



**ZDROWIE
I OCHRONA ZDROWIA
W 2013 R.**

**HEALTH
AND HEALTH CARE
IN 2013**

Opracowanie publikacji
Preparation of the publication

GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków
Życia
*CSO, Social Surveys and Living Conditions
Department*

Redakcja merytoryczna
editor

Małgorzata Żyra

zespół
team

Departament Badań Społecznych i Warunków Życia,
GUS:

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

Ośrodek Statystyki Zdrowia, US Kraków:
Agnieszka Broś, Katarzyna Gadocha, Maria Penpeska
(p. 4.1).

Instytut Medycyny Pracy:
Mariola Wojda (p. 2.7)

Projekt okładki
Cover design

Lidia Motrenko-Makuch

Druk i oprawa

Zakład Wydawnictw Statystycznych
Statistical Publishing Establishment

ISSN 2084-0470

Publikacja dostępna na <http://www.stat.gov.pl/>
Publication available on <http://www.stat.gov.pl/>

PRZEDMOWA

Niniejsza publikacja jest kontynuacją serii wydawanych corocznie opracowań ukazujących się pod tytułem „Zdrowie i ochrona zdrowia...”, a przed 2010 r. – pod tytułem „Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia ...”.

Książka składa się z części metodologicznej i analitycznej oraz aneksu tabelarycznego. Część tabelaryczna umieszczona została na załączonej płycie CD, ze względu na znaczną objętość i szczegółowość. Cała publikacja jest dostępna bezkosztowo i w pełnej gamie kolorystycznej na stronie www.stat.gov.pl w zakładce: „Tematy” pod hasłem „Zdrowie. Opieka społeczna”.

Od dwóch lat dane o jednostkach prowadzących działalność leczniczą a podlegających Ministerstwu Obrony Narodowej, Ministerstwu Spraw Wewnętrznych są ujmowane łącznie z placówkami podlegającymi Ministerstwu Zdrowia, dając kompleksowy obraz infrastruktury opieki zdrowotnej – także w retrospektywie poczynawszy od 2005 roku.

Uwagi metodyczne obejmują określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej w 2011 r., będącej źródłem danych prezentowanych w części tabelarycznej.

Komentarz analityczny stanowi syntetyczny opis danych dotyczących stanu zdrowia jak również zjawisk obserwowanych w zasobach kadrowych i materialnych opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy on też wydatków publicznych na opiekę zdrowotną oraz wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia zestawionych w Narodowym Rachunku Zdrowia. W komentarzu analitycznym zamieszczono ponadto syntetyczną informację o wynikach pracy metodologicznej dotyczącej dostępności danych statystycznych na temat opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą oraz zaprezentowano podstawowe wyniki badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”

W części tabelarycznej, na płycie CD zaprezentowano podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, a także informacje o liczbie i działalności zakładów ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych oraz o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia, w tym wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla 2012 r.

Dane zaprezentowano zarówno w skali 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 i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych (pracownicy medyczni, szpitale, opieka długoterminowa), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH (zachorowania), Instytutu Psychiatrii i Neurologii (zakłady psychiatryczne), Instytutu Hematologii i Transfuzjologii (krwiodawstwo), Instytutu Medycyny Pracy, Narodowego Centrum Krwi, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – PFRON. Zestawienia tabelaryczne zawierające informacje o wydatkach z budżetu państwa i z budżetów samorządów terytorialnych zostały opracowane na podstawie danych Ministerstwa Finansów.

Zastępca Dyrektora
Departamentu Badań Społecznych
i Warunków Życia
Małgorzata Żyra

INTRODUCTION

This publication is a continuation of a series of annually published studies appearing under the title „Health and Health Care...”, and before 2010 – under the title „Basic Data on Health Care...”.

The book consists of methodological and analytical parts and tabular Annex. Due to large volume and many details the tabular part has been placed on the enclosed CD. The entire publication is available free of charge and in the full range of colours on the website: www.stat.gov.pl in the tab “Topics” under the entry “Health”.

For two years the data on units carrying out medical activities and subordinated to the Ministry of Defence and the Ministry of Internal Affairs are included together with data on medical facilities supervised by the Ministry of Health, giving a comprehensive picture of the health care infrastructure – also in retrospect from 2005 onwards.

The methodological notes contain terms and definitions used in the 2011 statistical reporting which is the main source of data presented in the tables.

The analytical commentary gives a concise description of data concerning health status of the population as well as remarks on phenomena observed in human resources (medical staff) and infrastructure (hospitals, clinics, pharmacies etc.). Similarly to the previous publication, this elaboration covers also public expenditure on healthcare as well as public and private expenditure on healthcare included in National Health Accounts. Additionally the commentary provides a synthetic information on the results of the methodological work on the availability of statistical data on the medical care of children and youth and basic results of the survey "Health care in households in 2013".

The tables on CD present basic statistics on the health status of the Polish population, data on medical staff, number and activities of out-patient and in-patient health care institutions, blood donations, emergency services, generally available pharmacies and pharmacy outlets, nurseries, as well as statistics on public expenditure on health care including the results of the National Health Accounts developed for 2012.

The data has been presented as totals in national perspective and by 16 voivodships.

Tables referring to health care institutions are mainly based on the results of surveys carried out by the Central Statistical Office but also on statistics provided by the Ministry of Health and Ministry of Interior Affairs (medical staff, hospitals, long-term care), National Institute of Public Health (incidence of diseases), Institute of Psychiatry and Neurology (mental care institutions), Institute of Hematology and Transfusion Medicine (blood donations), Nofer Institute of Occupational Medicine, National Blood Centre, National Fund for the Rehabilitation of Disabled - PFRON. The tables concerning health services provided by health care units formed by of the Ministry of National Defence were prepared on the basis of statistical data collected by these ministries. Data in the tables on the state budget and local self-government expenditures on healthcare are based on the data collected by the Ministry of Finance.

Deputy Director of Social Surveys
And Living Conditions Department
Małgorzata Żyra

Spis rzeczy

	Nr	Str.
Przedmowa	x	3
CZĘŚĆ I. UWAGI METODOLOGICZNE	x	21
1. Źródła danych statystycznych	x	22
2. Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne	x	25
3. Podstawowe definicje	x	33
CZĘŚĆ II. WYNIKI BADAŃ – SYNTEZA	x	59
1. Stan zdrowia	x	60
1.1. Zachorowalność na wybrane choroby	x	60
2. Opieka zdrowotna	x	65
2.1. Kadra medyczna	x	65
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna	x	73
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	x	99
2.4. Ratownictwo medyczne	x	109
2.5. Krwiodawstwo	x	117
2.6. Apteki	x	120
2.7. Służba medycyny pracy w 2013 r.	x	122
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	x	127
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia	x	127
3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną	x	137
4. Wybrane problemy	x	140
4.1. Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą	x	140
4.2. Ochrona Zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013	x	161
4.3. Funkcjonowanie rejestrów podmiotów leczniczych w niektórych krajach UE	x	172
SPIS WYKRESÓW		
Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej w latach 2003-2013	1	65
Liczba absolwentów wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2013	2	66

	Nr	Str.
Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	3	67
Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	4	67
Lekarze i pielęgniarki pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności według województw	5	68
Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys. ludności	6	70
Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w 2013 r.	7	70
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	8	71
Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców, według województw	9	72
Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach według województw w 2013 r.	10	73
Struktura wielkości szpitali ogólnych według liczby łóżek	11	74
Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. mieszkańców oraz liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców w 2013 r. według województw	12	74
Łóżka w wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2013 r.	13	75
Leczeni na 10 tys. mieszkańców na tle ogólnej liczby leczonych w szpitalach ogólnych według województw w 2013 r.	14	76
Pacjenci leczeni na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2013 r.	15	77
Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2013 r.	16	78
Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym i wykorzystanie łóżek według województw w 2013 r.	17	79
Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2013 r.	18	80
Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2013 r.	19	83
Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2013 r.	20	84
Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2013 r.	21	84
Łóżka w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według rodzaju zakładu w 2013 r. (w %)	22	85
Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2013	23	87
Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych w latach 2005-2013	24	88
Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2013	25	90
Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2013 r. (w %)	26	94
Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2013 r. (w %)	27	95
Przychodnie w latach 2005-2013	28	99
Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001-2013	29	100
Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2013 r.	30	100

	Nr	Str.
Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005-2013	31	101
Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady w latach 2000-2013	32	102
Struktura porad ambulatoryjnych	33	103
Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2013 r.	34	104
Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. ludności w 2013 r. według województw	35	105
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca według województw	36	105
Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2013 r.	37	110
Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2010-2013	38	111
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2013 r.	39	112
Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2013 r.	40	113
Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2013 r.	41	114
Pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć w latach 2007-2013 według udzielonych świadczeń	42	114
Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni (w tysiącach.)	43	115
Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2013 r	44	116
Krwiodawcy według płci i wieku w 2013 r (w tysiącach)	45	117
Krwiodawcy według województw w 2013 r.	46	118
Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny w latach 2000-2013	47	120
Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych według wymogów kwalifikacyjnych w 2013 r.	48	123
Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2010-2013	49	124
Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2010-2013	50	125
Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami zawodowymi	51	126
Wydatki łączne na ochronę zdrowia w 2012 r. według funkcji	52	128
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według płatników w 2012 r.	53	129
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2012 r.	54	129
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2012 r.	55	130
Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia według źródeł w latach 2003 i 2012	56	132
Udział wydatków ogółem na ochronę zdrowia w PKB, w latach 2003-2012	57	133
Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2012 w według grup płatników	58	134

	Nr	Str.
Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2012 według głównych rodzajów wydatków	59	134
Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003-2012, w mld zł (1)	60	134
Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003-2012, w mld zł (2)	61	134
Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2012, w mld zł	62	135
Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2012, w mld zł (2)	63	135
Struktura wydatków na ochronę zdrowia według dostawców w latach 2003 i 2012	64	136
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w latach 2006-2012 według źródeł finansowania	65	136
Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2013 r.	66	137
Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w latach 2011-2013	67	137
Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2013 r.	68	139
Liczba zaszczepionych w wieku poniżej 20 lat na wybrane choroby	69	148
Struktura specjalistycznych porad lekarskich udzielonych dzieciom i młodzieży do 18 lat w wybranych poradniach w 2013 r.	70	149
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej dzieciom i młodzieży do lat 18 na 1 mieszkańca w tym wieku według województw w 2013 r.	71	150
Liczba łóżek dla dzieci w szpitalach ogólnych i leczenia w wieku do 18 lat według województw w 2013 r.	72	151
Pacjenci w wieku do 18 lat (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) leczenia na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2013 r.	73	152
Gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach w roku szkolnym 2013/2014	74	154
Gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach według województw w roku szkolnym 2013/2014	75	155
Struktura diagnoz wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2013/2014	76	157
Struktura diagnoz wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne według etapu edukacyjnego pacjentów w roku szkolnym 2013/2014	77	157
Najważniejszy czynnik, który ma wpływ na zdrowie według opinii respondentów w 2013 r.	78	162
Korzystanie z porad ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w IV kwartale w 2003, 2006, 2010, 2013 r.	79	163
Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów oraz z usług stomatologicznych pomimo istniejącej potrzeby w 2013 r.	80	164
Przyczyny korzystania z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ w 2013 r.	81	165
Struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia	82	166
Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną	83	167
Gospodarstwa według oceny wysokości wydatków w roku 2013	84	168
Dostęp do wybranych form świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego	85	168
Czas oczekiwania na świadczenia medyczne	86	169

	Nr	Str.
Responsywność w podstawowej opiece zdrowotnej	87	169
Rozeznanie lekarza POZ w potrzebach zdrowotnych pacjentów	88	170
Doświadczenie dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych	89	170

SPIS MAP

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2010 r. (na 100 tys. ludności)	1	63
Lóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności	2	86
Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności	3	86
Lóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej	4	89
Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej	5	89
Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych	6	91
Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie według województw w 2013 r.	7	92
Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów	8	93
Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów	9	107
Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów	10	107
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw	11	109
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności	12	111
Krwiodawcy według województw	13	119
Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny według powiatów	14	119

CZĘŚĆ III. TABLICE WYNIKOWE (na załączonej płycie CD)

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne w 2013 r.	1	x
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę w 2013 r.	2	x
Zachorowania na choroby weneryczne w 2013 r.	3	x
Zachorowania na nowotwory złośliwe według rozpoznania w 2011 r.	4	x
Osoby zarejestrowane w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji według rozpoznania w 2012 r.	5	x
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw	5	x
Pracownicy medyczni według województw w 2013 r.	6	x
Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarskich	7	x

	Nr	Str.
Lekarze specjaliści w 2013 r.	8	x
Łóżka w stacjonarnej opiece zdrowotnej według klasyfikacji dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia ICHA-HP	9	x
Szpitala ogólne według organu tworzącego w 2013 r.	10	x
Szpitala ogólne według województw	11	x
Łóżka, inkubatory, noworodki żywo i martwo urodzone w szpitalach ogólnych według województw	12	x
Stanowiska porodowe i przyjęte porody według województw	13	x
Wypisani i zmarli w szpitalach ogólnych według województw	14	x
Zabiegi operacyjne w szpitalach ogólnych według województw	15	x
Stanowiska dializacyjne w szpitalach ogólnych według województw	16	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych	17	x
Miejsca dzienne i leczenia w trybie dziennym w szpitalach ogólnych według województw	18	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie dolnośląskim	19	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim	20	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie lubelskim	21	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie lubuskim	22	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie łódzkim	23	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim	24	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim	25	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie opolskim	26	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie podkarpackim	27	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie podlaskim	28	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie pomorskim	29	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie śląskim	30	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie świętokrzyskim	31	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie warmińsko-mazurskim	32	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie wielkopolskim	33	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie zachodniopomorskim	34	x
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw	35	x
Hospicja i oddziały opieki paliatywnej według województw	36	x
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw	37	x

