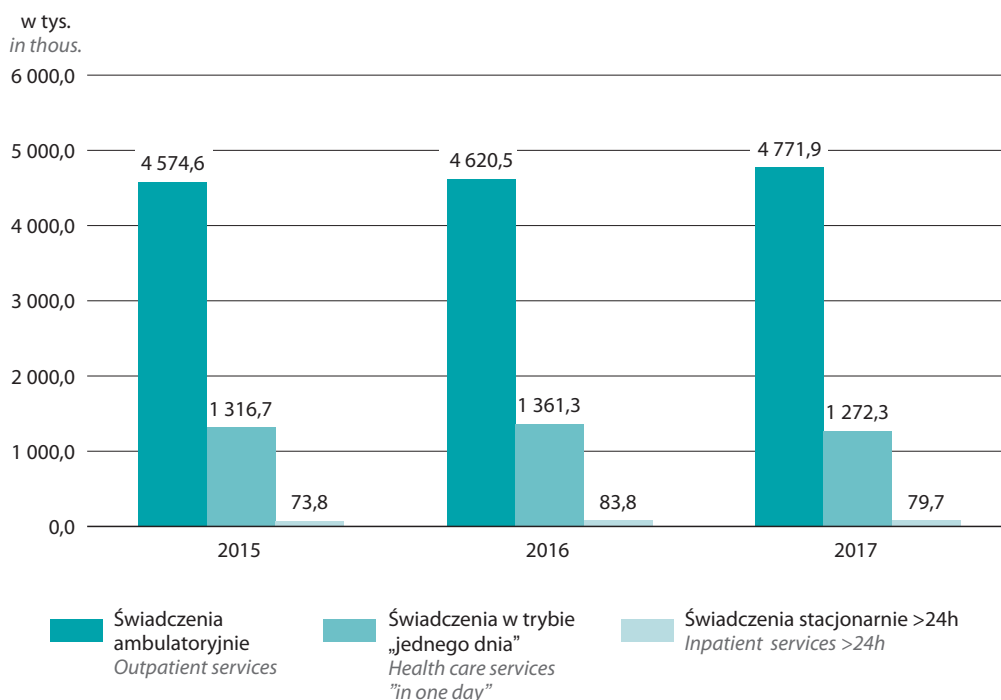
W SOR⁵⁸ świadczenia opieki zdrowotnej polegają na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia niezbędnego dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W razie potrzeby SOR zapewnia transport sanitarny pacjenta do najbliższego podmiotu leczniczego wykonującego świadczenia opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

W końcu 2017 roku w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 226 **szpitalnych oddziałów ratunkowych**, o 5 więcej niż w 2016 r.

SOR udzielały świadczeń ratowniczych w trybie ambulatoryjnym, dziennym tzw. „jednego dnia” (z zamiarem zakończenia udzielania świadczeń w ciągu 24 godzin) i stacjonarnym powyżej 24 godzin. Zdecydowana większość pacjentów SOR i izb przyjęć otrzymała świadczenia ambulatoryjne (patrz wykres poniżej).

Wykres 52. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2015-2017 według rodzajów świadczeń

Chart 52. Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided in 2015-2017



Ponadto, w 2017 r. z systemem PRM współpracowało 160 **izb przyjęć w szpitalach**.

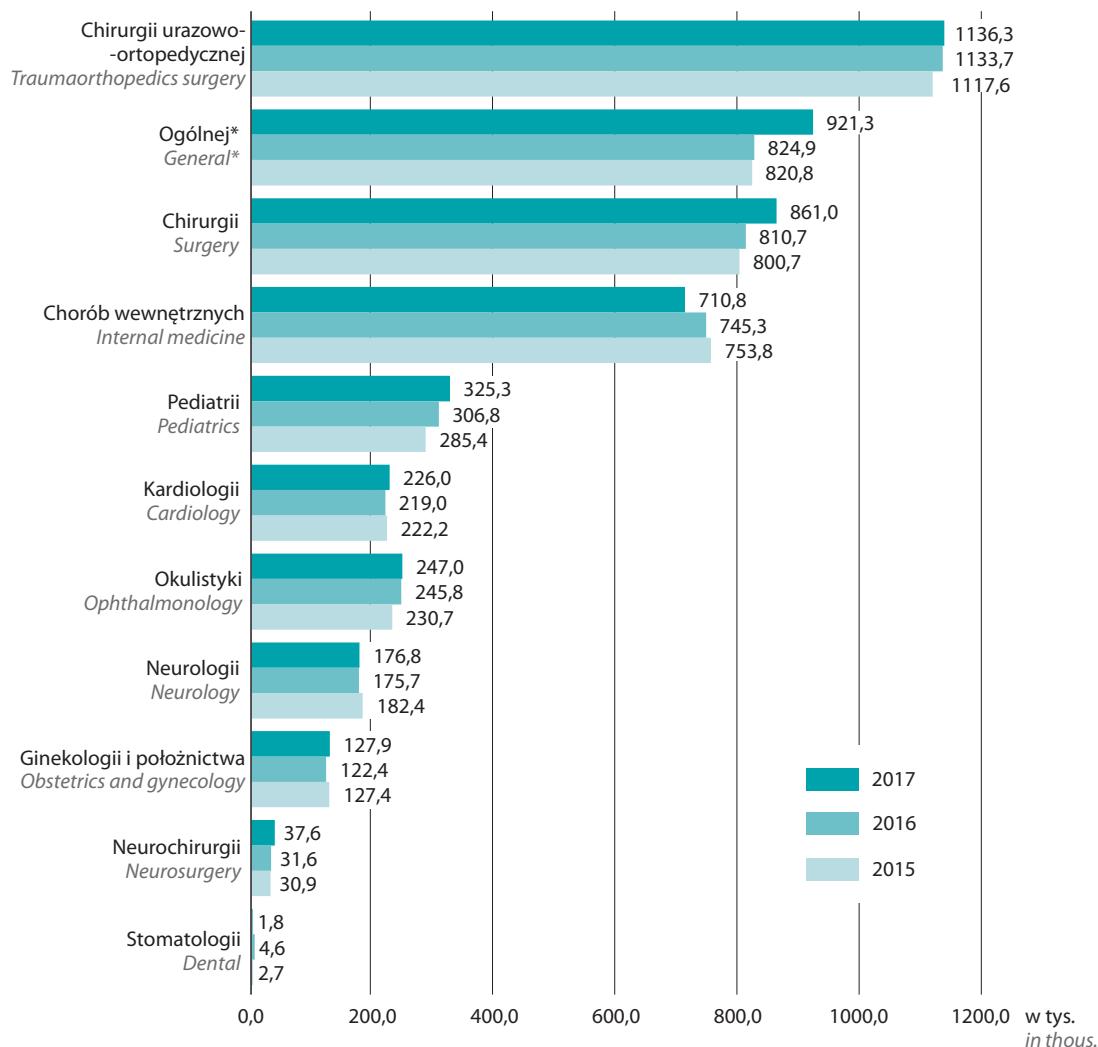
W izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej **w trybie ambulatoryjnym** niemal 4,8 mln osób, o 150 tys. więcej niż w roku 2016. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 52,4%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 19,7%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 23,5%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym. Spośród pacjentów leczonych ambulatoryjnie najwięcej osób skorzystało ze świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej (23,8%).

⁵⁷ Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

⁵⁸ Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2015 poz. 178).

Wykres 53. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni

Chart 53. Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics



* Niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych.

* Unqualified to mentioned specialist clinics.

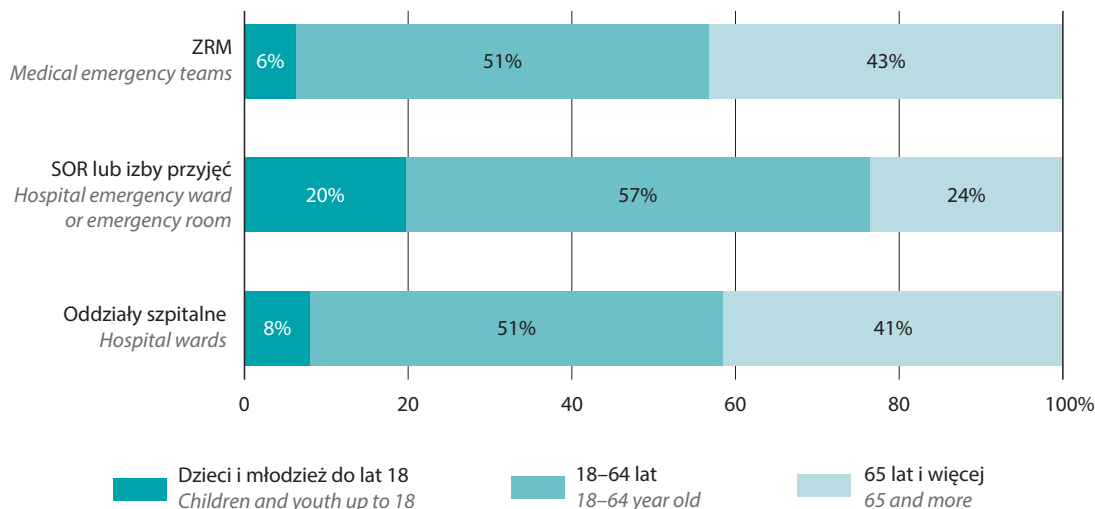
Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 1529 łózkami. Z SOR w trybie stacjonarnym (pobyt powyżej 24 godzin) skorzystało 79,7 tys. pacjentów. Było to o 4,8% mniej niż w roku 2016.

Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 7,9% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 41,5% wszystkich pacjentów. Spadła liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia” (w porównaniu z zeszłym rokiem spadek o 6,5%) i wyniosła ona 1272 tys.

Dostrzec można istotne różnice w strukturze pacjentów ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych ze względu na wiek. Podobnie jak w ubiegłym roku, dzieci i młodzież do lat 18 znacznie częściej niż z innych form pomocy doraźnej korzystały z SOR (ponad 80% korzystających w tej grupie wieku), a osoby w starszym wieku – z pomocy ZRM, które głównie były wzywane do domu pacjenta.

Wykres 54. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku

Chart 54. Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age



Oprócz omówionych wyżej jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę w systemie pełnią centra urazowe (CU)⁵⁹. Są one wydzielonymi częściami szpitali, w których diagnozowani i leczeni są pacjenci z najcięższymi wielourazowymi obrażeniami zdrowotnymi i osoby w stanie zagrożenia życia. CU tworzą specjalistyczne oddziały szpitalne i pracownie diagnostyczne (oddział anestezjologii i intensywnej terapii, który zapewnia gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii; blok operacyjny, który zapewnia gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej; pracownia endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynna całą dobę oraz inne oddziały, w szczególności: chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii, chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń).

Po zakończeniu zabiegów ratujących życie, pacjent kierowany jest na inny oddział szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub do innej placówki leczniczej, w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

Centrum urazowe musi mieć lotnisko lub lądowisko dla śmigłowca ratunkowego zlokalizowane na tyle blisko, aby możliwe było przejęcie pacjentów urazowych ze śmigłowca bezpośrednio do szpitala, bez konieczności przewożenia ich karetką. Zgodnie z założeniami pogotowie ratunkowe ma przewieźć poszkodowanego z miejsca zdarzenia do centrum w ciągu półtorej godziny.

W Polsce w 2017 r. działało 14 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych.

Docelowo ma powstać również 12 centrów urazowych dla dzieci (CUD)⁶⁰. Ministerstwo Zdrowia wskazuje, że ostateczny termin wprowadzenia CUD nie jest znany, gdyż dotychczas nie zostało to uregulowane żadnym aktem prawnym⁶¹.

⁵⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

⁶⁰ Centra urazowe dla dzieci to nowa organizacja świadczeń zdrowotnych dla osób do 18. roku życia, będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego ciężkimi, mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała. Centra urazowe dla dorosłych nie są przystosowane do niesienia pomocy dzieciom, zwłaszcza młodszym, toteż dzieci nie były w nich przyjmowane. Obecnie wytypowane szpitale są na etapie dostosowania się do wymagań obowiązujących w zakresie takich centrów. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

⁶¹ <http://www.rynekzdrowia.pl/Uslugi-medyczne/Centra-urazowe-dla-dzieci-w-zawieszeniu,169344,8.html>

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)⁶²

Jednostkami współpracującymi z systemem są ponadto służby ustawowo powołane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, w szczególności: jednostki organizacyjne Państwowej Straży Pożarnej, jednostki ochrony przeciwpożarowej włączone do krajowego systemu ratowniczo-gaśniczego, jednostki podległe lub nadzorowane przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych i Ministra Obrony Narodowej.

Do jednostek, które współpracują z systemem PRM zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych, w górach i nad wodą udzielają pomocy ratowniczej. Ponadto w grupie tej znajdują się również inne społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są obowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

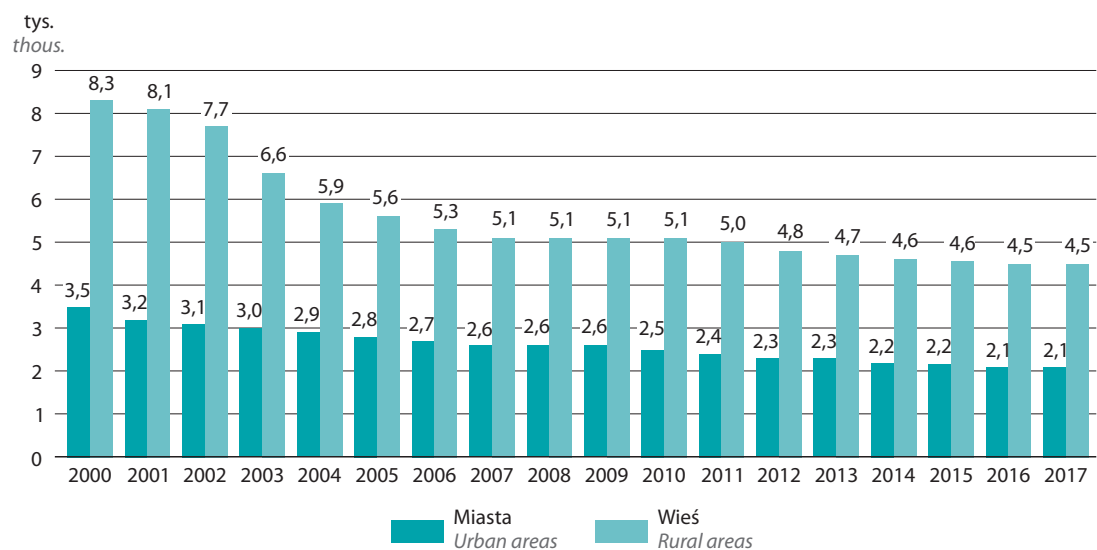
2.5 Apteki

2.5 Pharmacies

Apteki i punkty apteczne są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne działają niemal w całości na terenach wiejskich⁶³ i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

W 2017 r. na terenie Polski zbadano 13,3 tys. aptek ogólnodostępnych (o 234 więcej niż przed rokiem), 25 aptek zakładowych⁶⁴ i 1,3 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,7%) należały do prywatnych właścicieli.

Wykres 55. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w latach 2000-2017
Chart 55. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet in 2000-2017



62 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

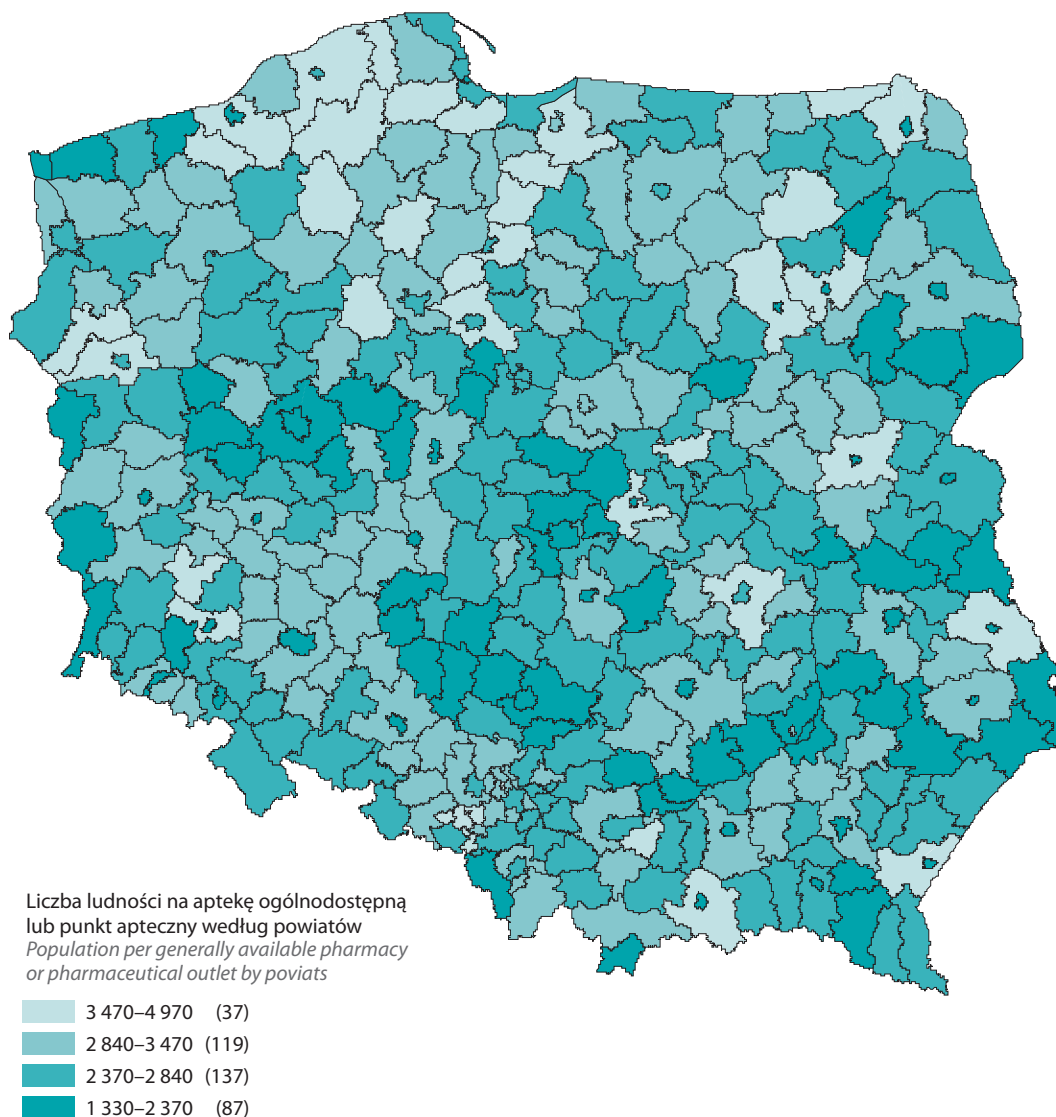
63 Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art.70 ust.3 ustawy z dnia 6 września 2001), punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

64 Apteki zakładowe – zaopatrujące w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne, a także inne zakłady lecznicze podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne art. 87, Dz. U. 2017, poz. 2211). Wśród zbadanych 25 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS 15 aptek.

Liczba aptek ogólnodostępnych z roku na rok wzrasta, co przy spadku ogólnej liczby ludności w konsekwencji przyczynia się do spadku wskaźnika liczby ludności przypadającej na 1 aptekę. Trend ten widoczny jest od wielu lat i ciągle jest aktualny, jednak spadki z roku na rok są coraz mniej znaczące. W 2017 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 2,9 tys. osób, w tym w miastach 2,1 tys. osób. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,6 tys. (dla województwa wielkopolskiego, lubelskiego, łódzkiego) do 3,3 tys. (dla województwa warmińsko-mazurskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,1 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2017 r. wyniosła przeciętnie 4,5 tys.

Mapa poniżej pokazuje liczbę ludności przypadającą na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w powiatach.

Mapa 13. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów
Map 13. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats



Najwięcej aptek i punktów aptecznych zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,5% i 11,1%). Na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego znajdowała się najmniejsza

liczba aptek – po 2,5% ogółu, a w województwie opolskim i warmińsko-mazurskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (3,3% ogólnej liczby punktów aptecznych).

Najwięcej ludności przypadało na jedną aptekę ogólnodostępną i zakładową w województwie warmińsko-mazurskim oraz województwie kujawsko-pomorskim, najmniej w województwie lubelskim oraz wielkopolskim.

Województwa wielkopolskie, kujawsko-pomorskie, lubuskie, warmińsko-mazurskie charakteryzowały się największym wzrostem liczby aptek ogólnodostępnych (odpowiednio o 5%, 2,9%, 3,1%, 2,6% w stosunku do roku 2016). W województwie lubelskim ubył 2 apteki ogólnodostępne. W województwie lubuskim, opolskim, pomorskim ubył stosunkowo dużo punktów aptecznych (spadek odpowiednio o 7,5%, 8,5%, 8,3%). Najwyższy wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano na terenie województwa mazowieckiego, podlaskiego, śląskiego, świętokrzyskiego (odpowiednio o 2,1%, 1,7%, 3,8%, 3,4%).

W omawianym roku 2,9% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne, a więc mniej niż w 2016 r., kiedy takie dyżury pełniło blisko 3,4% aptek ogólnodostępnych. Prawie 22% placówek pełniło dyżury okresowo.

Wykres 56. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi w latach 2009, 2014-2017

Chart 56. Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas in 2009, 2014-2017



W 2017 r. 76,6% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (50,6% aptek ogółem, co przekładało się na 58,4% aptek na wsi i 49,1% aptek w mieście). Większość udogodnień w punktach aptecznych na wsi to pochylnie, podjazdy, platformy – 59,3% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 0,9% punktów aptecznych na wsi, 3,3% aptek na wsi, 7,5% aptek w mieście.

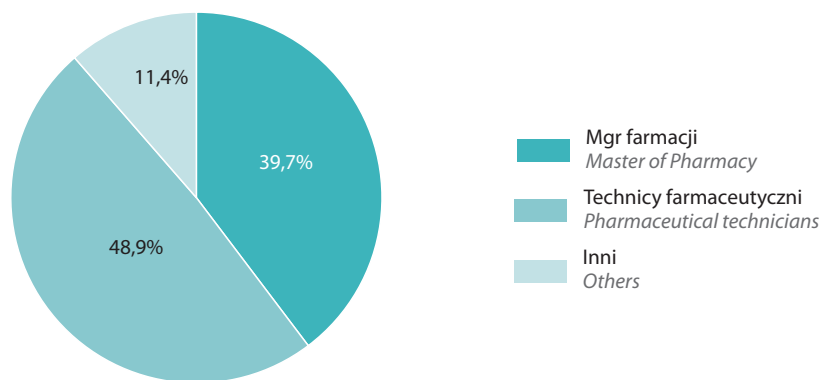
Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 23,3% aptek w mieście, 23,8% aptek na wsi, oraz w 24,7% punktów aptecznych na wsi.

Okazało się, że w 2017 r. 2,1% aptek ogólnodostępnych prowadziło sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu (o 2 apteki mniej niż przed rokiem), największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie (5,4%), najmniejszy – województwo lubuskie, podkarpackie, kujawsko-pomorskie, świętokrzyskie – odpowiednio 0,3%, 0,7%, 0,2%, 0,9%). Co piąta taka apteka miała swoją siedzibę w województwie śląskim. Sprzedaż wysyłkowa w przypadku punktów aptecznych miała marginalne znaczenie. Tylko 4 jednostki (0,3%) zgłosiły taką działalność. Dotyczyła ona województw: łódzkiego, dolnośląskiego i śląskiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 27 tys. magistrów farmacji oraz 33,3 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto w aptekach 195 praktykantów⁶⁵ odbywało obowiązkową praktykę. Przeciętnie jeden praktykant przypadał na 68 aptek ogólnodostępnych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83,4% wśród farmaceutów i 94,5% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji i 2 z tytułem technika farmaceutycznego.

Natomiast w przypadku aptek ogólnodostępnych usytuowanych na wsi przeciętnie 3 magistrów farmacji przypadało na 2 apteki i jeden technik farmaceutyczny na aptekę. Jeżeli chodzi o punkty apteczne, to przeciętnie w jednym punkcie aptecznym pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 8 punkcie pracował magister farmacji.

Wykres 57. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych
Chart 57. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets



W aptekach zakładowych szpitali resortowych pracowało łącznie 78 magistrów farmacji, co przy 25 aptekach zakładowych daje średnio 3 farmaceutów na aptekę, a więc więcej niż średnio w aptekach ogólnodostępnych. Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 45 techników farmaceutycznych.

⁶⁵ Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania określonych czynności, obowiązki opiekuna praktyki, zakres czynności, które mogą być wykonywane samodzielnie przez praktykanta, formę i sposób prowadzenia dziennika praktyki aptecznej. (Prawo Farmaceutyczne, art. 91, Dz. U. 2017poz. 2211)

Tablica 8. Apteki i punkty apteczne
Table 8. Pharmacies and pharmaceutical outlets

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Apteki Pharmacies		Liczba ludności na 1 aptekę Number of population per phar- macy	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets		Farmaceuci pracujący Pharmacists employed		
	ogółem total	w tym prywatne of which private		ogółem total	w tym prywatne of which private	ogółem total	w tym prywatne of which private	
OGÓŁEM TOTAL								
POLSKA	2016	13128	13069	2928	1316	1316	27113	26948
POLAND	2017	13363	13302	2876	1284	1284	27033	26856
WIEŚ RURAL AREAS								
POLSKA	2016	2119	2117	7222	1302	1302	3442	3440
POLAND	2017	2154	2152	7114	1266	1266	3452	3450

2.6 Krwiodawstwo

2.6 Blood donation

W 2017 roku funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe⁶⁶) oraz 140 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centr regionalnych w stosunku do roku poprzedniego nie zmieniła się, a ubyły 2 oddziały terenowe.

Zbiorowość krwiodawców⁶⁷ liczyła 612,8 tys. osób, co stanowi spadek o ponad 9,4 tys. w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1226 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 551,6 tys. litrów, o 3,4 tys. litrów krwi więcej niż przed rokiem. Wśród dawców 75% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Udział dawców wielokrotnych wśród krwiodawców nie zmienił się w porównaniu z 2016 r.

⁶⁶ Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

⁶⁷ Krew lub jej składniki może oddać osoba, która:

- odpowiada wymaganiom zdrowotnym pozwalającym na ustalenie na podstawie badań lekarskich i badań laboratoryjnych, że każdorazowe pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla jej zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy w szczególności na skutek występowania przeciwskażeń stałych lub czasowych do pobrania krwi;
- przedstawi dokument tożsamości ze zdjęciem, adresem zamieszkania oraz numerem PESEL;
- posługuje się językiem polskim w mowie i piśmie w stopniu umożliwiającym bez osób trzecich na zrozumienie treści kwestionariusza oraz samodzielne udzielenie odpowiedzi podczas wywiadu lekarskiego, ponadto jej dane, jeżeli są dostępne, powinny znajdować się w centralnym rejestrze mieszkańców Polski;
- jest w wieku od 18 do 65 lat (osoba powyżej 65 roku życia może oddać krew po corocznym uzyskaniu zgody lekarza w centrum krwiodawstwa, dawca pierwszorazowy po 60 roku życia może oddać krew po uzyskaniu zgody lekarza rodzinnego);
- waży powyżej 50 kg;
- temperatura jej ciała, która mierzona jest pod pachą nie powinna przekraczać 37°C;
- przeszła pozytywnie badanie lekarskie poprzedzające pobranie krwi od kandydata na dawcę krwi lub od dawcy krwi, obejmujące: wywiad medyczny oraz skrócone badanie przedmiotowe.

Jednorazowo pobiera się tylko 450 ml pełnej krwi. Samo pobranie trwa zwykle 5-8 minut. Należy do tego doliczyć czas konieczny na wypełnienie ankiety, rejestrację, badania i wywiad lekarski – w sumie ok. 40-60 minut. Ponadto można również oddać poszczególne składniki krwi metodą aferezy.

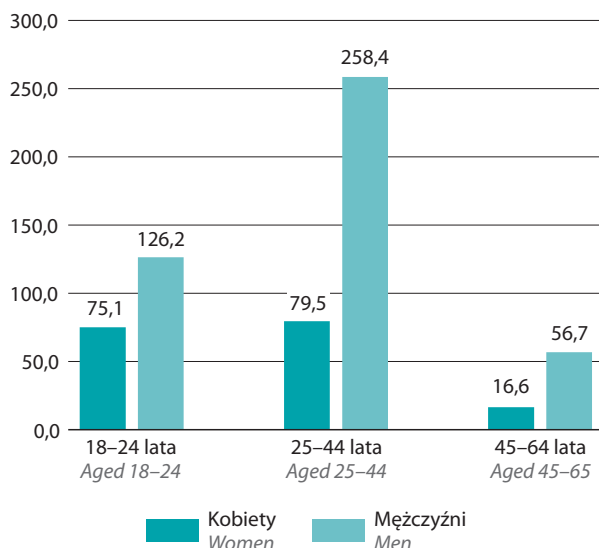
Krew pełna może być pobierana nie częściej niż 6 razy w roku od mężczyzn i nie częściej niż 4 razy w roku od kobiet z tym, że przerwa pomiędzy pobraniami nie może być krótsza niż 8 tygodni.

Dawca nie musi znać swojej grupy krwi. Każdorazowo przy pobieraniu krwi oznaczana jest grupa krwi. Dodatkowo krew jest badana w kierunku zakażenia wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby typu B i C oraz kiły.

(Źródło: Narodowe Centrum Krwi)

Wykres 58. Krwiodawcy według płci i wieku (w tysiącach)

Chart 58. Blood donors by sex and age (in thousands)



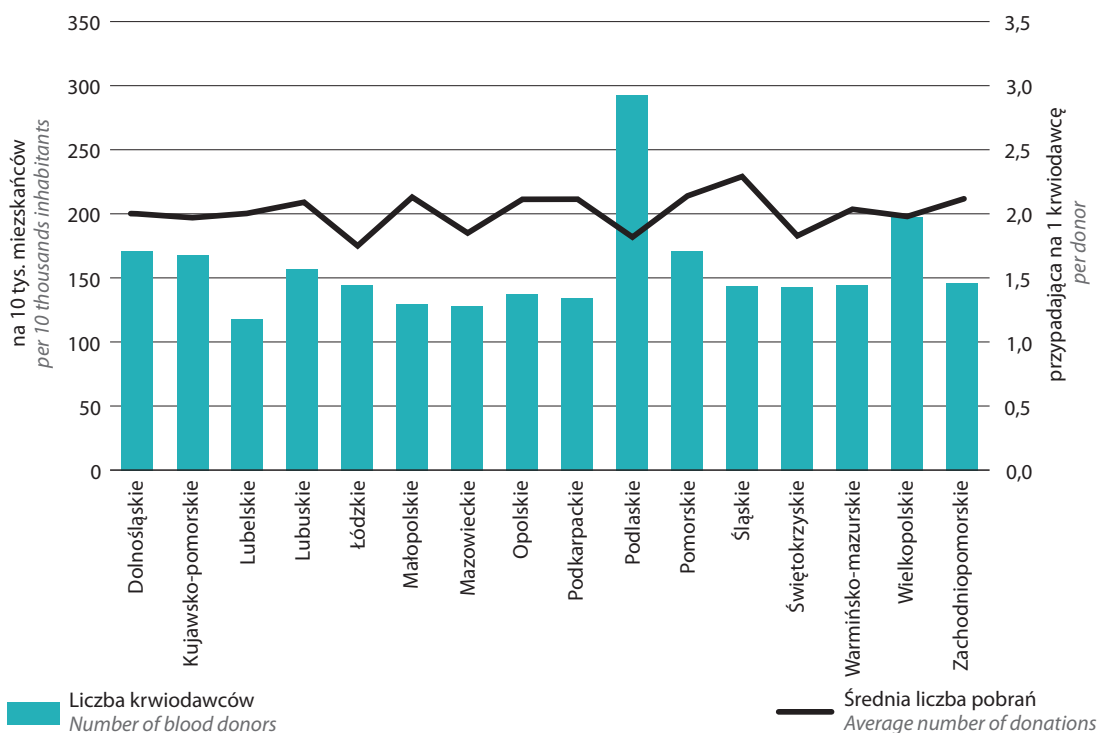
Źródło: Narodowe Centrum Krwi
Source: the National Blood Centre

Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (72% dawców krwi). Z dostępnych danych wynika, że w grupie wieku 25-44 lata jest najwięcej krwiodawców. Z uwagi na to, że grupa ta obejmuje 20 roczników, zaś grupa najmłodszych krwiodawców w wieku 18-24 lata obejmuje tylko 7 roczników, nie można jednoznacznie stwierdzić, w jakim wieku jest ludność najbardziej aktywna na polu krwiodawstwa.

Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)⁶⁸ pozwalają sądzić, że nie zmieniło się istotnie zaangażowanie w ideę krwiodawstwa w układzie przestrzennym. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 203 tys. krwiodawców, co stanowiło 34,5% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców, oddali oni 414 tys. donacji krwi pełnej (34,9% krwi pełnej pobranej w całej Polsce). Bazując na danych dla województw, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim (wykres poniżej), gdzie wszystkie donacje realizowane są w stacjach podlegających Narodowemu Centrum Krwi.

⁶⁸ W regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 24347 krwiodawców i pozyskano 39922 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 4,0% wszystkich krwiodawców i 3,3% wszystkich donacji krwi pełnej.