	Nr	Str.
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw	38	x
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	38a	x
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	38b	x
Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw	39	x
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw	40	x
Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	41	x
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	42	x
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	43	x
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw	44	x
Osoby korzystające z dofinansowania PFRON do turnusów rehabilitacyjnych	45	x
Turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych korzystających z dofinansowania ze środków PFRON według dysfunkcji i rodzajów turnusów w 2013 r.	46	x
Turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych korzystających z dofinansowania PFRON według dysfunkcji i województw w 2013 r.	47	x
Przychodnie według województw	48	x
Praktyki lekarskie według województw	49	x
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	50	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	51	x
Specjalistyczne porady lekarskie i stomatologiczne według województw	52	x
Porady udzielone w ramach praktyk lekarskich w miastach według województw	53	x
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw	54	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw	55	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi według województw	56	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi według województw	57	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw	58	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw cd.	58b	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw	60	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi według województw	61	x
Jednostki podstawowe służby medycyny pracy według województw	62	x
Lekarze uprawnieni do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi według województw	63	x

	Nr	Str.
Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy według województw	64	x
Badania wstępne, okresowe i kontrolne	65	x
Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza w związku z patologią zawodową według województw	66	x
Działalność konsultacyjna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	67	x
Działalność kontrolna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	68	x
Działalność odwoławcza wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	69	x
Krwiodawstwo według województw	70	x
Apteki i punkty apteczne według województw	71	x
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw	72	x
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejsca zdarzenia według województw	73	x
Pomoc doraźna ratownictwa medycznego według województw	74	x
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w latach 2011-2012	75	x
Wydatki powiązane z ochroną zdrowia w latach 2011-2012	76	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2012 r. według funkcji (łącznie z funkcjami powiązаныmi z ochroną zdrowia i płatników – w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	77	x
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2012 r. według dostawców dóbr i usług oraz płatników – w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	78	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2012 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług – w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	79	x
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2012 i 2013 r.	80	x
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w latach 2012-2013	81	x
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych według województw w 2013 r.	82	x
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2012 i 2013 r.	83	x

Contents

	Nr	Str.
Introduction	x	4
PART I. METHODOLOGICAL NOTES	x	41
1.1. Sources of statistical data	x	41
1.2. Basic methodological explanations	x	43
1.3. Basic definitions	x	51
PART II. ANALYTICAL COMMENTARY	x	59
1. Health status	x	60
1.1 Incidence of selected diseases	x	60
2. Health care	x	65
2.1. Medical personnel	x	65
2.2. In-patient health care	x	73
2.3. Out-patient health care	x	99
2.4. Emergency medical services	x	109
2.5. Blood donation	x	117
2.6. Pharmacies	x	120
2.7. Occupational medicine in 2013	x	122
3. Economic aspects of health care	x	127
3.1 National Health Accounts	x	127
3.2. Public expenditure on health care	x	137
4. Selected problems	x	140
4.1. Medical care for children and young up	x	140
4.2. Health care in households in 2013	x	161
4.3. Operation of registers of therapeutic entities and their functions in some EU countries	x	172
DIAGRAMS		
Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2003-2013	1	65
Number of graduates in selected fields of medical universities in Poland, 1995-2013	2	66
Doctors entitled to perform their profession – the age structure	3	67
Dentists entitled to perform their profession – the age structure	4	67
Doctors and nurses working per directly to the patient 10 thousand population by voivodeships	5	68
Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) per 10 thousand population by specialization	6	70

	Nr	Str.
The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2013	7	70
Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	8	71
Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population by voivodeships.....	9	72
Number of general hospitals and hospital beds by voivodeships in 2013.....	10	73
The structure of the size of hospitals defined by the number of beds	11	74
Number of general hospitals per 100 thous. population and number of hospital beds in general hospitals per 10 thous. population by voivodeships in 2013.....	12	74
The hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2013.....	13	75
Inpatients per 10 thous. population in the background of total number of inpatients in general hospitals by voivodeships in 2013.....	14	76
Number of patients treated in particular types of hospital wards of general hospitals in 2013.....	15	77
Beds and number of inpatients per one bed on hospital wards in 2013.....	16	78
Average patient stay in hospital ward and usage of beds by voivodeships in 2013.....	17	79
Structure of beds of inpatient psychiatric facilities in 2013.....	18	80
Age structure of patients in facilities of inpatient long term care (including hospices and paliative wards) in 2013.....	19	83
Age structure of females in facilities of inpatient long term care (ncluding hospices and paliative wards) in 2013.....	20	84
Age structure of males in facilities of inpatient long term care (ncluding hospices and paliative wards) in 2013.....	21	84
Beds in inpatient long-term care facilities by type of facility in 2013 (in %).....	22	85
Beds nad residents of nursing homes, 2005-2013	23	87
Beds nad residents of chronic medical care homes, 2005-2013	24	88
Beds nad residents of hospices, 2005-2013	25	90
Services provided in health resort facilities in 2013 (in %).....	26	94
The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2013 (in%)	27	95
Out-Patient Departments in 2005-2013	28	99
Medical and stomatological practices providing health services.....	29	100
Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2013	30	100
Out-Patient and Doctors' consultations provided in 2005-2013	31	101
Medical Practices and Doctors' consultations provided in 2000-2012.....	32	102
Structure of out-patient health care consultations.....	33	103

	Nr	Str.
Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2013	34	104
Number of out-patient (in department including and doctor practices) on 10 thousand population by voivodeships in 2013.....	35	105
Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodeships.....	36	105
Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodeships in 2013	37	110
Medical personnel in emergency rescue teams, 2010-2013.	38	111
Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2013.	39	112
Persons who received health care services by the occurrence place of in 2013.....	40	113
Calls unrelated to the emergency situations with risk to health to the overall numer of calls of emergency rescue teams in 2013	41	114
Patients of admission rooms and hospital emergency wards by type of service provided in 2009-2013.....	42	114
Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics.....	43	115
Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age in 2013.....	44	116
Blood donors by sex and age in 2012.....	45	117
Blood donors by voivodeships in 2012	46	118
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet in 2000-2012 (in thous.)	47	120
The structure of physicians authorized to perform prophylactic occupational health care, according to qualifying requirements in 2012.....	48	123
Dynamics of change of the number of sampled establishments and workposts and recorded cases of suspected occupational diseases	49	124
Number of contracts concluded by employers with the basic units smp in 2008-2013	50	125
The share of rehabilitation services connected with occupational pathology compared to total rehabilitation treatments performed by regional centers of occupational medicine.....	51	126
Expenditure on health care in general in 2012, by function	52	128
Current expenditure on health care in 2012, by financing agent	53	129
Total expenditure on health care in 2012, by function	54	129
Current expenditure on health care in 2012, by providers	55	130
Structure of current expenditure on health care by financing sources 2006-2012.....	56	132
Share of total expenditure on health care in GDP for 2003-2012.....	57	133
Expenditure on health care in 2003-2012, by financing agent.....	58	134

	Nr	Str.
Expenditure on health care in 2003-2012, by type	59	134
Expenditure on health care in 2003-2012, by function, in bln PLN (1)	60	134
Expenditure on health care in 2003-2012, by function, in bln PLN(2)	61	134
Expenditure on health care in 2003-2012, by provider, in bln PLN(1)	62	135
Expenditure on health care in 2003-2012, by provider, in bln PLN(2)	63	135
The structure of expenditure on health care by provider in 2003 and 2012.....	64	136
Current expenditure on health care in 2006-2012, by financing source	65	136
The structure of public expenditure on health care in 2013.....	66	137
Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund.....	67	137
Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodship in 2013.....	68	139
Number of vaccinated under age 20 against selected diseases in 2008-2013	69	148
Structure of specialized doctors' consultations provided to children and young up to age 18 in selected clinics in 2013.....	70	149
Doctors' consultations provided in out-patient health care to children and young up to age 18 per 1 inhabitant at this age by voivodships in 2013	71	150
Number of beds for children in general hospitals and inpatients up to age 18 by voivodships in 2013	72	151
Inpatients up to age 18 (including patient flow between hospital wards) treated in selected types of hospital wards of general hospitals in 2013	73	152
Medical surgeries and psychological and pedagogical consultancies in schools in the 2013/2014 school year	74	154
Medical surgeries and psychological and pedagogical consultancies in schools by voivodships in the 2013/2014 school year	75	155
The structure of diagnosis issued by psychological-pedagogical counselling centres in the 2013/2014 school year	76	157
The structure of diagnosis issued by psychological-pedagogical by education stage of patients counselling centres in the 2013/2014 school year.....	77	157
The most important factor that affects the health in the opinion of the respondents.....	78	162
Use of out-patient services in the 4th quarter of 2003, 2006, 2010 and 2013.....	79	163
Reasons for not using specialist doctor's and dental consultation, although there was a need in 2013	80	164
Reasons for using the health care services not financed by National Health Fund in 2013.....	81	165
Structure of health care expenditures in households.....	82	166
Structure of out-patient service expenditures in households.....	83	167
Households by evaluation of the level of expenditures in 2013	84	168
Access to different types of primary care services financed by National Health Fund.....	85	168

	Nr	Str.
Waiting time for medical treatment.....	86	169
Responsiveness in primary health care services.....	87	169
Doctor recognition of patient healthcare needs in primary health care services.....	88	170
Discrimination and inequalities while receiving healthcare.....	89	170
MAPS		
New cases of malignant neoplasms in 2010 per 100 thous. population.....	1	63
Beds in long term care facilities per 10 thous. population.....	2	86
Patients in long term care facilities per 10 thous. population.....	3	86
Beds in hospices and palliative care wards.....	4	89
Patients in hospices and palliative care wards.....	5	89
The location of the health resorts areas.....	6	91
Health resort beds and number of inpatients by voivodeships in 2013.....	7	92
Number of in-patients in health resort hospitals and sanatorias by poviats.....	8	93
Number of inhabitants per 1 entity of ambulatory health care by poviats.....	9	107
Number of outpatient consultations per capita by powiats.....	10	107
Emergency medical care by voivodeships.....	11	109
Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population.....	12	111
Blood donors by voivodeship.....	13	119
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet by poviats.....	14	119
PART 3. TABLES (on the CD)		
Incidence of infectious diseases and poisonings in 2013.....	1	x
New cases of tuberculosis in 2013.....	2	x
Incidence of venereal diseases in 2013.....	3	x
Incidence of malignant neoplasms by diagnosis in 2011.....	4	x
Persons registered in out-patient clinics for patients with mental disorders, addicted to alcohol and drug in 2012.....	5	x
Medical personnel entitled to practise medical profession by voivodeships.....	5	x
Medical personnel by voivodeships in 2013.....	6	x

	Nr	Str.
Medical practices registered in professional chambers of physicians, dentists, nurses and midwives	7	x
Doctors specialists in 2013	8	x
Beds in inpatient health care by classification of providers of goods and services ICHA-HP.....	9	x
General hospitals by kind of establishment in 2013	10	x
General hospitals by voivodeships	11	x
Beds, incubators and childbirth in general hospitals by voivodeships.....	12	x
Delivery units and deliveries in general hospitals by voivodeships.....	13	x
Discharges and deaths in general hospitals by voivodeships.....	14	x
Surgical services in general hospitals by voivodeships	15	x
Dialysis units in general hospitals by voivodeships	16	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals by voivodeships.....	17	x
Day care places and outpatients of general hospitals by voivodeships.....	18	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in dolnośląskie voivodeship.....	19	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in kujawsko-pomorskie voivodeship	20	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubelskim in lubelskie voivodeship.....	21	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubuskie voivodeship	22	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in łódzkie voivodeship.....	23	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in małopolskie voivodeship	24	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in mazowieckie voivodeship.....	25	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in opolskie voivodeship	26	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podkarpackie voivodeship	27	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podlaskie voivodeship	28	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in pomorskie voivodeship.....	29	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in śląskie voivodeship.....	30	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in świętokrzyskie voivodeship.....	31	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in warmińsko-mazurskie voivodeship	32	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in wielkopolskie voivodeship	33	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in zachodniopomorskie voivodeship.....	34	x
Inpatient psychiatric facilities by voivodeships.....	35	x
Hospices and palliative care wards by voivodeships	36	x

	Nr	Str.
Chronic medical care homes, nursing homes by voivodeships.....	37	x
Age structure of residents of long term care facilities by voivodeships	38	x
Age structure of female residents of long term care facilities by voivodeships.....	38a	x
Age structure of male residents of long term care facilities by voivodeships.....	38b	x
Health resort facilities by voivodeships	39	x
Activity of health resort facilities by voivodeships	40	x
Patients in health resort facilities by voivodships.....	41	x
Services in health resort facilities by voivodeships	42	x
Inpatients subsidized by ZUS, KRUS and PFRON who were in health resort facilities by voivodeships.....	43	x
Inpatient rehabilitation facilities by voivodships.....	44	x
Inpatients subsidized by PFRON to rehabilitation stay	45	x
Rehabilitation holidays for disabled persons benefiting from PFRON funds by types of disorders and types of holiday in 2013.....	46	x
Rehabilitation holidays for disabled persons benefiting from PFRON funds by kinds of disorders and voivodeships in 2013.....	47	x
Out-patient departments by voivodeships	48	x
Medical practices by voivodeships.....	49	x
Consultations provided in ambulatory health care in urban and rural areas by voivodeships.....	50	x
Consultations provided in primary health care in urban and rural areas by voivodeships.....	51	x
Specialized doctors and dentists consultations by voivodeships	52	x
Consultations provided within doctors practices in urban areas by voivodeships	53	x
Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodeships	54	x
Consultations provided in primary health care in urban areas	55	x
Consultations provided in primary health care in rural areas	56	x
Doctors' consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodeships	57	x
Specialized doctors' consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodeships	58	x
Specialized doctors' consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodeships c.d.....	59	x
Specialized dentists consultations by voivodeships	60	x
Specialized dentists' consultations in urban and rural areas by voivodeships	61	x
Primary occupational medicine service units by voivodeships	62	x

	Nr	Str.
Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care	63	x
Medical certification activities of occupational medicine physicians by voivodeships	64	x
Pre-employment, periodic and control medical examinations	65	x
Outpatient medical rehabilitation in relation to occupational pathology by voivodeships	66	x
Consultancy activity of regional occupational medicine centers	67	x
Control activity of regional occupational medicine centers by voivodeships	68	x
Appeal activity of regional occupational medicine centers by voivodeships	69	x
Blood donation by voivodeships	70	x
Pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodeships	71	x
Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by voivodeships.....	72	x
Persons who received health care benefits in the place of occurrence by voivodeships	73	x
Emergency health care units by voivodeships	74	x
Public and private health care expenditure, 2010-2012.....	75	x
Expenditure related to health care, 2011-2012.....	76	x
Expenditures on health care in 2012 by function (including health related functions) and financing agents – in mln pln (result of the national health account)	77	x
Current expenditure on health care in 2012 by providers and financing agents in mln pln (result of the national health account)	78	x
Expenditure on health care in 2012 by function and providers – in mln pln (result of the national health account)	79	x
Costs of health care services for the insured population covered by national health fund, 2012 and 2013	80	x
State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2012 and 2013.....	81	x
Local self-government budget expenditure on health care by voivodeships, 2013	82	x
Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2012 and 2013	83	x

CZEŚĆ 1

Part 1

UWAGI METODYCZNE

Methodological Notes

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 resortowej¹ (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych). 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 o absolwentach uczelni medycznych są sprawozdania S-10.