Wykres 59. Krwiodawcy według województw
Chart 59. Blood donors by voivodships



■ Liczba krwiodawców
Number of blood donors
 — Średnia liczba pobrań
Average number of donations

Excluding data of the Ministry of National Defence (MON) and the Ministry of Interior and Administration (MSWiA).

W 2017 roku pobrano w Polsce 1306 tys. donacji krwi i jej składników⁶⁹. W porównaniu do danych za 2016 r. znacząco zmalała liczba donacji pobranego osocza (z 43 tys. do 40 tys.).

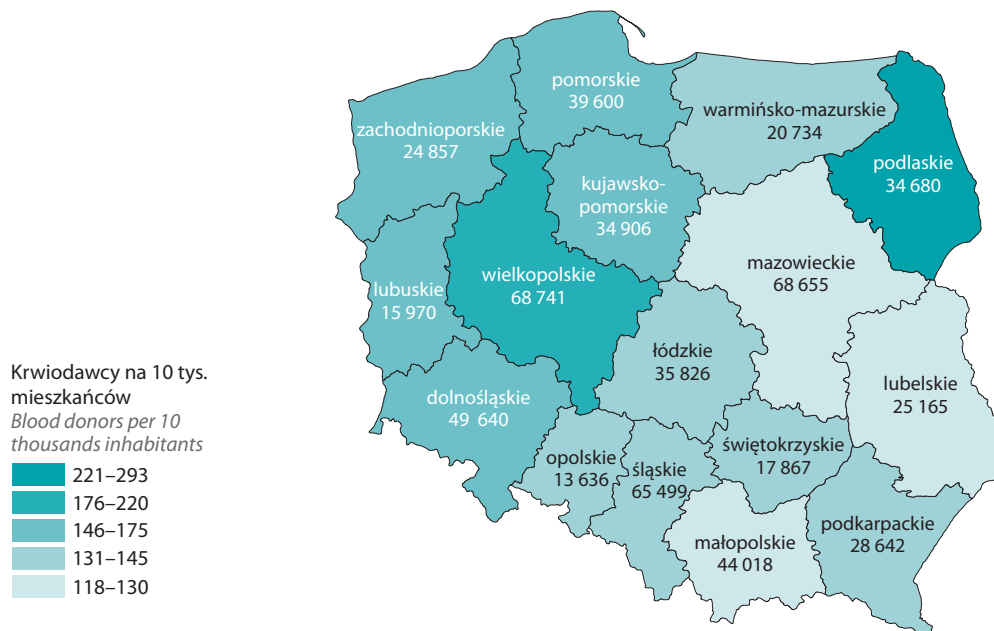
Tablica 9. Krwiodawcy i pobrana krew w latach: 2007, 2013-2017
Table 9. Blood donors and collected blood in 2007, 2013-2017

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	2007	2013	2014	2015	2016	2017
Krwiodawcy (w tys.) <i>Blood donors (in thous.)</i>	604,1	646,4	616,6	631,5	622,2	612,8
Pobrana krew pełna w donacjach (w tys.) <i>Collected whole blood in donations (in thous.)</i>	982,5	1184,0	1186,3	1217,6	1218,1	1225,7
Wyprodukowano w jednostkach (w tys.): <i>Prepared in units (in thous.):</i>						
koncentrat krwinek czerwonych ^a <i>red blood cell concentrates</i>	974,6	1157,0	1163,0	1189,8	1184,5	1193,5
świeżo mrożone osocze <i>fresh frozen plasma</i>	1051,4	1220,4	1271,9	1322,3	1311,9	1318,2

^a Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że koncentrat krwinek czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby lecznictwa w Polsce.

Źródło: Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.
 Source: The Institute of Hematology and Transfusion, The National Blood Centre, the Ministry of Interior and Administration

⁶⁹ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferazy, leukaferazy i innych składników.

Mapa 14. Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw*Map 14. Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships*

Nie uwzględniono danych Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA).

Excluding data of the Ministry of National Defence (MON) and the Ministry of Interior and Administration (MSWiA)

Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi⁷⁰ wynika, że niedobory krwi i jej składników występują okresowo w ciągu całego roku, a najdłużej utrzymują się w okresie wakacyjnym. Jest to spowodowane między innymi większą liczbą wypadków oraz faktem, że krwiodawcy przebywają w tym okresie na urlo-pach. Jednak zapotrzebowanie na krew występuje przez cały rok.

Krew i jej składniki podawane są głównie osobom, u których występują braki krwi i jej składników. Braki te mogą wystąpić w wyniku wypadku albo zabiegu operacyjnego, zaburzeń krzepnięcia, po oparzeniach i urazach, a także u pacjentów z chorobami rozrostowymi i nowotworami, w trakcie i po chemioterapii oraz u pacjentów wymagających transplantacji lub zabiegów kardiochirurgicznych.

Wszystkie grupy krwi są pożądane, bo istnieją biorcy o różnych grupach. Z użytecznego punktu widzenia najbardziej oczekiwana jest krew grupy O RhD- (ujemne), ponieważ w nagłych wypadkach, przy braku krwi właściwej grupy, może być przetoczona każdemu biorcy. Problem polega na tym, że jest to jedna z rzadziej występujących grup krwi. Posiada ją zaledwie ok. 6 proc. Polaków. Statystyka ta jest podobna na całym świecie – odsetek takich osób waha się pomiędzy 4-9% w różnych społeczeństwach.

Pomimo trwających intensywnych badań nad wytworzeniem syntetycznej krwi, dotychczas naukowcy nie opracowali metody pozwalającej na wyprodukowanie krwi w warunkach laboratoryjnych. Nie są dostępne sposoby przemysłowego pozyskania składników krwi, więc jedynym sposobem na pozyskanie krwi, jest jej oddawanie.

Krwiodawcy deklarują, że oddawanie krwi daje ogromną satysfakcję z tego, iż mogą uratować zdrowie i życie drugiemu człowiekowi. Bardzo często podkreślają również, że najważniejsza jest świadomość bezinteresownej pomocy drugiej osobie, gdyż człowiek jest jedynym źródłem leku, którego w żaden sposób nie można wyprodukować. Jedna donacja krwi jest warta tyle, ile uratowane dzięki niej życie i zdrowie, czyli jest bezcenna. Z punktu widzenia biorcy wartość krwi jest nieprzeliczalna na pieniądze, gdyż oddawanie krwi jest czynem bezinteresownym.

⁷⁰ Informacje zostały przygotowane w Narodowym Centrum Krwi na potrzeby publikacji.

2.7 Służba medycyny pracy

2.7 Occupational medicine

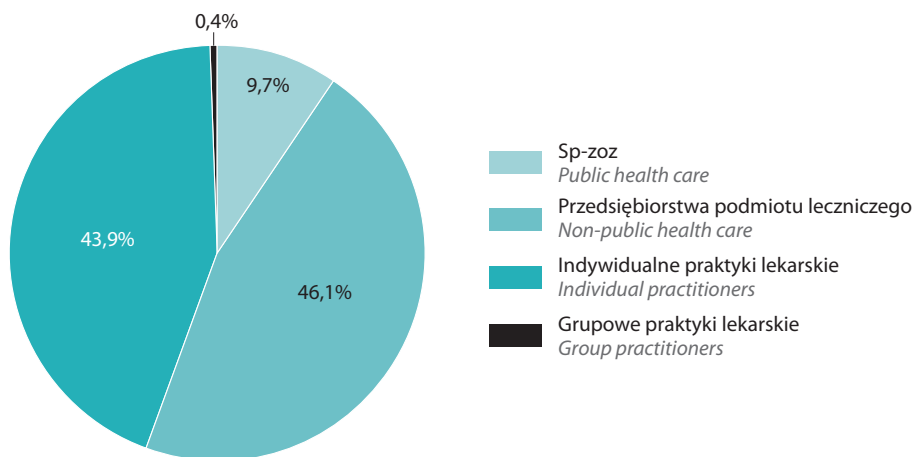
Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2017 r. została opracowana w ramach obowiązkowej sprawozdawczości, w oparciu o którą informacje są corocznie pozyskiwane od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz od jednostek organizacyjnych służby medycyny pracy (smp).

Zgodnie z ustawą⁷¹ jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W 2017 r. zarejestrowano 6052 jednostek podstawowych smp (ich liczba w porównaniu do roku 2016 spadła o 3,9%) w tym: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2788, indywidualnych praktyk lekarskich – 2654, sp-zoz – 586 oraz grupowych praktyk lekarskich – 24. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy nie uległa istotnym zmianom.

Wykres 60. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy

Chart 60. Structure of occupational medicine service units



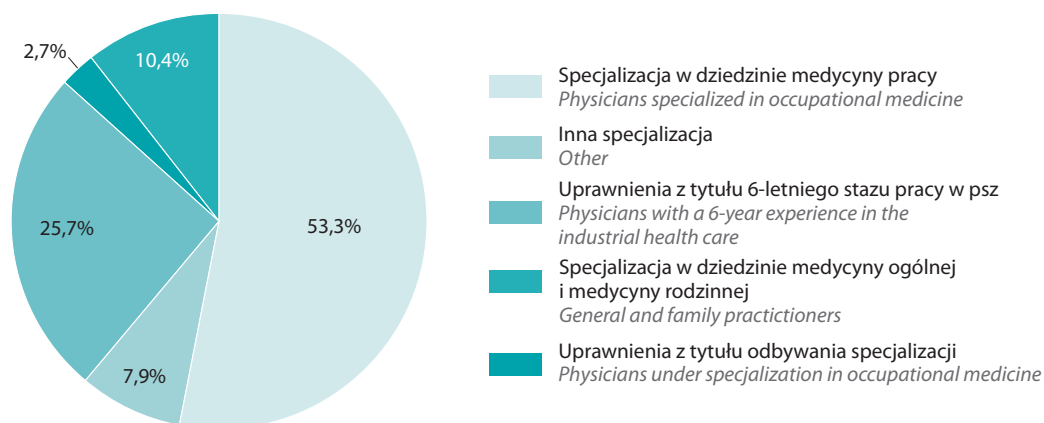
Badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w § 7 Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (MZIOS) z dnia 30 maja 1996 roku⁷². W 2017 r. liczba lekarzy posiadających wyżej wymienione uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia dopełnili obowiązku zarejestrowania się w właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy wynosiła 6862 lekarzy (3,6% mniej niż przed rokiem). Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej corocznego obowiązku sporządzania sprawozdań lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, nie wszyscy lekarze dopełnili tego obowiązku. Z pozyskanych danych można wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przedstawia ją poniższy wykres.

⁷¹ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2014.1184).

⁷² Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U.1996.69.332 ze zm.)

Wykres 61. Struktura lekarzy medycyny pracy wg wymogów kwalifikacyjnych

Chart 61. Structure of occupational physicians by qualification



Dodatkowe kwalifikacje, niezależnie od spełnienia kryteriów warunkujących posiadanie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracowników, które wymagane są w przypadku badania osób pracujących w warunkach szczególnych narażeń (J,T,K)⁷³ posiadało 1729 lekarzy (o blisko 14,5% mniej niż przed rokiem).

Uprawnienia do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich mają także lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Uprawnienie to jest ograniczone, ponieważ badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji, i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji. W 2017 r. lekarzy takich było 105 (o blisko 22 % mniej niż przed rokiem).

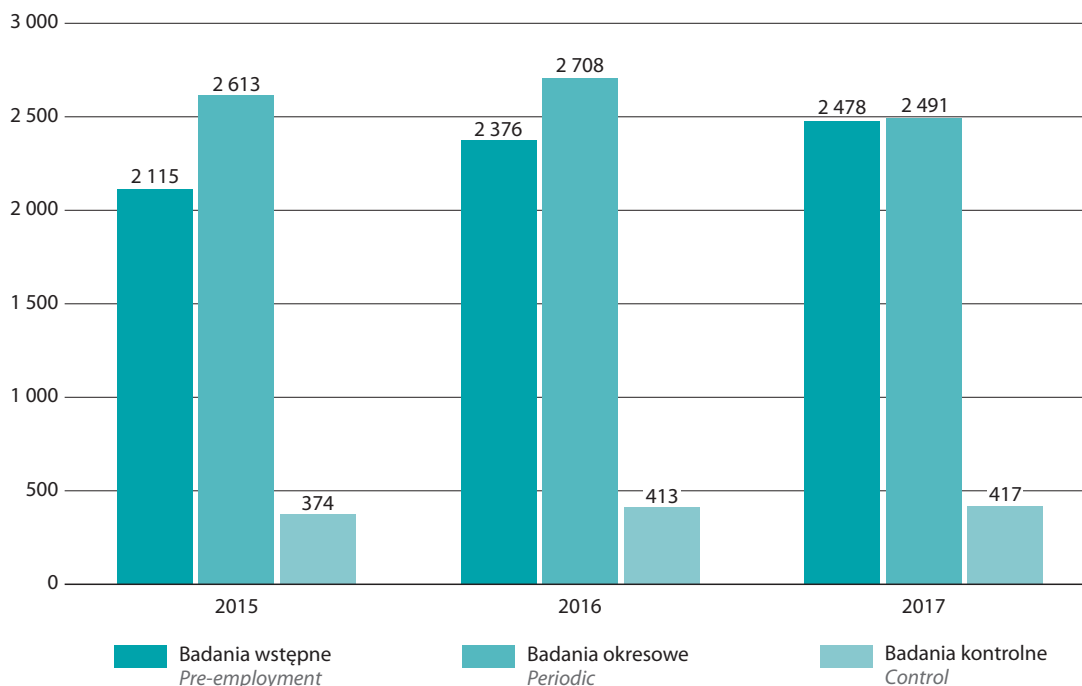
W Polsce najczęściej realizowanym przez służbę medycyny pracy zadaniem z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek przeprowadzania badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców (art. 229 Kodeksu pracy⁷⁴) zobligowanych do kierowania pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, jak i pracowników, którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniem poddawać. Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

W 2017 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie ponad 5,4 mln badań lekarskich (o ponad 2% mniej niż przed rokiem) w tym: ponad 2,5 mln badań wstępnych i 2,5 mln badań okresowych oraz ponad 417 tys. badań kontrolnych.

73 J – uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego; T – uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę w warunkach tropikalnych, morskich lub podwodnych lub powracających z pracy w warunkach tropikalnych; K – uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego. Ww. uprawnienia uzyskuje się poprzez odbycie i zaliczenie specjalnych szkoleń specjalizacyjnych organizowanych w instytutach medycyny pracy.

74 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2014.1502 ze zm.)

Wykres 62. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych w latach 2015-2017
 Chart 62. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination in 2015-2017



W 2017 r. w strukturze wydawanych orzeczeń – 99,5% badań profilaktycznych kończy się orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Negatywne decyzje orzecznicze skutkujące odsunięciem od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub ze względu na brak predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac na konkretnym stanowisku stanowiły 0,4%.

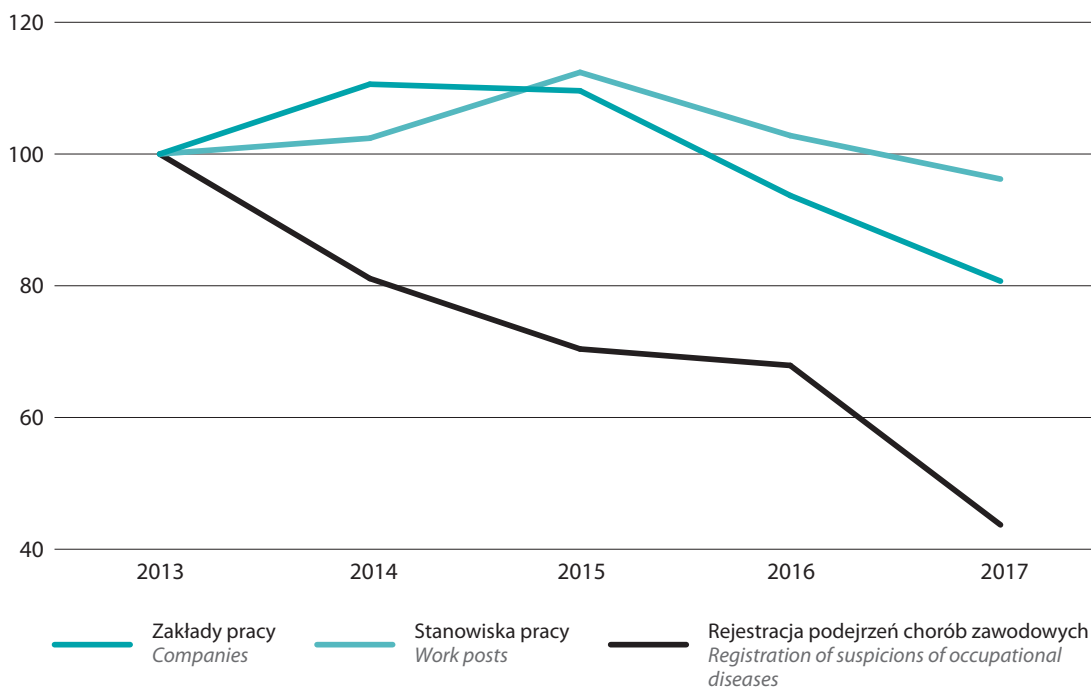
Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie umowy pisemnej zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 339 tys. (o 3,2 % więcej niż w roku poprzednim).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarz służby medycyny pracy kieruje, do właściwego, wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, na badania lekarskie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej. W 2017 r. zarejestrowano 563 takich podejrzeń (o blisko 36% mniej niż w roku poprzednim). Ponieważ zgodnie z art. 235 Kodeksu pracy podejrzenie choroby zawodowej mają prawo zgłosić pracodawcy, sami pracownicy oraz lekarze każdej specjalności, którzy podczas wykonywania zawodu stwierdzą taką potrzebę, warto zwrócić uwagę, że udział podejrzeń zgłaszanych przez lekarzy służby medycyny pracy w ogólnej liczbie stwierdzanych chorób zawodowych wyniósł 42% (w 2017 r. liczba stwierdzonych chorób zawodowych wynosiła 1942).

Pracodawca kierujący pracownika na badania profilaktyczne ma obowiązek przekazania lekarzowi informacji o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych i/lub warunków uciążliwych oraz przedstawienia aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na danym stanowisku pracy. Informacje pozyskane od pracodawcy „powinny” być uzupełnione spostrzeżeniami poczynionymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy. W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2017 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację 7,6 tys. zakładów i skontrolowali 54,2 tys. stanowisk pracy. Dynamikę zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych od 2013 r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres 63. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2013-2017

Chart 63. Change in number of companies and work posts visited and occupational diseases suspected and registered in 2013-2017



W Polsce prowadzi działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Przepis ustawy o służbie medycyny pracy wskazuje na funkcjonowanie w każdym z województw jednego ośrodka rangi wojewódzkiej (z lub bez oddziałów terenowych). Są jednak wyjątki. Dotyczy to trzech województw: lubuskiego, zachodniopomorskiego (w każdym z tych województw prowadzą działalność dwa ośrodki) oraz kujawsko-pomorskiego, w którym funkcjonują aż trzy ośrodki szczebla wojewódzkiego.

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa⁷⁵, „jest właściwa do realizowania zadań w zakresie prowadzenia działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczey w zakresie patologii zawodowej”. Świadczenia te realizują wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W 2017 r. objęto ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą 13,8 tys. osób (o 6,3% mniej niż w roku poprzednim) i wykonano 361 tys. zabiegów (o 6,6 % więcej niż w 2016 r.)

Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową, podobnie jak w roku ubiegłym, prowadzone były w 12 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszające powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegające dalszemu rozwojowi choroby. W 2017 r. zabiegi te stanowiły 36,8% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych⁷⁶ udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo⁷⁷ wskazany zakres zadań. Zadania te obejmują m.in.: 1/wspomaganie jednostek podstawowych smp działalnością konsultacyjną, 2/sprawowanie kontroli i nadzoru nad działalnością jednostek podstawowych, w zakresie obejmującym tryb, zakres i jakość udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, 3/rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych przez jednostki podstawowe, skutkujące przeprowadzeniem ponownych badań lekarskich w przypadkach wniesienia przez zainteresowanych zastrzeżeń do treści wydanych zaświadczeń.

⁷⁵ Art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy

⁷⁶ Zabiegi rehabilitacyjne udzielane w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.

⁷⁷ Art. 7 ustawy o służbie medycyny pracy.

W ostatnim roku sprawozdawczym wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3881 kontroli jednostek podstawowych smp. W wyniku kontroli skierowano 209 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy 209 lekarzy.

W ramach działalności orzeczniczej wojewódzkich ośrodków medycyny pracy w 2017 r. nie odnotowano istotnych zmian. Rozpatrzono 1757 odwołań, w tym 747 przypadków utrzymujących w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy smp.

Corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. Od kilku lat systematycznie wzrasta liczba osób odwołujących się od orzeczeń lekarskich wydanych przez jednostki podstawowe smp, jak i liczba przypadków utrzymujących w mocy wydane orzeczenie (ponad 42% w 2017 r.). Skala zjawiska kwestionowania prawidłowości wydawanych orzeczeń w dalszym ciągu jest znaczna i stwierdzenie wyraźnych uchybień w tym orzecznictwie byłoby krzywdzącym nadużyciem. Konieczność podjęcia decyzji orzeczniczej w kategoriach istnienia bądź braku przeciwwskazań do pracy na konkretnym stanowisku jest zadaniem, w wielu przypadkach, niezmiernie trudnym. Wychwycenie zdecydowanych uchybień w tym orzecznictwie jest rolą nadzoru sprawowanego przez womp w stosunku do jednostek podstawowych służby medycyny pracy.

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3. Economic aspects of health care

3.1 Narodowy Rachunek Zdrowia

3.1 National Health Accounts

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

Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują, często podlegają złożonym zmianom organizacyjnym, zmieniają się również systemy finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje zespół ekspertów złożony z przedstawicieli Eurostat, OECD i WHO – IHAT (International Health Account Team). W związku z tym corocznie, jeśli zachodzi taka potrzeba, kraje dokonują zmian we wcześniej opracowanych rachunkach w celu doprowadzenia danych do jak najlepszej międzynarodowej porównywalności⁷⁸.

Od kilku lat rachunki te sporządzane są według nowej metodologii SHA2011⁷⁹, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych: w roku 2015 (dane za 2013) na podstawie umowy dżentelmeńskiej, natomiast od roku 2016 – zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.⁸⁰

78 Aktualna korekta dotyczyła NRZ za 2015 r. Została wprowadzona w zakresie wydatków publicznych, w części dotyczącej długoterminowej opieki zdrowotnej, w kategorii „Zarządzanie i administracja ochrony zdrowia” oraz w kategorii „Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne opierające się na składkach”.

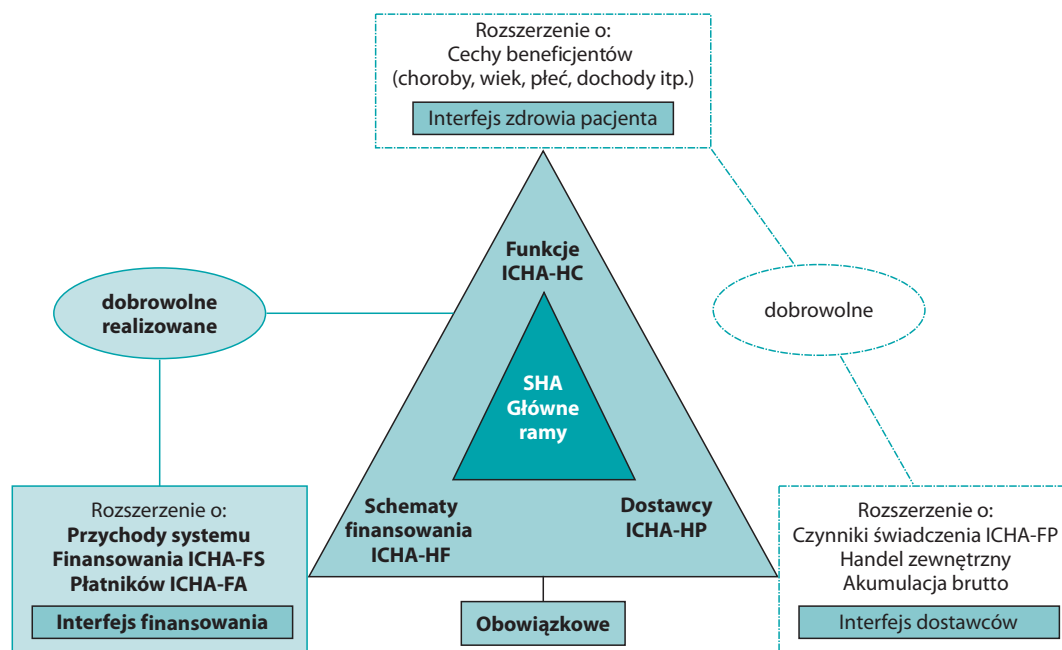
79 Proceś tworzenia SHA 2011 rozpoczął się w 2007 r., w ramach współpracy pomiędzy ekspertami z OECD, WHO oraz Eurostatu, działającymi pod wspólną nazwą Międzynarodowy Zespół ds. Rachunków Zdrowia (IHAT). Przygotowany przez Zespół podręcznik był przedmiotem szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii od międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele Głównego Urzędu Statystycznego czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania. Od 2015 r. – dane za 2013, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji, Narodowy Rachunek Zdrowia jest opracowywany według nowej metodologii SHA 2011.

80 ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania.

Mimo, że NRZ sporządzany według nowej metodologii nadal dotyczy wydatków poniesionych na zdrowie i ochronę zdrowia w danym roku i są one nadal prezentowane w 3 podstawowych przekrojach, wskazanych w przytaczanym Rozporządzeniu⁸¹: HF (schematy finansowania), HC (funkcje opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawcy), to różnice między dwiema metodologiami (SHA 1.0 i SHA2011) są istotne⁸². Dlatego też wyniki NRZ za lata 2013-2016 nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach; można analizować jedynie wybrane elementy rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0.

Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011

The core and extended accounting framework of SHA 2011



Opracowanie własne w oparciu o podręcznik "A System of Health Accounts 2011"

Należy podkreślić, że kwota wydatków uwzględnianych w Narodowym Rachunku Zdrowia, zgodnie z obowiązującą metodologią, obejmuje wydatki bieżące, a więc nie uwzględnia wydatków kapitałowych, do których zalicza się np. wydatki inwestycyjne, na badania i rozwój, kształcenie.

Źródłem informacji do NRZ w zakresie wydatków publicznych (HF.1), na które składają się schematy rządowe, schematy obowiązkowych – składkowych ubezpieczeń, są m.in. systemy administracyjne instytucji, które gromadzą dane o wydatkach na ochronę zdrowia: tj. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Wykorzystywane są również wyniki innych badań realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i inne dostępne źródła informacji, służące głównie do oszacowania wydatków prywatnych.

Od początku sporządzania rachunków zdrowia dla Polski są one systematycznie rozwijane i korygowane, głównie w obszarze przypisania wydatków do poszczególnych kategorii zgodnie z sugestiami IHAT.

81 Metodologia SHA2011 zawiera również inne dodatkowe przekroje, ważne z punktu widzenia polityki zdrowotnej, według których można klasyfikować i analizować wydatki na zdrowie. Są to np. klasyfikacja płatników (FA), wydatków inwestycyjnych (HK), czynników dostarczania opieki zdrowotnej (FP) czy przychodów schematów finansowania (FS), według której opracowywany jest również NRZ dla Polski.

82 Bardziej szczegółowe informacje o podstawowych różnicach metodologicznych między SHA1.0 a SHA2011 zawiera analogiczna publikacja wydana w 2015 roku: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html> (strona 139).

Wyniki Narodowego Rachunku zdrowia za 2016 rok

Analiza wydatków

Szacuje się, że wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. wyniosły 121,1 mld zł i były wyższe niż 2015 r. o około 6,6 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,52% PKB (6,36% w 2015 r.). Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych jak i wydatków prywatnych. Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wyniosły w 2016 r. 84,6 mld zł i stanowiły 4,55 % PKB (4,46% w 2015 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 36,5 mld zł i stanowiły 1,96% PKB (1,90% w 2015 r.).

Tablica 10. Wydatki na ochronę zdrowia w 2014, 2015 i 2016 roku w mln zł i ich udział w PKB
Table 10. Expenditure on health care for 2014, 2015 and 2016 in mln PLN and its share in GDP

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	2014		2015		2016	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
Produkt krajowy brutto <i>GDP</i>	1 719 769	100,00	1 799 392	100,00	1 858 468	100,00
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem ^{a)} <i>Total Current Health Expenditure</i>	107 457,9	6,25	114 496,8	6,36	121 106,7	6,52
Wydatki publiczne <i>Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes</i>	75 928,6	4,42	80 241,0	4,46	84 591,5	4,55
z tego: <i>of which:</i>						
schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych <i>Government schemes</i>	10 016,6	0,58	10 907,1	0,61	12 139,9	0,65
instytucje rządowe <i>Central government schemes</i>	5 956,8	0,35	6 290,4	0,35	7 333,0	0,39
instytucje samorządowe <i>State/regional/local government schemes</i>	4 059,8	0,24	4 616,7	0,26	4 806,9	0,26
schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach <i>Compulsory contributory health insurance schemes</i>	65 912,0	3,83	69 333,9	3,85	72 451,6	3,90
Wydatki prywatne <i>Voluntary health care payment schemes</i>	31 529,3	1,83	34 255,8	1,90	36 515,2	1,96
z tego: <i>of which:</i>						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych <i>Household out-of-pocket payment</i>	24 850,3	1,44	26 533,9	1,47	27 787,2	1,50
inne wydatki prywatne <i>other private health care expenditure</i>	6 679,0	0,39	7 721,9	0,43	8 728,0	0,47

a) Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania
a) Including foreign financing schemes

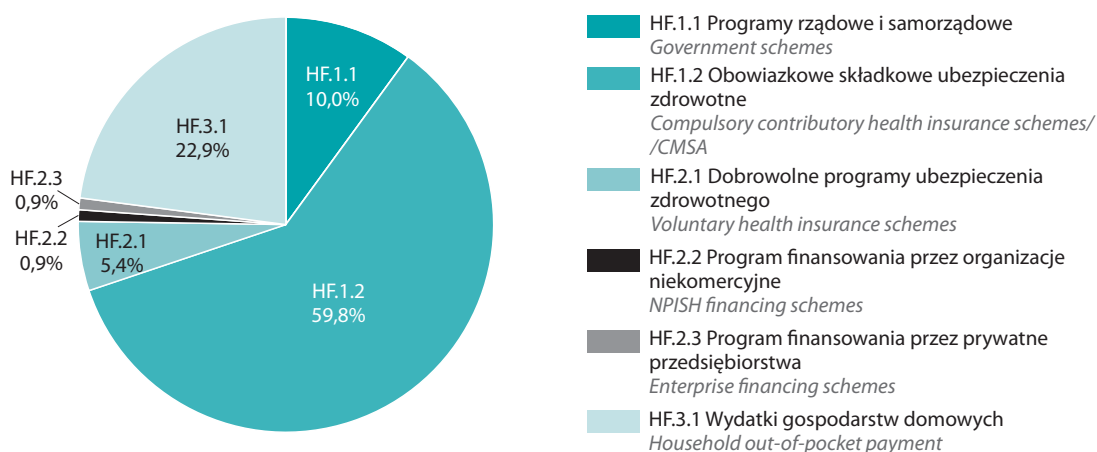
Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania

Schematy finansowania są to główne elementy składowe struktury krajowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Schematy/programy finansowania mają na celu zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej oraz zaspokojenie bieżących potrzeb ludności w zakresie ochrony zdrowia. Płatnicy są przedstawieni jako jednostki instytucjonalne, które administrują systemami opieki zdrowotnej w praktyce czyli realizują gromadzenie przychodów i zakup usług. Klasyfikacja schematów finansowania (ICHA-HF) dostarcza informacji

na temat mechanizmów składek, czyli w jaki sposób (z jakiego tytułu) zostały zebrane fundusze służby zdrowia (wpłaty rządowe, składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotacje, transfery, itp.).

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA-HF) przedstawiała się w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2016 r. następująco: wydatki publiczne stanowiły 69,8% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (70,1% w 2015 r.), w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 10,0% (9,5% w 2015 r.), schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach⁸³ – 59,8% (60,6% w 2015 r.); wydatki prywatne zaś stanowiły 30,2% (29,9% w 2015 r.). Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły 22,9% (23,2% w 2015 r.) wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia).

Wykres 64. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według schematów finansowania
Chart 64. Current expenditure on health care in 2016 according to financing schemes



Struktura wydatków ze względu na funkcje

Podejście funkcjonalne w wydatkach na ochronę zdrowia ma na celu zaprezentowanie informacji o tym, jakie usługi są dostarczane (zakupione) w ramach środków wydatkowanych na ochronę zdrowia. Ponadto klasyfikacja ta pozwala na grupowanie towarów/usług opieki zdrowotnej według przeznaczenia, a także na wygenerowanie wskaźników określających udziały wydatkowanych środków w każdej z usług opieki zdrowotnej.