Badaniami objęte są przedsiębiorstwa lub jednostki organizacyjne przedsiębiorstw 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 itp.).

W ramach badania lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej (ZD-2) pozyskiwane są dane o liczbie zakładów, bazie łóżkowej, liczbie kuracjuszy leczonych w trybie stacjonarnym, oraz leczonych ambulatoryjnie – w podziale według płci i wieku. Pozyskiwane są również dane o udzielonych świadczeniach – liczbie wykonanych zabiegów przyrodoleczniczych i udzielonych poradach.

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.

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

Badanie to obejmuje także liczbę świadczeń udzielonych ambulatoryjnie w izbie przyjęć oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także działalność stacjonarną szpitalnego oddziału ratunkowego.

Formularz ZD-5 dostarcza informacji na temat aptek i punktów aptecznych. Przedmiotem badania jest rodzaj placówki, zakres świadczonych usług (pełnione dyżury, wykonywanie leków recepturowych), a także personel aptek i punktów aptecznych.

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) oraz dane Centralnego Rejestru Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

Dane o pracownikach medycznych, opiece szpitalnej, opiece długoterminowej, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29, MZ-29a (opieka stacjonarna – szpitale i opieka długoterminowa), MZ-10, MZ-88, MZ-88A i MZ-89 (m.in. informacje 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-30 (zakłady psychiatryczne) i MZ-42 (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 2012 r.* opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie formularza MZ-30.

Źródłem danych o turnusach rehabilitacyjnych dla osób niepełnosprawnych i o liczbie osób korzystających z dofinansowania PFRON do turnusów są informacje pozyskiwane z Biura Pełnomocnika Rządu ds. Osób Niepełnosprawnych Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej.

Dane dotyczące krwiodawstwa dostarcza Narodowe Centrum Krwi oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. 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 utworzonego przez Ministra Spraw Wewnętrznych.

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 Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, 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 2010 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.

Informacje służące do opracowania porównań międzynarodowych w obszarze opieki zdrowotnej zaczerpnięte zostały z bazy danych OECD Health Data 2013, według stanu z września 2013 r.

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

Dane prezentowane w publikacji – jeśli nie zaznaczono inaczej – po raz pierwszy uwzględniają 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 (w zakresie szpitali ogólnych i lecznictwa uzdrowiskowego) nie mogą być wprost porównywane z wielkościami prezentowanymi w poprzednich edycjach niniejszej publikacji. Nadal zamieszczone w publikacji dane nie obejmują informacji dotyczących ochrony zdrowia w zakładach karnych.

Dane w tablicach, mapach i wykresach dotyczą roku 2013, 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.

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej obowiązującą po wejściu w życie ustawy o działalności leczniczej². Do chwili wejścia w życie tej ustawy, podmioty udzielające świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzące działalność leczniczą) można było podzielić na kilka grup:

- zakłady opieki zdrowotnej – publiczne lub niepubliczne,
- indywidualne praktyki lekarskie,
- indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie,
- grupowe praktyki lekarskie,
- indywidualne praktyki pielęgniarek i położnych, indywidualne specjalistyczne praktyki pielęgniarek i położnych lub grupowe praktyki pielęgniarek i położnych,
- osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny, udzielające świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności gospodarczej.

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,

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

- 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:

- 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 podmiotu leczniczego. Na gruncie *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* ustawodawca nie czynił rozróżnienia między podmiotem prowadzącym przedsiębiorstwo, w którym udziela się świadczeń zdrowotnych, a samym przedsiębiorstwem. Posługiwał się on jedynie pojęciem zakładu opieki zdrowotnej zdefiniowanym, jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, przy czym zakład opieki zdrowotnej nie był traktowany jako podmiot prawny, a mimo to w *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej był nie podmiot leczniczy a właśnie zakład opieki zdrowotnej. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyeliminowała te niezgodności. 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.

Obowiązkiem klasyfikowania objęto nie jak do tej pory jednostki organizacyjne, ale przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Przedsiębiorstwo starano się ponadto utożsamić z jednostką lokalną występującą w rejestrze REGON. Każde przedsiębiorstwo wyodrębnione na mocy przepisów *ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* i odzwierciedlone w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą powinno mieć zawsze swój odpowiednik w postaci jednostki lokalnej wyodrębnionej na podstawie *Ustawy z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej* i odzwierciedlonej w rejestrze REGON.

W związku ze zmianą struktury opieki zdrowotnej zwłaszcza poprzez wprowadzenie pojęcia przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego mogą wystąpić różnice w stosunku do statystyk z lat poprzednich.

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji objęto przedsiębiorstwa lub jednostki organizacyjne przedsiębiorstw podmiotów leczniczych zarejestrowane³ 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 i V kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki lekarskiej i kod zawodu lekarza/lekarza dentysty nadanego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego.

Przy tworzeniu operatów do badań ZD-2 i ZD-3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku badania ZD-4 – dane z systemów informacyjnych wojewodów w zakresie ratownictwa medycznego, według stanu na dzień 31.12.2013 r.

Dane o zachorowaniach podaje się 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 udzielanie świadczeń 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 uwzględniono porady udzielone przez lekarzy i lekarzy dentystów: 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 dentystów.

Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe prowadzone w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony

³ Według stanu na dzień 31.12.2012 r.

Narodowej lub Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą⁴ punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy powinny być usytuowane jedynie na terenach wiejskich.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestrów wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych (według stanu na dzień 31.12.2013 r.).

Wymienione w badaniach ZD-2, ZD-3, ZD-5 poszczególne rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych nie muszą spełniać wymogów zawartych w Rozporządzeniu⁵ Ministra Infrastruktury.

Dane na temat kadry medycznej pochodzą z Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i 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 niepełne niż stan faktyczny w zakresie zawodów, w których stosunkowo często prywatna praktyka jest głównym miejscem pracy (np. dentyści).

Dane o łóżkach w stacjonarnej opiece zdrowotnej przekazywane do instytucji międzynarodowych, opracowywane są zgodnie z przyjętą metodologią OECD i Eurostat. Dotyczą łącznej liczby łóżek szpitalnych (HP.1) oraz opieki długoterminowej (HP.2) na terenie całej Polski, lecz nie uwzględniają podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

Do łóżek szpitalnych (HP.1) zaliczane są łóżka w szpitalach ogólnych (HP.1.1), szpitalach psychiatrycznych (HP.1.2) oraz szpitalach specjalistycznych (HP.1.3), w tym w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach. Uwzględniono tu wszystkie łóżka w szpitalu dostępne dla pacjenta, stale utrzymywane i obsługiwane przez personel medyczny.

Do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) zaliczane są łóżka dla osób wymagających trwałej opieki leczniczej i pielęgnacyjnej na skutek chronicznego upośledzenia oraz ograniczonej samodzielności w życiu codziennym, znajdujące się w zakładach zapewniających przede wszystkim 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

⁴ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

⁵ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. (Dz.U. Nr 75 poz. 690, z późn.zm).

łóżka wszystkich typów zakładów opiekuńczych i domów opieki przeznaczonych na opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja, oddziały dla osób przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie).

Dane o poszczególnych typach placówek opieki stacjonarnej odnoszą się do przedsiębiorstw podmiotów leczniczych albo jednostek organizacyjnych takich przedsiębiorstw lub komórek (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 z lat poprzednich. Placówki medyczne (jednostki organizacyjne), które do 2011 r. były traktowane jako filie szpitali, zgodnie z nową rejestracją w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą mogą stanowić odrębny szpital.

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

Prezentowane dane o szpitalach dotyczą wyłącznie zakładów, które wykazały przynajmniej jedno łóżko opieki stacjonarnej. Wyjątek stanowi Tabl. 18 – gdzie wraz z działalnością dzienną szpitali stacjonarnych została ujęta działalność szpitali jednego dnia.

Dane o szpitalach ogólnych zawarte w części tabelarycznej nie obejmują dwóch szpitali w woj. wielkopolskim. Sprawozdania MZ-29 za 2013 r. z tych szpitali nie zostały zatwierdzone przez Wielkopolski Urząd Wojewódzki.

W części analitycznej dotyczącej szpitali ogólnych dane o ogólnej liczbie łóżek i szpitali, a także przeliczenia tych danych na liczbę ludności, uwzględniają szacunkową liczbę łóżek z dwóch wspomnianych szpitali: w Poznaniu – 420 łóżek i powiecie poznańskim – 180 łóżek.

Liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łózkami dla noworodków oraz inkubatorami – zgodnie z przyjętą w 2008 r. przez resort zdrowia metodologią liczenia łóżek w szpitalach. Do liczby łóżek nie są wliczane miejsca dzienne.

Rodzaje oddziałów szpitalnych w szpitalach ogólnych grupowane są według kodów oddziałów opublikowanych w rozporządzeniu⁶ Ministra Zdrowia.

⁶ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. 2012 r. poz. 594).

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.

Do zakładów opieki długoterminowej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym i psychiatrycznym. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze psychiatrycznym prezentowane są razem z zakładami całodobowej opieki psychiatrycznej.

Do zakładów opieki hospicyjno-paliatywnej zalicza się hospicja i oddziały opieki paliatywnej. Rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (DZ.U. 2012 poz. 594) określa występowanie tych oddziałów w grupie zakładów o charakterze opiekuńczym zaliczając je w ten sposób do szeroko rozumianej opieki długoterminowej.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonują w oparciu o ustawę o działalności leczniczej⁷ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych⁸. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze – zlokalizowane na obszarze uzdrowiska, oraz szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych zlokalizowanych poza uzdrowiskiem.

Zgodnie z ustawą⁹ jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, na których świadczenia z dysponentami jednostek zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz umowy na wykonywanie medycznych czynności ratunkowych.

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.

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (*International Classification for Health Accounts*)

⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

⁸ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. 2012, poz. 651, 742).

⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

opracowywanym w Polsce od roku 2002, zgodnie ze wspólną metodologią OECD, Eurostat i WHO. W tym rachunku wydatki są prezentowane według trzech wymiarów: funkcji ochrony zdrowia i powiązanych z ochroną zdrowia (ICHA-HC), dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP) oraz według płatników w ochronie zdrowia (ICHA-HF)¹⁰. Począwszy od NRZ za 2006 r. dodatkowo wydatki ujęte w rachunku rozszacowywane są według źródeł ich finansowania (FS).

Źródła finansowania opieki zdrowotnej (ICHA – FS)

Kod ICHA	Źródła finansowania
FS.1	Jednostki sektora publicznego
FS.1.1	Instytucje rządowe i samorządowe
FS.1.2	Pozostałe instytucje publiczne
FS.2	Sektor prywatny
FS.2.1; FS.2.3	Przedsiębiorstwa i instytucje niekomercyjne
FS.2.2	Gospodarstwa domowe
FS.3	Zagranica

Płatnicy za usługi opieki zdrowotnej (ICHA – HF)

Kod ICHA	Płatnicy
HF.1	Instytucje rządowe i samorządowe (sektor publiczny)
HF.1.1	Instytucje rządowe i samorządowe z wyłączeniem funduszy ubezpieczeń społecznych
HF.1.2	Fundusze ubezpieczeń społecznych
HF.2	Sektor prywatny
HF.3	Zagranica

Funkcje ochrony zdrowia (ICHA – HC)

Kod ICHA	Funkcje ochrony zdrowia
<i>HC.1 – HC.5</i>	<i>DOBRA I USŁUGI KONSUMOWANE INDYWIDUALNIE</i>
HC.1	Usługi lecznicze
HC.2	Usługi rehabilitacyjne
HC.3	Długoterminowa opieka pielęgnacyjna
HC.4	Usługi pomocnicze w ochronie zdrowia
HC.5	Produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych
HC.5.1	Leki i materiały medyczne nie będące dobrami trwałego użytku
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra trwałego użytku

¹⁰ Szczegółową klasyfikację ICHA zamieszczono m.in. w pracach: „A System of Health Accounts”, OECD, 2000; Alina Baran, Małgorzata Żyra „Narodowy Rachunek Zdrowia, Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003”, Statystyka w praktyce, GUS, Warszawa.