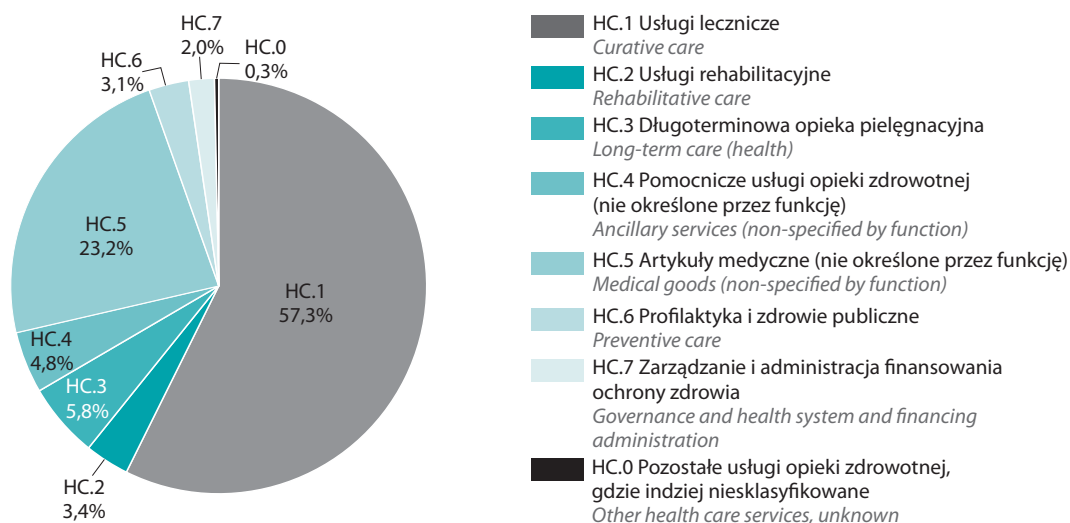
W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC) największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w roku 2016 dotyczył usług leczniczych 57,3% – (57,6% w 2015 r.), w tym głównie leczenia szpitalnego – 31,5% całości wydatków (31,9% w 2015 r.), oraz leczenia ambulatoryjnego – 22,3% (22,0% w 2015 r.). Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały wydatki na artykuły medyczne (m.in leki) – 23,2% (23,3% w 2015 r.), oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 5,8% (5,8% w 2015 r.). Najmniejsze wydatki poniesiono na usługi rehabilitacyjne 3,4% (3,5% w 2015 r.), zarządzanie i administrację finansowaniem ochrony zdrowia – 2,0% (1,9% w 2015 r.), oraz na profilaktykę i zdrowie publiczne – 3,1% (2,7% w 2015 r.) całości nakładów.

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych funkcji ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju usługi. Na przykład „Usługi lecznicze” w 79,6% były finansowane ze środków publicznych a w 20,4% z sektora prywatnego (w 2015 r. proporcje te układały się odpowiednio: 79,9% i 20,1%), natomiast udział finansowania z funduszy publicznych „Długoterminowej opieki (zdrowotnej)” wyniósł 96,5%, a tylko 3,5% z funduszy prywatnych (w 2015 r. proporcje te kształtowały się odpowiednio 95,8% i 4,2%). Natomiast w przypadku kategorii „Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)” proporcje układały się odmiennie, mianowicie 34,7% funduszy pochodziło ze źródeł publicznych, 64,8% było

⁸³ Do kategorii HF.1.2 – Schematów obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach zaliczają się: HF.1.2.1 – Społeczne ubezpieczenie zdrowotne (stanowiące 99,2% HF.1.2) i HF.1.2.2 Obowiązkowe ubezpieczenia prywatne (0,8% HF.1.2)

finansowane przez gospodarstwa domowe a tylko 0,5% pochodziło z innych prywatnych opłat na opiekę zdrowotną (w 2015 r. rozkład finansowania „Artykułów medycznych (nie określonych przez funkcję)” wynosił odpowiednio: 35,1%, 64,6% i 0,3%).

Wykres 65. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według funkcji
Chart 65. Current expenditure on health care in 2016 according to functions



Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców

Klasyfikacja świadczeniodawców (dostawców dóbr i usług) w ochronie zdrowia służy sklasyfikowaniu wszystkich organizacji działających na rzecz dostarczania dóbr i usług zdrowotnych w ramach wspólnych kategorii mających zastosowanie międzynarodowe. Wykonywana działalność w zakresie usług leczniczych i ochrony zdrowia stanowi podstawowe kryterium klasyfikacji świadczeniodawców. Przedstawienie wydatków na ochronę zdrowia według kategorii świadczeniodawców (dostawców) pozwala na udzielenie odpowiedzi na pytanie jaka jest struktura organizacyjna charakterystyczna dla systemu dostarczania usług opieki zdrowotnej w danym kraju.

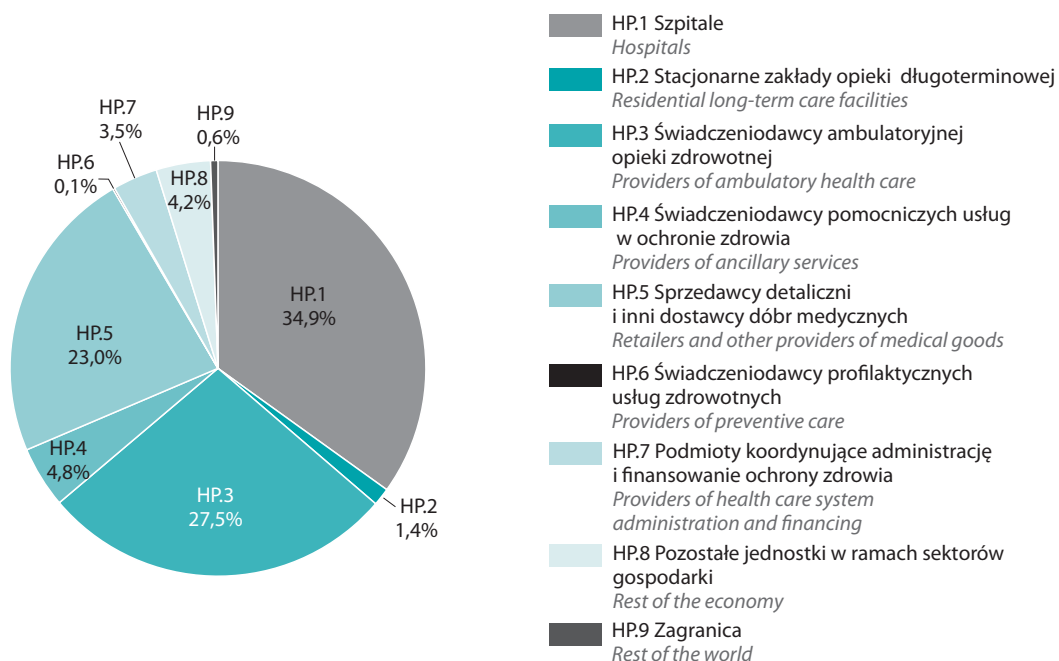
W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP) w roku 2016 największy strumień środków, trafił do szpitali – 34,9% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2015 r. 35,6%). Były to głównie kwoty skierowane do szpitali ogólnych – 31,6% wszystkich wydatków (w 2015 r. – 32,1%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło 27,5% wydatkowanych środków (w 2015 r. 27,3%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 23,0%, przede wszystkim aptek do których przekazano ponad 89,8% tych środków (w 2015 r. odsetki wyniosły odpowiednio: 23,1% oraz 90,2%).

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych dostawców ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju podmiotu dostawczego. Na przykład „szpitale” w 94,8% były finansowane ze środków publicznych a w 5,2% przez sektor prywatny (w 2015 r. proporcje te układały się odpowiednio 94,9% i 5,1%).

W przypadku świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej proporcje te były bardziej wyrównane. Udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 57,9%, a 42,1% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2015 r. proporcje te układały się następująco 58,0% i 42,0%). Natomiast w przypadku kategorii „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, sytuacja była odwrotna – 34,1% środków finansowych pochodziło ze źródeł publicznych, 65,4% było finansowane bezpośrednio przez gospodarstwa domowe a 0,5% pochodziło z innych prywatnych opłat za opiekę zdrowotną (w 2015 r. rozkład finansowania „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych” wynosił odpowiednio: 34,5%, 65,2% i 0,3%).

Wykres 66. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według świadczeniodawców

Chart 66. Current expenditure on health care in 2016 according to providers

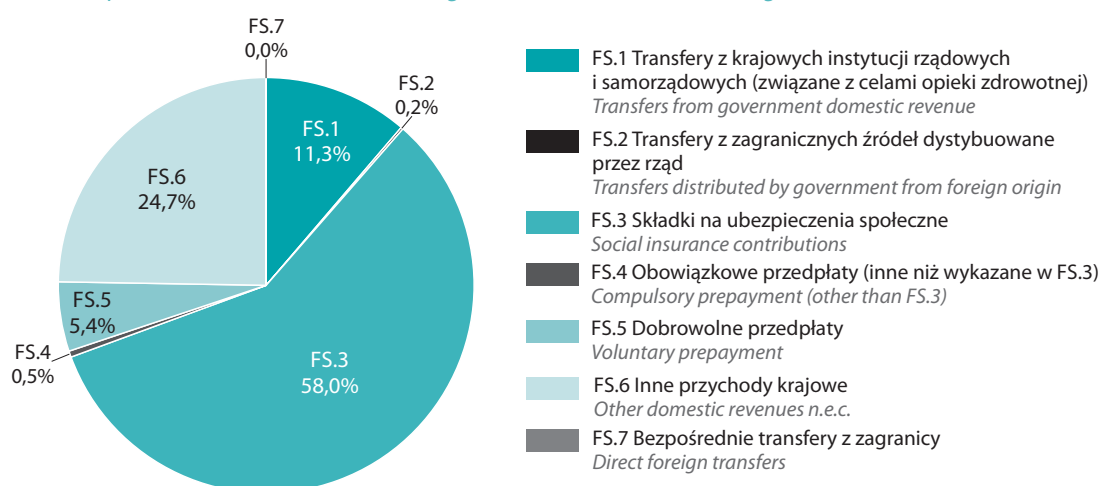
**Struktura wydatków ze względu na przychody schematów finansowania**

Jak wyżej wspomniano wydatki na ochronę zdrowia ujęte w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia przedstawione zostały według 3. podstawowych przekrojów (schematów finansowania – klasyfikacja HF, świadczeniodawców usług zdrowotnych – klasyfikacja HP i funkcji ochrony zdrowia – klasyfikacja – HC), do sporządzania których kraje zostały zobligowane Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego. Na System narodowych rachunków zdrowia SHA2011 składają się również dodatkowe klasyfikacje, według których mogą być ujmowane wydatki na ochronę zdrowia. Tak zgrupowane wydatki umożliwiają wszechstronną analizę finansowania opieki zdrowotnej. Kraje zachęcane są do poszerzania swoich rachunków w przyszłości o dodatkowe przekroje. Jednym z nich jest przekrój „Przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej” – FS, obrazujący sposoby finansowania wydatków na ochronę zdrowia.

Klasyfikacja przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej dostarcza kompleksowej informacji o mechanizmach gromadzenia środków przeznaczonych na sfinansowanie wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Kategoriami klasyfikacji są typy transakcji stanowiące środki finansowe zasilające system opieki zdrowotnej.

Wykres 67. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia

Chart 67. Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2016



W 2016 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych społecznych składek na ubezpieczenia zdrowotne – 58,0% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego rodzaju składek (w 2015 r. 58,6%). Kategoria ta obejmuje zarówno składki opłacane przez samych pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek czy inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych. Prawie jedną czwartą (24,7%) (w 2015 r. 24,8%) wydatków na ochronę zdrowia stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne (gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne). Kolejną grupą przychodów w systemie opieki zdrowotnej były fundusze alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe. 11,3% (w 2015 r. 11,0%) wydatków na ochronę zdrowia zostało sfinansowanych ze środków przekazanych przez te instytucje na cele opieki zdrowotnej. Dobrowolne przedpłaty dokonywane przez krajowe jednostki instytucjonalne w ramach funkcjonujących na rynku ubezpieczeniowym różnych form dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych były źródłem finansowania 5,4% (w 2015 r. 5,0%) wydatków na ochronę zdrowia. Udział pozostałych form finansowania opieki wyniósł 0,7% środków wydatkowanych na ten cel.

Porównanie wydatków w krajach OECD

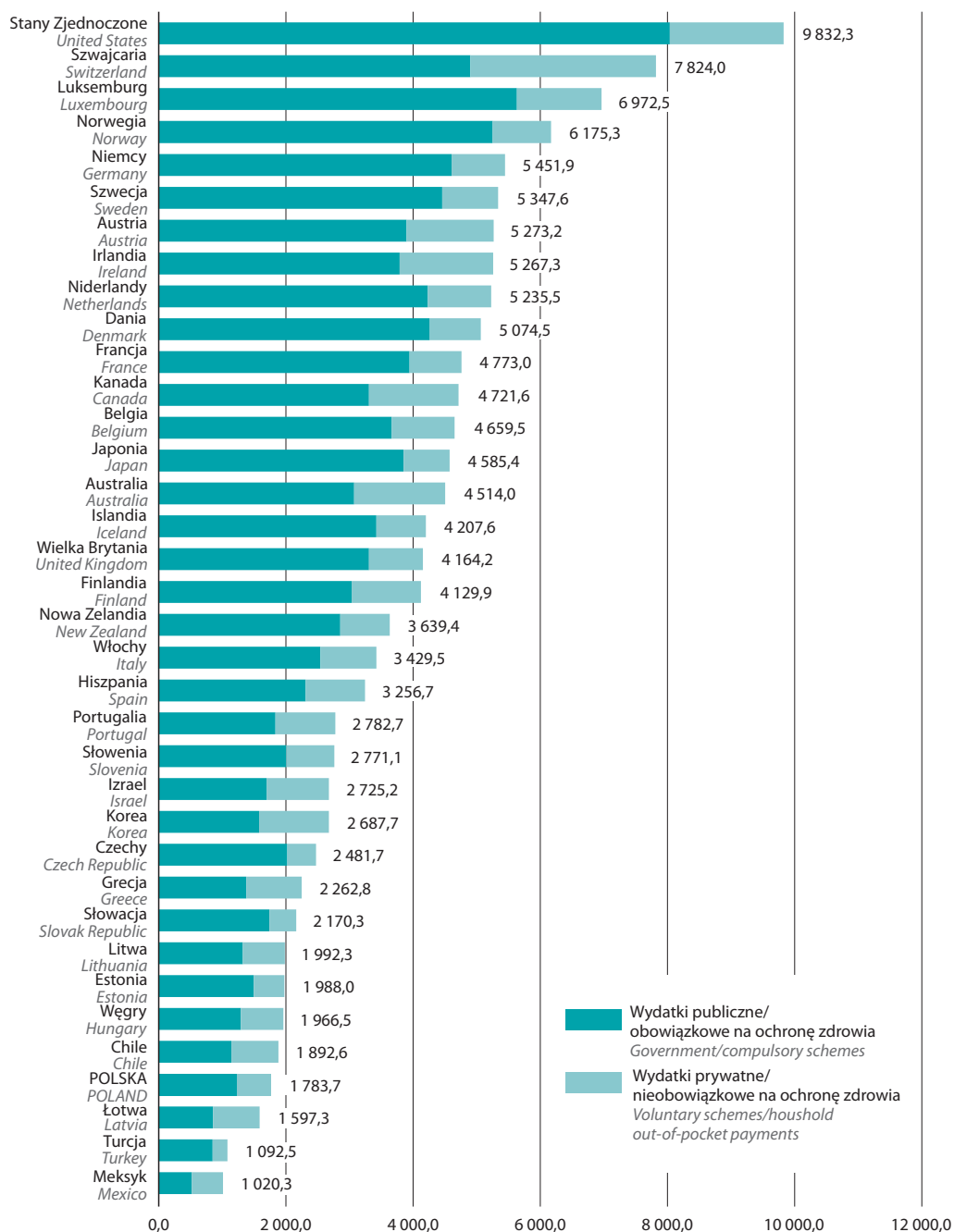
Tablica 11. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD w latach 2014, 2015, 2016

Table 11. Current expenditure on health care in OECD countries in 2014, 2015 and 2016

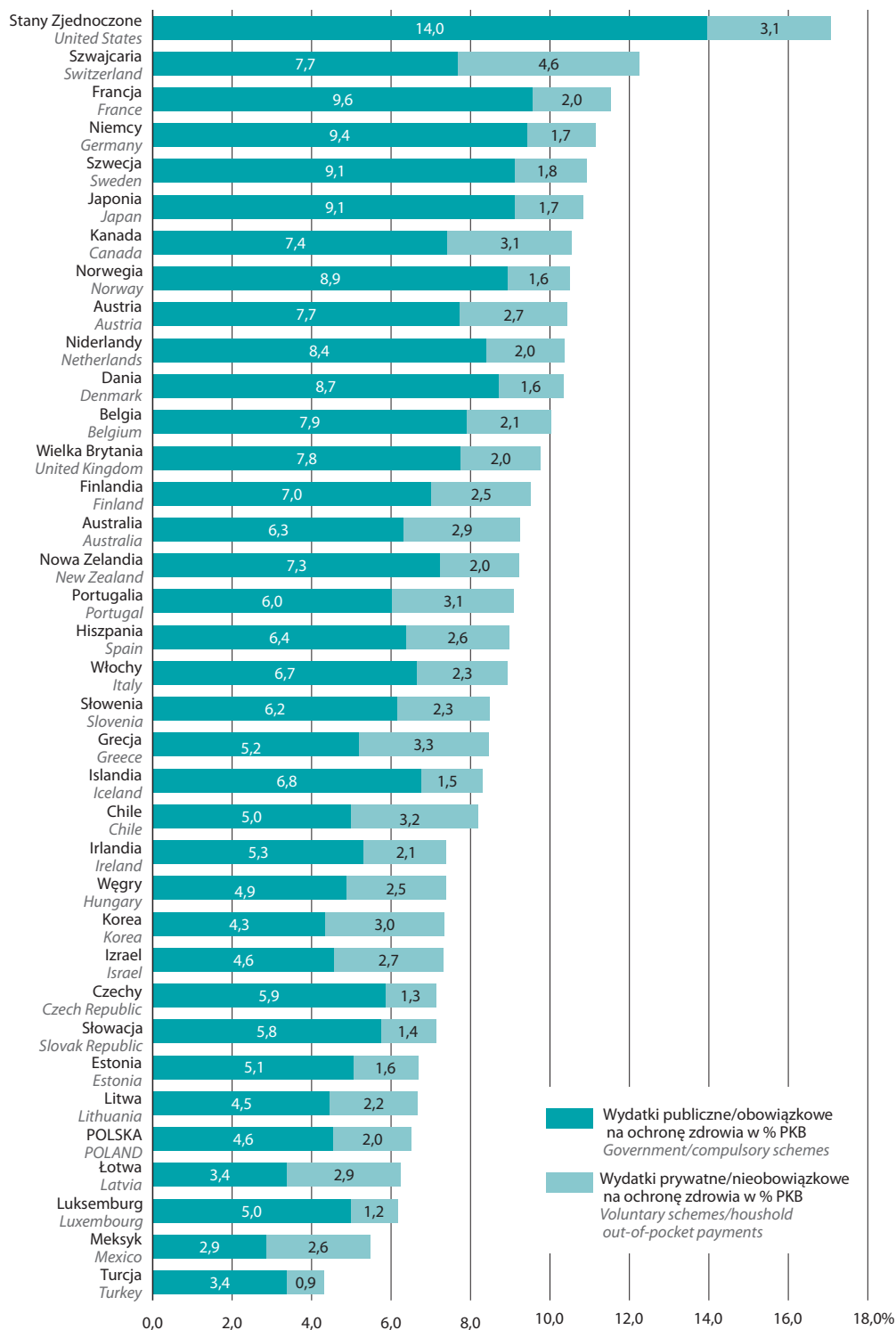
Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2014	2015	2016	2014	2015	2016	2014	2015	2016
Australia/Australia	4 300,4	4 414,0	4 514,0	9,1	9,3	9,3	67,4	68,2	68,3
Austria/Austria	5 059,6	5 159,3	5 273,2	10,4	10,3	10,4	74,0	74,1	74,1
Belgia/Belgium	4 612,0	4 589,5	4 659,5	10,3	10,1	10,0	78,2	78,4	78,8
Kanada/Canada	4 538,2	4 632,8	4 721,6	10,0	10,4	10,5	70,4	70,5	70,3
Chile/Chile	1 731,7	1 803,1	1 892,6	7,6	8,0	8,2	60,4	60,8	60,9
Czechy/Czech Republic	2 469,1	2 392,6	2 481,7	7,7	7,1	7,1	82,7	83,5	82,0
Dania/Denmark	4 872,5	5 000,8	5 074,5	10,2	10,3	10,4	84,2	84,2	84,1
Estonia/Estonia	1 771,7	1 859,6	1 988,0	6,2	6,5	6,7	75,7	75,6	75,7
Finlandia/Finland	3 931,4	4 099,0	4 117,9	9,5	9,7	9,5	74,9	74,9	74,5
Francja/France	4 666,1	4 656,6	4 773,0	11,6	11,5	11,5	76,5	76,6	82,9
Niemcy/Germany	5 160,1	5 297,0	5 451,9	11,0	11,1	11,1	84,4	84,3	84,6
Grecja/Greece	2 133,7	2 187,7	2 262,8	8,0	8,2	8,5	58,2	58,3	61,3
Węgry/Hungary	1 810,4	1 861,9	1 966,5	7,1	7,1	7,4	67,1	66,9	66,2
Islandia/Iceland	3 784,9	3 964,2	4 207,6	8,5	8,3	8,3	80,5	80,8	81,5
Irlandia/Ireland	4 939,5	5 106,3	5 267,3	9,7	7,4	7,4	70,4	71,2	72,1
Izrael/Israel	2 458,0	2 646,9	2 725,2	7,2	7,4	7,3	63,2	62,7	62,5
Włochy/Italy	3 250,5	3 292,3	3 429,5	9,0	9,0	8,9	75,6	74,6	74,5
Japonia/Japan	4 245,2	4 428,3	4 585,4	10,8	10,9	10,8	84,1	84,1	84,3
Korea/Korea	2 290,8	2 481,6	2 687,7	6,8	7,0	7,3	58,8	58,9	59,2
Łotwa/Latvia	1 301,1	1 399,7	1 597,3	5,5	5,7	6,2	59,7	57,0	54,6
Litwa/Lithuania	1 745,5	1 864,1	1 992,3	6,2	6,5	6,7	67,6	67,1	66,9
Luksemburg/Luxembourg	6 689,9	6 496,9	6 447,7	6,4	6,2	6,2	82,3	81,8	80,9
Meksyk/Mexico	1 020,8	1 037,4	1 020,3	5,6	5,8	5,5	51,8	52,2	52,3
Niderlandy/Netherlands	5 277,9	5 148,4	5 235,5	10,9	10,4	10,4	80,7	81,0	81,0
Nowa Zelandia/ New Zealand	3 511,5	3 524,0	3 639,4	9,4	9,3	9,2	79,6	79,0	78,7
Norwegia/Norway	6 157,6	6 239,4	6 175,3	9,3	10,1	10,5	85,3	85,5	85,1
POLSKA/POLAND	1 599,7	1 687,0	1 784,3	6,2	6,3	6,5	70,7	70,0	69,8
Portugalia/Portugal	2 593,6	2 649,6	2 782,7	9,0	9,0	9,1	66,1	66,2	66,4
Słowacja/Slovakia	1 998,4	2 027,4	2 170,3	6,9	6,9	7,1	80,2	79,7	80,8
Słowenia/Slovenia	2 624,6	2 675,4	2 771,1	8,5	8,5	8,5	71,1	71,7	72,7
Hiszpania/Spain	3 042,0	3 175,5	3 256,7	9,0	9,1	9,0	70,4	71,3	71,2
Szwecja/Sweden	5 183,4	5 271,9	5 347,6	11,1	11,0	10,9	83,4	83,3	83,5
Szwajcaria/Switzerland	7 115,2	7 570,2	7 824,0	11,5	11,9	12,2	63,2	63,4	62,8
Turcja/Turkey	1 042,6	1 028,9	1 092,5	4,3	4,1	4,3	77,6	78,1	78,4
Wielka Brytania/ United Kingdom	3 958,3	4 071,8	4 164,2	9,7	9,8	9,8	79,6	79,6	79,5
Stany Zjednoczone/ United States	9 027,8	9 491,4	9 832,3	16,5	16,8	17,1	81,4	81,9	81,8

Wykres 68. Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD według parytetu siły nabywczej w USD na 1 mieszkańca w 2016 r.

Chart 68. Current expenditure on health care in OECD countries per capita in 2016, current prices, PPPs,.



Wykres 69. Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD jako % PKB w 2016 r.
 Chart 69. Current expenditure on health care in OECD countries as % of GDP in 2016.



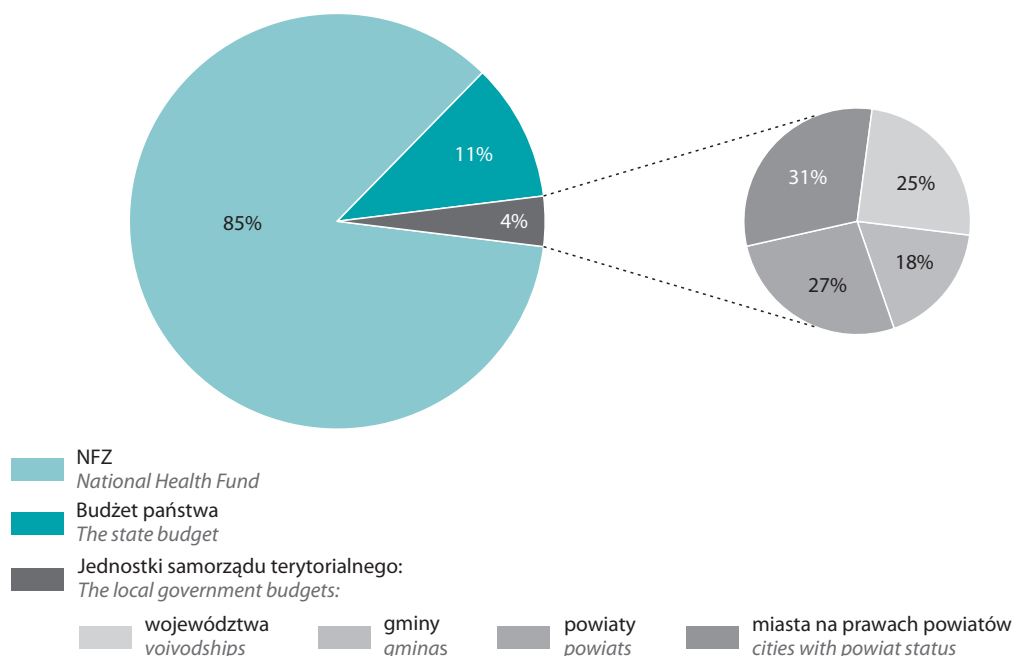
3.2 Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

3.2 Public expenditure on health care

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną rejestrowane są w dziale „851 – Ochrona zdrowia” klasyfikacji budżetowej⁸⁴. Wyniki badań wydatków publicznych⁸⁵, realizowane corocznie w ramach pbssp, pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2017 r.

Wykres 70. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2017 r.

Chart 70. Structure of public expenditure on health care in 2017



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez **NFZ**⁸⁶ wyniosły 76 290 mln zł (o 7,6% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na lecnicstwo szpitalne (50,7%), podstawową opiekę zdrowotną (13,4%) oraz refundację leków (10,8%).

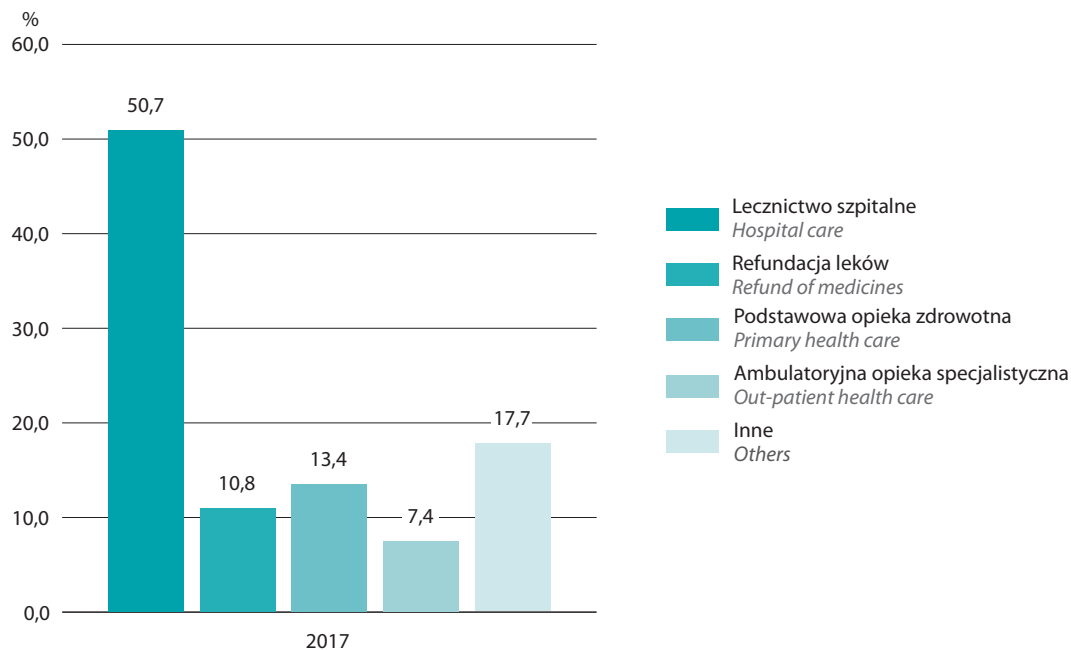
⁸⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (Dz.U. 2017 poz. 2077).

⁸⁵ Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S).

⁸⁶ Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2017 r.

Wykres 71. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ

Chart 71. Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund



Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, w gestii których znalazło się łącznie 15% wydatków.

Dane zamieszczone w tablicy 12 pokazują, że w odniesieniu do zeszłego roku, wskaźniki charakteryzujące wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2017 r. na poszczególnych poziomach administracji rządowej i samorządowej wzrosły. Wyjątkiem były budżety powiatów, w przypadku których wydatki na ochronę zdrowia zmalały o 10,2%, udział tych wydatków w budżecie powiatów zmniejszył się o 0,7 p. proc., a w wartościach nominalnych wydatki te zmalały w porównaniu z ub. rokiem o 105,5 mln. zł. Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków niewiele się zmieniła: 73,4% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2016 r. – 71,3%), miast na prawach powiatu – 8,2% (w 2016 r. – 8,4%), powiatów – 7,1% (w 2016 r. – 9,0%), i województw – 6,6% (w zeszłym roku – 6,3%), a gmin – nieco poniżej 5% wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego.

Tablica 12. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2015-2017Table 12. *The State and local government budget expenditure and on health care in 2015-2017*

Wyszczególnienie <i>Specification</i>	2015	2016	2017	2015	2016	2017	
	w mln złotych / in mln zł			w % / in %			2016=100
Budżet państwa <i>The state budget</i>							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓŁEM/ <i>TOTAL STATE BUDGET</i>	331 743,4	360 092,8	374 471,8	100,0	100,0	100,0	104,0
w tym ochrona zdrowia/ <i>of which health care</i>	7 324,5	8 233,8	9 598,4	2,2	2,3	2,6	116,6
Budżety samorządów terytorialnych <i>The local government budgets</i>							
Województwa ogółem/ <i>Voivodships in total</i>	17 202,7	12 617,4	14 317,4	100,0	100,0	100,0	113,5
w tym ochrona zdrowia/ <i>of which health care</i>	1 106,7	732,5	863,8	6,4	5,8	6,0	117,9
Miasta na pr. powiatu ogółem/ <i>Cities with powiat status in total</i>	69 824,2	71 941,5	78 504,1	100,0	100,0	100,0	109,1
w tym ochrona zdrowia/ <i>of which health care</i>	1 063,2	965,5	1 066,0	1,5	1,3	1,4	110,4
Powiaty ogółem/ <i>Powiats in total</i>	23 444,1	23 300,6	25 360,4	100,0	100,0	100,0	108,8
w tym ochrona zdrowia/ <i>of which health care</i>	1 183,7	1 036,1	930,6	5,0	4,4	3,7	89,8
Gminy ogółem/ <i>Gminas in total</i>	85 944,4	98 175,1	111 984,4	100,0	100,0	100,0	114,1
w tym ochrona zdrowia/ <i>of which health care</i>	553,0	586,4	618,1	0,6	0,6	0,6	105,4

Źródło: Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S).

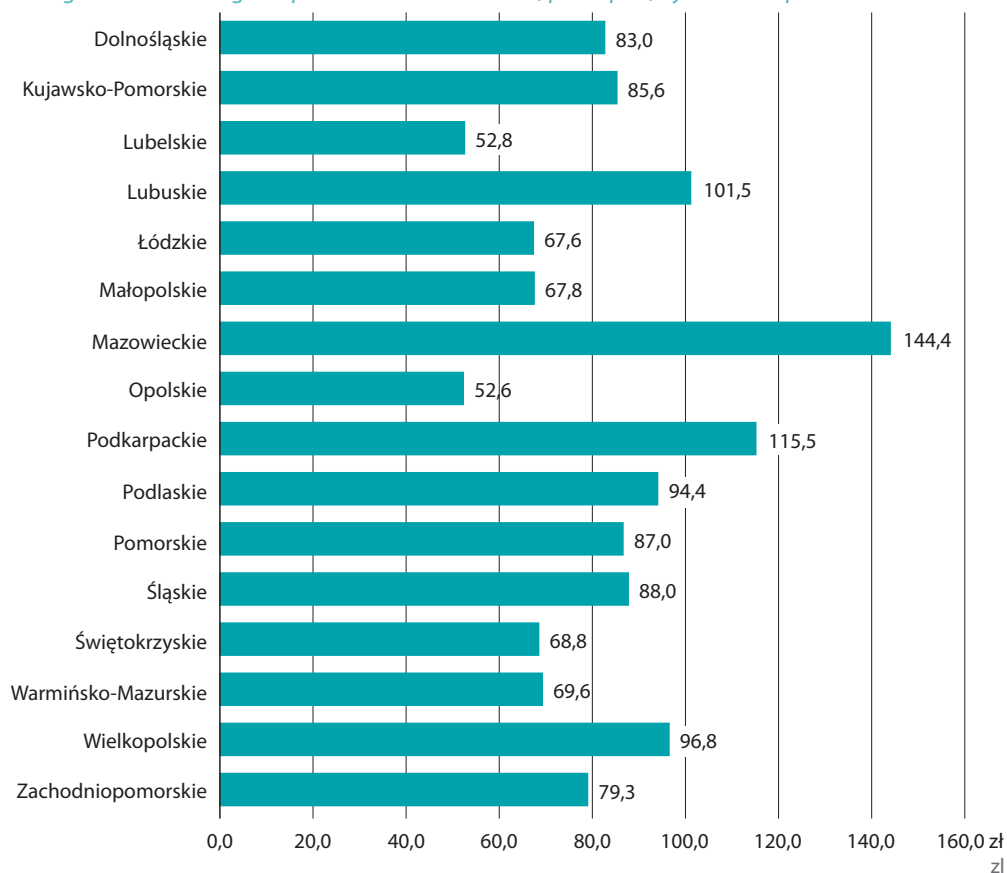
W 2017 r. wydatki z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia wyniosły 9 598,4 mln i stanowiły 2,6% łącznych wydatków z budżetu.

Natomiast **samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3 478,5 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,5% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (w roku poprzednim 1,6%).

W skali kraju **samorządy terytorialne** wydały na ochronę zdrowia przeciętnie 90,5 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2016 roku 86,4 zł). Kwoty te różniły się znacznie w przypadku poszczególnych województw. Najwyższe wydatki na osobę w 2017 r. odnotowano w województwie mazowieckim (144,4 zł) i województwie podkarpackim (115,5 zł), natomiast najmniej wydano w województwach: opolskim (52,6 zł) i lubelskim (52,8 zł).

Wykres 72. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2017 r.

Chart 72. Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2017



Struktura wydatków z **budżetu państwa** oraz z budżetów samorządów terytorialnych była podobna jak przed rokiem. Strumienie wydatków budżetu państwa skierowane były głównie na: ratownictwo medyczne⁸⁷ (21,6%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (13,7%). Istotny był również udział wydatków na programy polityki zdrowotnej (10,8%), inspekcję sanitarną (10,9%) i funkcjonowanie szpitali (10,8%).

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (618,1 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (68,3%) i na szpitale ogólne (6,8%).

Powiaty, w dominującej części przeznaczyły swoje środki (930,6 mln) na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 64,0%) oraz na szpitale (28,2%).

Spośród jednostek terytorialnych, miasta na prawach powiatu dysponowały największym budżetem (łącznie 1 066,0 mln zł) i przeznaczyły go głównie na 3 rozdziały budżetowe: szpitale ogólne (34,2%), przeciwdziałanie alkoholizmowi (25,6%) oraz na składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (17,5%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (863,8 mln zł) nadal dominowały wydatki na szpitale (68,2% budżetu województw na zdrowie). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (9,4%) i na leczenie psychiatryczne (5,4%).

⁸⁷ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

4. WYBRANE PROBLEMY

4. Selected problems

4.1 Sprzęt medyczny i jego wykorzystanie w 2017 r.

4.1 Medical technologies and their use in 2017

Aparatura medyczna jest ważnym elementem systemu ochrony zdrowia. Umożliwia ona wykonywanie określonych procedur medycznych, które służą między innymi do oceny czynności fizjologicznej poszczególnych narządów, wykrywania patologicznych zmian, czy też kontrolowania przebiegu leczenia chorób. Zasoby aparatury medycznej oraz ich stan techniczny wraz z kwalifikacjami personelu medycznego determinują możliwości wykonywania określonych badań diagnostycznych.

Pojęcie aparatura medyczna odnosi się do pojęcia „wyrób medyczny”, rozumianego zgodnie z art. 2 ust. 1 pkt 38 Ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (tekst jednolity Dz.U. 2017 r. poz. 211, z późn. zm.), jako „narzędzie, przyrząd, urządzenie, oprogramowanie, materiał lub inny artykuł, stosowany samodzielnie lub w połączeniu, w tym z oprogramowaniem przeznaczonym przez jego wytwórcę do używania specjalnie w celach diagnostycznych lub terapeutycznych i niezbędnym do jego właściwego stosowania, przeznaczony przez wytwórcę do stosowania u ludzi w celu:

- a) diagnozowania, zapobiegania, monitorowania, leczenia lub łagodzenia przebiegu choroby,
- b) diagnozowania, monitorowania, leczenia, łagodzenia lub kompensowania skutków urazów lub upośledzenia,
- c) badania, zastępowania lub modyfikowania budowy anatomicznej lub procesu fizjologicznego,
- d) regulacji poczęć,

który nie osiąga zasadniczego zamierzonego działania w ciele lub na ciele ludzkim środkami farmakologicznymi, immunologicznymi lub metabolicznymi, lecz którego działanie może być wspomagane takimi środkami”.

Źródłem danych prezentowanych w niniejszym rozdziale są wyniki badań statystycznych prowadzonych w ramach statystyki resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji na formularzach MZ-29 Sprawozdanie o działalności szpitala ogólnego, MZ-11 Sprawozdanie o działalności i pracujących w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej oraz MSWiA-43 Sprawozdanie z działalności szpitala ogólnego i szpitala specjalistycznego. Obserwacją statystyczną objęty jest sprzęt medyczny będący własnością szpitali ogólnych oraz podmiotów leczniczych wykonujących działalność leczniczą udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz wykonane z zastosowaniem tego sprzętu badania i zabiegi diagnostyczne. Podmioty lecznicze wykazują działalność następujących pracowni diagnostycznych: medycyny nuklearnej, radioterapii, diagnostyki obrazowej, pracowni badań czynnościowych, jak również wykorzystanie sprzętu zabiegowo-diagnostycznego takiego jak: aparaty operacyjne i śródoperacyjne, litotryptery oraz aparaty hemodynamiczne.

W 2017 r. w badanych pracowniach diagnostycznych zrealizowano ponad 8,9 mln badań, z czego najwięcej (62,2%) w pracowniach diagnostyki obrazowej. W pracowniach badań czynnościowych przeprowadzono 26,2% badań, a w pracowniach radioterapii i medycyny nuklearnej odpowiednio 9,1% i 2,5% badań. Ponadto przeprowadzono ponad 391 tys. zabiegów z użyciem sprzętu zabiegowo-diagnostycznego, z czego zdecydowana większość (91,8%) odbyła się z wykorzystaniem aparatów hemodynamicznych (jednopłaszczyznowego angiografu cyfrowego i dwupłaszczyznowego angiografu cyfrowego). Odsetek zabiegów, w których wykorzystano litotryptery oraz aparaty operacyjne i śródoperacyjne (mobilny tomograf komputerowy, mobilny akcelerator liniowy) wyniósł odpowiednio 7,4% oraz 0,8%.

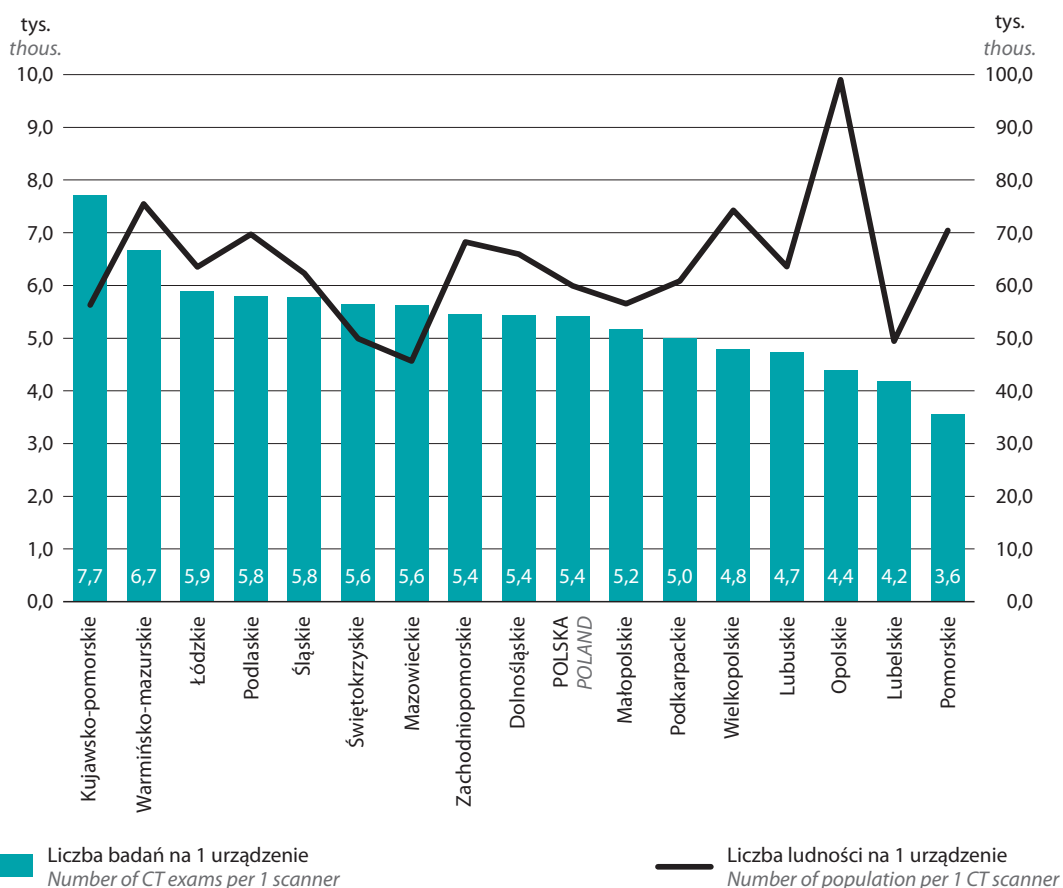
Urządzenia medyczne takie jak tomografy komputerowe i rezonanse magnetyczne uznane są za nowe technologie medyczne. Ich zastosowanie daje nieporównywalne możliwości zarówno diagnostyczne, jak i lecznicze, ale jednocześnie wiąże się ze wzrostem nakładów finansowych w systemie ochrony zdrowia. Poniżej zaprezentowano wykorzystanie w 2017 r. przez pracownie diagnostyki obrazowej tomografów komputerowych, rezonansów magnetycznych oraz mammografów.

W końcu 2017 r. własnością podmiotów leczniczych było 641 tomografów komputerowych, 301 rezonansów magnetycznych i 362 mammografów. Na urządzeniach tych zrealizowano niespełna 3,5 mln tomografii komputerowych, ponad 1,3 mln rezonansów magnetycznych oraz ponad 786 tys. mammografii.

Tomografia komputerowa jest badaniem radiologicznym wykorzystującym promienie elektromagnetyczne (rentgenowskie). Pozwala na uzyskanie obrazów tomograficznych (przekrojów) badanego obiektu. Wykorzystuje złożenie projekcji obiektu wykonanych z różnych kierunków do utworzenia obrazów przekrojowych (2D) i przestrzennych (3D).

W 2017 r. średnio w skali kraju na 1 tomografie komputerowym wykonano niespełna 5,5 tys. badań. Największą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (ponad 7,7 tys. badań), a najmniejszą – w pomorskim (niespełna 3,6 tys. badań).

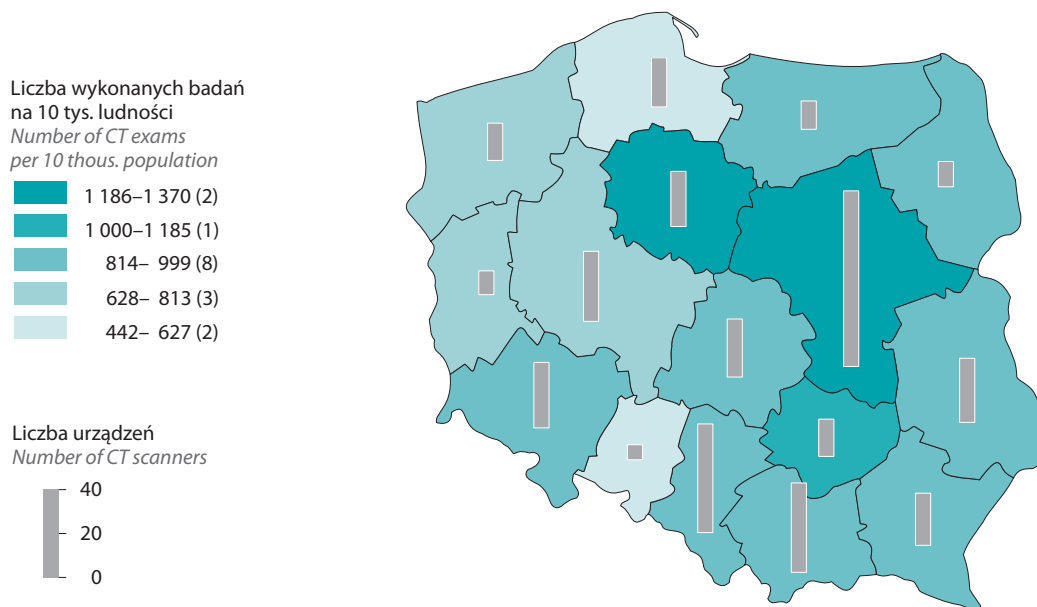
Wykres 73. Liczba badań oraz liczba ludności na 1 tomograf komputerowy według województw
Chart 73. Number of diagnostic exams and number of population per 1 computed tomography scanner by voivodships



Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.

Mapa 15. Liczba tomografów komputerowych oraz liczba wykonanych badań na 10 tys. ludności według województw

Map 15. Number of computed tomography scanners and number of diagnostic exams per 10 thous. population by voivodships



Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.

Na 1 urządzenie tego typu przypadło średnio 60 tys. osób. Największą liczbę ludności na 1 tomograf komputerowy zaobserwowano w województwie opolskim (99 tys. osób), a najmniejszą w mazowieckim (niespełna 46 tys. ludności).

W 2017 r. w przeliczeniu na 10 tys. ludności wykonano ponad 900 tomografii. Największą wartość wspomnianego wskaźnika odnotowano w województwie kujawsko-pomorskim (prawie 1,4 tys. badań), a najmniejszą w województwie opolskim (442 badania).

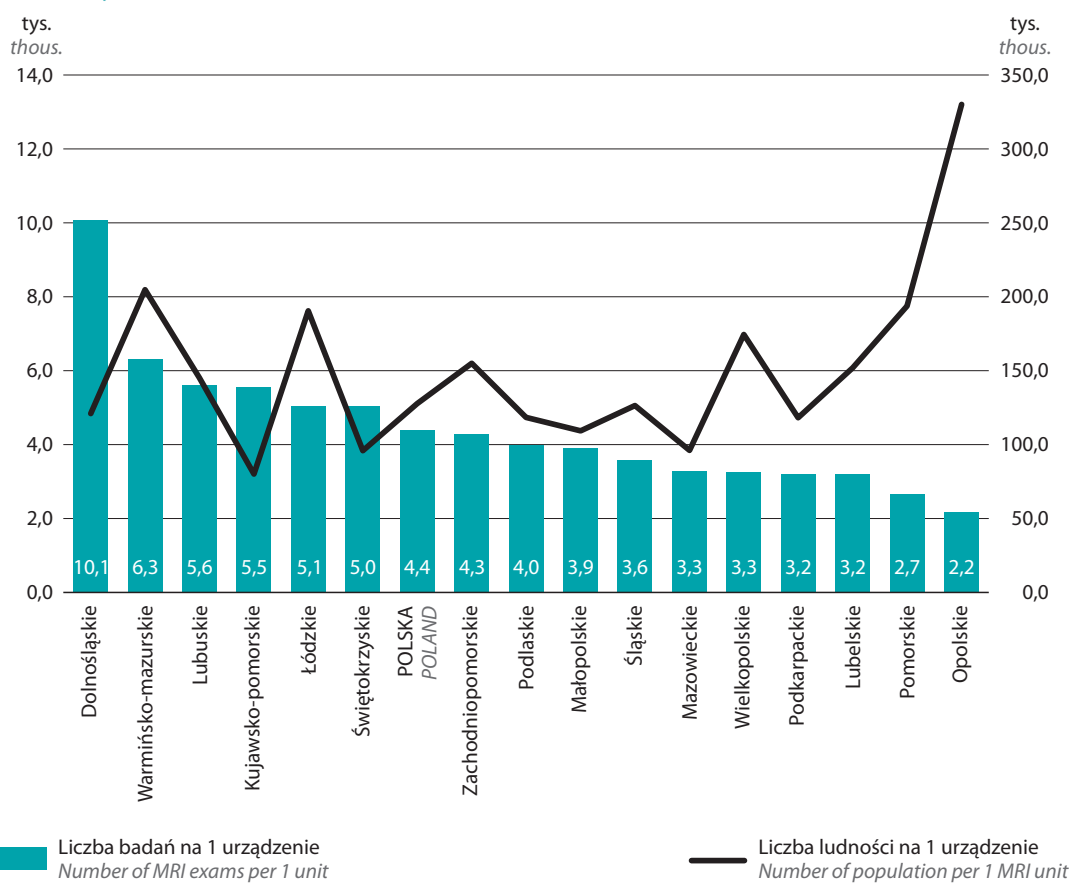
Badanie rezonansem magnetycznym jest jedną z podstawowych technik diagnostyki obrazowej wykorzystującym pole elektromagnetyczne. Umożliwia przedstawienie przekrojów narządów wewnętrznych człowieka we wszystkich płaszczyznach, co pozwala na rozpoznanie wielu rodzajów chorób.

W 2017 r. średnio w skali kraju na 1 urządzeniu rezonansu magnetycznego zrealizowano ponad 4,4 tys. badań. Największą wartość tego wskaźnika wystąpiła w województwie dolnośląskim (prawie 10,1 tys. badań), a najmniejszą w opolskim (2,2 tys. badań).

Liczba ludności przypadająca na 1 rezonans magnetyczny wyniosła 127,7 tys. osób, najwięcej w województwie opolskim – 330,0 tys. ludności, a najmniej w kujawsko-pomorskim – 80,1 tys. osób.

W 2017 r. w przeliczeniu na 10 tys. ludności zrealizowano niespełna 350 badań rezonansu magnetycznego. W województwie dolnośląskim zaobserwowano największą wartość wspomnianego wskaźnika (833 badania), a najmniejszą w województwie opolskim (prawie 66 badań).

Wykres 74. Liczba badań oraz liczba ludności na 1 rezonans magnetyczny według województw
 Chart 74. Number of diagnostic exams and number of population per 1 magnetic resonance imaging unit by voivodships



Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.

Mapa 16. Liczba rezonansów magnetycznych oraz liczba wykonanych badań na 10 tys. ludności według województw

Map 16. *Number of magnetic resonance imaging units and number of diagnostic exams per 10 thous. population by voivodships*



Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.

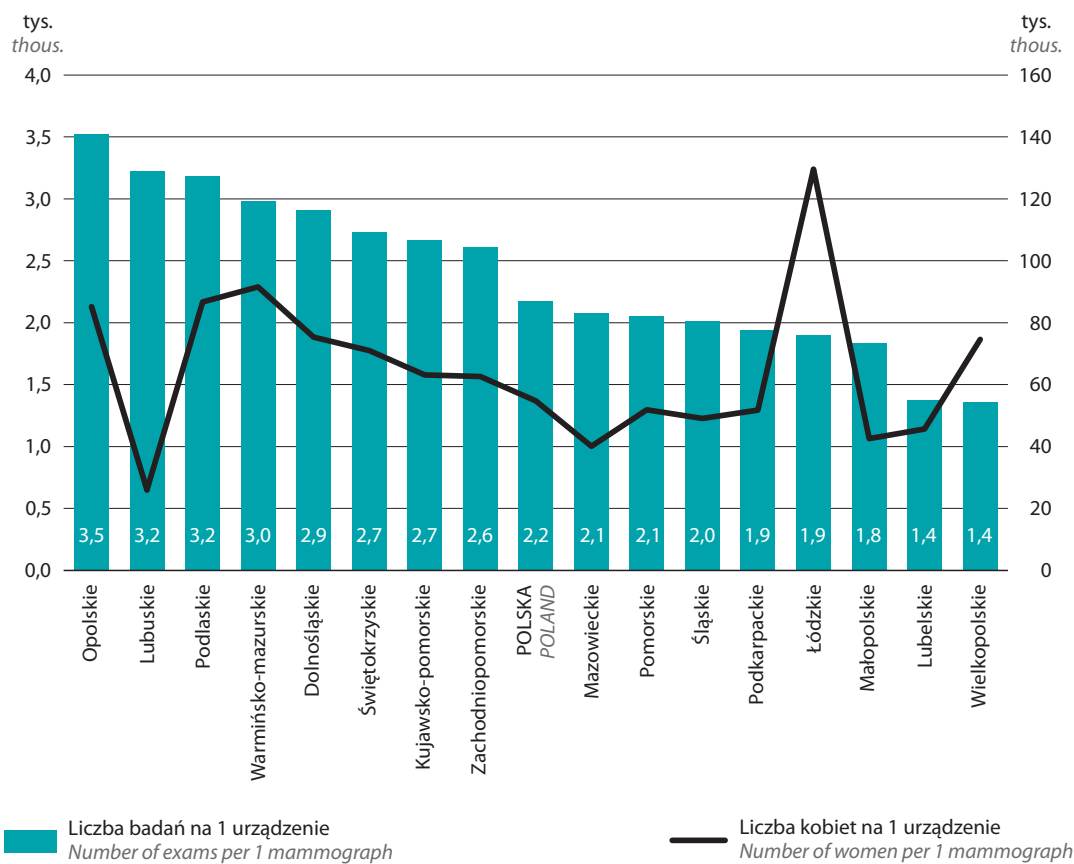
W profilaktyce zdrowotnej kobiet szczególne znaczenie odgrywa mammografia, która polega na wykonywaniu serii zdjęć rentgenowskich piersi. Pozwala na rozpoznanie i wykrycie tzw. zmian bezobjawowych (guzków oraz innych nieprawidłowości w piersi) w bardzo wczesnym etapie rozwoju nowotworu piersi.

W 2017 r. średnio w skali kraju przeprowadzono na 1 mammografie niespełna 2,2 tys. badań. W przekroju województw największą wartość wskaźnika zaobserwowano w województwie opolskim (3,5 tys. badań), a najmniejszą – w wielkopolskim (niespełna 1,4 tys.).

W skali kraju na 1 mammograf przypadło średnio 54,8 tys. kobiet. Najwięcej kobiet na 1 urządzenie odnotowano w województwie łódzkim (130 tys.), a najmniej w lubuskim (26 tys.).

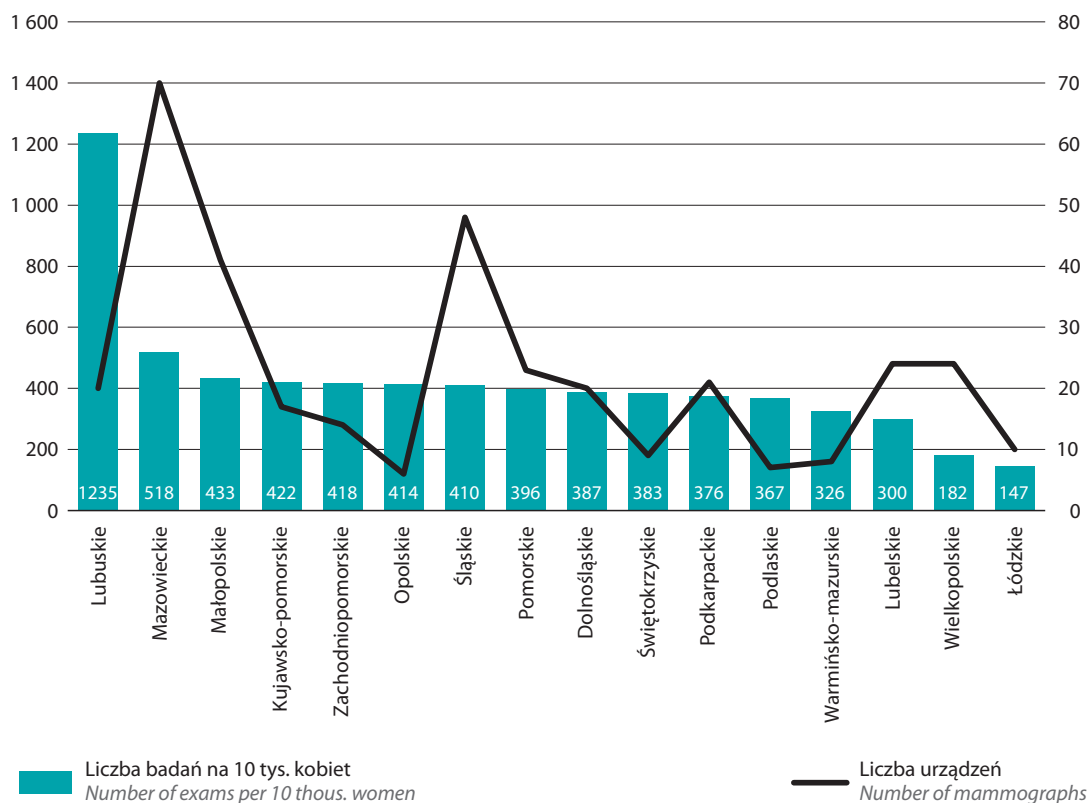
W 2017 r. w przeliczeniu na 10 tys. kobiet. wykonano średnio 396 badań mammograficznych. Największa wartość wskaźnika wystąpiła w województwie lubuskim (1235 mammografii), a najmniejsza w województwie łódzkim (147 badań).

Wykres 75. Liczba badań oraz liczba kobiet na 1 mammograf według województw
 Chart 75. Number of diagnostic exams and number of women per 1 mammograph by voivodships



Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.

Wykres 76. Liczba mammografów oraz liczba wykonanych badań na 10 tys. kobiet według województw
 Chart 76. Number of mammographs and number of diagnostic exams per 10 thous. women by voivodships



Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.

Dane o wykorzystaniu wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego przekazywane są corocznie do OECD, Eurostat i WHO w ramach Wspólnych Kwestionariuszy dla danych niefinansowych ("Joint OECD/Eurostat/WHO (Europe) questionnaire on non-monetary health care statistics") i następnie publikowane w bazie danych OECD Health Statistics.

Dane za 2016 r. wskazują, że wykorzystanie i dostępność do tomografu komputerowego, rezonansu magnetycznego i mammografu, mierzone liczbą urządzeń na 1 mln ludności oraz liczbą badań na 1000 ludności, było zróżnicowane w poszczególnych krajach.

W 2016 r. stosunkowo wysokie wskaźniki liczby tomografów komputerowych przypadających na 1 mln ludności zaobserwowano w Australii oraz Stanach Zjednoczonych (odpowiednio ponad 62 i 41 urządzeń), a spośród krajów europejskich w Danii, Szwajcarii i Islandii (około 39 tomografów). W Polsce wartość tego wskaźnika wyniosła około 17 urządzeń na 1 mln ludności, podobnie jak w Luksemburgu, Irlandii, Słowacji czy Estonii. Najwięcej badań tomografii komputerowej w przeliczeniu na 1000 ludności odnotowano w Stanach Zjednoczonych (ponad 250 tomografii). W Luksemburgu, Islandii i Francji wskaźnik ten przekroczył 200 badań na 1000 ludności, podczas gdy w Polsce był prawie dwukrotnie mniejszy. Najmniej tego typu badań w przeliczeniu na 1000 ludności wykonano w Finlandii (ponad 36 tomografii).

Podobnie jak w przypadku tomografów komputerowych najwięcej urządzeń rezonansu magnetycznego na 1 mln ludności odnotowano w Stanach Zjednoczonych (ponad 36 aparatów), gdzie liczba wykonanych badań na tym sprzęcie w przeliczeniu na 1000 ludności również była stosunkowo największa (około 120 badań). W Polsce na 1 mln ludności przypadało niespełna 8 urządzeń rezonansu magnetycznego. Biorąc pod uwagę wykorzystanie urządzeń rezonansu magnetycznego to Polska charakteryzowała się najniższym wskaźnikiem wykonanych badań na 1000 ludności (30 badań).

W zakresie mammografów dane dostępne w bazie danych OECD Health Statistics ograniczają się do wskaźnika liczby urządzeń na 1 mln ludności. W 2016 r. wysokie jego wartości odnotowano w przypadku Grecji (62 mammografy), Korei (prawie 58 urządzeń) i Stanów Zjednoczonych (52 mammografy). Ponad 30 aparatów tego typu przypadało na 1 mln ludności we Włoszech i Finlandii. W Polsce wskaźnik ten był prawie trzykrotnie mniejszy i był najniższy wśród krajów europejskich.

Tablica 13. Wykorzystanie sprzętu medycznego w wybranych krajach OECD w 2016 r.

Table 13. Use of medical technologies in selected CECD countries in 2016

KRAJ Country	Liczba urządzeń na 1 mln ludności Number of equipment per 1 mln population			Liczba badań na 1000 ludności Number of diagnostic exams per 1000 population	
	tomograf komputerowy Computed Tomography scanner	rezonans magnetyczny Magnetic Resonance Imaging unit	mammograf mammograph	tomograf komputerowy Computed Tomography scanner	rezonans magnetyczny Magnetic Resonance Imaging unit
Australia <i>Australia</i>	62,95	14,29	23,21	119,2	42,4
Czechy <i>Czech Republic</i>	15,52	8,52	10,98	107,4	49,8
Dania <i>Denmark</i>	39,11	.	16,06	160,7	82,2
Estonia <i>Estonia</i>	17,48	13,68	11,40	166,0	52,7
Finlandia <i>Finland</i>	24,20	25,48	30,57	36,8	39,1
Francja <i>France</i>	16,92	13,52	.	204,4	113,9
Grecja <i>Greece</i>	36,66	26,63	62,18	150,3	64,0
Hiszpania <i>Spain</i>	18,26	15,92	16,31	108,7	82,5
Holandia <i>Netherlands</i>	13,04	12,80	.	88,7	48,8
Irlandia <i>Ireland</i>	17,24	14,72	13,88	.	.
Islandia <i>Island</i>	38,76	20,87	17,89	204,8	92,9
Korea Południowa <i>Korea</i>	37,80	27,81	57,82	191,2	33,8
Litwa <i>Lithuania</i>	23,01	12,20	14,64	99,8	45,1
Luksemburg <i>Luxembourg</i>	17,14	12,00	12,00	210,6	83,4
Łotwa <i>Latvia</i>	36,23	13,78	25,01	178,4	47,7
Polska <i>Poland</i>	17,33	7,87	10,24	108,8	30,1
Słowacja <i>Slovak Republic</i>	17,31	9,02	19,15	162,3	61,4
Słowenia <i>Slovenia</i>	14,04	11,14	15,98	65,1	51,9
Stany Zjednoczone <i>United States</i>	41,82	36,69	51,7	253,6	120,6
Turcja <i>Turkey</i>	14,53	10,55	11,74	188,8	.
Węgry <i>Hungary</i>	8,86	3,97	14,77	116,2	42,2
Włochy <i>Italy</i>	34,29	28,40	34,18	81,3	67,1

Źródło: OECD Health Statistics 2018.
Source: OECD Health Statistics 2018.

Tablica 14. Działalność pracowni diagnostycznych według województw w 2017 r.
Table 14. Activity of diagnostic laboratories by voivodships in 2017

WOJEWÓDZTWO VOIVODSHIPS	Gammakamera <i>Gamma camera</i>		PET-CT <i>PET-CT</i>		PET-MR <i>PET-MR</i>		Akcelerator liniowy <i>Linear accelerator</i>		Aparat do brachyterapii bezpośredniej <i>Camera for direct brachytherapy</i>	
	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>
POLSKA	149	185645	24	40121	1	184	131	796490	45	19281
Dolnośląskie	12	12100	2	6464	-	-	10	77000	2	1368
Kujawsko-pomorskie	8	11011	2	5070	1	184	9	5311	2	1155
Lubelskie	6	10525	2	1802	-	-	9	3964	3	464
Lubuskie	5	5583	1	45	-	-	3	1539	2	133
Łódzkie	10	14986	1	2078	-	-	8	4526	1	1441
Małopolskie	10	16482	3	5651	-	-	11	88779	4	511
Mazowieckie	37	50080	3	3331	-	-	24	47760	9	2785
Opolskie	5	2701	1	246	-	-	3	44396	1	484
Podkarpackie	3	1859	1	1254	-	-	4	19596	2	1032
Podlaskie	4	4469	1	1176	-	-	4	150135	1	799
Pomorskie	9	4133	1	13	-	-	6	27798	2	949
Śląskie	19	27156	4	7752	-	-	22	244946	8	5797
Świętokrzyskie	3	3043	1	3942	-	-	4	2287	2	833
Warmińsko-mazurskie	6	4607	1	1297	-	-	6	3055	1	210
Wielkopolskie	4	6063	-	-	-	-	-	-	1	147
Zachodniopomorskie	8	10847	-	-	-	-	8	75398	4	1173

Tablica 14. Działalność pracowni diagnostycznych według województw w 2017 r. (dok.)