Kod ICHA	Funkcje ochrony zdrowia
HC.6 – HC.7	DOBRA I USŁUGI KONSUMOWANE ZBIOROWO
HC.6	Profilaktyka i zdrowie publiczne
HC.7	Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne
HC.R	FUNKCJE POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA
HC.R.1	Inwestycje

Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA – HP)

Kod ICHA	Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia
HP.1	Szpitalne
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej ochrony zdrowia
HP.4	Sprzedawcy i inni dostawcy sprzętu i dóbr medycznych
HP.5	Jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego
HP.6	Instytucje administracji ochrony zdrowia i ubezpieczeń społecznych
HP.7	Pozostałe jednostki gospodarcze
HP.9	Zagranica

W rachunku za 2011 rok po raz pierwszy pojawiły się wydatki dotyczące ubezpieczeń społecznych, które nie mogły być przypisane do którejkolwiek grupy wydatków i dlatego zostały one umieszczone w klasyfikacji pomocniczej, tzw. Memorandum Items.

W rachunku za 2010 rok dokonano korekty wydatków *Instytucji Non-Profit (HF.2.4)*, wykorzystując do szacunków kompletne dane z badania okresowego SOF za 2010 rok. Ponadto dokonano rewizji wysokości wydatków bezpośrednich gospodarstw domowych (out of pocket) poprzez wykorzystanie wyników spisu ludności 2010.

W rachunkach za lata 2009 i 2010 dokonano rewizji struktury wydatków na *Ubezpieczenia społeczne (HF1.2)*, dzięki nowym możliwościom rozpoznania wydatków zagranicznych.

W związku z powyższym, dynamika wydatków w niektórych pozycjach i struktura wydatków mogą się nieco różnić od prezentowanych w poprzednich edycjach niniejszej publikacji.

Brak sumowania w niektórych tablicach wynika z zaokrąglenia liczb całkowitych do tysięcy.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹ – 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, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹².

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹³ są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- dermatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- okulistycznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

¹¹ 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.).

¹² Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

¹³ 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.).

Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.

Donacja – pobranie krwi lub jej składnika do celów klinicznych, diagnostycznych lub produkcyjnych.

Dysponent jednostki – według ustawy¹⁴ – przedsiębiorstwo albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Hospicjum – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego lub jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, sprawująca wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych pacjentów.

Jedna jednostka krwi pełnej – 450 ml (jeden litr krwi pełnej w przybliżeniu równa się 2,22 jednostki).

Jednostka świeżo mrożonego osocza – 200 ml (jeden litr osocza równa się 5 jednostkom).

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi: 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 krwi*¹⁵.

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 ustawy¹⁶.

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 ustawa¹⁵.

Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego to osoby korzystające z usług leczniczych na zasadzie skierowań lub na podstawie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych.

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

¹⁴ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

¹⁵ Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz.U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.).

¹⁶ Ustawa z dn. dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. 2004.125.1317, z późn. zm.).

porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych¹⁷.

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 przyległych¹⁸.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest to lekarz posiadający tytuł w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej – udzielający świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej¹⁹.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art.16 ustawy²⁰ i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem²¹.

Lotniczy zespół ratownictwa medycznego składa się co najmniej z trzech osób, w tym z co najmniej jednego pilota zawodowego, lekarza systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz ratownika medycznego lub pielęgniarki systemu.

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 pracy²² pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą²³ – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

¹⁷ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz.U. 2011 nr 277 poz. 1634).

¹⁸ j.w.

¹⁹ 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.).

²⁰ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 16 (tekst jednolity: Dz.U. 2011 Nr 277, poz. 1634).

²¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz.U. 2011 Nr 274, poz. 1627).

²² Ustawa z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, art. 229 §6 (Dz.U. z 1998.21.94, z późn. zm.).

²³ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

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 zdrowia²⁴.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej²⁵.

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 noworodkiem²⁴.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego 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 państwowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet jeśli praca przez nie wykonywana 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 leczniczą²⁶.

²⁴ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz.U. 2011 r. Nr 174 poz. 1039).

²⁴ ibidem, str. 15.

²⁵ 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.).

²⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

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.

Przychodnia – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej.

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty sprzedaży leków gotowych o ściśle określonym asortymencie. Powinny być usytuowane na terenach wiejskich.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających prawo do wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarek 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 dentyśta musi uzyskać m.in. wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku praktyki specjalistycznej, posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi 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 pielęgniarek i położnych prowadzony jest przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Rejestr stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Szpital – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego albo wydzielona jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, w którym podmiot wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne, z **wyłączeniem** przedsiębiorstw podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne).

Świadczenia szpitalne – to 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 zespoły ratownictwa medycznego²⁷.

Średnia liczba łóżek – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy podzielona przez 12, tj. liczbę miesięcy w roku.

Świadczenie zdrowotne jest działaniem 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,
- 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 przedsiębiorstwa podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez praktyki zawodowe.

Zabiegi przyrodolecznicze:

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;

²⁷ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

kąpiele CO₂ – są to kąpiele wannowe (dwutlenek węgla jest rozpuszczany w wodzie) albo stosowany w formie gazowej w kąpielach suchych;

kąpiele borowinowe – polegają na zastosowaniu rozdrobnionego torfu i peloidów torfowych będących naturalnymi substancjami mineralnymi;

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;

krioterapia – polega na poddaniu całego ciała przez krótki czas działaniu bardzo niskich temperatur;

elektrolecznictwo – polega na zastosowaniu różnego rodzaju prądów leczniczych; zalicza się tu zabiegi m.in. takie jak: galwanizacja, jonoforeza, prądy interferencyjne, prądy diadynamiczne;

światłolecznictwo – metoda leczenia światłem, np. lampy emitujące głównie promienie podczerwone (sollux), nadfioletowe (lampa kwarcowa) lub skojarzone światło obu typów promieniowania;

wodolecznictwo, hydroterapia – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub ciepłej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, bicze wodne, okłady);

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;

zabiegi parafinowe – zawijania parafinowe, pędzlowania, okłady lub bezpośrednie kąpiele kończyn (tak zwane "rękawice" lub "skarpety"), a także maseczki.

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego – przedsiębiorstwo albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa lub komórka podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej. Zakład lecznictwa uzdrowiskowego działa na obszarze uzdrowiska; został utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą²⁸ 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 – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, 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

²⁸ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. 2012, poz. 651, 742).

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 – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, 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 Medycznym²⁹ dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz 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 pojazdami³⁰.

²⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

³⁰ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. Nr 30, poz. 151, z późn.zm.).

PART I. 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 on health care units. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries³¹ (Ministry of Health, Ministry of National Defence, Ministry of Interior). 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 – voivodeships, powiats or gminas, as well as community organizations, churches, religious associations and medical practices providing services financed from public funds, etc.).

In the survey on health and rehabilitative resort facilities (ZD-2) data on the number of health resort and sanatorium-type entities, number of beds, patients treated on an in-patient as well as outpatient basis in breakdown on sex and age (children and youths up to 18), and the number of services provided are collected.

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 out-patient 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 voivodeship 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,

³¹The 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.

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.

ZD-5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies and pharmaceutical outlets. The object of survey is the type of facility, scope of services rendered (duties carried out and preparation of magistral drugs), as well as on the persons employed in pharmacies and pharmaceutical outlets.

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 (patients with mental disorders, addicted 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, hospital care, long-term health care, psychiatric facilities and blood donation, presented herein, has been derived from the reports of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information in this scope: MZ-29, MZ-29a (in-patient health care – hospitals and long-term health care), MZ-10, MZ-88, MZ-88A and MZ-89 (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 (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 *Stacionary social welfare facilities*, OD - 1 *Nurseries and kids' clubs*.

The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2012, 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 source on rehabilitation camps for people with disabilities and the number of people using the PFRON co-financing for stays is the information from Office of the *Government commissioner* for Persons with Disabilities from Ministry of Labour and Social Policy.

The data on blood donation is provided by the National Blood Centre and the Ministry of Interior. The information on blood donation were based on the data obtained from the Regional Blood Donation and Treatment Centres, the Military Blood Donation and Treatment Centres, Blood Donation and Treatment Centres as set up by the Minister of the Interior.

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 Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and, 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 2010*.

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 – for the first time 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 Interior and the Internal Security Agency; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care (including hospitals and health resort treatment) can't be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook, However, data presented in this publication still do not include information on prison health care.

The data in tables, maps and charts refer to the year 2012, 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.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in Act on Health Care Activities³². Until the entry into force of Act on Health Care Activities, the providers of health care services (performing health care activities) could be divided into several groups:

- health care facilities – public and private,
- individual professional health care practices,
- Individual specialized health care practices,
- group professional health care practices,

³² Act of 15 April 2011 on Health Care Activities, Journal of Laws No. 112, item 654.

- individual professional health care practices of nurses and midwives, Individual specialized health care practices of nurses and midwives or group health care practices of nurses and midwives,
- individuals (medical practitioners), providing health services under economic activities

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* are included:

- 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 *Act on Health Care Activities* legislature did not make a distinction between the entity running company in which health services are provided and the company itself. Legislator used only the term health care facility defined as a separate organization team of people and assets, and what is important the health care facility has not been seen as a legal entity, and yet in *the Act on Health Care Services Financed from Public Funds*, contractor obliged to provision of health care was not health care entity but health care facility. *The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities* eliminated those contradictions. 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).

Organizational units were relieved from the duty of classification, the burden of this task took the company of health care entities. The companies were also sought to be identified with the local unit existing in REGON registry. Every company identified under the legislation of the *Act of 15 April 2011 on medical activity* and reflected in the Register of Health Care Provision should always have its own counterpart in the form of a separate local unit under the *Act of 29 June 1995 on public statistics* and reflected in the REGON registry.

Due to structural changes in the of health care in particular by introducing the concept of the companies of health care entity there may be differences with respect to the statistics from previous years.

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered³³ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III and V 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 operators' 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 case study ZD-4 - data from information systems voivodeship governors of emergency medical services (as of 31.12.2013)

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 benefits 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.

³³ As of 31.12.2012.

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-5 survey covers generally available pharmacies and pharmaceutical outlets, dispensaries in health care facilities created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice or Minister of Interior. These do not include pharmacies which operate in the structure and for hospitals. Pursuant to the Act³⁴ on *pharmaceutical outlets* established after the above mentioned Act had entered into force should be located only in rural areas.

To create a list of pharmacies and pharmacy outlets surveyed in ZD-5, the information from the records of provincial pharmaceutical inspectorates was used (as of 31.12.2013).

The various types of adaptations for disabled people mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys do not have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation³⁵.

Data on the medical personnel come from the Ministry of Health, Ministry of National Defence, Ministry of Interior 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 were elaborated according to OECD and Eurostat requirements and definitions. The transmitted data represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) on the terrain of Poland, excluding health care facilities located in prisons and established by the Ministry of Justice.

³⁴ Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law, Consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 45, item 271, with subsequent amendments.

³⁵ The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (Journal of Laws No. 75, item 690, with subsequent amendments).

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) and other specialty hospitals (HP.1.3) i.a. health resort hospitals and sanatoria. 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.

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. 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, chronically mentally ill, 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 cells (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 are 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 enterprises of therapeutic entities or organizational units of these enterprise, in which the entity conducts medical activity in kind of stationary and twenty-four hours hospital services. Enterprises 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 showed at least one bed of inpatient care. The exception is Table 18 in which day care activity of the inpatient hospitals comprise activity one day hospitals.

Data on general hospitals in tabular Annex do not include two hospitals in Wielkopolskie voivodeship. These hospitals have not submitted reports MZ-29 for 2013 validated by Wielkopolska Voivodship Office.

In analytical commentary data on total number of the general hospitals and beds in hospitals as well as calculation of these data on the number of population comprise estimated value of beds in two hospitals: in city Poznań – 420 beds and in Poznań powiat – 180 beds).

In accordance with the methodology of counting beds in hospitals accepted by Ministry of Health in 2008, beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds and day care places are not included in the number of beds.

Types of wards in general hospitals are provided in accordance with the Regulation³⁶ of the Minister of Health.

Inpatients without a patient flow between hospital wards means inpatients entered in the main hospital register. A person who stayed in hospital more than once during the year, each time was counted independently.

Long term care facilities comprise chronic medical care homes and nursing homes (also psychiatric types). Psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes are presented together with psychiatric care facilities.

Hospices and palliative care wards are establishments of palliative and hospice care. Regulation³⁶ determined the presence of these wards within a group of caring nature and in this way embraced them to broad understanding of long-term care.

Health resort treatment operates on the basis of the *Act on Medical Activity*³⁷, as well as the *Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas*.³⁸

Health resort facilities include: health resort hospitals (also for children), health resort sanatoria (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres sanatoria in underground mining excavations – located on the area of a health resort.

Pursuant to the *Act³⁹ on the State Emergency Medical*, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams,

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 basis of the presented data in cross territorial location of the units taken, in some cases, other than the location of superior unit.

³⁶ 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.

³⁷ The Act of 15 April 2011 on Medical Activity (Journal of Laws No. 112, item 654, with subsequent amendments).

³⁸ 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.