Table 14. Activity of diagnostic laboratories by voivodships in 2017 (cont.)

WOJEWÓDZTWO VOIVODSHIPS	Tomograf komputerowy Computed Tomography scanner		Rezonans magnetyczny Magnetic Resonance Imaging unit		Mammograf Mammograph		Echokardiograf Echocardiograph		Elektroencefalograf Electroencephalograph		Elektromiograf Electromyograph	
	liczba urządzeń number of equipment	liczba badań number of diagnostic exams	liczba urządzeń number of equipment	liczba badań number of diagnostic exams	liczba urządzeń number of equipment	liczba badań number of diagnostic exams	liczba urządzeń number of equipment	liczba badań number of diagnostic exams	liczba urządzeń number of equipment	liczba badań number of diagnostic exams	liczba urządzeń number of equipment	liczba badań number of diagnostic exams
POLSKA	641	3468324	301	1327734	362	786179	2102	1780294	488	261884	231	308866
Dolnośląskie	44	238727	24	241705	20	58259	124	112186	37	17296	23	48964
Kujawsko-pomorskie	37	285402	26	144257	17	45264	119	99719	25	12694	12	13986
Lubelskie	43	179903	14	44877	24	32931	92	76326	30	14922	9	6198
Lubuskie	16	75881	7	39216	20	64450	39	65671	9	9934	5	2109
Łódzkie	39	229443	13	65684	10	19030	133	119927	28	15416	12	17465
Małopolskie	60	310280	31	121401	41	75457	227	174591	51	28069	29	29370
Mazowieckie	118	662862	56	183352	70	145160	343	289351	91	53934	48	78235
Opolskie	10	43857	3	6527	6	21159	57	33189	5	883	2	6
Podkarpackie	35	175063	18	57705	21	40793	101	88585	29	15918	10	3810
Podlaskie	17	98595	10	39907	7	22278	38	48278	9	5084	6	6068
Pomorskie	33	117379	12	31850	23	47174	118	99747	27	11019	14	14083
Śląskie	73	421633	36	129513	48	96582	360	277095	65	33890	35	64973
Świętokrzyskie	25	141179	13	65376	9	24549	79	53599	15	9595	6	4585
Warmińsko-mazurskie	19	126827	7	44126	8	23880	56	52431	17	5544	6	10208
Wielkopolskie	47	225138	20	65134	24	32591	139	125593	33	16875	6	3716
Zachodniopomorskie	25	136155	11	47104	14	36622	77	64006	17	10811	8	5090

Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.
Source: MZ-11, MZ-29, MSWiA-43 forms.

Tabl. 15. Sprzęt zabiegowo-diagnostyczny według województw w 2017 r.
Table 15. Surgical and diagnostic equipment by voivodship in 2017

WOJEWÓDZTWO VOIVODSHIPS	Mobilny tomograf komputerowy <i>Mobile Computed Tomography scanner</i>		Mobilny akcelerator liniowy <i>Mobile linear accelerator</i>		Litotrypter <i>Lithotripter</i>		Jednopłaszczyznowy angiograf cyfrowy <i>One-dimensional digital angiograph</i>		Dwupłaszczyznowy angiograf cyfrowy <i>Two-dimensional digital angiograph</i>	
	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>	liczba urządzeń <i>number of equipment</i>	liczba badań <i>number of diagnostic exams</i>
POLSKA	7	2920	3	209	172	28837	287	312706	47	46477
Dolnośląskie	1	1	-	-	11	1400	30	20972	4	4955
Kujawsko-pomorskie	2	122	1	-	14	3364	19	19267	2	3825
Lubelskie	-	-	-	-	14	3517	17	16521	3	3237
Lubuskie	-	-	-	-	4	496	8	13155	-	-
Łódzkie	1	1015	-	-	12	4875	15	15381	6	5566
Małopolskie	-	-	-	-	9	953	27	33176	3	2690
Mazowieckie	1	6	-	-	25	5247	39	42334	5	5587
Opolskie	1	1775	-	-	9	738	12	9345	-	-
Podkarpackie	-	-	-	-	7	753	16	18539	2	2115
Podlaskie	1	1	-	-	6	345	7	7953	2	2365
Pomorskie	-	-	-	-	18	2794	15	10742	1	642
Śląskie	-	-	1	168	22	2092	42	51500	8	8433
Świętokrzyskie	-	-	-	-	1	15	7	8199	3	1873
Warmińsko-mazurskie	-	-	-	-	7	428	8	10900	-	-
Wielkopolskie	-	-	-	-	6	777	17	26093	5	2444
Zachodniopomorskie	-	-	1	41	7	1043	8	8629	3	2745

 Źródło: Sprawozdania MZ-11, MZ-29, MSWiA-43.
 Source: MZ-11, MZ-29, MSWiA-43 forms.

4.2 Pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej

4.2 Measurement of access to public inpatient and outpatient specialist health care

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych prowadzonych w ramach pracy badawczej pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”⁸⁸ realizowanej w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz programowania i monitorowania polityki spójności po 2020 roku” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020. Obszarem badawczym były usługi publiczne świadczone lub nadzorowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub służby państwowe a przedmiotem badania realizacja zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia polegających na zapewnieniu obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Badanie zostało przeprowadzone z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza głównie powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2), a w niektórych przypadkach rejony operacyjne (ratownictwo medyczne) lub gminy (NTS 5).

W ramach wspomnianej pracy badawczej opracowano zestaw wskaźników przydatnych do analizy dostępności do publicznych usług zdrowotnych. Większość z nich przygotowano na poziomie powiatów i zilustrowano mapami. Poniższa analiza dotyczy wycinka Polski (województwa: warmińsko-mazurskie, podlaskie, mazowieckie), co umożliwi przedstawienie poruszanych w artykule problemów.

Badania i analizy dotyczące oceny stanu dostępności do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej instytucje państwowe prowadzą od wielu lat. W latach 2003-2004 podjęto po raz pierwszy próbę formalizacji tych działań. Podstawą kontraktowania świadczeń opieki zdrowotnej, przez regionalne kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia, stały się wojewódzkie plany zdrowotne. Plany zawierały ocenę stanu zdrowotnego obywateli, wyrażoną liczbą świadczeń zdrowotnych według rodzajów świadczeń na 10 tys. ubezpieczonych a także określały priorytetowe kierunki działań, których celem było zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych obywateli oraz poprawa stanu ich zdrowia. Proces tworzenia planów koordynowały regionalne komitety sterujące, w skład których wchodziłi przedstawiciele wojewodów, samorządu województwa, regionalnych kas chorych. Komitety w założeniu miały być miejscem wypracowywania konsensusu na szczeblu regionalnym, jednak rozbieżności pomiędzy płatnikiem świadczeń a oczekiwaniami władz samorządowych były zbyt duże. Ostatecznie nie zdały one egzaminu i z początkiem 2005 roku zarzucono ich sporządzanie. W 2015 r. powrócono do idei planowania zabezpieczenia opieki zdrowotnej. Ministerstwo Zdrowia przystąpiło do tworzenia regionalnych map potrzeb zdrowotnych, a na ich podstawie Ogólnopolskiej Mapy Potrzeb Zdrowotnych. Na mapy składają się analiza demograficzna, analiza stanu i wykorzystania zasobów oraz prognoza potrzeb zdrowotnych.

Problemy pomiaru dostępności do świadczeń zdrowotnych

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze rządowe i samorządowe poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych, tak aby ograniczone strumienie środków publicznych skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania oraz do tych, które mogą przyczynić się do maksymalizacji efektów zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa, zgodnie z ustawami o samorządach: gminnym⁸⁹, powiatowym⁹⁰ i wojewódzkim⁹¹, realizują jednostki samorządu terytorialnego (JST). Do analiz wykorzystują m.in. informacje (w tym wskaźniki) opracowywane m.in. przez Główny Urząd Statystyczny oraz Ministerstwo Zdrowia a następnie publikowane w ramach statystyki publicznej.

88 Raport końcowy z pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” <http://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/statystyka-dla-polityki-spojnosci/statystyka-dla-polityki-spojnosci-2016-2018/badania/uslugi-publiczne/>

89 (Dz.U. 1990 nr 16 poz. 95)

90 (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578)

91 (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 576)

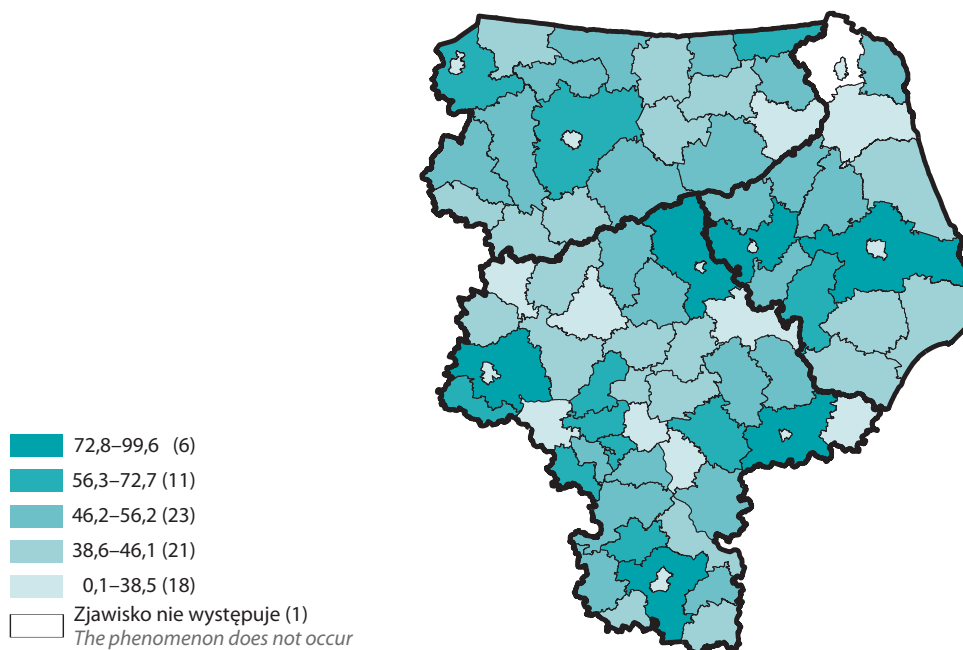
Część ze stosowanych wskaźników posiada ograniczenia, aby można było bezpośrednio na ich podstawie wyciągać wnioski, co do stanu dostępności do np. ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Dotyczy to przede wszystkim tych wskaźników, które nie uwzględniają potencjału podmiotów leczniczych oraz zjawiska migracji pacjentów. Przykładem jest wskaźnik: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców powiatu. Informuje on tylko o liczbie miejsc/punktów, gdzie teoretycznie można uzyskać pomoc w zakresie świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, co jest istotne z punktu widzenia pacjenta. Należy zauważyć jednak, że wśród wspomnianych placówek można znaleźć zarówno duże centra zdrowia, których zasięg działania obejmuje niekiedy cały powiat, a nierzadko kilka sąsiadujących ze sobą powiatów jak i małe specjalistyczne praktyki lekarskie. Inny problem dotyczy sposobu identyfikacji przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Może ona być bowiem wyodrębniona, jako odrębny zakład leczniczy, jednostka organizacyjna zakładu lub jego komórka organizacyjna. Szczególnie widać to w przypadku dużych sieci medycznych, w skład których może wchodzić wiele zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z których każde może mieć kilka przychodni, stanowiących odrębne jednostki organizacyjne.

Uwzględnienie zjawiska migracji przy analizie dostępności do świadczeń zdrowotnych determinuje konieczność wyodrębnienia trzech grup pacjentów. Pierwsza grupa to mieszkańcy, którzy podejmują leczenie w miejscu zamieszkania. Druga grupa to mieszkańcy, którzy podejmują leczenie w placówkach opieki zdrowotnej działających poza miejscem zamieszkania. Zdarza się również, że placówka lecznicza znajduje się w obrębie analizowanej jednostki samorządu terytorialnego ale obejmuje opieką mieszkańców sąsiednich miejscowości. Ich mieszkańcy stanowią trzecią grupę pacjentów. Z perspektywy oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej ważne są dwie pierwsze grupy. Brak na terenie danej jednostki samorządu oddziału szpitalnego lub poradni specjalistycznej danej specjalności często stanowi przesłankę, na podstawie której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Badając zjawisko migracji, należy jednak mieć na uwadze, że pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala lub przychodni specjalistycznej kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem lub przychodnią, nie zawsze musi być najważniejsza.

Często stosowanym wskaźnikiem ukazującym stopień zabezpieczenia dostępu do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej a który nie uwzględnia zjawiska migracji, jest liczba porad ambulatoryjnych przypadająca na jednego mieszkańca powiatu, przy czym do obliczenia wskaźnika bierze się pod uwagę liczbę wszystkich porad wykonanych na terenie danego powiatu oraz liczbę wszystkich mieszkańców powiatu. Wskaźnik stosuje się głównie z powodu łatwości pozyskania danych do obliczenia. Problem migracji bardzo dokładnie ukazuje mapa 17. Przykładowo, wynika z niej, że ponad 70% mieszkańców powiatu białostockiego, łomżyńskiego, olsztyńskiego, ostrołęckiego, płockiego, siedleckiego, radomskiego otrzymało w 2016 roku świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. Natomiast mapa 18 pokazuje, że powiatami gdzie zabezpiecza się świadczenia AOS dla mieszkańców innych powiatów, są przede wszystkim miasta na prawach powiatu takie jak: Białystok, Łomża, Olsztyn, Ostrołęka, Płock, Siedlce Radom.

Mapa 17. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków NFZ w innym powiecie niż powiat zamieszkania

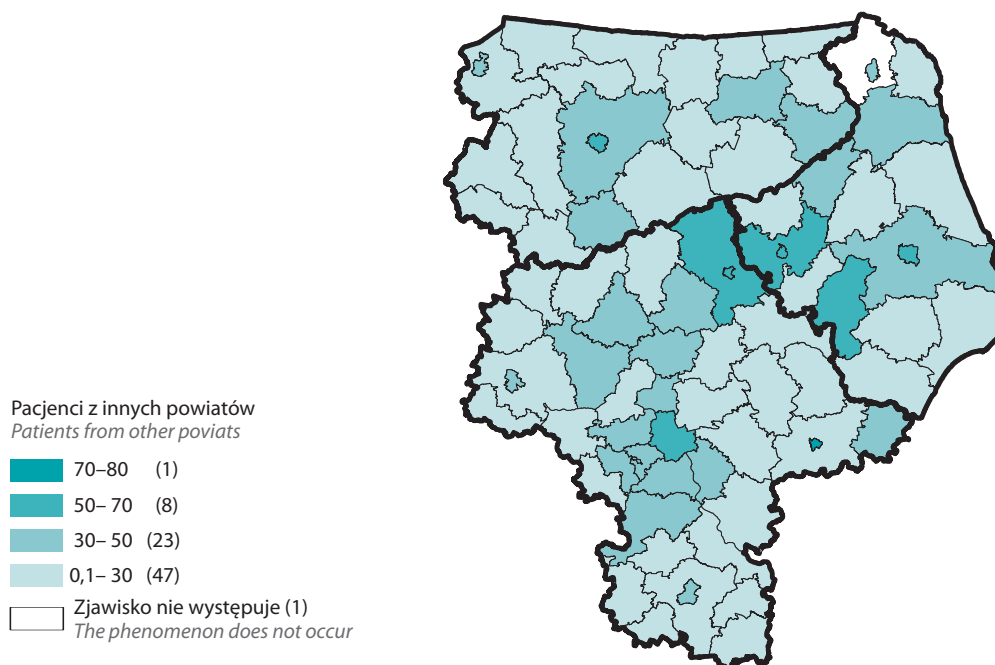
Map 17. Percentage of patients – residents of poviats who benefited from outpatient specialist care services financed by the National Health Fund in another poviat than the poviat of residence



Źródło: Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2018.

Mapa 18. Odsetek pacjentów zamieszkałych na terenie innego powiatu niż powiat na terenie, którego udzielono ambulatoryjnego świadczenia zdrowotnego

Map 18. Percentage of patients residing in another poviat than the poviat where the health service was provided



Źródło: Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2018.

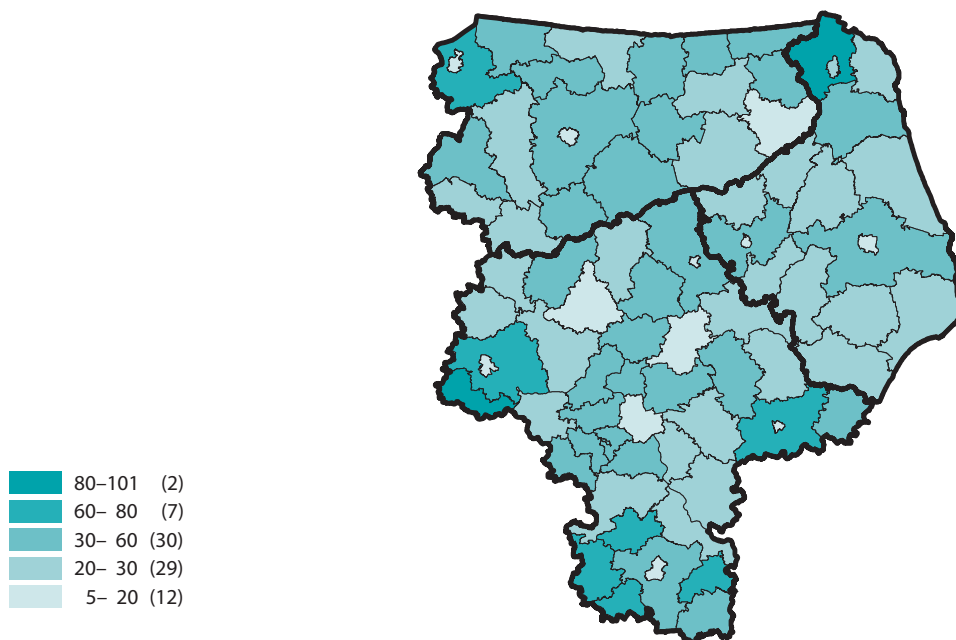
Do analizy dostępu do świadczeń szpitalnych często są stosowane wskaźniki odwołujące się do liczby łóżek (np. liczba łóżek szpitalnych na 10 tys. mieszkańców, wykorzystanie łóżek w dniach, liczba hospitalizowanych przypadająca na jedno łóżko), przy czym pomiar dokonuje się według rodzajów oddziałów szpitalnych oraz powiatów lub województw, na terenie których wykonano świadczenie. Wykonując pomiar wskaźnika według rodzaju oddziału szpitalnego powinno mieć się jednak świadomość, że w wielu szpitalach funkcjonują oddziały wieloprofilowe, których łóżka wykorzystywane są w zależności od potrzeb na rzecz oddziałów jednoprofilowych. Prowadzi to do zjawiska dublowania liczby łóżek w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (to samo łóżko wykazywane jest na kilku oddziałach specjalistycznych) w celu udokumentowania potencjału szpitala na potrzeby procesu kontraktowania przez NFZ.

Wykonując pomiar według miejsca wykonania świadczenia (powiat, województwo) podobnie jak w przypadku wskaźników dotyczących ambulatoryjnej opieki zdrowotnej często nie bierze się pod uwagę kwestii migracji pacjentów pomiędzy województwami i powiatami. Niskie wartości wspomnianych wskaźników na danym obszarze nie muszą oznaczać braku dostępności do świadczeń. Czynniki wpływające na wybór szpitala przez pacjenta to bowiem nie tylko odległość szpitala od miejsca zamieszkania, ale i miejsce pracy, renowacja placówki, czas oczekiwania, specjalizacja oddziału lub możliwość zapewnienia opieki przez rodzinę.

Dostępność do publicznych usług ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej i szpitalnej często analizuje się na podstawie porównania liczby szpitali i poradni specjalistycznych z kontraktem NFZ i bez kontraktu, oraz analizy tych wielkości z perspektywy jednostek samorządu terytorialnego. Brak szpitala lub przychodni ambulatoryjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych w oparciu o kontrakt z NFZ stanowi często argument dla uzasadnienia konieczności rozbudowy infrastruktury szpitalnej i ambulatoryjnej – specjalistycznej. Nawet, jeśli analizy takie dokonuje się na wyższym poziomie szczegółowości tj. przy uwzględnieniu liczby łóżek, hospitalizacji czy liczby porad specjalistycznych w odniesieniu do liczby mieszkańców danego szczebla samorządu terytorialnego to pomiary takie nadal mogą być obciążone błędem, gdyż wykonywane są według miejsca wykonania świadczenia i często nie biorą pod uwagę kwestii migracji pacjentów pomiędzy województwami i powiatami. Analizy dostępności do usług na oddziałach szpitalnych powinno dokonywać się w zależności od specjalizacji oddziału. Dostępność do oddziałów o specjalności chirurgia ogólna oraz położnictwo powinno się rozpatrywać raczej z perspektywy powiatu (NTS-4) niż województwa, natomiast dostępność do oddziałów o specjalności: kardiologia czy neurologia odwrotnie tj. z perspektywy województwa (NTS-2). Postulat udało się częściowo zrealizować w trakcie pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”, realizowanej w 2017-2018 r. Dostępność do świadczeń badano z perspektywy powiatów oraz oddziałów typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria). Udało się również zrealizować formułowane wcześniej postulaty aby podczas analiz brać pod uwagę miejsce udzielenia świadczenia oraz miejsca zamieszkania, uwzględniając przy tym aspekt migracji pacjentów do szpitali zlokalizowanych w innym powiecie niż powiat zamieszkania.

Mapa 19. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba]

Map 19. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in a different poviata than the poviata's place of residences, per 1 thousand population [person]

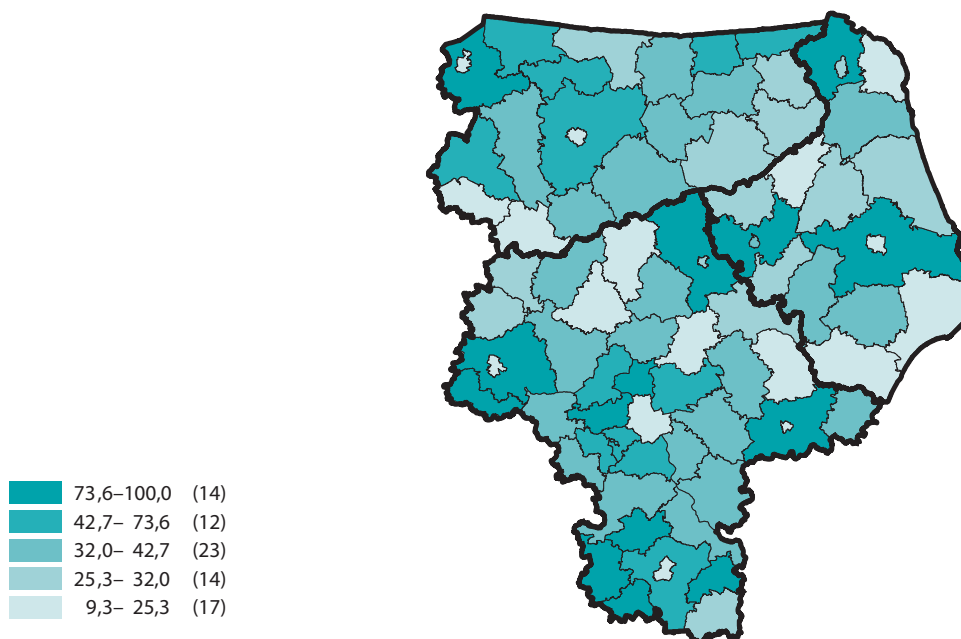


Źródło: Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2018.

Mapa 19 pokazuje, że najwyższą skłonność do korzystania ze świadczeń szpitalnych w powiecie innymi niż powiat zamieszkania mają mieszkańcy powiatów okalających takie miasta na prawach powiatu jak Suwałki, Białystok, Łomża, Olsztyn, Elbląg, Ostrołęka, Płock, Siedlce, Radom, Warszawa. Potwierdza to również mapa 20, która ukazuje odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy korzystają ze świadczeń szpitalnych w innym powiecie niż powiat miejsca zamieszkania.

Mapa 20. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego.

Map 20. Percentage of patients – residents of powiat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the powiat of the place of residence, in the total number of patients – residents of powiat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level

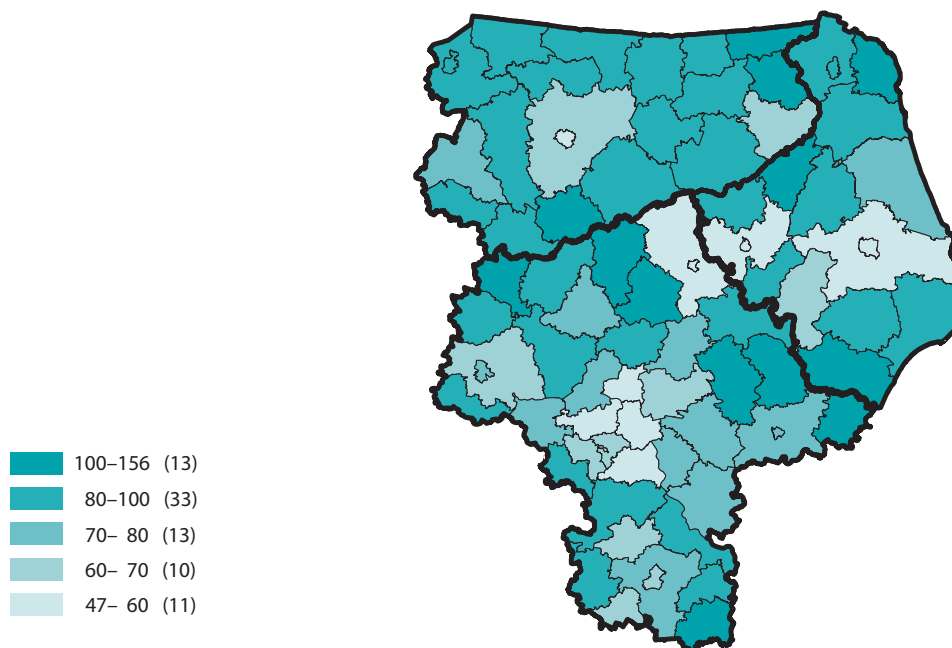


Źródło: Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2018.

Brak oddziału szpitalnego typowego dla I poziomu referencyjnego na terenie danego powiatu nie może stanowić jedynej przesłanki do postawienia tezy o braku dostępności do podstawowych świadczeń szpitalnych na terenie powiatu. Jak pokazuje mapa 21 skłonność do korzystania z podstawowych świadczeń szpitalnych mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, podlaskiego oraz mazowieckiego jest mniej więcej rozłożona równomiernie. Można więc postawić uprawnioną tezę, że mieszkańcy tych województw mają zapewniony dostęp do podstawowych świadczeń szpitalnych na podobnym poziomie.

Mapa 21. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba].

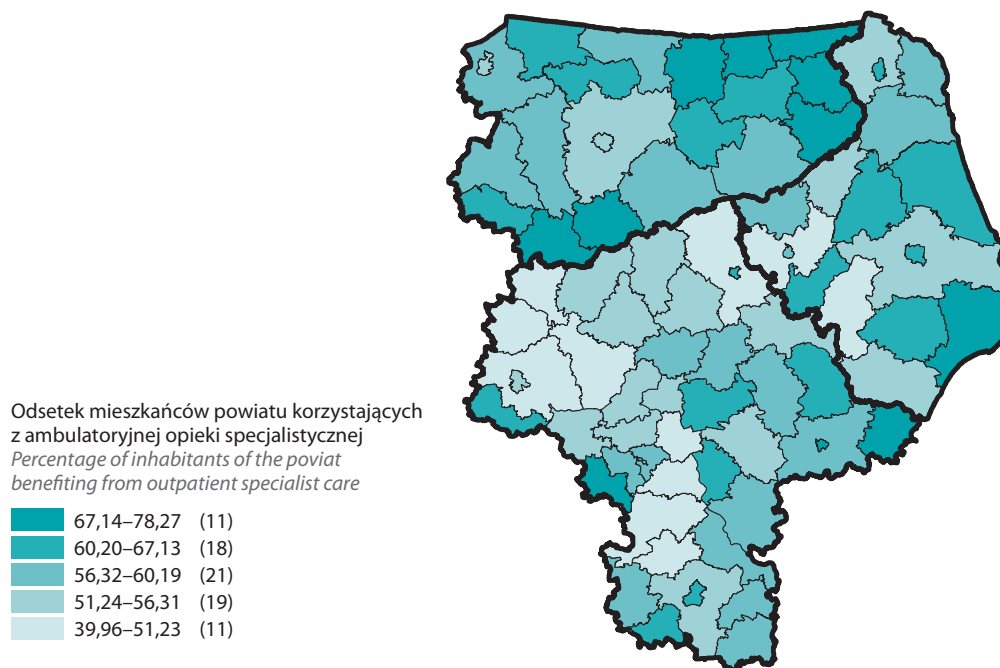
Map 21. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population [person]



Źródło: Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2018.

Mapa 21 pokazuje, że mieszkańcy takich powiatów jak: powiat olsztyński i Miasto Olsztyn, powiat siedlecki i Miasto Siedlce, powiat ostrołęcki i Miasto Ostrołęka rzadziej korzystają z podstawowych świadczeń szpitalnych niż mieszkańcy powiatów sąsiadujących z nimi. Jak pokazuje mapa 22 umieszczona poniżej, niższa skłonność do korzystania z podstawowych świadczeń szpitalnych koresponduje z większą skłonnością do korzystania ze ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Z mapy ukazanej poniżej wynika np. że mieszkańcy takich miast na prawach powiatów jak: Suwałki, Białystok, Łomża, Ostrołęka, Siedlce, Radom, Płock częściej korzystają ze świadczeń AOS niż mieszkańców powiatów sąsiednich.

Mapa 22. Odsetek mieszkańców powiatu korzystających z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
 Map 22. Percentage of inhabitants of the poviatt benefiting form outpatient specialist care



Źródło: Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2018.

Wnioski dotyczące dostępności do świadczeń szpitalnych próbuje się również oprzeć na czasie oczekiwania. W tym przypadku zawodzi jednak fakt, że wskaźnika tego nie można odnieść do obowiązujących standardów dotyczących maksymalnego czasu oczekiwania na określone świadczenie zdrowotne. Problematykę tę porusza w pewnym stopniu rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.⁹² Zgodnie z nim ustalenia dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego i świadczenia wysokospecjalistyczne dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł profesora lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych, ale jest ustalany indywidualnie w odniesieniu do świadczeniobiorcy, na podstawie: stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby. Należy również wziąć pod uwagę, że niezależnie od miejsca w kolejce, w przypadku zagrożenia zdrowia pacjent może być przyjęty poza kolejnością, a w przypadku zagrożenia życia przyjmowany jest do szpitala natychmiast.

W wielu przypadkach pacjenci, chociaż mają możliwość wyboru szpitala, gdzie czas oczekiwania jest krótszy, to decydują się na dłuższe oczekiwanie ze względu na takie czynniki jak: odległość od miejsca swojego zamieszkania lub zamieszkania rodziny, renoma placówki, sugestia lekarza kierującego. Z tych powodów obecnie czas oczekiwania może nie być obiektywnym wskaźnikiem umożliwiającym ocenę dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych i konieczne jest poszukanie innych bardziej miarodajnych wskaźników.

Statystyczny pomiar dostępności do świadczeń zdrowotnych. Możliwości i ograniczenia

Poszukując bardziej miarodajnego wskaźnika można przyjąć założenie, że sytuacja, kiedy pacjent podejmuje decyzję, że jest gotowy sfinansować leczenie ze środków innych niż publiczne (środki prywatne, ubezpieczenie komercyjne) może oznaczać uznanie, że według jego standardów, świadczenie oferowane w ramach systemu publicznego jest niedostępne i musi je nabyć w ramach środków prywatnych. Konstrukcja wskaźnika np. w przypadku leczenia szpitalnego powinna więc opierać się na porównaniu danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczących hospitalizacji sfinansowanych ze środków publicznych

⁹² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz.U.07.250.1884)

oraz danych dotyczących wszystkich hospitalizacji niezależnie od sposobu ich sfinansowania, a także uwzględniać miejsce zamieszkania pacjenta. Obliczenia takiego wskaźnika można próbować dokonać porównując dane gromadzone w ramach sprawozdawczości statystycznej (sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29, badania chorobowości szpitalnej MZ/Szp11) z danymi gromadzonymi w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej NFZ.

Próba dokonania obliczeń tego wskaźnika na poziomie powiatu oraz w obrębie poszczególnych typów oddziałów trafia jednak na poważne bariery wynikające ze specyfiki procesów sprawozdawczości statystycznej. Obliczenia oparte wyłącznie na danych gromadzonych w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29, które nie zawierają informacji o miejscu zamieszkania pacjenta, obarczone będą błędem, poprzez nieuwzględnienie zjawiska migracji pacjentów do podmiotów leczniczych zlokalizowanych na terenie innych powiatów i województw niż powiat i województwo zamieszkania pacjenta. Informacje takie gromadzone są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w ramach badania chorobowości szpitalnej MZ/Szp11, ale kompletność danych przesyłanych przez podmioty lecznicze, chociaż stale się poprawia, wydaje się niewystarczająca.

Z porównania danych zgromadzonych przez NFZ i NIZP-PZH wynika, że w niektórych przypadkach liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NFZ jest większa niż liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NIZP-PZH. Przyczyn takich sytuacji należy szukać, m.in. w różnicach definicyjnych. Nierzadko zdarza się np., że choć usługa medyczna ma charakter ambulatoryjny, to jednak ze względu na duży poziom skomplikowania i duże prawdopodobieństwo powikłań zagrażających życiu pacjenta musi być wykonana na oddziale szpitalnym, a co za tym idzie może być wykazywana w sprawozdaniach do NFZ, jako hospitalizacja jednodniowa. Może natomiast nie być wykazywana w rocznych sprawozdaniach MZ-29 przesyłanych do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Takie sytuacje mogą zdarzać się zwłaszcza w przypadku chemioterapii i radioterapii. Tezę tę potwierdza analiza danych gromadzonych w NFZ, CSIOZ oraz NIZP-PZH wykonana podczas realizacji wspomnianego na wstępie projektu badawczego pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”, a także wcześniej realizowanej pracy badawczej „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”.

Ograniczenia związane z różnicami w organizacji procesów sprawozdawczych, jak wspomniano wyżej, uniemożliwiają określenie udziału hospitalizacji finansowanych ze środków innych niż niepubliczne w ogólnej liczbie hospitalizacji na podstawie porównania danych rejestrowanych przez NFZ oraz NIZP-PZH, tym samym nie ma możliwości obiektywnej oceny skłonności korzystania przez pacjentów z usług szpitalnych finansowanych ze środków prywatnych, jako wyniku subiektywnej oceny dokonanej przez pacjenta, dotyczącej niedostatecznego dostępu do szpitalnych usług publicznych.

4.3 Badanie zmian efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia

4.3 Changes in energy efficiency and emissivity of health care buildings

Zagadnienia dotyczące systemu opieki zdrowotnej przewijają się w opracowaniach prowadzonych w ramach różnych obszarów tematycznych nie związanych bezpośrednio ze zdrowiem. Takim przykładem jest praca badawcza/studialna „Badanie zmian efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia”⁹³ realizowana w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz programowania i monitorowania polityki spójności po 2020” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014-2020, przez zespół badawczy pracowników statystyki publicznej. Zaprezentowane w niniejszym rozdziale wyniki pracy badawczej na temat działań proefektywnościowych podejmowanych przez podmioty lecznicze dostarczają dodatkowych, nie obserwowanych dotychczas statystycznie, informacji o tej części gospodarki.

Celem pracy badawczej było pozyskanie informacji dotyczących energochłonności budynków służby zdrowia, tj. dane o budynkach i ich charakterystyce energetycznej oraz o przeprowadzonych w szczególności w latach 2014-2016 działaniach modernizacyjnych z rozszerzeniem okresu badania od 2004 roku, jak również planowanych na lata 2017-2020 działaniach na rzecz zmniejszenia energochłonności budynków.

⁹³ Raport z przebiegu pracy badawczej dostępny <http://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/statystyka-dla-polityki-spojnosci/statystyka-dla-polityki-spojnosci-2016-2018/badania/energetyka/>

Poniższy tekst jest fragmentem Raportu końcowego z wykonanych prac. Opisuje działania modernizacyjne zrealizowane i planowane do wykonania w budynkach służby zdrowia, na podstawie wyników ankiety EEBZ (Badanie zmian efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia), zrealizowanej w podmiotach leczniczych w ramach pracy badawczej.

Działania modernizacyjne budynków służby zdrowia a układ funkcjonalny opieki zdrowotnej

Interesującym uzupełnieniem analizy zmian efektywności energetycznej i emisyjności budynków służby zdrowia w układzie przestrzennym, jest informacja o przedmiotowych działaniach uwzględniająca funkcje opieki zdrowotnej.

Podczas interpretacji prezentowanych w tym układzie wyników badania, poza ogólnymi założeniami metodycznymi pracy badawczej, należy mieć na uwadze dodatkowe kwestie:

- Formularze badawcze wypełniane były przez podmioty lecznicze, które mogły prowadzić różne rodzaje działalności (szpitalną, stacjonarną inną niż szpitalną lub ambulatoryjną opiekę zdrowotną);
- Podmioty lecznicze opisywały tylko te budynki, dla których były właścicielami lub dzierżawcami;
- W jednym budynku mogły być świadczone różnorodne usługi, zaliczane do więcej niż jednej funkcji opieki zdrowotnej (np. budynek z oddziałami szpitalnymi i z poradniami ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej);
- Wartości sumowane w przekroju według funkcji w ochronie zdrowia nie muszą sumować się ogółem w przekroju terytorialnym, bowiem część budynków jest liczona wielokrotnie.

Badane i modernizowane budynki służby zdrowia

Tablica 16. Udział budynków zmodernizowanych w zbadanych, według okresu modernizacji i funkcji opieki zdrowotnej.

Table 16. The share of modernized buildings in the examined, according to the period of modernization and the function of health care.

Wyszczególnienie Specification	Budynki / Buildings				
	badane examined	moderni- zowane razem moderni- zed in total	w latach in years		plany moderniza- cyjne moderniza- tion plans 2017-2020
			do 2013 until 2013	2014-2016	
w %					
Służba zdrowia Ogółem Health care total	100	46,1	38,5	19,5	45,3
POZ <i>Primary health care</i>	100	42,0	35,7	16,0	40,1
AOS <i>Specialised out-patient health care</i>	100	43,2	38,0	17,1	45,9
Ośrodki (zespoły) opieki pozaszpitalnej <i>Centers (teams) of non-hospital care</i>	100	48,6	37,2	24,5	67,9
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne <i>Emergency medical care</i>	100	63,3	62,3	26,6	57,2
Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej <i>Hospital wards and other hospital care cells</i>	100	68,6	53,7	33,8	60,4
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno- opiekuńcze <i>Chronic medical care homes and nursing homes</i>	100	57,2	47,2	29,2	44,9
Jednostki lecznictwa uzdrowskiego <i>Health resort facilities</i>	100	56,6	43,9	26,9	50,6
Pracownie diagnostyczne lub zabiegowe <i>Diagnostic laboratories or service rooms</i>	100	59,1	51,3	28,8	60,7
Inne komórki organizacyjne działalności medycznej <i>Other organizational units of health care</i>	100	54,4	49,4	23,0	43,8

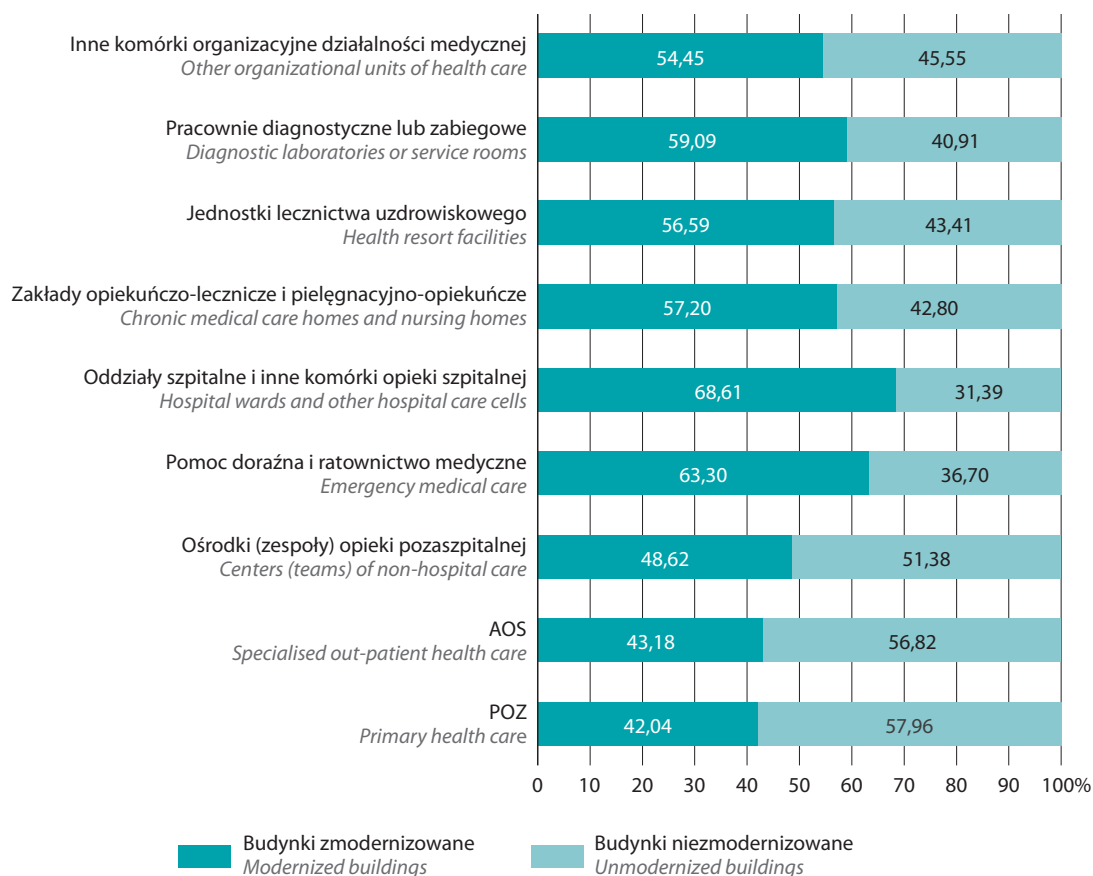
Analiza wyników badania pozwala na stwierdzenie, że w badanym okresie niemal w połowie budynków służby zdrowia (46,1%) przeprowadzone zostały prace modernizacyjne mające na celu wzrost efektywności energetycznej i emisyjności budynków. Niemal co drugi budynek będący własnością lub dzierżawiony przez podmiot leczniczy był modernizowany w badanym okresie więcej niż raz.

Struktura modernizowanych budynków, a okres modernizacji

Najbardziej intensywne prace modernizacyjne prowadzone były w latach 2004-2013, kiedy wykonano prace adaptacyjne w niemal 80% ogółu zmodernizowanych budynków należących lub dzierżawionych przez podmioty wykonujące działalność leczniczą.

Wykres 77. Modernizacja budynków służby zdrowia w latach 2004-2016, według funkcji ochrony zdrowia (odsetek budynków zbadanych)

Chart 77. Modernization of health care buildings in 2004-2016, according to the of health care function



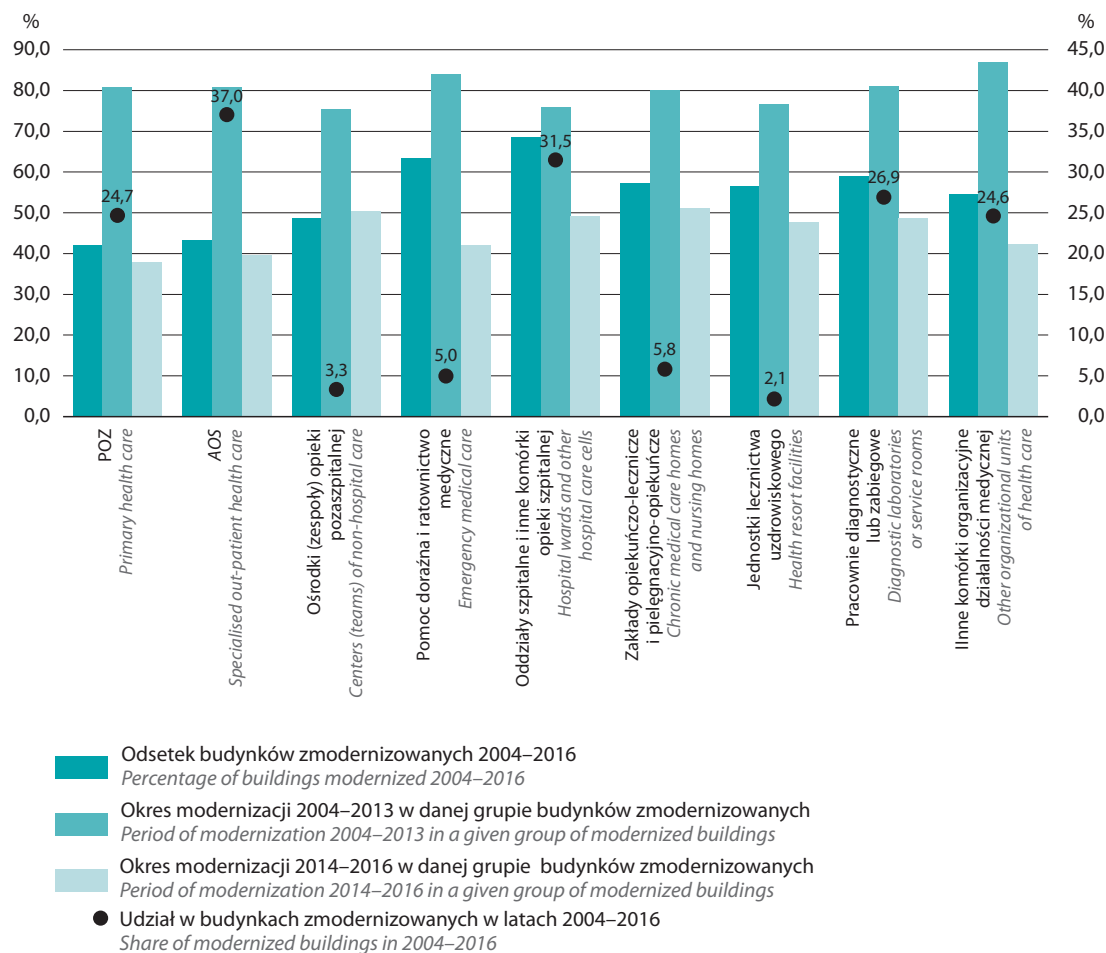
Szacuje się, że w ostatnich trzech latach (2014-2016) udoskonalono ok. 42% tych budynków. Odsetek budynków poddanych modernizacji w tych latach wśród zmodernizowanych ogółem wahał się od 38% w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej do ponad 51% w przypadku opieki długoterminowej (zakładów opiekuńczo-leczniczych i zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych).

Odnotowano różnice zarówno w czasie jak i w częstotliwości podejmowanych działań służących optymalizacji zużycia i emisji energii w budynkach, z uwzględnieniem realizowanej w nich funkcji opieki zdrowotnej.

Najwyższy odsetek (68,6%) modernizowanych budynków dotyczył szpitali (oddziałów szpitalnych i innych komórek działalności szpitalnej) i budynków, w których świadczone były usługi pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (63,3%). W obu przypadkach działania optymalizacyjne realizowane były przede

wszystkim w okresie do 2013 r., odpowiednio: 76,0% i 84,0% budynków zmodernizowanych, chociaż odsetek ich w ostatnich latach 2014-2016 był również wysoki (odpowiednio 49,2% i 42%) w tej grupie.

Wykres 78. Budynki zmodernizowane według okresu modernizacji i funkcji ochrony zdrowia (%)
 Chart 78. Buildings modernized according to the period of modernization and health care functions (%)

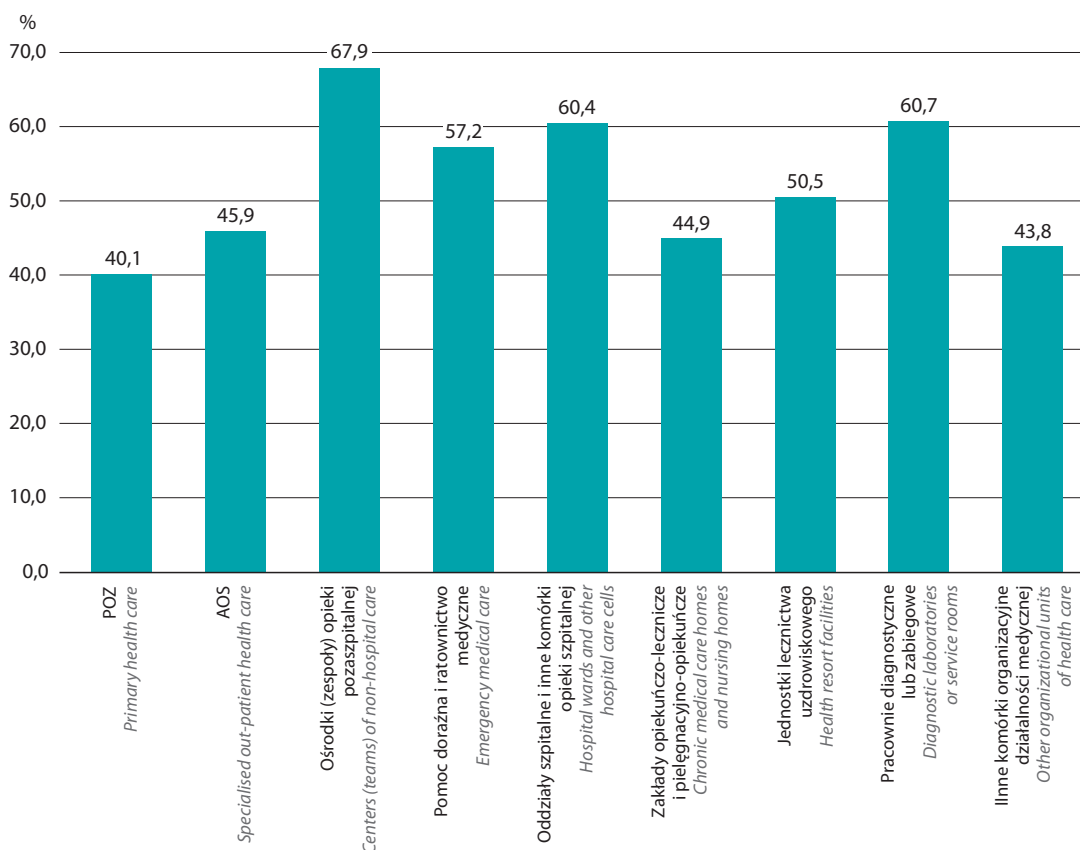


W wartościach względnych stosunkowo najmniej działań modernizacyjnych podjęto w budynkach, gdzie świadczone porady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, zarówno podstawowej jak i specjalistycznej. Odsetek zmodernizowanych budynków w tych grupach stanowił odpowiednio 42,0% i 43,2% budynków zmodernizowanych (tabl.1). W obu przypadkach niemal 81 % przedsięwzięć modyfikacyjnych realizowane było do 2013 r., a modernizacja w ostatnich 3 latach dotyczyła około 39% obiektów w tych grupach.

Podkreślenia zasługują zgłaszane przez podmioty lecznicze plany modernizacyjne na lata 2017-2020, mające na celu poprawę efektywności energetycznej budynków służby zdrowia. W oparciu o wyniki badania szacuje się, że takie plany zgłoszono odnośnie ponad 45% budynków zbadanych. Częściej niż przeciętnie plany takie zgłaszano w przypadku ośrodków (zespołów) opieki pozaszpitalnej – prawie 68% zbadanych budynków; stosunkowo najmniej planów odnoszono do budynków, gdzie świadczone były porady podstawowej opieki zdrowotnej – 40%.

Wykres 79. Plany modernizacyjne na lata 2017-2020, według funkcji ochrony zdrowia (odsetkach budynków zbadanych)

Chart 79. Modernization plans for 2017-2020, by function of health care (in percentages of modernized buildings)



Plany modernizacyjne na lata 2017–2020 w odsetkach budynków zbadanych
Modernization plans for 2017–2020 in percentage of examined buildings

Rodzaje modernizacji a funkcje opieki zdrowotnej

Analiza unowocześnionych budynków ze względu na rodzaj przeprowadzonych działań modernizacyjnych wykazała, że najczęściej w ramach prowadzonych prac wymieniono okna lub drzwi zewnętrzne na energooszczędne; dotyczyło to 63,5% budynków zmodernizowanych, ale tylko w trzech na 10 budynków zbadanych. Stosunkowo często modernizowano również systemy grzewcze (57,8% budynków) i ocieplano budynki (52,7%).

Tablica 17. Rodzaje modernizacji w budynkach według funkcji ochrony zdrowia
 Table 17. Types of modernization in buildings according to the function of health care

Wyszczególnienie Specification	Ocieplenie budynku (dodatkowa izolacja termiczna) Building insulation (additional thermal insulation)	Wymiana okien lub drzwi zewnętrznych na energooszczędne Replacement of windows or external doors for energy-saving	Modernizacja oświetlenia Modernization of lighting	Modernizacja systemów grzewczych Modernization of heating systems	Instalacja urządzeń i systemów zarządzania (optymalizacji) zużycia energii Installation of equipment and management systems (optimization) of energy consumption	Zamiana nośników i źródeł energii na cele c.o. Exchange of carriers and energy sources for central heating	Zamiana nośników i źródeł energii na cele c.w.u. Exchange of carriers and energy sources for the hot water	Modernizacja systemu chłodzenia i/lub klimatyzacji Modernization of the cooling system and / or air conditioning	Modernizacja systemu wentylacji Modernization of the ventilation system	Instalacja OZE Installation of renewable energy sources
w odsetkach budynków zmodernizowanych in percentages of modernized buildings										
Służba zdrowia ogółem Health care total	52,7	63,5	19,7	57,8	10,3	21,1	25,2	10,9	24,7	12,4
POZ Primary health care	58,9	59,8	30,3	65,7	4,7	26,3	34,5	8,6	24,1	11,7
AOS Specialised out-patient health care	49,9	67,5	24,1	68,7	12,4	24,4	31,5	12,2	37,2	13,6
Ośrodki (zespoły) opieki pozaszpitalnej Centers (teams) of non-hospital care	73,6	87,4	5,0	39,0	3,1	3,8	10,1	3,1	25,8	8,8
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne Emergency medical care	75,2	74,4	18,5	62,6	8,8	17,6	31,1	18,1	19,7	35,7
Oddziały szpitalne i inne komórki opieki szpitalnej Hospital wards and other hospital care cells	64,1	78,5	18,9	60,7	11,7	18,5	25,8	14,9	37,8	20,7

Tablica 17. Rodzaje modernizacji w budynkach według funkcji ochrony zdrowia (dok.)
 Table 17. Types of modernization in buildings according to the function of health care (cont.)

Wyszczególnienie Specification	Ocieplenie budynku (dodatkowa izolacja termiczna) Building insulation (additional thermal insulation)	Wymiana okien lub drzwi zewnętrznych na energooszczędne Replacement of windows or external doors for energy-saving	Modernizacja oświetlenia Modernization of lighting	Modernizacja systemów grzewczych Modernization of heating systems	Instalacja urządzeń i systemów zarządzania (optymalizacji) zużycia energii Installation of equipment and management systems (optimization) of energy consumption	Zamiana nośników i źródeł energii na cele c.o. Exchange of carriers and energy sources for central heating	Zamiana nośników i źródeł energii na cele c.w.u. Exchange of carriers and energy sources for the hot water	Modernizacja systemu chłodzenia i/lub klimatyzacji Modernization of the cooling system and / or air conditioning	Modernizacja systemu wentylacji Modernization of the ventilation system	Instalacja OZE Installation of renewable energy sources
w odsetkach budynków zmodernizowanych in percentages of modernized buildings										
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze Chronic medical care homes and nursinghomes	58,6	52,2	9,7	60,4	4,7	11,2	25,2	15,5	7,2	35,3
Jednostki lecznictwa uzdrowiskowego Health resort facilities	72,8	53,4	25,2	47,6	13,6	9,7	14,6	11,7	25,2	25,2
Pracownie diagnostyczne lub zabiegowe Diagnostic laboratories or servicerooms	46,0	65,0	28,0	74,8	25,5	29,2	32,6	18,1	41,5	13,3
Inne komórki organizacyjne działalności medycznej Other organizational units of health care	49,1	61,7	16,3	49,3	3,8	17,2	13,1	15,2	24,1	10,8

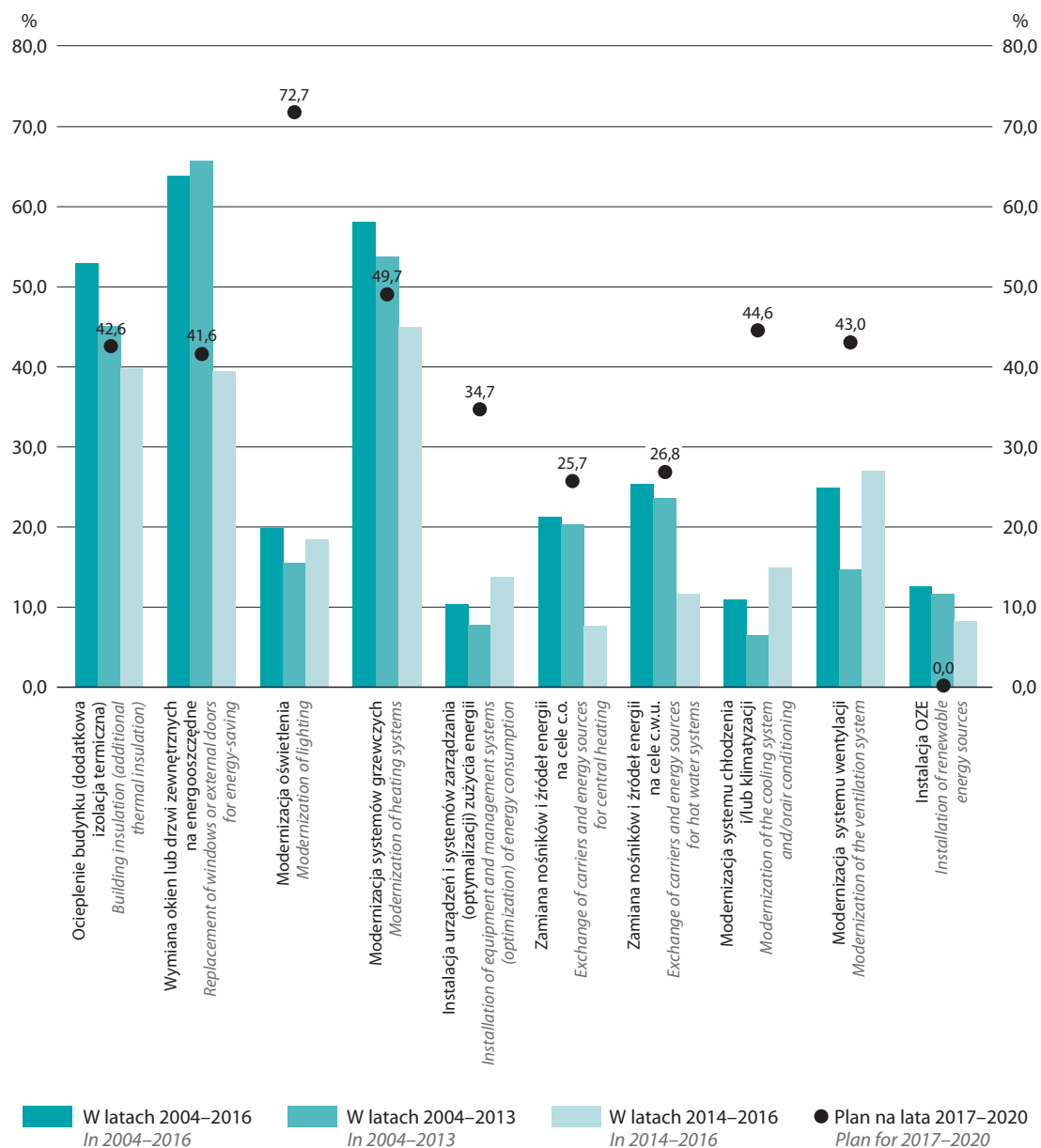
Częstość podejmowanych modernizacji była różna w budynkach według rodzajów prowadzonej działalności jak również ze względu na realizowane w nich poszczególne funkcje opieki zdrowotnej. W przypadku wymiany okien i drzwi wskaźnik budynków, gdzie zrealizowano takie prace wśród budynków zmodernizowanych zawierał się w przedziale od 87,4% (ośrodki opieki pozaszpitalnej) do 52,2% w przypadku zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych. Przebudowa systemów grzewczych dotyczyła 68,7% zmodernizowanych budynków, gdzie świadczo ambulatoryjną specjalistyczną opiekę zdrowotną (AOS) i 65,7% budynków, gdzie udzielano porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej

(POZ). Należy pamiętać jednak, że budynki te stanowiły odpowiednio 43,2% i 42,0% budynków zbadanych i były to najniższe odsetki budynków remontowanych, jeśli chodzi o funkcje ochrony zdrowia.

W unowocześnianych budynkach stosunkowo najrzadziej wymieniano instalację urządzeń i systemów zarządzania (optymalizacji) zużycia energii (10,3% budynków modernizowanych) i modernizowano system chłodzenia i/lub klimatyzację (10,9%). Budynki, w których zrealizowano takie prace stanowiły odpowiednio tylko 4,7% i 5,0% zbadanych budynków. W obu przypadkach stosunkowo najczęściej dotyczyło to budynków, gdzie mieściły się pracownie diagnostyczne lub zabiegowe.

Wykres 80. Rodzaje przeprowadzonych innowacji w budynkach według okresu modernizacji (odsetek budynków zmodernizowanych)

Chart 80. Types of innovations carried out in buildings, according to the period of modernization (percentage of modernized buildings)



Silną koncentrację działań innowacyjnych w budynkach służby zdrowia ze względu na rodzaj działalności i funkcje opieki zdrowotnej, jakie w nich były realizowane, odnotowano w przypadku instalacji OZE/Odnawialnych Źródeł Energii/. System ten zainstalowano w 12,4% budynków modernizowanych, czyli 5,7% budynków zbadanych, ale w przypadku ratownictwa medycznego i stacjonarnej opieki zdrowotnej instalacje były znacznie częstsze. Budynki, które poddano takim działaniom stanowiły od 35,7% budynków modernizowanych (22,6% zbadanych), gdzie świadczona jest pomoc doraźna i ratownictwo medyczne do 20,7% (14,2% zbadanych) budynków z oddziałami szpitalnymi.

Wyniki badania zdają się potwierdzać tezę, że jeśli decyzja o modernizacji budynku została podjęta, to jest ona kompleksowa. Suma poszczególnych rodzajów działań zmierzających do zwiększenia energetycznej efektywności budynków niemal trzykrotnie przewyższała liczbę budynków, w których wykonano prace innowacyjne. Świadczy to o tym, że przeciętnie w każdym unowocześnianym budynku przeprowadzono 3 rodzaje modernizacji. Szacuje się, że najbardziej kompleksowe działania realizowano w przypadku budynków, gdzie świadczone były usługi pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (3,6 rodzajów działań modernizacyjnych); w przypadku ośrodków (zespołów) opieki poza szpitalnej wskaźnik ten wyniósł niespełna 2,6 rodzajów modernizacji na budynek.

W odpowiedzi na pytanie o czynniki, które miały wpływ na podjęcie decyzji o przeprowadzeniu modernizacji służącej podniesieniu efektywności energetycznej budynku, wskazywano najczęściej względy ekonomiczne, bez względu na funkcje opieki zdrowotnej realizowane w budynku. Średnia ocena czynnika we wszystkich przypadkach była większa od 4 w pięciostopniowej skali, a najwyższą wartość osiągnęła w przypadku budynków, gdzie świadczona była Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne (4,5). W zaproponowanym rankingu, możliwość skorzystania z dofinansowania wskazywano najczęściej na 4 lub 3 miejscu, za koniecznością przeprowadzenia modernizacji ze względu na zły stan techniczny budynku.

CZĘŚĆ II

UWAGI METODOLOGICZNE

1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

Podstawowym źródłem informacji prezentowanych w publikacji są wyniki badań statystycznych prowadzonych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, zarówno przez Główny Urząd Statystyczny jak i w ramach statystyki resortowej (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji)¹. Źródłem uzupełniającym są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej.

W ramach sprawozdawczości GUS badane są: placówki lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej (formularz ZD-2), jednostki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ZD-3), jednostki ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej (ZD-4), apteki i punkty apteczne (ZD-5). Dane na temat kadry medycznej pracującej w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej oraz w żłobkach i klubach dziecięcych pochodzą odpowiednio ze sprawozdania PS-03 i OD-1. Źródłem informacji o absolwentach uczelni medycznych są sprawozdania S-10.

Badaniami objęte są zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów wykonujących działalność leczniczą działające na terenie kraju, bez względu na formę finansowania i podległość organizacyjną podmiotu świadczącego usługi (np. Ministerstwo Zdrowia, Ministerstwo Obrony Narodowej, jednostki samorządu terytorialnego – województwo, powiat czy gmina, a także organizacje społeczne, kościoły, związki wyznaniowe) oraz praktyki lekarskie realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

W ramach badania lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej (ZD-2) pozyskiwane są informacje o liczbie zakładów, bazie łóżkowej, liczbie pacjentów stacjonarnych i ambulatoryjnych według płci i wieku. W zakresie kuracjuszy leczonych stacjonarnie zbierane są dane o liczbie osób dofinansowanych przez NFZ, pacjentach dofinansowanych przez ZUS i KRUS, kuracjuszach pełnopłatnych (w tym cudzoziemcach), a także o osobach, które uzyskały dofinansowanie z PFRON do turnusów rehabilitacyjnych organizowanych w badanych placówkach. Pozyskiwane są również dane o liczbie i rodzajach wykonanych zabiegów przyrodolecniczych.