³⁹ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

National Health Account is a compilation of expenditure on health, according to the ICHA (International Classification for health Accounts) implemented in Poland since 2002, in accordance with a common methodology of OECD, Eurostat and WHO. Expenditure is presented in three dimensions: ICHA-HC (functions of health care and related to health), ICHA-HP (suppliers of goods and services in health care) and ICHA-HF (financing agents)⁴⁰. Since 2006 complementary “Financing Sources” (FS) has been developed.

Financing Sources of Health Care (ICHA – FS)

ICHA code	Financing Sources
FS.1	General government units
FS.1.1	Territorial governments
FS.1.2	All other public units
FS.2	Private sector
FS.2.1; FS.2.3	Corporations and NPISHs
FS.2.2	Households
FS.3	Rest of the world

The financing agents (ICHA – HF)

ICHA code	Financing agents/schemes
HF.1	General government
HF.1.1	General government (excl. social security) = Territorial government
HF.1.2	Social security funds
HF.2	Private sector
HF.3	Rest of the world

Health care functions (ICHA – HC)

ICHA code	Health care functions
<i>HC.1 - HC.5</i>	PERSONAL HEALTH CARE SERVICES AND GOODS
HC.1	Services of curative care
HC.2	Services of rehabilitative care
HC.3	Services of long-term nursing care
HC.4	Auxiliary services to health care
HC.5	Medical goods dispensed to out-patients
HC.5.1	Pharmaceutical and other medical non-durables
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical durables
<i>HC.6 - HC.7</i>	COLLECTIVE HEALTH CARE SERVICES
HC.6	Prevention and public health services
HC.7	Health administration and health insurance

⁴⁰ A detailed ICHA classification was provided, i.a., in the following works: “*A System of Health Accounts*,” OECD, 2000; Alina Baran, Małgorzata Żyra: “*The National Health Account, Expenses on Health Protection. 1999, 2002, 2003*,” and “*Statistics in Practice*,” the CSO, Warsaw.

ICHA code	Health care functions
HC.R	HEALTH RELATED FUNCTIONS
HC.R.1	Capital formation of health care provider institutions

Health care providers (ICHA – HP)

ICHA code	Providers of health care
HP.1	Hospitals
HP.2	Nursing and residential care facilities
HP.3	Providers of ambulatory health care
HP.4	Retail sale and other providers of medical goods
HP.5	Provision and administration of public health programs
HP.6	General health administration and insurance
HP.7	Other industries (rest of the economy)
HP.9	Rest of the world

In the account for 2011 social security expenditure for the first time appeared, which could not be assigned to any group of expenses (because of the lack of data), and therefore, it is included in the sub-classification called: Memorandum Items.

In the account for 2010, there was made an adjustment of Non-Profit Institutions expenditure (HF.2.4), using estimates from the complete data from SOF surveys for 2010. In addition, a revision of the amount of direct out of pocket expenditure of households using the results of the census of 2010.

Accounts for 2009 and 2010 were revised in area of spending on Social Security (HF1.2), because of new possibilities of recognizing foreign expenditure.

Therefore, the dynamics of expenditure in some cases and structure of expenditure may differ slightly from those presented in previous editions of this publication.

In some tables sums do not respond certain aggregates, because of rounding integers to thousands.

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 – *Intensive care*, 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

Out-patient health care – according to the Act⁴¹ - 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 entites, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence⁴².

Specialised out-patient services financed from public funds⁴³ 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,
- dermatologists,
- venereologists,
- oncologists,
- ophthalmologists,
- psychiatrists,
- people suffering from tuberculosis,
- people infected with HIV,
- war and military invalids, people who were politically oppressed, and veterans,
- blind civilian victims of hostilities,
- people addicted to alcohol, intoxicants or psychotropic substances, in the field of detoxification treatment,
- entitled soldiers or employees, in the field of the treatment of injuries or diseases contracted while conducting operations outside the country.

In emergency situations, health care services are rendered without any of the referrals required in ordinary cases. Specialised out-patient services are provided by out-patient clinics and specialised out-patient departments or by specialised medical practices.

Donation – collection of blood or blood components for clinical, diagnostic or manufacturing purposes.

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act⁴⁴.

⁴¹ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds – Journal of Laws 2008 No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁴² The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

⁴³ 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.

⁴⁴ The Act on the State Medical Emergency System of 8 September 2006, Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments.

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.

One unit of fresh whole blood – 450 ml (one litre of fresh whole blood approximately equals 2.22 units).

One unit of fresh frozen plasma – 200 ml (one litre of plasma equals 5 units).

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 Service⁴⁵.

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 Act⁴⁶

Blood donation is a campaign of voluntary bodies / grassroots initiative aimed at the voluntary acquisition of blood from people in good health, either for the benefit of people requiring blood transfusion (e.g. during surgical treatment), or for use in the manufacture of blood derivative products. The principles related to the collection of blood, the separation of its elements, its storing and marketing, as well as the issues related to the organisation of the public blood services, are regulated under the Act on Public Blood Service⁴⁵.

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.

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 forms⁴⁷.

⁴⁵ The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 Journal of Laws No. 106, item 681/1997, with subsequent amendments.

⁴⁶ Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2004, no. 125, pos. 1317 with subsequent amendments.

⁴⁷ 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.

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 specified in item 1, in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area⁴⁸.

Primary care physician – a physician specialized or in course of specializing in family medicine (GP) or specialized in general medicine (II^o) providing services within the framework of primary health care who has entered into a contract with National Health Fund to provide health care services or who is employed with, or performs the profession at the medical care provider with whom the National Health Fund has concluded a contract for providing primary health services⁴⁹.

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 Act⁵⁰, and the regulation⁵¹.

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.

Hospital bed – bed permanently located in wards, fully equipped, and occupied, or ready to be occupied, by patient.

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 Act⁵², employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

The place of occurrence (in accordance with the Act⁵³ 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.

⁴⁸ as above.

⁴⁹ 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.

⁵⁰ 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.

⁵¹ 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).

⁵² Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 1998, no. 21, pos. 94 with subsequent amendments.

⁵³ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

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.

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.

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 care⁵⁵.

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 infant²⁴

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.

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 care⁵⁶.

Average bed use (in days) – the number of bed-days divided by the average number of beds.

Average patient stay (in days) – the number of bed-days divided by the number of patients in the year.

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.

Pharmaceutical outlets – generally available sales outlets for selling prepared medicines, the range of which is precisely defined. They should be located only in rural areas.

⁵⁴The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, Journal of Laws of 2011, No. 174, item 1039.

²⁴ ibidem, p.15.

⁵⁵The 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.

⁵⁶The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

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.

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*.

Hospital – An enterprise of the therapeutic entities or organizational units of such enterprise, in which an entity conducts medical activity in kind of hospital services. Enterprises of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

Hospital 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.

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 structure⁵⁷.

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.

⁵⁷The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

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.

Natural treatments:

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;

CO₂ baths – tube baths, in which carbon dioxide is dissolved in the water, or applied in a gaseous form in dry baths,

mud baths – healing baths, which involve the application of crumbled peat and peloids, which are natural mineral substances,

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,

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,

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,

hydrotherapy – a stimulus treatment method consisting of the external application of cold, cool or hot water (healing baths, semi-baths, showers, water jets, compresses),

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,

paraffin wax treatment – paraffin packs, compresses or direct limb baths (so-called “gloves” or “socks”), and face masks.

Spa therapeutics department – 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. Spa treatment plant operates in the area of the spa, has been created in order to provide health benefits in the field of spa treatment or rehabilitation spa. According to the Law⁵⁸ spa treatment plants are spa hospitals, sanatoriums health resort, spa hospitals for children and health resort sanatoriums for children, health resort clinics, naturopathy, hospitals and sanatoriums in equipped underground mining.

Chronic medical care home – a company of health care entity or an organizational unit of the company 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.

Nursing home – a company of health care entity or an organizational unit of the company 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.

Emergency rescue teams, pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services⁵⁹, 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 drivers⁶⁰.

⁵⁸The 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.

⁵⁹The Act on the National Emergency Medical Services of 8 September 2006 (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

⁶⁰The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws No. 30, item. 151, with subsequent amendments).

CZEŚĆ 2

Part 2

WYNIKI BADAŃ – SYNTEZA

Analytical commentary

1. STAN ZDROWIA

1.1. ZACHOROWALNOŚĆ NA WYBRANE CHOROBY

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie społeczeństwa polskiego pochodzi ze stałych badań statystycznych resortu zdrowia. Zakres tematyczny tych badań dotyczy 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.

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2013 r.

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży w Polsce są 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 zachorowań na porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio, natomiast tylko incydentalnie stwierdzano zachorowanie wywołane wirusem szczepionkowym (po jednym przypadku w latach 2009-2010).

W 2013 r. stwierdzono jedynie 14 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 5 przypadków mniej niż rok wcześniej. Wyraźnie zmniejszyła się liczba zachorowań na krztusiec – wykryto prawie 2,2 tys. przypadków, tj. ponad połowę mniej niż w roku ubiegłym. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie podlaskim, łódzkim i mazowieckim (10-19 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności), najrzadziej natomiast w województwie warmińsko-mazurskim, lubelskim, opolskim i lubuskim (mniej niż 2 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności).

W 2013 r. nieznacznie wzrosła również liczba zachorowań na odrę – stwierdzono bowiem 84 przypadki, podczas gdy przed rokiem tylko 70. Zachorowania na odrę występowały głównie u mieszkańców województwa śląskiego, małopolskiego, mazowieckiego i zachodniopomorskiego (odpowiednio 30, 24, 14 i 13 przypadków), zaś pojedyncze przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa dolnośląskiego, pomorskiego i wielkopolskiego. W pozostałych województwach odry nie stwierdzono.

Gwałtownie natomiast zwiększyła się liczba zachorowań na różyczkę. W ciągu całego roku 2013 zarejestrowano ponad 38,5 tys. zachorowań, tj. o ponad 6 razy więcej niż przed rokiem. Duże ogniska chorobowe występowały przede wszystkim w województwie małopolskim i wielkopolskim (łącznie blisko 43% ogółu zachorowań w Polsce), a ponadto w województwie śląskim (3,6 tys. zachorowań) oraz w kujawsko-pomorskim, lubelskim, lubuskim i podkarpackim – po ok. 2 tys. zachorowań w każdym województwie.

Odnotowano nieznaczną poprawę w częstości wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) zwłaszcza typu A i B. Liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu B utrzymała się na poziomie roku ubiegłego (1,5 tys. przypadków), spadła także liczba zachorowań typu A – tylko 48 przypadków. Wzrosła jednakże liczba zachorowań na WZW typu C – 2,6 tys. (tj. o ponad 15%). Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców mazowieckiego i wielkopolskiego, na 100 tys. ludności przypadało bowiem 7-8 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił 4 zachorowania na 100 tys. ludności.

W przypadku zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C stosunkowo najliczniej chorowali mieszkańcy województwa lubuskiego – blisko 15 zachorowań na 100 tys. ludności (2-krotnie częściej niż statystyczny mieszkaniec kraju), a w następnej kolejności mieszkańcy województwa mazowieckiego, wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego – 10-11 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności.

Pozytywne tendencje odnotowano również w zakresie niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego, zwłaszcza salmonelloz i innych zatruc pokarmowych. Poziom zachorowań na czerwonkę, jak również biegunek u dzieci do lat 2 niestety nieznacznie wzrósł. Na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało niespełna 20 przypadków salmonelloz i niewiele ponad 4 bakteryjnych zatruc pokarmowych. W grupie najmłodszych odnotowano jednak 501 biegunek na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku tylko 436. W ciągu roku 2013 stwierdzono 19 przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną, tj. o 6 przypadków więcej niż przed rokiem, z tego większość (4 przypadki) odnotowano w województwie małopolskim, kolejne po 3 przypadki w województwie łódzkim i opolskim, po 2 przypadki w województwie mazowieckim i lubuskim i po 1 przypadku w województwie śląskim, podkarpackim, dolnośląskim, pomorskim i warmińsko-mazurskim.

Zachorowania na salmonellozy najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw warmińsko-mazurskiego, podkarpackiego, kujawsko-pomorskiego, podlaskiego i pomorskiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało bowiem 25-35 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł mniej niż 20 przypadków. Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe głównie występowały u mieszkańców województwa śląskiego (prawie 16 zatruc na 100 tys. ludności wobec 4 zachorowań dla Polski). W ciągu całego 2013 roku zarejestrowano ponad 38 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwie pomorskim – ponad 800 zachorowań na 10 tys. dzieci, zatem ponad 1,6-krotnie częściej niż w całej Polsce.

W ciągu 2013 roku gruźlicę wykryto u blisko 7,3 tys. osób, tj. o blisko 0,3 tys. osób mniej niż przed rokiem. 94% nowych zachorowań dotyczyło gruźlicy płuc, a tylko 6% – gruźlicy pozapłucnej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2013 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego, świętokrzyskiego i śląskiego –

24-27 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla kraju był znacznie niższy – niespełna 19 zachorowań na 100 tys. ludności.

Kolejny rok wzrosła znacząco liczba wykrywanych chorób wenerycznych, w tym zwłaszcza kiły. W 2013 r. stwierdzono bowiem ponad 1,3 tys. przypadków zachorowań na kiłę, tj. o ponad 1/3 więcej niż przed rokiem. Spadła natomiast liczba wykrywanych zakażeń rzeżączką, odnotowano niewiele ponad 0,5 tys. zachorowań, podczas gdy przed rokiem ponad 0,7 tys. Stosunkowo najwięcej przypadków chorób wenerycznych wykryto w laboratoriach zlokalizowanych w województwie mazowieckim i łódzkim (prawie co drugi przypadek).