W przypadku lecznictwa ambulatoryjnego (ZD-3) zbierane są informacje o liczbie przychodni i praktyk lekarskich oraz o poradach udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystów w przychodniach, a także w ramach praktyk lekarskich. Sprawozdawczością obejmuje się podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, zarówno w miastach, jak i na wsi. Dane na temat liczby porad gromadzone są z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów.

W badaniu pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (ZD-4) gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego ujętych w planach wojewodów, w tym o szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach wyjazdowych wraz z danymi na temat kadry medycznej w nich pracującej, a także dane o wyjazdach do nagłych wypadków w miejscu ich zdarzenia, jak też o liczbie osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu wypadku. Badanie to obejmuje również liczbę świadczeń udzielonych ambulatoryjnie w izbie przyjęć oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także działalność stacjonarną szpitalnego oddziału ratunkowego. Zakres informacji o systemie ratownictwa medycznego poszerzony został o dane pozyskane od wojewodów, opracowane na podstawie wojewódzkich planów działania systemu.

¹ Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, począwszy od 2012 r., objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

Formularz ZD-5 dostarcza informacji na temat aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) i punktów aptecznych. Przedmiotem badania jest rodzaj placówki, zakres świadczonych usług (sprzedaż internetowa, pełnione dyżury, wykonywanie leków recepturowych, udogodnienia dla niepełnosprawnych), a także osoby pracujące (farmaceutów, techników farmaceutycznych i inny personel).

Zamieszczone w publikacji dane o zachorowaniach pochodzą ze sprawozdawczości resortowej i rejestrów Ministerstwa Zdrowia. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-14 (choroby weneryczne), MZ-15 (zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania oraz uzależnienia), MZ-56 (choroby zakaźne) a także dane Centralnego Rejestru Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

Dane o pracownikach medycznych, stacjonarnej opiece zdrowotnej – szpitale i zakłady opieki długoterminowej, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29 i MSWiA-43 (opieka szpitalna), MZ-29a i MSWiA-33 (stacjonarna opieka długoterminowa), MZ-10, MZ-88, MZ-88A i MZ-89, MSWiA-29, MSWiA-30 (m.in. informacje o posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego, o pracownikach medycznych pracujących przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, w NFZ oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny, a także o pracownikach posiadających specjalizacje medyczne), MZ-42, MSWiA-44 i MSWiA-46 (krwiodawstwo).

Uzupełnieniem informacji o kadrze medycznej pracującej z pacjentem są wyniki badań Głównego Urzędu Statystycznego: PS-03 „Domy Pomocy Społecznej” oraz OD-1 „Badanie żłobków i klubów dziecięcych”.

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest „Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2017r.” opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ-30.

Dane dotyczące krwiodawstwa dostarcza Narodowe Centrum Krwi. Pozyskane informacje z zakresu krwiodawstwa zawierają dane pozyskane z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa, z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wydatki na ochronę zdrowia zestawione w Narodowym Rachunku Zdrowia zostały opracowane w oparciu o dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28), a także na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S), sprawozdania z działalności fundacji, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych (SOF-1) i rocznego sprawozdania lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących (MZ-35A). Do szacunków wykorzystano również wyniki badania SP „Roczna ankieta przedsiębiorstwa” i SP-3 „Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw”. Informacje te uzupełniono szacunkami eksperckimi o wydatkach gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną opracowanymi w oparciu o wyniki „Badania budżetów gospodarstw domowych” i badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”

Tablice dotyczące wydatków z budżetu państwa i z budżetów samorządów terytorialnych zostały opracowane na podstawie danych Ministerstwa Finansów, pochodzących z „Rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa” (Rb-28) i „Rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego” (Rb-28S). Natomiast tablice dotyczące kosztów świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych finansowanych przez NFZ zostały opracowane na podstawie danych ze sprawozdania z wykonania planu finansowego Narodowego Funduszu Zdrowia.

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

Dane prezentowane w publikacji – jeśli nie zaznaczono inaczej – obejmują nie tylko placówki podległe Ministerstwu Zdrowia, ale także placówki podległe resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych; oznacza to, że prezentowane dane o pracownikach medycznych, o ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece zdrowotnej nie mogą być wprost porównywane z wielkościami prezentowanymi we wcześniejszych edycjach (przed 2012 r.) niniejszej publikacji. Zamieszczone w publikacji dane nie obejmują informacji dotyczących ochrony zdrowia w zakładach karnych (wyjątek Tabl.9 w aneksie tabelarycznym).

Dane w tablicach, mapach i wykresach dotyczą roku 2017, chyba że podano inaczej. Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu danych stanowiących stan w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) na mieszkańców (na 1000 i 10000 ludności itp.) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 XII, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczenia) — ludność według stanu w dniu 30 VI.

W niniejszej publikacji liczby względne (wskaźniki, odsetki) obliczono z reguły na podstawie danych bezwzględnych wyrażonych z większą dokładnością niż podano w tablicach. Drobne rozbieżności w sumowaniu danych na „ogółem” występujące w części analitycznej i w aneksie tabelarycznym wynikają z automatycznych zaokrągleń.

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej obowiązującą po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej².

„Ustawa o działalności leczniczej” w zasadzie zachowała wszystkie formy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadziła natomiast nowe nazewnictwo oraz klasyfikację podmiotów, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzą działalność leczniczą). Wszystkie podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych, zostały określone mianem podmiotów wykonujących działalność leczniczą. „Ustawa o działalności leczniczej” wprowadziła jednocześnie, inaczej niż „Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej”, podział wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dwie kategorie, tj. podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe.

Podmiotami leczniczymi – zgodnie z ustawą – są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów „Ustawy o swobodzie działalności gospodarczej”,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

- praktykę zawodową wykonywaną przez lekarzy,
- praktykę zawodową wykonywaną przez pielęgniarki.

Do najistotniejszych zmian, jakie wprowadziła „Ustawa o działalności leczniczej”, zaliczyć należy ustawowe rozróżnienie terminów: podmiot leczniczy oraz przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego. Ponadto ustawa o działalności leczniczej wprowadziła zmiany w obrębie klasyfikacji podmiotów leczniczych. Zrezygnowano z międzynarodowej klasyfikacji dostawców opieki zdrowotnej (HP) na rzecz trzech rodzajów działalności:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne (szpital);
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne (np. zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, hospicja);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – np. przychodnie, ośrodki zdrowia, laboratoria, zakłady diagnostyczne.

² Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz. U. Nr 112, poz. 654).

W 2016 weszła w życie zmiana ustawy o działalności leczniczej³, która zastąpiła pojęcie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego pojęciem zakładu leczniczego. Zmiana ta nie miała jednak wpływu na porównywalność statystyk.

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji objęto zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane⁴ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów objętych badaniami (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki zawodowej i kod zawodu lekarza/lekarza dentystry nadanego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego.

Przy tworzeniu operatów do badań ZD-2 i ZD-3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku badania ZD-4 – dane z systemów informacyjnych wojewodów w zakresie ratownictwa medycznego, według stanu na dzień 31.12.2017 r.

Dane o zachorowaniach podano według Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (Rewizja X – obowiązująca od 1997 r.).

Prezentowane w publikacji dane o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej obejmują również działalność praktyk lekarskich i stomatologicznych (indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych), które podpisały umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych.

Badanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, prowadzone za pomocą formularza ZD-3, nie obejmuje praktyk lekarskich i stomatologicznych działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych. Ich działalność jest badana w ramach sprawozdawczości finansowej realizowanej metodą reprezentacyjną za pomocą formularza SP-3.

W prezentowanych wynikach badań pod pojęciem przychodni należy rozumieć również: ośrodki zdrowia, poradnie, ambulatoria i izby chorych oraz zakłady badań diagnostycznych i medyczne laboratoria diagnostyczne.

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zastosowano następujące rozróżnienie porad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystry: porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – porady udzielone w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, porady specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentystry. Badanie na formularzu ZD-3 obejmuje również informacje na temat nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej⁵. Do 30.09.2017 r. porady wykazywane były w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), a od 01.10.2017 r. zostały wyodrębnione w oddzielnym dziale „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna” i obejmują porady łącznie z udzielonymi w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą⁶ punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestru zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz rejestru udzielonych zgód na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej prowadzonych przez wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych (według stanu na dzień 31.12.2017 r.).

3 Ustawa z dnia 10 czerwca 2016 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2016, poz. 960).

4 Według stanu na dzień 31.12.2016 r.

5 Ustawa z dnia 25 maja 2017 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2017 poz. 1200) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1300).

6 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 2211).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, dekladowane przez zakłady lecznicze, wymienione w badaniach ZD-2, ZD-3, ZD-5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu⁷ Ministra Infrastruktury.

Dane na temat kadry medycznej pochodzą z Ministerstwa Zdrowia (w tym dane z Ministerstwa Obrony Narodowej), Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz GUS. Dane o kadrze pracującej bezpośrednio z pacjentem dotyczą osób pracujących w placówkach opieki zdrowotnej a także w żłobkach, klubach dziecięcych i domach pomocy społecznej, gdzie świadczona praca uznawana jest jako wykonywanie zawodu medycznego, bez względu na formę zatrudnienia (samozatrudnienie, umowa o pracę, umowa cywilno-prawna). Każdy pracownik jest liczony tylko raz, w głównym miejscu pracy, określonym na podstawie oświadczenia pracującego.

Ze względu na niepełną realizację obowiązku statystycznego przez praktyki zawodowe (głównie lekarskie i stomatologiczne), dane dotyczące osób pracujących bezpośrednio z pacjentem mogą być niższe niż stan faktyczny w zakresie zawodów, w których stosunkowo często prywatna praktyka jest głównym miejscem pracy (np. dentyści).

Prezentowane w aneksie tabelarycznym, w Tabl. 9 dane, przekazywane do organizacji międzynarodowych, dotyczą łącznej liczby łóżek w szpitalnictwie (HP.1) oraz w szeroko rozumianej opiece długoterminowej (HP.2). Zostały opracowane zgodnie z wymaganiami OECD/Eurostat.

Do łóżek szpitalnych (HP.1) zaliczono łóżka w szpitalach ogólnych (HP.1.1), psychiatrycznych (HP.1.2), specjalistycznych (HP.1.3), w szpitalach uzdrowiskowych, sanatoriach i stacjonarnych zakładach leczniczych. Ujęte są także łóżka w szpitalach zakładów karnych. Uwzględniono tu wszystkie łóżka dostępne dla pacjenta, stale utrzymywane i obsługiwane przez personel medyczny. Od 2008 r. liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łózkami i inkubatorami dla noworodków (oddziały neonatologiczne) w związku ze zmianą metodologii liczenia łóżek wprowadzoną przez resort zdrowia.

Do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) zaliczono łóżka dla osób wymagających trwałej opieki leczniczej i pielęgnacyjnej na skutek chronicznego upośledzenia oraz ograniczonej samodzielności w życiu codziennym. Są to łóżka znajdujące się w zakładach zapewniających opiekę długoterminową w połączeniu z pielęgnacją, nadzorem oraz innymi rodzajami opieki. Opieka ta może stanowić połączenie świadczeń socjalnych oraz usług zdrowotnych. Do tej kategorii zaliczono łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu ogólnego, hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej, a w zakresie domów pomocy społecznej oddziały dla osób: przewlekłe somatycznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Dane nie obejmują łóżek w zakładach o profilu psychiatrycznym.

Dane o liczbie poszczególnych typów placówek opieki stacjonarnej, w odniesieniu do sposobu rejestracji tych zakładów w RPWDL, dotyczą zakładów leczniczych podmiotów leczniczych, czasami grup zakładów leczniczych lub oddziałów, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność określonego rodzaju.

Z uwagi na zmiany prawne (ustawa o działalności leczniczej z 15 kwietnia 2011 r.) mające wpływ na sposób wyodrębniania i rejestracji placówek (w tym szpitali), dane dotyczące liczby szpitali są nieporównywalne z danymi przed 2012 r. Placówki medyczne (jednostki organizacyjne), które do 2011 r. były traktowane jako filie szpitali, w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą mogą stanowić odrębny szpital.

Liczba szpitali dotyczy zakładów leczniczych albo wydzielonych jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych (filii), w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne szpitalne. Zakłady lecznicze podmiotów leczniczych udzielające wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne) nie zostały uwzględnione w liczbie szpitali.

Dane o szpitalach dotyczą wyłącznie zakładów, które wykazały przynajmniej jedno łóżko opieki stacjonarnej.

Liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łózkami dla noworodków i inkubatorami. Do liczby łóżek nie są wliczane miejsca dzienne. Działalność dzienna szpitali prezentowana jest odrębnie w dwóch tablicach (Tabl. 16 i 17) razem z działalnością szpitali dziennych (jednego dnia).

⁷ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. (Dz. U. Nr 75 poz. 690, z późn.zm).

Dane o oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych przez autora badania (Ministerstwo Zdrowia), w oparciu o część VIII kodu resortowego, charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, określonego w rozporządzeniu⁸ Ministra Zdrowia „w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania”. W związku z nowelizacją tego rozporządzenia⁹, w danych za 2017 r. wyróżniono oddziały opieki paliatywno-hospicyjnej oraz zmianie uległa nazwa grupowania oddziałów odwykowych na terapii uzależnień.

Dane o liczbie oddziałów dotyczą wyłącznie oddziałów, które były zarejestrowane w RPWDL, i które wykazały działalność stacjonarną.

Liczba osób w szpitalach bez ruchu międzyoddziałowego jest to liczba osób wpisanych w księdze głównej szpitala. Osoba przebywająca w szpitalu kilkakrotnie w ciągu roku, liczona jest za każdym razem niezależnie.

Badaniem ZD-2 objęte są zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej¹⁰ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych¹¹.

Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej objęte badaniem ZD-2 są to placówki zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z wykorzystaniem kodu specjalności typowego dla zakładów rehabilitacji leczniczej (7400), działających w trybie ambulatoryjnym, które zarejestrowały łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zgodnie z ustawą¹², są:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

W przekrojach terytorialnych dane o pacjentach prezentowane są zgodnie z miejscem udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie miejscem zamieszkania pacjenta. Jako miejsce udzielenia świadczenia zdrowotnego przyjęto lokalizację badanych placówek, w niektórych przypadkach inną niż lokalizacja jednostki nadrzędnej.

W drugiej połowie 2017 r. w całym kraju stopniowo wdrażano System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Jest to system teleinformatyczny, który ma na celu znacząco usprawnić organizację służb ratownictwa medycznego. Rok 2017 był okresem przejściowym, w którym dyspozytorzy medyczni częściowo prowadzili papierową dokumentację, a od momentu wprowadzenia SWD PRM – elektroniczną. Opracowanie danych dotyczących charakterystyki interwencji ZRM za cały rok w oparciu o dwa tak różnorodne źródła informacji, stwarzało wiele problemów urzędowi wojewodów. W efekcie dane prezentowane w niniejszej publikacji o czasach dotarcia na miejsce zdarzenia, o liczbie wyjazdów uzasadnionych lub nie, mają charakter szacunkowy.

Dane o krwiodawstwie pozyskane z Narodowego Centrum Krwi (NCK), dotyczące krwiodawstwa realizowanego w ośrodkach regionalnych i terenowych stacjach działających w ramach NCK, prezentowane są w przekroju wojewódzkim. Dane pozyskane z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz z Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSWiA dostępne są tylko na poziomie kraju.

8 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 r. poz. 594).

9 Nowelizacja Rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz.U. 2017 poz. 999).

10 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

11 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2016, poz. 879, 960).

12 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji ICHA („International Classification for Health Accounts”) opracowywanym w Polsce od roku 2002, zgodnie ze wspólną metodologią OECD, Eurostat i WHO. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013 r. po raz pierwszy został policzony według nowej metodologii SHA2011 opracowanej przez Zespół IHAT (International Health Accounts Team), składający się z przedstawicieli OECD, Eurostat i WHO.

W tym rachunku wydatki są prezentowane według czterech wymiarów: funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), świadczeniodawców dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP), schematów finansowania ochrony zdrowia (ICHA-HF)¹³ oraz przychodów schematów finansowania (ICHA-FS).

Schematy finansowania opieki zdrowotnej (ICHA-HF)

Kod ICHA	Schematy finansowania
HF.1	Programy rządowe, samorządowe i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne
HF.1.1	Programy rządowe i samorządowe
HF.1.2	Obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne
HF.2	Dobrowolne opłaty za opiekę zdrowotną
HF.3	Opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych
HF.4	Programy finansowania przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe

Funkcje ochrony zdrowia (ICHA-HC)

Kod ICHA	Funkcje ochrony zdrowia
HC.1	Usługi lecznicze
HC.2	Usługi rehabilitacyjne
HC.3	Długoterminowa opieka (zdrowotna)
HC.4	Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej (nie określone przez funkcję)
HC.5	Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)
HC.5.1	Leki i artykuły medyczne nie będące dobrami trwałego użytku
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku
HC.6	Profilaktyka i zdrowie publiczne
HC.7	Zarządzanie i administracja finansowania ochrony zdrowia

Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP)

Kod ICHA	Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia
HP.1	Szpitala
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
HP.4	Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia
HP.5	Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych
HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych
HP.7	Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia
HP.8	Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki
HP.9	Zagranica

¹³ Klasyfikacja ICHA-HF według SHA2011 oznacza schematy finansowania ochrony zdrowia, natomiast w SHA 1.0 oznaczała płatników w ochronie zdrowia.

Przychody schematów finansowania (ICHA-FS)

Kod ICHA	Przychody schematów finansowania
FS.1	Transfery z krajowych przychodów instytucji rządowych i samorządowych
FS.2	Transfery z zagranicznych źródeł dystrybuowane przez rząd
FS.3	Składki na ubezpieczenia społeczne
FS.4	Obowiązkowe przedpłaty (inne niż wykazane w FS.3)
FS.5	Dobrowolne przedpłaty
FS.6	Inne przychody krajowe n.e.c
FS.7	Bezpośrednie transfery z zagranicy

Płatnicy (ICHA-FA) – dodatkowy przekrój służący do pozyskiwania danych przez GUS

Kod ICHA	Płatnicy w ochronie zdrowia
FA.1	Instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z funduszami ubezpieczeń społecznych)
FA.1.1	Instytucje rządowe na szczeblu centralnym
FA.1.2	Fundusze ubezpieczeń społecznych
FA.1.9	Wszystkie inne jednostki rządowe
FA.2	Ubezpieczenia prywatne
FA.3	Przedsiębiorstwa (inne niż ubezpieczeniowe)
FA.4	Instytucje niekomercyjne
FA.5	Gospodarstwa domowe
FA.6	Zagranica

W rachunku zdrowia za 2015 r. została wprowadzona zmiana wartości w zakresie wydatków publicznych, w części dotyczącej długoterminowej opieki zdrowotnej, w kategorii „Zarządzanie i administracja ochrony zdrowia” oraz kategorii „Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne opierające się na składkach.

Korekty wynikały przede wszystkim ze zmian w przypisaniu poszczególnych wydatków do odpowiednich kategorii i były wprowadzone zgodnie z sugestiami Międzynarodowego Zespołu ds. Rachunków Narodowych (IHAT).

Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują; podlegają zmianom, niekiedy złożonym, zarówno w zakresie organizacji jak i systemów finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian sporządzanych przez kraje rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje IHAT.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁴ – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹⁵.

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

¹⁵ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹⁶ są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatanatów,
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- dla weteranów poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach:

- 1 – Świadczeniobiorców objętych zakresem przepisów przejściowych z art. 17 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wpisani na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przed końcem 2014 r.),
- 2 – Świadczeniobiorców mających prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynika z zapisów art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32. Świadczeniobiorca, u którego:
 - w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,
 - lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy – ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58 ww. ustawy.

Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.

Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne. Apteki dzielą się na: ogólnodostępne, szpitalne i zakładowe.

Donacja krwi – pobranie krwi lub jej składnika do celów klinicznych, diagnostycznych lub produkcyjnych.

Dysponent jednostki – przedsiębiorstwo/podmiot leczniczy albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹⁷.

Hospicjum – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego lub jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, sprawująca wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych pacjentów.

Jednostka krwi pełnej – 450 ml (jeden litr krwi pełnej w przybliżeniu równa się 2,22 jednostki).

Jednostka świeżo mrożonego osocza – 200 ml (jeden litr osocza równa się 5 jednostkom).

¹⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

¹⁷ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi: instytut naukowo-badawczy, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego ds. wewnętrznych. Krwiodawstwo uregulowane jest ustawą o publicznej służbie krwi¹⁸.

Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy – podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami), stanowiące podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny. Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy określa art. 2 pkt. 2 ust. 1 ustawy¹⁹.

Krwiodawstwo jest akcją społeczną mającą na celu dobrowolne pozyskiwanie krwi od osób zdrowych na rzecz osób wymagających transfuzji krwi (np. podczas operacji chirurgicznych) lub do produkcji preparatów krwiopochodnych. Zasady pobierania krwi, oddzielenia jej składników, przechowywania i obrotu, a także organizację Publicznej Służby Krwi reguluje ustawa.

Kuracjusz – osoba korzystająca z usług leczniczych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego na zasadzie skierowania lub na podstawie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku.

Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych (surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu) oraz towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Leczony stacjonarnie – pacjent pozostający w zakładzie leczniczym na noc (zwykle przebywający dłużej niż 24 godziny).

Leczeni z ruchem międzyoddziałowym – liczba pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Pacjent przebywający na kilku oddziałach w trakcie jednego pobytu w szpitalu liczony jest kilkakrotnie.

Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego – liczba pacjentów zarejestrowanych w księdze głównej szpitala.

Lekarz – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych²⁰.

Lekarz dentysta (do 31 maja 2004 r. lekarz stomatolog) – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentysty i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń określonych w definicji lekarza (p. 13), w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych²¹.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy²² i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem²³.

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się z co najmniej trzech osób, w tym z co najmniej jednego pilota zawodowego, lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

18 Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2017, poz. 1371).

19 Ustawa z dn. dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2004.125.1317, z późn. zm.).

20 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2011 nr 277 poz. 1634).

21 j.w.

22 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 16 (tekst jednolity: Dz. U. 2011 Nr 277, poz. 1634).

23 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2011 Nr 274, poz. 1627).

Łóżko – łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zajęte przez pacjenta lub przygotowane na jego przyjęcie.

Medycyna pracy – teoretyczna i praktyczna dziedzina medycyny, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy i sposobów wykonywania pracy na stan zdrowia pracujących, oraz minimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy²⁴ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą²⁵ – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Osobodni – łączna liczba dni pobytu osób leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Pielęgniarka – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia²⁶.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej²⁷.

Położna – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby wykonujące działalność leczniczą, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego/zakład leczniczy lub praktyka zawodowa, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub żłobek. Do grupy pracujących bezpośrednio z pacjentem zalicza się osoby wykonujące zawody medyczne w domach pomocy społecznej, w żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie zalicza się natomiast osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji rządowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet jeśli praca przez niewykonywana wymaga wykształcenia medycznego.

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek lub położnych – forma wykonywania zawodu w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą²⁸.

Przeciętne wykorzystanie łóżka (w dniach) – iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

Przeciętny pobyt chorego na oddziale (w dniach) – iloraz osobodni i liczby leczonych na oddziale.

24 Ustawa z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, art. 229 §6 (Dz. U. z 1998.21.94, z późn. zm.).

25 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

26 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 r. Nr 174 poz. 1039).

27 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

28 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

Przychodnia – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy²⁹ mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentyistów, pielęgniarów i położnych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów.

Rejestr praktyk lekarskich prowadzony jest przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Przed rozpoczęciem działalności lekarz i lekarz dentyista musi uzyskać m.in. wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku praktyki specjalistycznej, posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreśleń z rejestru, jeżeli lekarz złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem. Rejestr ten stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Rejestr praktyk pielęgniarów i położnych prowadzony jest przez okręgową radę pielęgniarów i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Rejestr stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Szpital – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo wydzielona jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, z wyłączeniem zakładów leczniczych podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne).

Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpitale dzielimy na: szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne, szpitale uzdrowiskowe.

Szpitalny oddział ratunkowy – oddział szpitalny, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział ten może posiadać w swojej strukturze zespół ratownictwa medycznego³⁰.

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12, tj. liczbę miesięcy w roku.

Świadczenie zdrowotne jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,

²⁹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2017 poz.2211)

³⁰ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady lecznicze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez praktyki zawodowe.

Uzdrowisko – to wydzielony obszar, któremu w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych został nadany status uzdrowiska i na terenie którego jest prowadzone leczenie uzdrowiskowe. Status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1 – posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- 2 – posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;
- 3 – na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
- 4 – spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska;
- 5 – posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

Zabiegi przyrodolecznicze wykonywane w uzdrowiskach:

elektrolecznictwo – polega na zastosowaniu różnego rodzaju prądów leczniczych; zalicza się tu zabiegi m.in. takie jak: galwanizacja, jonoforeza, prądy interferencyjne, prądy diadynamiczne;

inhalacje, wziewanie – wprowadzenie leków lub składników naturalnych do układu oddechowego (górných dróg oddechowych i drzewa oskrzelowego), dzięki zastosowaniu urządzeń wytwarzających aerozole o różnym stopniu rozproszenia; wziewania mogą być indywidualne lub zbiorowe;

kąpiele mineralne – są to kąpiele w wannach lub w basenach napełnionych wodą leczniczą, z równoczesnymi ćwiczeniami fizycznymi; do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki;

kąpiele CO₂ – są to kąpiele wannowe (dwutlenek węgla jest rozpuszczany w wodzie) albo stosowany w formie gazowej w kąpielach suchych;

kinezyterapia – leczenie ruchem, gimnastyka lecznicza; dzieli się na miejscową i ogólną; kinezyterapia miejscowa – dotyczy bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo, natomiast kinezyterapia ogólna obejmuje ćwiczenia części ciała nie objętych chorobą;

krioterapia – polega na poddaniu całego ciała (lub miejscowo) działaniu bardzo niskich temperatur;

światłolecznictwo – metoda leczenia światłem, np. lampy emitujące głównie promienie podczerwone (sollux), nadfioletowe (lampa kwarcowa) lub skojarzone światło obu typów promieniowania;

wodolecznictwo, hydroterapia – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub cieplej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, bicze wodne, okłady);

zabiegi borowinowe – polegają na zastosowaniu rozdrobnionego torfu i peloidów torfowych będących naturalnymi substancjami mineralnymi (kąpiele borowinowe, zawijania, okłady);

zabiegi parafinowe – zawijania parafinowe, pędzlowania, okłady lub bezpośrednie kąpiele kończyn (tak zwane „rękawice” lub „skarpety”), a także maseczki.

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego – zakład leczniczy albo jednostka lub komórka organizacyjna zakładu leczniczego, w której podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą³¹ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Zakład opiekuńczo-leczniczy –zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy –zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia te mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym³² dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

W skład każdego z typów wyżej wymienionych zespołów wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami³³.

31 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2012, poz. 651, 742).

32 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

33 Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2016, poz. 627, z późn.zm.).

PART II

METHODOLOGICAL NOTES

1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The essential results of surveys conducted according to the Programme of Statistical Surveys of Official Statistics serve as the basic source of information presented in the publication. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries (Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration)³⁴. The results are supplemented by administrative data and other information provided by the entities acting in the field of health care.

The following entities are surveyed through the regular reports: health resort facilities, sanatoria (questionnaire ZD-2), outpatient health care units (ZD-3), emergency medical service and first aid units (ZD-4), pharmacies and pharmaceutical outlets (ZD-5). Data on the medical staff working in stationary social welfare and in day nurseries and children's clubs come subsequently from PS-03 and OD-1 reports, and data on graduates of medical schools comes from report S-10.

The surveys on health care cover the above mentioned units operating on the territory of the country, irrespective of the form of financing and irrespective of the organisational subordination of the entity providing these services (i.e. the Ministry of Health, the Ministry of Defence, local self-government entities – voivodships, powiats or gminas, as well as community organizations, churches, religious associations and medical practices providing services financed from public funds, etc.).

In the survey of health resort treatment and inpatient medical rehabilitation facilities (ZD-2) information on number of establishments, beds, as well as inpatients by sex and age are obtained. In terms of inpatients are collected data about number of people subsidized by the National Health Fund, ZUS and KRUS, full-fee patients (including foreigners), as well as persons who received funding from PFRON. Data on number and types of natural healing services performed in health resort facilities are also obtained.

In the survey on outpatient treatment (ZD-3) information about the number of out – patients' departments, medical practices and consultations given by doctors and dentists in out – patients' departments and also in the framework of the medical practices are collected. Reporting includes primary and specialized outpatient health care, both in urban and rural areas. Data on the number of consultations are collected taking into account gender and age of the patients.

The survey on first aid and emergency medical service (questionnaire ZD-4) gathers the data on, i.a. the number of units within the system that are included in plans of voivodship provincial governors together with data on the hospital emergency wards and emergency rescue teams together with the medical personnel employed, interventions in the occurrence places of emergency situations, and persons who were provided with health services at the place of occurrence. The survey covers also the number of services provided to outpatients in admission rooms and in hospital emergency wards as well as the in-patient activity of hospital emergency wards. The scope of information has been extended by data obtained from voivodes, based on the voivodship programs of the system operation.

ZD-5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets. The survey covers the information on the type of the establishment, scope of services rendered (mail order services, services available at nights, preparation of prescription medicines, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel).

³⁴ The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

The data on the incidence of selected diseases presented in this report has been derived from the reports and registers of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information: MZ-14 (venereal diseases), MZ-15 (mental disorders and behavioural disorders, addiction to alcohol and drugs), MZ-56 (infectious diseases) and data from the National Cancer Registry and the National Tuberculosis Registry.

The data on medical personnel, inpatient care – hospitals, long-term health care facilities, psychiatric facilities and blood donation, presented herein, has been derived from the reports of the Ministry of Health and the Ministry of Interior and Administration. The following annual statistical reports serve as the source of information in this scope: MZ-29, MSWiA-43 (hospital care), MZ-29a and MSWiA-33 (long-term health care), MZ-10, MZ-88, MZ-88A, MZ-89, MSWiA-29 and MSWiA-30 (inter alia medical personnel working with patients and employed within the government and local self-government administration, the National Health Fund personnel, persons employed in higher education institutions training medical staff and specialists), MZ-30 (psychiatric facilities), and MZ-42, MSWiA-44 and MSWiA-46 (blood donation).

The data is supplemented by information on the medical staff working with the patient which are the results of surveys of the Central Statistical Office: PS-03 “Stationary social welfare facilities”, OD-1 “Nurseries and kids’ clubs”.

“The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2017”, developed on the basis of the MZ-30 form by the Institute of Psychiatry and Neurology, served as the source of data on psychiatric in-patient facilities.

The data on blood donation is provided by the National Blood Centre and covers the statistics delivered by the Regional Blood Donation and Blood Transfusion Centres, the Military Blood Donation and Blood Transfusion Centres, and the Blood Donation and Blood Transfusion Centre as set up by the Minister of the Interior and Administration.

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Family, Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use SP (Year’s results of the survey of companies) and SP-3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of “Households budgets survey” as well as module survey “Health care in households in 2013”.

The tables analysing the expenses of the State budget and the budgets of local self-government entities were compiled on the basis of the data from the Ministry of Finance, derived from the “annual report on execution of the plans of the State budget expenses” (Rb-28), and from the “annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments” (Rb-28S). The tables presenting the costs of health services provided to the persons insured, financed by the National Health Fund (NHF), were developed on the basis of the report on execution of the financial plan of the National Health Fund.

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – unless otherwise stated – include not only health care units subordinated to the Ministry of Health but also health care units subordinated to the Ministry of National Defence, the Ministry of the Interior and Administration; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care can’t be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook (before 2012), however, data presented in this publication still do not include information on prison health care (exception Tabl.9 I tabular annex).

The data in tables, maps and charts refer to the year 2017, unless otherwise stated. The numbers describing the health care system resources are given as of 31.12., while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year.

When computing per capita data (1000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 XII was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., people cured) – as of 30 VI.

Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision than that presented in the tables. Minor discrepancies in adding up the data on the „total” (in the analytical section and in annex table) result from automatic rounding.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in Act on Health Care Activities³⁵.

“Act on Health Care Activities” in principle retained all forms of providing healthcare services, but introduced new terminology and classification of entities that provide health care services. All entities that provide health care services are defined as entities engaged in medical activities. “Act on Health Care Activities” introduced simultaneously, unlike the “Act on health care facilities”, a division of all entities engaged in medical activities into two categories, namely medical entities and professional practices.

Medical entities – in accordance with the Act include:

- entrepreneurs within the meaning of the “Act on Freedom of Economic Activity”,
- independent public health care providers,
- budget units comprising in their organizational structure out-patient clinics, out-patient clinics with infirmaries or primary care physician,
- research institutes,
- foundations and associations which statutory purpose is to perform tasks in the field of health care and which statute allows health care activities,
- churches, church legal persons and religious associations – to the extent to which these entities perform health care activities.

In turn, the professional practices include:

- professional practice performed by doctors,
- professional practice performed by nurses.

The most significant changes introduced by the “Act on Health Care Activities”, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity. In addition, the Law on “Health Care Activities” introduced changes in the classification of medical entities. Legislators resigned to use the International Classification of Health Care Providers (HP) instead they used the three types of activities:

- in-patient round-the-clock health care services – hospital (hospital);
- in-patient round-the-clock health care services – other than hospital (e.g.. chronic medical care homes, nursing homes, rehabilitation facilities, hospices);
- out-patient health services – (e.g. out-patient departments, clinics, health centers, diagnostic laboratories, diagnostic facilities).

In 2016, the amendment to the Act on Medical Activity³⁶ came into force, replacing the notion of a medical enterprise with the term “medical center”. However, this change did not affect the comparability of statistics.

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered³⁷ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV, V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine / dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

During creation of frame to ZD-2 ZD-3 surveys there was also used data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the study ZD-4 – data from information systems voivodship governors of emergency medical services (as of 31.12.2017).

³⁵ Act of 15 April 2011 on Health Care Activities, Journal of Laws No. 112, item 654.

³⁶ Act of 10 June 2016 amending the law on health care activities (Journal of Laws 2016, item.960).

³⁷ As of 31.12.2016.

Data regarding incidence of diseases are presented according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10 Revision – valid since 1997).

Presented in the publication data on out-patient health care also include doctors and dental practices (individual, individual specialized and group) which signed a contract with the National Health Fund for the provision of health care services under the public funds.

The survey on the out-patient health care, carried out through ZD-3 questionnaire, does not cover doctor and dental practices operating exclusively within non-public funds. They are surveyed using a sample method, based on SP-3 report.

The results of a study presented by the term out-patient departments should be understood also: health centers, clinics, ambulatory departments, infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories.

The ambulatory health care includes consultations provided by physicians and dentists:

provided within the primary health care include consultations provided by GP (General Practitioners) and by primary care physician, treated as specialist include consultations provided by physicians specialized in a given area of medicine and by dentists. The ZD-3 form also includes information on holiday and nighttime medical services³⁸. By 30/09/2017 advice was reported in Primary Health Care (POZ), and from 01/10/2017 were separated in a section „holiday and nighttime medical services” and include advice including those provided under sub-contract with the hospital to perform these tips.

The ZD-5 survey covers three types of establishments: generally available pharmacies, pharmaceutical outlets, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act³⁹ came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

To create a list of pharmacies and pharmaceutical outlets surveyed in ZD-5, the information from the records of provincial pharmaceutical inspectorates was used (as of 31.12.2017).

The various types of facilities for the disabled, mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation⁴⁰.

Data on the medical personnel come from the Ministry of Health (including data from Ministry of National Defence), Ministry of the Interior and Administration and the CSO. Data on the medical staff working directly with the patient include those working in units in the health care sector and also in nurseries, children's clubs and social welfare facilities, when the provided work is recognized as the medical practising profession, regardless of the form of employment (self-employed, employment contract or civil legal contract). Each person should be counted only once, in the main workplace, defined on the basis of the declaration of the employee.

Data concern working directly with a patient may be lower than the reality, especially in the area of private practice because of problems with the implementation of the reporting obligation. This applies particularly to occupations in which the main place of work is relatively frequently private practice (eg dentists).

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in its wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) specialised hospitals (HP.1.3) and other inpatient entities i.a. health resort hospitals,

38 Act of 25 May 2017 amending the act on health care services financed from public funds and certain other acts (Journal of Laws 2017 item 1200) and Regulation of the Minister of Health of June 28, 2017 amending the regulation on guaranteed services in the field of basic health care (OJ 2017, item 1300).

39 Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law, Consolidated text: Journal of Laws of 2017, item 2211.

40 The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (Journal of Laws No. 75, item 690, with subsequent amendments).

sanatoria, inpatient rehabilitation facilities as well as prison hospitals. According to definitions of OECD/Eurostat – hospital beds are all hospital beds which are regularly maintained and staffed and immediately available for the care of admitted patients. Since 2008 beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health in 2008.

Long term care beds (HP.2) comprise available beds for people requiring ongoing health and nursing care due to chronic impairments and a reduced degree of independence in activities of daily living found in establishments primarily engaged in providing residential care combined with either nursing, supervision or other types of care as required by the residents. Data on beds in psychiatric type facilities are not included. The care provided can be a mix of health and social services. Beds in all types of nursing and residential care facilities (HP.2) dedicated to long term care are included (i.e. chronic medical care homes, nursing homes, hospices, social welfare facilities for chronically ill with somatic disorders, physically handicapped, mentally retarded including children and young mentally retarded).

The data on particular types of inpatient health care facilities refer to enterprises of the therapeutic entities or organizational units of such enterprises or wards, in which the therapeutic entity performs a specific type of activity.

Due to legal changes (the “Act on Health Care Activities” affecting the method of isolating and registration of facilities including hospitals) data on the number of hospitals is not comparable with data from previous years. Health care facilities (organizational units) which were treated as a hospital branches until 2011, according to re-registration in the Register of the Entities Conducting Therapeutic Activity may have been considered as an independent hospital.

The number of hospitals refer to the health care units of therapeutic entities or organizational units of these health care units, in which the entity conducts medical activity in kind of stationary and twenty-four hours hospital services. Health care units of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

The presented data on hospitals apply only to facilities that reported at least one bed of inpatient care.

The number of hospital beds does not include day-places. The daily activities of hospitals is presented separately in the two tables (Tabl. 16 and 17) together with the day-care activities of one day hospitals..

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the author of the survey (the Ministry of Health) on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII) in accordance with the Regulation⁴¹ of the Minister of Health. In accordance with the amendment to this regulation, in the data for 2017, palliative and hospice care departments were distinguished and the name of the grouping of detoxification wards have been changed on addiction treatment wards.

Data on the number of wards concerns wards which reported inpatient activity (report MZ-29) and were registered in the register (RPWDL).

Inpatients without a patient flow between hospital wards means inpatients entered in the main hospital register. A person who were admitted in hospital more than once during the year, each time was counted independently.

Health resort treatment operates on the basis of the “Act on Medical Activity”⁴², as well as the “Act on Health Resort Treatment” and on the “Areas of Health Resort Protection”, as well as on Health Resort Gminas.⁴³

Inpatient rehabilitation facilities examined in the ZD-2 study are institutions registered using a specialty code (7400) but registered beds and conduct inpatients activity.

41 Regulation of 17 May 2012 concerning the system of identification codes for health care facilities and detailed principles related to the use Journal of Laws of 2012 item. 594.

42 The Act of 15 April 2011 on Medical Activity (Journal of Laws No. 112, item 654, with subsequent amendments).

43 The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas Journal of Laws of 2012, item 651, 742.

Pursuant to the “Act⁴⁴ on the State Emergency Medical”, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams, with whom contracts for the provision of healthcare services were concluded.

Trauma centers and organizational units of hospitals specialized in the provision of emergency health services cooperate with the state Emergency Medical System.

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence. The location of health service provided means the location of examined facilities which is in some case different from the location of the “parent facility”.

In the second half of 2017, the Support System for the State Emergency Medical Services (SWD PRM) was gradually implemented throughout the country. It is a teleinformation system that aims to significantly improve the organization of emergency medical services. The year 2017 was a transitional period, in which medical dispatchers partially kept paper documentation, and from the moment of introducing SWD PRM – electronic. This resulted in numerous problems with obtaining reliable and complete data on the characteristics of ZRM interventions. As a result, the data presented in this publication are estimates.

Data on blood donation delivered by the National Blood Center – NBC, provided by regional and local blood collection sites run by NBC are displayed for regions (voivodships). Data delivered by the Military Blood Donation and Blood Transfusion Centers as well as the Blood Donation and Blood Transfusion Center run by the Ministry of Interior and Administration are available only for Poland as total.

National Health Account (NHA) is a compilation of health expenditure according to ICHA (International Classification for Health Accounts) which is being developed in Poland since 2002, adhering to the common methodology of OECD, Eurostat and WHO. For the first time National Health Account for 2013 was developed according to the new methodology called SHA2011. The methodology was created by IHAT (International Health Accounts Team) consisting of representatives of the OECD, Eurostat and the WHO. In this version of account expenditure is presented in accordance with four dimensions: health care functions (ICHA-HC), providers of health care (ICHA-HP), financing schemes (ICHA-HF)⁴⁵ and Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS).

The financing schemes (ICHA-HF)

<i>ICHA code</i>	<i>Financing schemes</i>
<i>HF.1</i>	<i>Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes</i>
<i>HF.1.1</i>	<i>Governmental schemes</i>
<i>HF.1.2</i>	<i>Compulsory contributory health insurance schemes</i>
<i>HF.2</i>	<i>Voluntary health care payment schemes</i>
<i>HF.3</i>	<i>Household out-of-pocket payment</i>
<i>HF.4</i>	<i>Rest of the world financing schemes (non-resident)</i>

⁴⁴ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2017, item 2195, with subsequent amendments).

⁴⁵ In SHA2011 classification ICHA-HF means “Health care financing schemes”, while the SHA 1.0 it meant “Financing agents”.

Health care functions (ICHA-HC)

ICHA code	Health care functions
HC.1	Curative care
HC.2	Rehabilitative care
HC.3	Long-term care (health)
HC.4	Ancillary services (non specified by function)
HC.5	Medical goods (non specified by function)
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non durable goods
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods
HC.6	Preventive care
HC.7	Governance, and health system and financing administration

Health care providers (ICHA-HP)

ICHA code	Providers of health care
HP.1	Hospitals
HP.2	Residential long-term care facilities
HP.3	Providers of ambulatory health care
HP.4	Providers of ancillary services
HP.5	Retailers and other providers of medical goods
HP.6	Providers of preventive care
HP.7	Providers of health care system administration and financing
HP.8	Rest of the economy
HP.9	Rest of the world

Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)

ICHA code	Revenues of health care financing schemes
FS.1	Transfers from government domestic revenue
FS.2	Transfers distributed by government from foreign origin
FS.3	Social insurance contributions
FS.4	Compulsory prepayment (other than FS.3)
FS.5	Voluntary prepayment
FS.6	Other domestic revenues n.e.c.
FS.7	Direct foreign transfers

Financing agents (ICHA-FA) – additional breakdown used for acquiring data by the Central Statistical Office

ICHA code	Financing agents in health care
FA.1	General government
FA.1.1	Central government
FA.1.2	State/Regional/Local government
FA.1.9	All other general government units
FA.2	Insurance corporations
FA.3	Corporations (other than insurance corporations)
FA.4	Non-profit institutions serving households (NPISH)
FA.5	Households
FA.6	Rest of the world

In account for 2015 an adjustments for public expenditure, in classification of long-term health care, governance and health system administration and mandatory health insurance based on contributions were introduced. The adjustments resulted primarily from changes in attributing individual expenditure to particular groups of expenditure and they were introduced in accordance with the suggestions of the International Health Accounts Team (IHAT). It should be born in mind that health care systems around the world are evolving and subject to new methods of organization and changes of complex financing schemes. Therefore it requires SHA systematic adaptation to these changes which is internationally supervised by IHAT.

Note: translation of hospital wards:

Chirurgiczny dla dzieci – Children’s Surgery, Chirurgiczny ogólny – General Surgery, Chirurgii szczękowo-twarzowej – Maxillo-facial Surgery, Chirurgii urazowo-ortopedycznej – Trauma-orthopedic Surgery, Chorób wewnętrznych – Internal medicine, Chorób zakaźnych – Infectious diseases, Dermatologiczny – Dermatology, Endokrynologiczny – Endocrinology, Gastrologiczny – Gastrology, Geriatryczny – Geriatrics, Ginekologiczno-położniczy – Obstetrics and Gynecology, Gruźlicy i chorób płuc – Tubercular and pulmonary, Hematologiczny – Hematology, Intensywnej terapii i anestezjologii – Intensive care and Anesthesiology, Kardiochirurgiczny – Cardiosurgery, Kardiologiczny – Cardiology, Nefrologiczny – Nephrology, Neonatologiczny – Neonatology, Neurochirurgiczny – Neurosurgery, Neurologiczny – Neurology, Obserwacyjno-zakaźny – Infectious disease, Odwykowy – Detoxication, Okulistyczny – Ophthalmology, Onkologiczny – Oncology, Otolaryngologiczny – Otolaryngology, Pediatriczny – Pediatrics, Przewlekłe chorych – Chronic, Psychiatryczny – Psychiatric, Rehabilitacyjny – Rehabilitation, Reumatologiczny – Rheumatologic, Toksykologiczny – Toxicology, Transplantologiczny – Transplantation, Urologiczny – Urology, Ratunkowy – Emergency medicine, Inne – Others.

3. BASIC DEFINITIONS

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act⁴⁶.

Average bed use (in days) – the number of bed-days divided by the average number of beds.

The average number of beds – the total number of beds as of the end of each month, divided by 12, i.e. by the total number of months in the year.

Average patient stay (in days) – the number of bed-days divided by the number of patients in the year.

Bed-days – total number of days of patient stay in a facility within the reporting period. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility.

Blood Donation – collection of blood or blood components for clinical, diagnostic or manufacturing purposes.

Chronic medical care home – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24-hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents and medical materials, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care and personal care at home.

A dentist (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area⁴⁷.

⁴⁶ The Act on the State Medical Emergency System of 8 September 2006, Journal of Laws of 2017, item 2195, with subsequent amendments.

⁴⁷ as above.

Doctor specialist, dentist – a doctor (dentist) holding grade II specialization or title of a specialist in the relevant field of medicine in accordance with Art. 16 par. 2 of the Act⁴⁸, and the regulation⁴⁹.

Emergency rescue teams, pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services⁵⁰, are divided into: specialised teams, consisting of at least three people holding licences to perform medical rescue activities, including a system doctor and a system nurse, or a medical rescuer; basic teams, consisting of at least two people holding licences to perform medical rescue activities, including a system nurse, or a medical rescuer; Both teams also include a driver, in the event that no member of such a team fulfils the conditions referred to the Article 106, paragraph 1 of the Act on vehicle drivers⁵¹.

Health care services are measures to maintain, save, restore and improve health and other medical interventions resulting from the treatment process and under separate provisions governing the rules of their exercise. These services include:

- doctor's examination and consultation,
- treatment,
- psychological examination and therapy,
- medical rehabilitation,
- care for women during pregnancy, childbirth and puerperium as well as for the foetus and the newborn child,
- care for healthy children,
- diagnostic tests including medical analytics,
- nursing services,
- care for the disabled,
- palliative and hospice care,
- adjudication and evaluation of health status,
- prevention of injuries and diseases through preventive measures and vaccination,
- technical activities in the field of prosthetics and orthodontics,
- activities in the field of orthopedic supplies and resources accordance with the law.

Health care services may be rendered by health care facilities, by natural persons performing medical professions, or by a group practice of doctors, nurses and midwives.

Health resort facilities – a company or enterprise or organizational unit cell performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical activity. Health resort facilities **ZD-2 Surveys** operates in the area of the health resort (spa), has been created in order to provide health benefits in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law⁵² health resort facilities are health resort hospitals (also for children) and health resort sanatoriums (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as health resort sanatoriums in equipped underground mining.

Hospice – health care institution providing multidisciplinary medical, psychological and social care over ill persons, in terminal stage of illness (mainly due to cancer), as well as care over the families of these ill persons.

Hospital – A health care unit of the therapeutic entities or organizational units of health care unit in which an entity conducts medical activity in kind of hospital services. Health care unit of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

48 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, consolidated text: Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments.

49 Regulation of the Minister of Health of 8 December 2011 r. on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws No 274 item 1627).

50 The Act on the National Emergency Medical Services of 8 September 2006 (Journal of Laws of 2017, item 2195, with subsequent amendments).

51 The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws 2016, item. 627, with subsequent amendments).

52 The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas Journal of Laws of 2012, item 651, 742.

Hospital bed – bed permanently located in wards, fully equipped, and occupied, or ready to be occupied, by patient.

A hospital emergency ward – a hospital ward, which provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the vital signs of persons in crisis situation. This ward may have medical rescue teams in its structure⁵³.

Hospital services – is carried out round the clock comprehensive health benefits involving the diagnosis, treatment, care and rehabilitation, which can't be implemented under other fixed and twenty-four hour ambulatory health care services or health services, hospital services are the benefits provided with the intention of terminating their provision in period not exceeding 24 hours. Hospitals are divided into: general hospitals, psychiatric hospitals, hospitals health resort. The medical air rescue team consists of at least three people, including at least one professional pilot, one system doctor, and one rescue worker or a system nurse.

A midwife – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope of nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services, connected with care over a pregnant woman, a childbearing woman, a woman lying-in and an infant.

Natural treatments:

CO₂ baths – tube baths, in which carbon dioxide is dissolved in the water, or applied in a gaseous form in dry baths,

cryotherapy – a therapy consisting of the exposure of the whole body to extremely low temperatures for a short time,

electrotherapy – a therapy consisting of the application of various healing currents. This includes such treatments as galvanisation, iontophoresis, interference currents, or diadynamic currents,

hydrotherapy – a stimulus treatment method consisting of the external application of cold, cool or hot water (healing baths, semi-baths, showers, water jets, compresses),

inhalations – the application of medicines and natural substances directly to the respiratory system (to the upper respiratory tract and to the bronchia), using specific devices which produce aerosols with various degrees of dispersion. The inhalations may be individual or organised in groups,

light therapy – a light-based treatment method using e.g. lamps, generating mainly infra-red light (sollux) or ultra-violet light (quartz lamps), or the combined light of both radiation types,

kinesiotherapy – a treatment method involving exercise, such as healing gymnastics, both local and general. Local kinesiotherapy refers directly to the compromised organ, while general kinesiotherapy consists of exercising the non-compromised parts of the body,

mineral baths – healing baths prepared in tubs or pools filled with healing water, with the addition of various types of brine, accompanied by simultaneous physical exercises;

mud baths – healing baths, which involve the application of crumbled peat and peloids, which are natural mineral substances,

paraffin wax treatment – paraffin packs, compresses or direct limb baths (so-called “gloves” or “socks”), and face masks.

Health resort facilities located on the area of a health resort include: health resort hospitals (also for children), health resort sanatoria (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as sanatoria in underground mining excavations.

⁵³ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2017, item 2195, with subsequent amendments).

A nurse – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services⁵⁴.

Nursing home – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24-hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents needed for continuation of a treatment, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care.

Occupational medicine – theoretical and practical field of medicine, which focuses on the examination of impact exerted by the work environment, and the way in which work is performed, on the health status of workers. Occupational medicine also focuses on the minimization of negative health effects of work through appropriate prevention activities. In accordance with the provisions of the Labour Code Act⁵⁵, employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

Occupational medicine service organizational units – entities, excluding nurses and midwives (as defined by the provisions of separate regulations), which deliver preventive occupational health care as a part of their curative activities. Such entities constitute basic occupational medicine service units and voivodship occupational medicine service centres. Occupational medicine service organizational units are defined in art. 2, paragraph 2 of the OMS Act⁵⁶.

Organisational units of public blood service: scientific research institutes, Regional Blood Donation and Treatment Centre, the Military Blood Donation and Treatment Centre, the Blood Donation and Treatment Centre established by the relevant the Minister of the Interior. Blood donation is regulated by the Act on Public Blood Service⁵⁷.

Out-patient department – health centres, clinics, ambulatory departments and infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories which provide primary health care or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation.

Out-patient health care – according to the Act⁵⁸ – provision of health services by health care providers to patients not requiring treatment on a 24-hour or on a daytime basis.

Out-patient health services include the provision of primary health care, or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full-time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence⁵⁹.

Patients in health resort facilities – persons benefiting from treatment services on the basis of patient referrals or on basis of medical certificate on the lack of contraindications for health resort treatment.

Pharmaceutical outlets – generally available points of retail turnover for medicinal products. Pharmacy points created after the date of entry into force of the Act⁶⁰ may be located only in rural areas, if there is no generally available pharmacy.

54 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, Journal of Laws of 2011, No. 174, item 1039.

55 Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 1998, no. 21, pos. 94 with subsequent amendments.

56 Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2004, no. 125, pos. 1317 with subsequent amendments.

57 The Act on Public Blood Service of 22 August 1997, Consolidated text: Journal of Laws of 2017, item 1371.

58 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds – Journal of Laws 2008 No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

59 The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

60 The Act of 6 September 2001- Pharmaceutical Law, Consolidated text: Journal of Laws of 2017, item 2211.

Professional registers – registers of persons with the right to perform medical profession: Central Register of Physicians of Poland, the Central Register of Nurses and Midwives, Pharmacists Register, a list of laboratory diagnosticians.

A physician – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular of examining health state, diagnosing diseases and preventing them, treatment and rehabilitation of the sick, providing consultations, as well as issuing medical statements and opinions. The profession of doctor can be practised according to various legal forms⁶¹.

The place of occurrence (in accordance with the Act⁶² is the place of occurrence of a situation posing an immediate health risk, and its area of impact.

Persons performing **medical professions** are persons who hold the right, in accordance with separate provisions, to provide health services, as well as persons who hold relevant documents confirming professional qualifications to provide medical services in a specified scope, or in a given branch of medicine.

Primary health care – preventive, diagnostic, treatment, rehabilitation, and nursing services in the scope of general medicine, GP, and paediatrics, provided within the framework of outpatient health care⁶³.

Professional practices of medical doctors, dentists, nurses or midwives – the form of practicing the profession in the framework of medical activities on the principles specified in the act and in separate regulations after entering the register of entities providing the health care⁶⁴.

Register of medical practices is run by the Regional Medical Chamber appropriate to the place of practice. Prior to commencement of any activity, a doctor or a dentist is obliged to obtain the relevant entry into the register of economic activities, and, in the case of a specialist practice, to hold a specialist degree in the medical field corresponding to the type and scope of medical services performed. Authority keeping the register deletes the practice from the register if the doctor submits a statement on the cessation of the activity covered by the entry. The register is a part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the “Act on Health Care Activities”.

The register of nurses and midwives practices is run by the by the Regional Medical Chamber of nurses and midwives appropriate to the place of practice. The register is part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the “Act on Health Care Activities”.

Specialised out-patient services financed from public funds⁶⁵ are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required:

– for services provided by:

- gynaecologists and obstetricians,
- dentists,
- venereologists,
- oncologists,
- psychiatrists,

61 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, consolidated text: Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments.

62 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2017, item 2195, with subsequent amendments).

63 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

64 The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

65 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

- for the following groups of people:
 - people suffering from tuberculosis,
 - people infected with HIV,
 - war and military invalids, veterans and victims of oppression,
 - civilian blind victims of war,
 - people addicted to alcohol, narcotics and psychotropic substances – in substance abuse treatment,
 - authorized soldiers or workers – for the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country,
 - veterans injured in the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country.

Health care services are provided without referral to a health insurance doctor in the following cases:

- 1 – Beneficiaries falling within the scope of transitional provisions of art. 17 of the Act of 22 July 2014 amending the act on health care services financed from public funds and some other acts (entered into waiting lists in the scope of services provided by an ophthalmologist and dermatologist before the end of 2014),
- 2 – Beneficiaries who have the right to oncological diagnosis based on the diagnostic and oncological treatment card results from the provisions of art. 32a paragraph 1 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds with d. Beneficiary with whom the doctor referred to in art. 55 sec. 2a above of the Act, found suspicion of a malignant tumor, has the right to oncological diagnosis based on the diagnostic card and oncological treatment, without referral referred to in art. 32. A beneficiary who:
 - as a result of oncological diagnosis a malignant tumor was found,
 - a physician providing outpatient specialist services or hospital services has identified a malignant tumor – he has the right to oncological treatment based on a diagnostic and oncological treatment card, without referral, referred to in art. 57 par. 1 or art. 58 above Act.

Specialised out-patient services are provided by out-patient clinics and specialised out-patient departments or by specialised medical practices.

The unit of fresh frozen plasma – 200 ml (one litre of plasma equals 5 units).

The unit of fresh whole blood – 450 ml (one litre of fresh whole blood approximately equals 2.22 units).

Working directly with the patient (performing health care activities) – persons whose main workplace is a public or non-public health care facility, a pharmacy, a pharmaceutical outlet, a stationary facility of social welfare or a practice. This group does not include persons for whom the main workplace is the National Health Fund, university or government entity or local government, the Ministry of Justice, as well as those working in the Social Insurance Institution, Agricultural Social Insurance Fund and in pharmaceutical companies, even if the work performed requires medical education. The methodology is consistent with international recommendations.

Aneks tabelaryczny dostępny w wersji elektronicznej w formacie XLS (stat.gov.pl)

Table appendix available in the electronic version in XLS format

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne w 2017 r. według województw	1
<i>Incidence of infectious diseases and poisonings in 2017 by voivodships</i>	<i>1</i>
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę według województw	2
<i>New cases of tuberculosis by voivodships</i>	<i>2</i>
Zachorowania na choroby weneryczne według województw	3
<i>Incidence of venereal diseases by voivodships</i>	<i>3</i>
Zachorowania na nowotwory złośliwe według województw	4
<i>Incidence of malignant neoplasms by voivodships</i>	<i>4</i>
Osoby zarejestrowane w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji według województw	5
<i>Persons registered in out-patient clinics for patients with mental disorders, addicted to alcohol and drug by voivodships</i>	<i>5</i>
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw ...	6
<i>Medical personnel entitled to practise medical profession by voivodships</i>	<i>6</i>
Pracownicy medyczni według województw	7
<i>Medical personnel by voivodships</i>	<i>7</i>
Lekarze specjaliści według województw	8
<i>Doctors specialists by voivodships</i>	<i>8</i>
Łóżka stacjonarnej opieki zdrowotnej według klasyfikacji dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia ICHA-HP	9
<i>Beds in inpatient health care by classification of providers of goods and services ICHA-HP</i>	<i>9</i>
Szpitala ogólne według podmiotu tworzącego	10
<i>General hospitals by kind of establishment</i>	<i>10</i>
Szpitala ogólne według województw	11
<i>General hospitals by voivodships</i>	<i>11</i>
Łóżka, inkubatory, noworodki żywo i martwo urodzone w szpitalach ogólnych według województw	12
<i>Beds, incubators and newborns in general hospitals by voivodships</i>	<i>12</i>
Stanowiska porodowe i przyjęte porody w szpitalach ogólnych według województw	13
<i>Delivery units and deliveries in general hospitals by voivodships</i>	<i>13</i>
Wypisani i zmarli w szpitalach ogólnych według województw	14
<i>Discharges and deaths in general hospitals by voivodships</i>	<i>14</i>
Stanowiska dializacyjne w szpitalach ogólnych według województw	15
<i>Dialysis units in general hospitals by voivodships</i>	<i>15</i>
Zabiegi operacyjne w szpitalach ogólnych według województw	16
<i>Surgical services in general hospitals by voivodships</i>	<i>16</i>
Miejsca dzienne i leczeni w trybie dziennym w szpitalach ogólnych według województw	17
<i>Day care places and outpatients in general hospitals by voivodships</i>	<i>17</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – infrastruktura	18
<i>Activity of inpatient hospital wards in generals hospitals – infrastructure</i>	<i>18</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – leczeni	19
<i>Activity of inpatient hospital wards in generals hospitals in Poland – inpatients</i>	<i>19</i>

Tłumaczenie nazw oddziałów szpitalnych	20
<i>Translation of hospital wards</i>	<i>20</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie dolnośląskim	21
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in dolnośląskie voivodship</i>	<i>21</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim	22
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in kujawsko-pomorskie voivodship</i>	<i>22</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubelskim	23
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubelskie voivodship</i>	<i>23</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubuskim	24
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubuskie voivodship</i>	<i>24</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie łódzkim	25
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in łódzkie voivodship</i>	<i>25</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim	26
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in małopolskie voivodship</i>	<i>26</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim	27
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in mazowieckie voivodship</i>	<i>27</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie opolskim	28
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in opolskie voivodship</i>	<i>28</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podkarpackim	29
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podkarpackie voivodship</i>	<i>29</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podlaskim	30
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podlaskie voivodship</i>	<i>30</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie pomorskim	31
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in pomorskie voivodship</i>	<i>31</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie śląskim	32
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in śląskie voivodship</i>	<i>32</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie świętokrzyskim	33
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in świętokrzyskie voivodship</i>	<i>33</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie warmińsko-mazurskim	34
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in warmińsko-mazurskie voivodship</i>	<i>34</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie wielkopolskim	35
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in wielkopolskie voivodship</i>	<i>35</i>
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie zachodniopomorskim	36
<i>Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in zachodniopomorskie voivodship</i>	<i>36</i>
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw	37
<i>Inpatient psychiatric facilities by voivodships</i>	<i>37</i>
Hospicja i oddziały opieki paliatywnej według województw	38
<i>Hospices and paliative care wards by voivodships</i>	<i>38</i>
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw	39
<i>Chronic medical care homes and nursing homes by voivodships</i>	<i>39</i>
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw	40
<i>Age structure of residents of long term care facilities by voivodships</i>	<i>40</i>
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	41
<i>Age structure of female residents of long term care facilities by voivodships</i>	<i>41</i>
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	42
<i>Age structure of male residents of long term care facilities by voivodships</i>	<i>42</i>

Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw	43
<i>Health resort facilities by voivodships</i>	<i>43</i>
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw	44
<i>Activity of health resort facilities by voivodships</i>	<i>44</i>
Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	45
<i>Patients in health resort facilities by voivodships</i>	<i>45</i>
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	46
<i>Services in health resort facilities by voivodships</i>	<i>46</i>
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	47
<i>Inpatients subsidized by NFZ, ZUS, KRUS and PFRON who were in health resort facilities by voivodships</i>	<i>47</i>
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw	48
<i>Inpatient rehabilitation facilities by voivodships</i>	<i>48</i>
Przychodnie według województw	49
<i>Out-patient departments by voivodships</i>	<i>49</i>
Praktyki lekarskie według województw	50
<i>Medical practices by voivodships</i>	<i>50</i>
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	51
<i>Consultations provided in ambulatory health care in urban and rural areas by voivodships</i>	<i>51</i>
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	52
<i>Consultations provided in primary health care in urban and rural areas by voivodships</i>	<i>52</i>
Specjalistyczne porady lekarskie i stomatologiczne według województw	53
<i>Specialized doctors and dentists consultations by voivodships</i>	<i>53</i>
Porady udzielone w ramach praktyk lekarskich w miastach według województw	54
<i>Consultations provided within doctors practices in urban areas by voivodships</i>	<i>54</i>
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw	55
<i>Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodships</i>	<i>55</i>
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw	56
<i>Consultations provided in primary health care in urban areas by voivodships</i>	<i>56</i>
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi według województw	57
<i>Consultations provided in primary health care in rural areas by voivodships</i>	<i>57</i>
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi według województw	58
<i>Consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodships</i>	<i>58</i>
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna według województw	59
<i>Specialized doctors consultations by voivodships</i>	<i>59</i>
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach według województw	60
<i>Specialized doctors consultations in selected clinics by voivodships</i>	<i>60</i>
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw	61
<i>Specialized dentists consultations by voivodships</i>	<i>61</i>
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi	62
<i>Specialized dentists consultations in urban and rural areas by voivodships</i>	<i>62</i>
Jednostki podstawowe służby medycyny pracy według województw	63
<i>Primary occupational medicine service units by voivodships</i>	<i>63</i>

Lekarze uprawnieni do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi według województw	64
<i>Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care by voivodships</i>	<i>64</i>
Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy według województw	65
<i>Medical certification activities of occupational medicine physicians by voivodships</i>	<i>65</i>
Badania wstępne, okresowe i kontrolne według województw	66
<i>Pre-employment, periodic and control medical examinations by voivodships</i>	<i>66</i>
Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza w związku z patologią zawodową według województw	67
<i>Outpatient medical rehabilitation in relation to occupational pathology by voivodships</i>	<i>67</i>
Działalność konsultacyjna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	68
<i>Consultancy activity of regional occupational medicine centers by voivodships</i>	<i>68</i>
Działalność kontrolna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	69
<i>Control activity of regional occupational medicine centers by voivodships</i>	<i>69</i>
Działalność odwoławcza wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	70
<i>Appeal activity of regional occupational medicine centers by voivodships</i>	<i>70</i>
Krwiodawstwo według województw	71
<i>Blood donation by voivodships</i>	<i>71</i>
Apteki i punkty apteczne według województw	72
<i>Pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships</i>	<i>72</i>
Działalność aptek według województw	73
<i>Activities of pharmacies by voivodships</i>	<i>73</i>
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw	74
<i>Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by voivodships</i>	<i>74</i>
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia według województw	75
<i>Persons who received health care benefits in the place of occurrence by voivodships</i>	<i>75</i>
Pomoc doraźna ratownictwa medycznego według województw	76
<i>Emergency health care units by voivodships</i>	<i>76</i>
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) ...	77
<i>Public and private health care expenditure (result of the National Health Account)</i>	<i>77</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	78
<i>Expenditures on health care in 2014 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>78</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	79
<i>Expenditures on health care in 2015 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>79</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	80
<i>Expenditures on health care in 2016 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>80</i>
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	81
<i>Current expenditure on health care in 2014 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>81</i>

Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	82
<i>Current expenditure on health care in 2015 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>82</i>
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	83
<i>Current expenditure on health care in 2016 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>83</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	84
<i>Expenditure on health care in 2014 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>84</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	85
<i>Expenditure on health care in 2015 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>85</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	86
<i>Expenditure on health care in 2016 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>86</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	87
<i>Expenditures on health care in 2014 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>87</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	88
<i>Expenditures on health care in 2015 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>88</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	89
<i>Expenditures on health care in 2016 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)</i>	<i>89</i>
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia ...	90
<i>Costs of health care services for the insured population covered by National Health Fund</i>	<i>90</i>
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych	91
<i>State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters</i>	<i>91</i>
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych według województw	92
<i>Local self-government budget expenditure on health care by voivodships</i>	<i>92</i>
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych	93
<i>Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters</i>	<i>93</i>