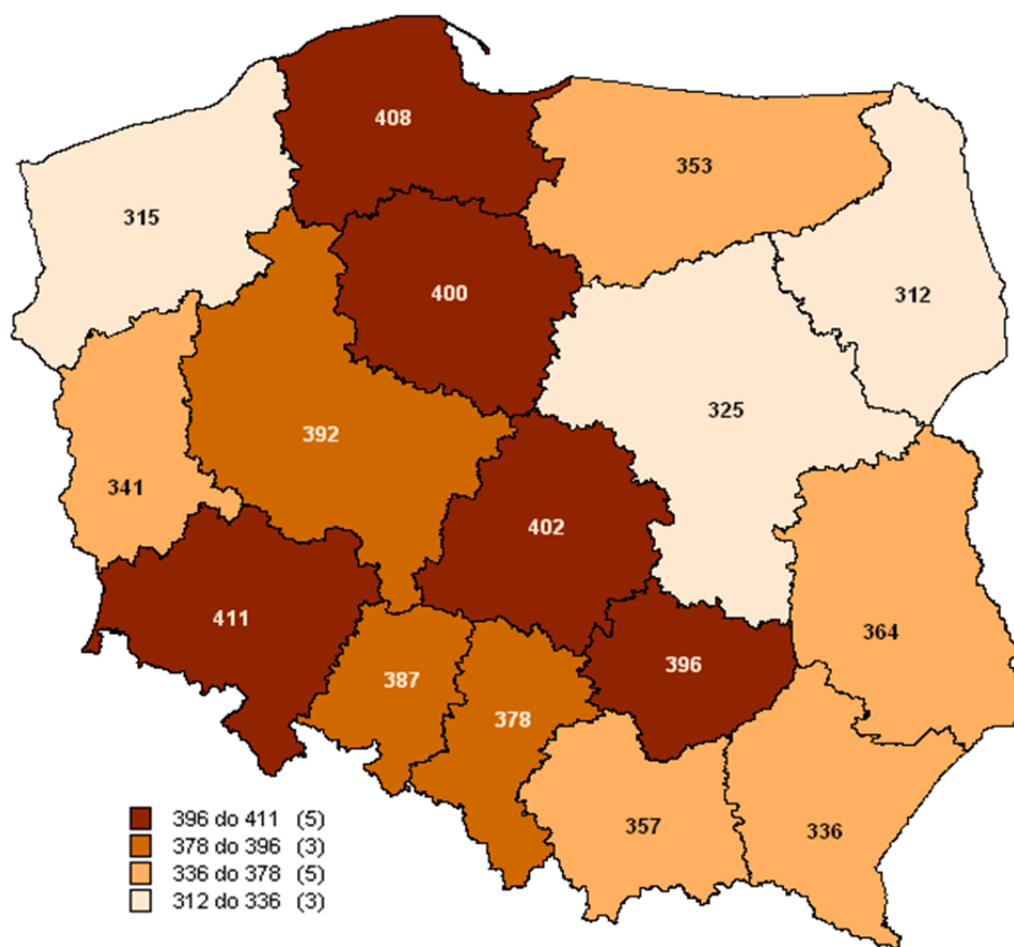
Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2011 r.⁶¹

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 2011 r. stwierdzono ich już prawie 142 tys., tj. 3,6 tys. więcej niż w roku 2010. Wskaźnik zachorowalności wyniósł blisko 368 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 69 przypadków mniej. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz w narządach płciowych – stanowiły one prawie 55% wszystkich nowotworów wykrytych w 2011 r. Wzrost liczby zachorowań w 2011 r. nie dotyczył całego kraju. W województwach zachodniopomorskim, pomorskim i podkarpackim spadła bowiem liczba wykrytych zachorowań, natomiast w lubuskim i świętokrzyskim utrzymała się na poziomie ubiegłego roku. W pozostałych województwach obserwowano wzrost liczby zachorowań; najszybciej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: małopolskiego, opolskiego, dolnośląskiego i kujawsko-pomorskiego (wzrost od 5 do 10% w porównaniu z rokiem ubiegłym).

W 2011 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa dolnośląskiego (411 zachorowań na 100 tys. ludności) i pomorskiego (408 przypadków), w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa łódzkiego, kujawsko-pomorskiego i świętokrzyskiego (400 nowych zachorowań na 100 tys. ludności). Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane u mieszkańców województwa mazowieckiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego – mniej niż 330 nowych przypadków na 100 tys. mieszkań.

⁶¹Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2011 r.

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2011 r. (na 100 tys. ludności)



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2011 r. można stwierdzić, że (podobnie jak w roku poprzednim) najczęściej nowotwory narządów trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa świętokrzyskiego i dolnośląskiego (92 zachorowania na 100 tys. ludności), wielkopolskiego, śląskiego i kujawsko-pomorskiego, natomiast nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej – u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, łódzkiego, kujawsko-pomorskiego i dolnośląskiego – co najmniej po 69 przypadków zachorowań na 100 tys. mieszkańców, najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa podlaskiego. Z kolei nowotwory złośliwe narządów płciowych najczęściej były wykrywane u mieszkańców województwa pomorskiego i łódzkiego – co najmniej 75 przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego – około 50 zachorowań na 100 tys. ludności tych województw.

Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2012 r.⁶²

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2012 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono ponad 1,5 mln osób, czyli 4% wszystkich Polaków, ale znacznie więcej niż przed rokiem (wzrost o 142 tys.).

Uwzględniając przyczyny korzystania z tej formy opieki można powiedzieć, że ponad 1,3 mln osób będących pod opieką tych poradni potrzebowało pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne blisko 178 tys. osób leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a niespełna 28 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: 3431, 462 i 72 (w 2011 r. odpowiednio 3068, 441 i 81).

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały zaburzenia nerwicowe (1012 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (815 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz stwierdzono u prawie 46% ogółu pacjentów leczonych w tych trzech poradniach. Blisko co 9 pacjent leczony z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a tylko co 55-ty z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych.

Porównując dane z kolejnych dwóch lat, można powiedzieć, że w 2012 r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano: zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe (łącznie o ponad 87 tys.), organiczne zaburzenia psychiczne (o blisko 25 tys.), zaburzenia rozwojowe (o 18 tys. osób więcej). Nieznacznie również wzrosła liczba pacjentów uzależnionych od alkoholu (o prawie 8 tys.), spadła natomiast liczba pacjentów uzależnionych od innych środków psychoaktywnych – o ponad 3 tys.

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

⁶² Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2012 r.

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2.1. KADRA MEDYCZNA

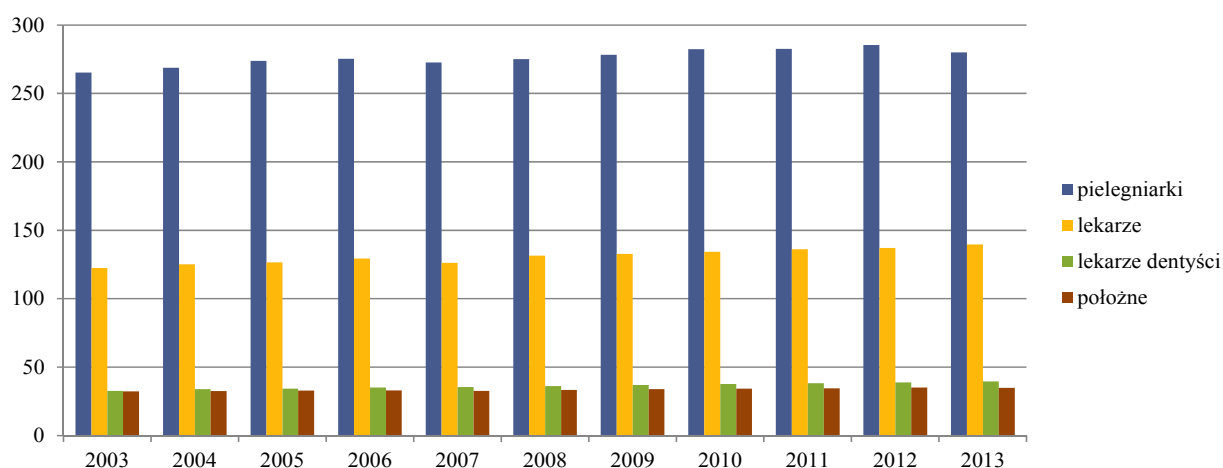
Jednym z zasadniczych elementów systemu opieki zdrowotnej są jego pracownicy. Istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu, jak i liczba osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia, a także ich kwalifikacje.

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2013 roku (z wyjątkiem danych o absolwentach).

Uprawnieni do wykonywania zawodów medycznych.

W 2013 roku, zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, prawo wykonywania zawodu posiadało 139,6 tys. lekarzy, 39,5 tys. lekarzy dentyści, 280,0 tys. pielęgniarek, 34,8 tys. położnych, 30,5 tys. farmaceutów i 14,3 tys. diagnostów. W porównaniu z rokiem poprzednim w prawie wszystkich z wymienionych zawodów medycznych dał się zauważyć wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy odnotowano w grupie lekarzy oraz diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,5 tys. osób). Jednocześnie wśród pielęgniarek i położnych odnotowano znaczny spadek – o ponad 5,3 tys. wśród pielęgniarek i o 300 wśród położnych uprawnionych do wykonywania zawodu.

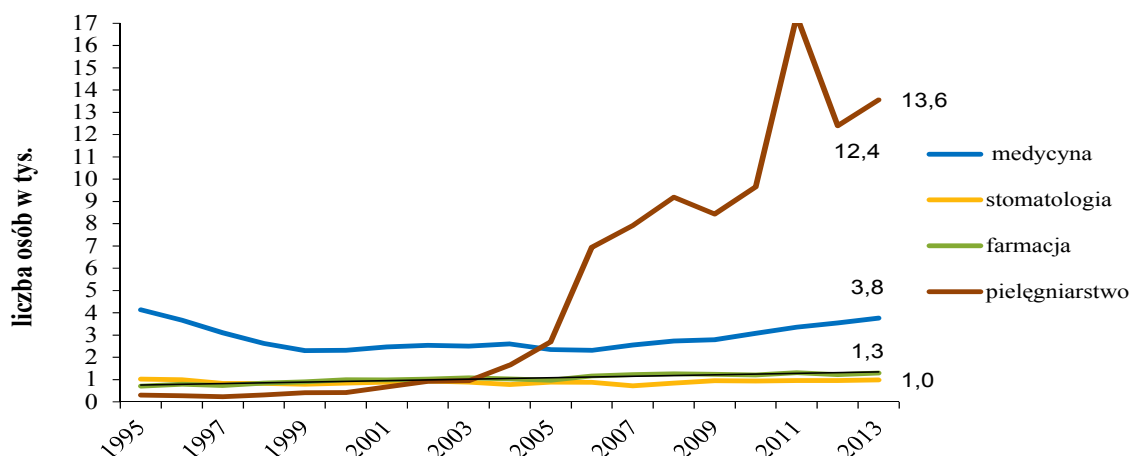
Wykres 1. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarce, położnej w latach 2003-2013 (w tys.)



Dynamika liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego jest wypadkową napływu nowych osób i naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych oraz podejmowaniem pracy za granicą.

Napływ nowych osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych uwarunkowany jest liczbą osób kończących uczelnie i szkoły medyczne. Limity przyjęć na studia medyczne określa corocznie Minister Zdrowia. Poniższy wykres obrazuje zmiany w liczbie absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni ostatnich lat⁶³.

Wykres 2. Liczba absolwentów wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2013



Zwraca uwagę znaczny spadek liczby absolwentów wydziałów lekarskich (medycyna, stomatologia) w drugiej połowie lat 90-tych. W dłuższym przedziale czasowym można natomiast zauważyć znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Miało na to wpływ kilka czynników. Po wprowadzeniu w Polsce standardów Unii Europejskiej dyplom, który pielęgniarki i położne uzyskiwały kończąc średnie szkoły medyczne nie stanowi już wystarczającego potwierdzenia ich kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie muszą one 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 odbyć się w roku 2010/2011. Wiąże się z tym wyraźny wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa widoczny na wykresie (lata 2003-2011, z niewielką korektą w 2009 r.). Spadek odnotowany w 2012 r. (z 17,3 tys. do 12,4 tys.) może być związany z zaspokojeniem potrzeb na skróconą formę uzupełnienia wykształcenia jak również z faktem, że Unia Europejska wyraziła zgodę, aby studia tego typu mogły być prowadzone do czasu wygaśnięcia zainteresowania nimi przez potencjalnych studentów. Stąd też 2013 r. przyniósł ponowny wzrost (o 9% w porównaniu do ubiegłego roku) liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Inną przyczyną gwałtownego wzrostu liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo mogą być przypadki podwójnego liczenia absolwenta. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej

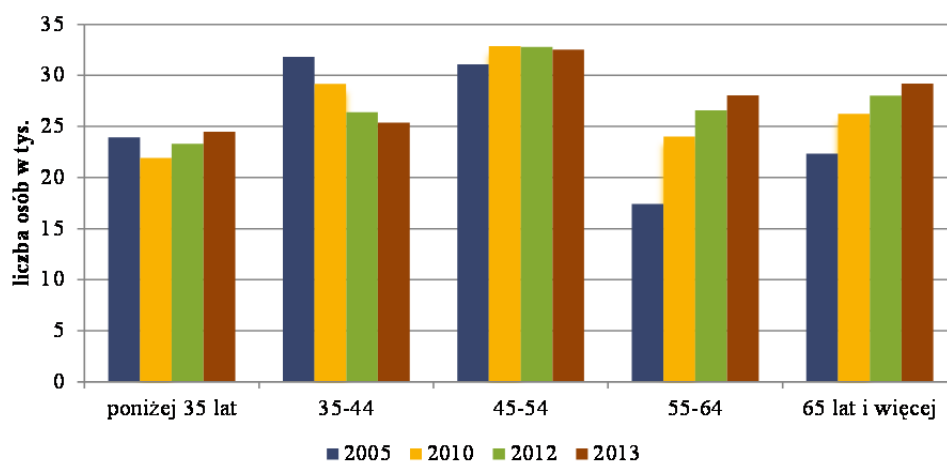
⁶³ Dane GUS – formularz S-10.

i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo. 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).

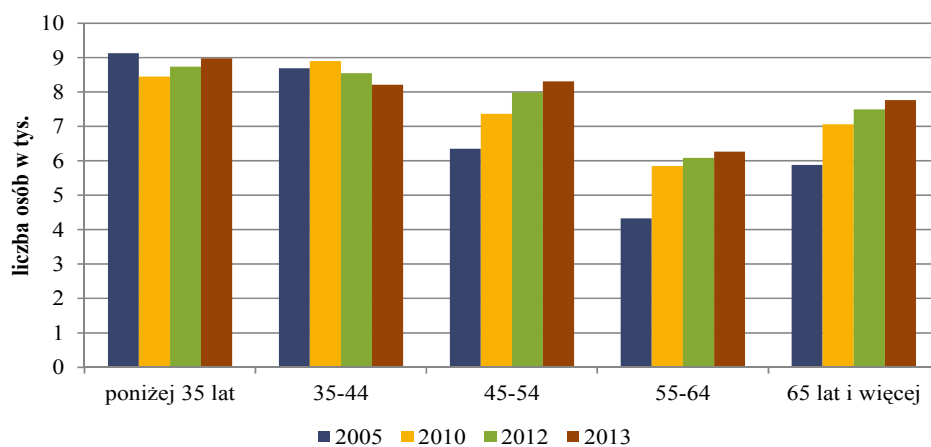
Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2013 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu, czyli systematyczny wzrost udziału osób należących do najstarszej grupy wieku 65 lat i więcej. W 2013 r. odsetek tej grupy wieku w przypadku lekarzy wzrósł o 4 pkt. proc., a lekarzy dentyistów o 3 pkt. proc.

Poniższe wykresy ilustrują zmianę struktury wieku w latach 2005-2013 dla grup zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Wykres 3. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku



Wykres 4. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku



Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Najwięcej pracujących pielęgniarek było w wieku 45-54 lata – 94,8 tys. Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 13,7 tys. Porównując liczbę pielęgniarek w tej grupie

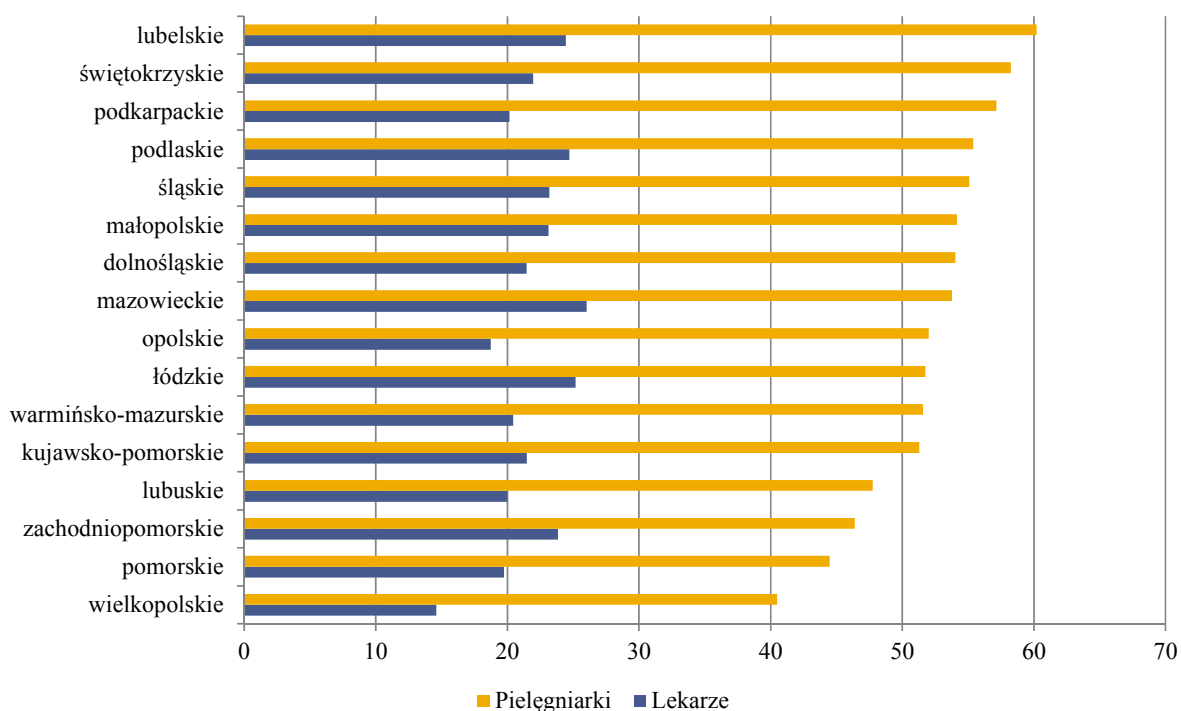
wieku do roku 2012 odnotowano ponad 11% spadek, natomiast liczba pielęgniarek w wieku do 35 lat była niższa o 0,5 p.p niż przed rokiem.

Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – prawie 12 tys., natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – 1,9 tys., tj. o 7,2% mniej niż w roku poprzednim. Osoby najmłodsze stanowiły 13,6% i było to o 0,2 p. proc. więcej niż przed rokiem

Pracujący bezpośrednio z pacjentem. Specjaliści

Jeśli chodzi o rozmieszczenie przestrzenne kadry medycznej, występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 14 w województwie wielkopolskim do ponad 26 w województwie mazowieckim. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców nadal była najmniejsza w województwie wielkopolskim – 40, (o 3 mniej niż w ub. roku) natomiast największa w województwie lubelskim – niemal 60, ale o 5 mniej niż przed rokiem.

Wykres 5. Lekarze i pielęgniarki pracujący na 10 tys. ludności według województw



Poza „dostępnością” pracowników medycznych, ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są ich kwalifikacje. Na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów⁶⁴, a w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

⁶⁴ Patrz „Uwagi metodologiczne” str. 35, definicja o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty

W 2013 r. było 57,8 tys. lekarzy specjalistów; stanowili oni 67,6% wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem, a wśród lekarzy dentyistów specjalizację posiadało 2,6 tys.; co stanowiło 21,3% dentyistów.

Warto dodać, że w systemie opieki zdrowotnej pracowało także ok. 11 tys. lekarzy i 4,2 tys. dentyistów z I stopniem specjalizacji, którzy obecnie nie są zaliczani do grona specjalistów⁶⁵. Grupa ta systematycznie maleje – starsze roczniki odchodzą, natomiast część lekarzy posiadających I stopień specjalizacji korzysta z przyspieszonego trybu podwyższenia kwalifikacji i zdobywa tytuł specjalisty.

Mimo, że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem zwiększa się z roku na rok, np. w dziedzinie chirurgii, psychiatrii czy medycyny rodzinnej, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele dziedzin medycyny, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Powodem obaw jest:

- starzenie się kadry medycznej,
- brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji
- migracje zagraniczne lekarzy specjalistów do innych krajów,
- zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz starzenie się społeczeństwa.

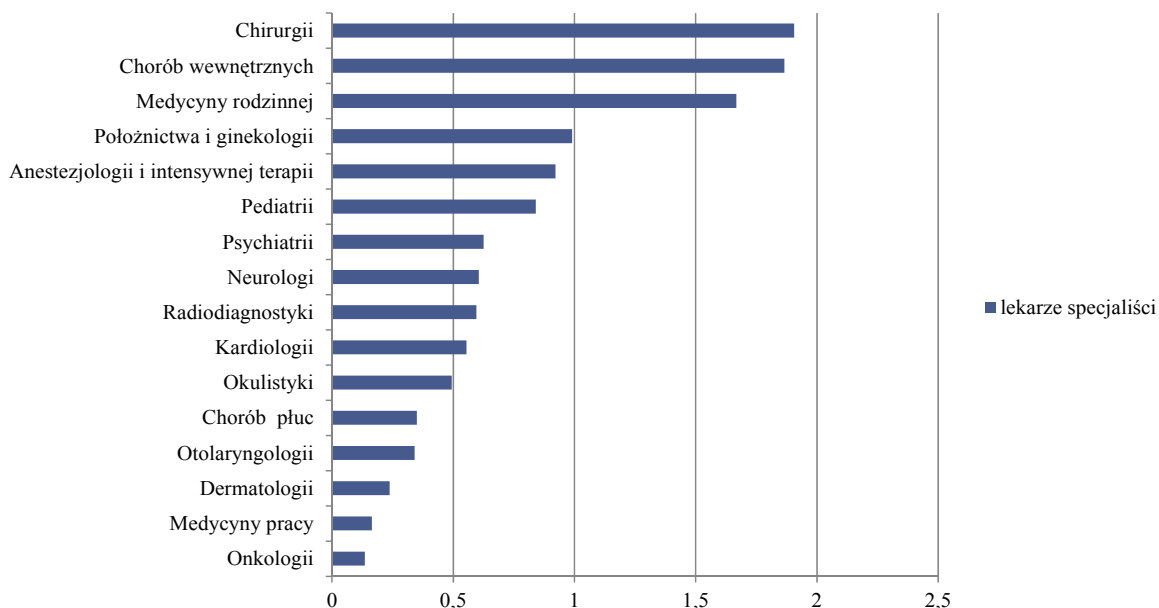
W ramach podejmowanych działań mających zachęcić młodych lekarzy do wybierania danych specjalności od 2003 r. przyjmuje się listę dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe. W 2003 r. było to 6 dziedzin. W latach 2009 i 2012 lista specjalizacji priorytetowych była już znacznie dłuższa (obejmowała odpowiednio 21 i 16 specjalizacji)⁶⁵. Również Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego poza regularnymi kursami specjalizacyjnymi i doskonalącymi dla personelu medycznego, organizuje i koordynuje projekty realizowane ze środków unijnych, których celem jest doskonalenie kadr medycznych, szczególnie w dziedzinach deficytowych. W 2013 r. kontynuowane były m.in. projekty: *„Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy”* *„Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych”* *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej.*

Na koniec 2013 roku najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, chorób wewnętrznych oraz medycyny rodzinnej – średnio na 10 tysięcy ludności przypadało ok. 2 lekarzy z wymienionych specjalizacji. Spośród pracujących lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: choroby płuc,

⁶⁵ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. dziedziny medycyny uznane za priorytetowe są obecnie: anestezjologia i intensywne terapie, chirurgia onkologiczna, geriatryka, ginekologia onkologiczna, hematologia, medycyna ratunkowa, medycyna rodzinna, neonatologia, neurologia dziecięca, onkologia kliniczna, onkologia i hematologia dziecięca, patomorfologia, pediatria, psychiatria dzieci i młodzieży, radioterapia onkologiczna, stomatologia dziecięca.

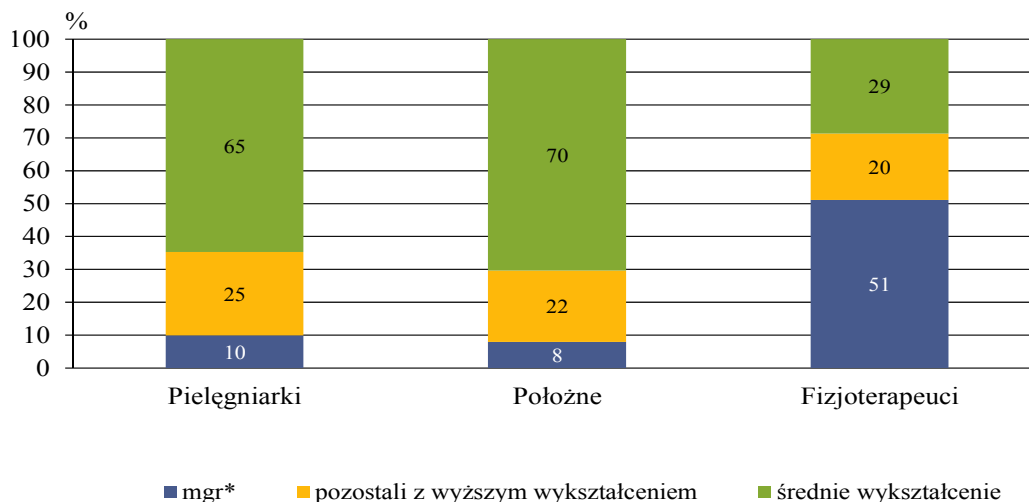
otolaryngologia, dermatologia i wenerologia, medycyna pracy oraz onkologia. Jak widać z poniższego wykresu liczba lekarzy specjalistów z deficytowych dziedzin wyniosła niespełna 0,5 osoby.

Wykres 6. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys.



Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem 25,4% posiadało wyższe wykształcenie, 9,9% ogółu – tytuł magistra pielęgniarstwa.

Wykres 7. Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w 2013 r.



* w przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa, w przypadku fizjoterapeutów – magistrzy fizjoterapii lub rehabilitacji.

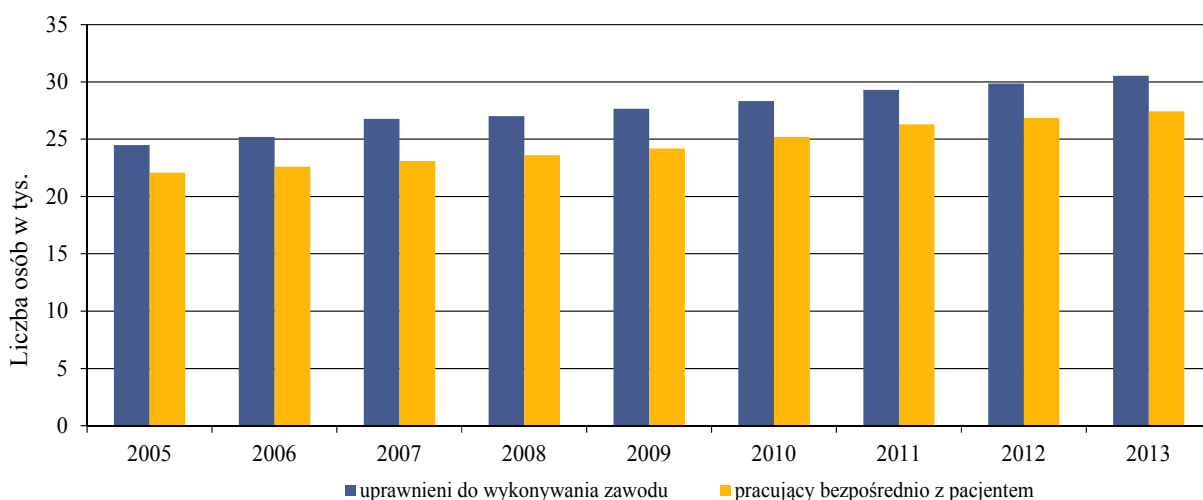
Najwyższy odsetek osób z wyższym wykształceniem w wybranych zawodach medycznych wystąpił w grupie fizjoterapeutów i wyniósł 71,4%, przy czym 51,2 % pracujących w tej grupie posiadało wykształcenie magisterskie.

W przypadku ratownika medycznego zdobycie uprawnień zawodowych w Polsce możliwe jest obecnie poprzez dwie alternatywne ścieżki kształcenia – szkoła policealna lub studia I stopnia na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne jednak zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji

Narodowej ostatni nabór do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownik medyczny odbył się w roku szkolnym 2012/2013. W zawodzie ratownika medycznego nie przewiduje się kształcenia na poziomie magisterskim. W 2013 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,6 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników z wyższym wykształceniem (licencjat w zakresie ratownictwa) było 3,5 tys.

Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2013 r. uprawnionych było – 30,5 tys. osób, natomiast w zbadanych aptekach i punktach aptecznych były zatrudnione 27,4 tys. osób, czyli można powiedzieć, że niemal 90% wszystkich uprawnionych pracowało bezpośrednio z pacjentem.

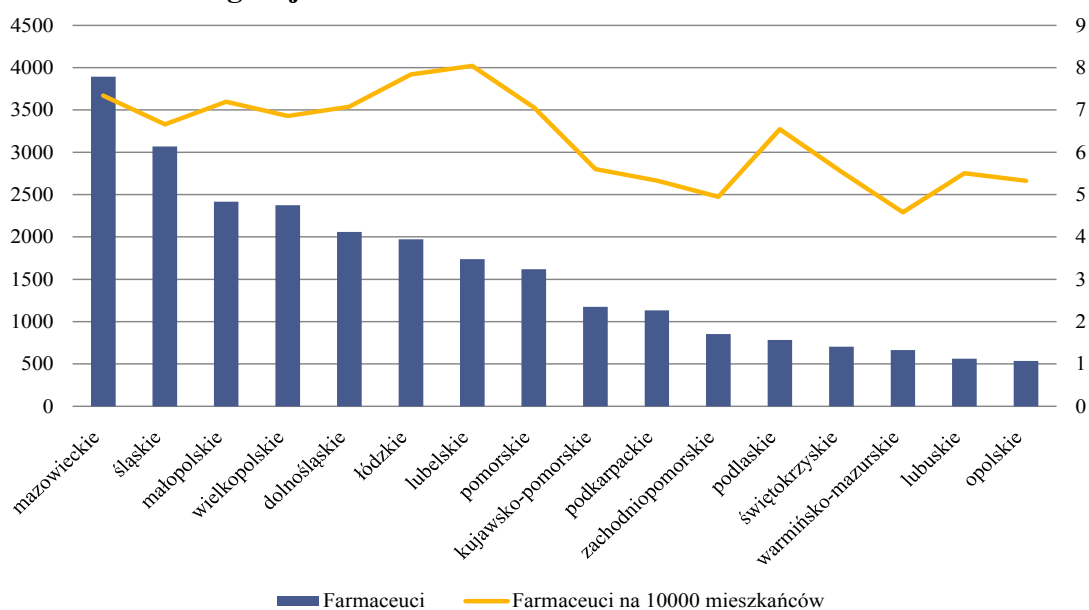
Wykres 8. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu



Zarówno liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty jak i liczba pracujących „bezpośrednio z pacjentem” (czyli w aptekach) systematycznie rośnie. Systematycznie rośnie również odsetek farmaceutów pracujących w aptekach (22,1 w roku 2005 do 27,4 w roku 2013)

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2013 r. pracowało łącznie 25,5 tys. magistrów farmacji oraz 27,5 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio – 84% i 94%).

Wykres 9. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców, według województw



Najwięcej farmaceutów pracowało w aptekach i punktach aptecznych województwa mazowieckiego – 3,9 tys. osób, natomiast najmniej w województwie opolskim – 0,5 tys. osób.

Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy w województwie lubelskim i łódzkim – po prawie 8 farmaceutów. Najmniej farmaceutów było natomiast w województwach warmińsko-mazurskim oraz zachodnio-pomorskim – po niespełna 5 farmaceutów.

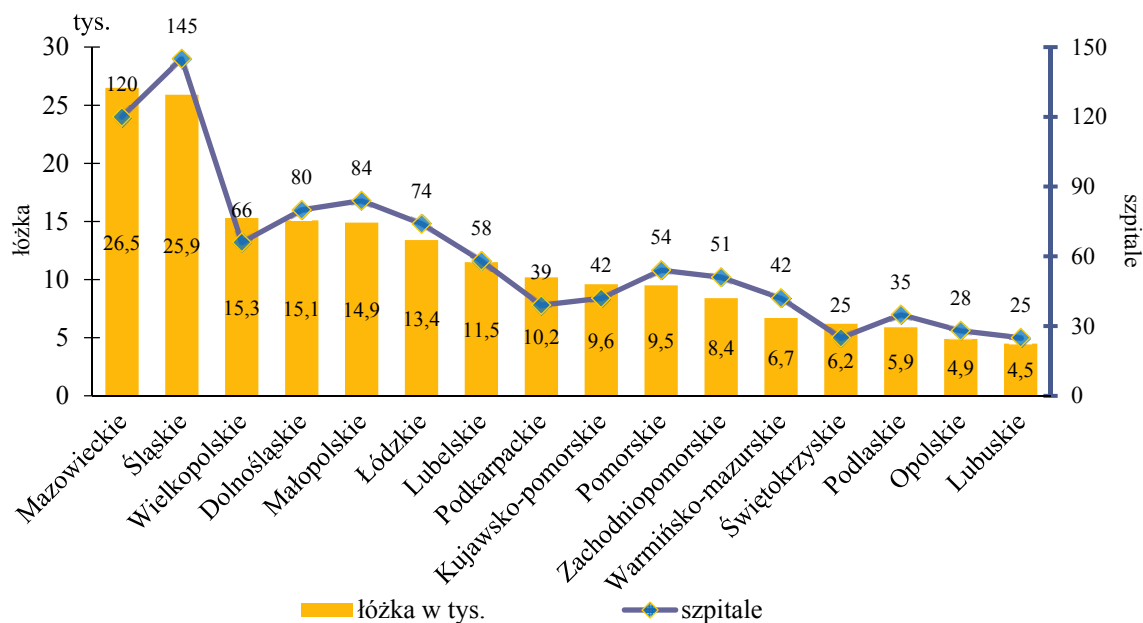
2.2. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

*Szpitala ogólne*⁶⁶

W Polsce na koniec 2013 r. odnotowano łącznie 968 **szpitali ogólnych** dysponujących 188,4 tys. łóżek⁶⁷, z których w ciągu roku skorzystało blisko 7,9 mln pacjentów. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wyniósł 48,9 co oznacza, że na jedno łóżko – podobnie jak przed rokiem - przypadały przeciętnie 204 osoby. Liczba szpitali była większa niż przed rokiem o 6,0% (55 szpitali) a liczba łóżek w skali kraju zmalała o 0,2%, tj. o około 0,5 tys. łóżek.

Najwięcej łóżek szpitalnych było w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim – 26,5 tys. łóżek (14,1% wszystkich łóżek) i śląskim – 25,9 tys. łóżek tj. 13,7%. W sumie szpitale w tych dwóch województwach dysponowały ponad 1/4 wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce⁶⁸. Najmniej łóżek odnotowano w województwie lubuskim (4,5 tys. tj. 2,4%) oraz opolskim (4,9 tys. tj. 2,6%).

Wykres 10. Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach według województw w 2013 r.



Podobnie przedstawiała się struktura liczebności szpitali. Także w tym przypadku najwięcej odnotowano ich w województwie śląskim (145 tj. 15,0%) i mazowieckim (120 tj. 12,4%), a najmniej w lubuskim oraz świętokrzyskim (po 25 tj. 2,6%).

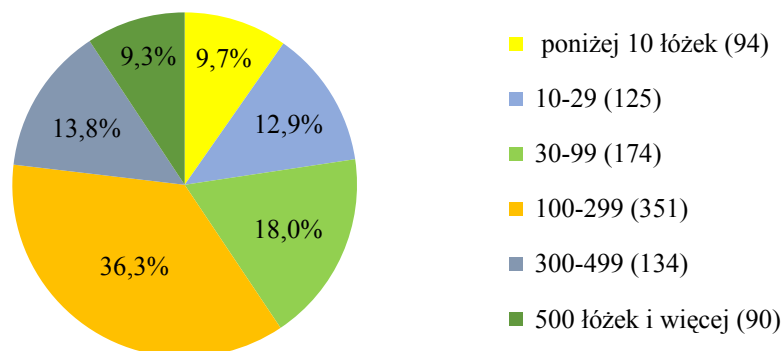
⁶⁶ Dane nie obejmują szpitali w zakładach karnych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości oraz nie obejmują (za wyjątkiem ogólnej liczby łóżek i liczby placówek) działalności dwóch szpitali, w woj. wielkopolskim, które nie złożyły zatwierdzonych sprawozdań MZ-29 za 2013 r.

⁶⁷ Łącznie z szacunkową liczbą łóżek w dwóch szpitalach – w Poznaniu – 420 łóżek i powiecie poznańskim – 180 łóżek.

⁶⁸ Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

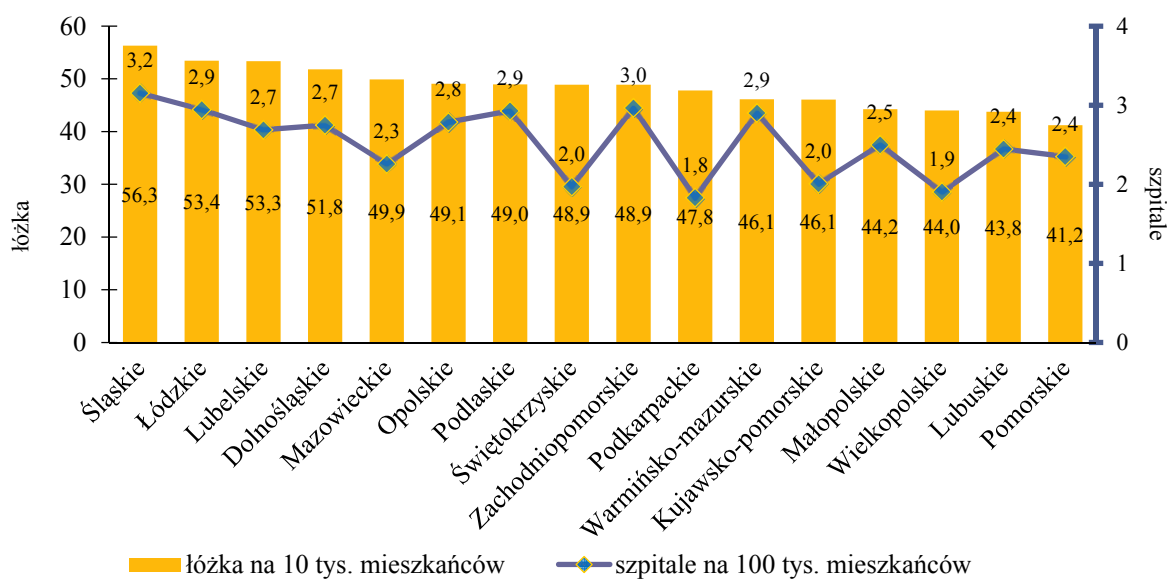
Wśród zbadanych szpitali ogólnych – 40,6% tj. 393 placówki to szpitale posiadające mniej niż 100 łóżek (do 99 łóżek włącznie). Szpitale posiadające w swych zasobach od 100 do 299 łóżek stanowiły 36,3%, a placówki zarządzające 300-499 łózkami – 13,8%. Szpitale dużych – powyżej 500 łóżek było 9,4%.

Wykres 11. Struktura wielkości szpitali ogólnych według liczby łóżek



W przeliczeniu na liczbę mieszkańców liczba szpitali w kraju wyniosła 2,5 szpitale na 100 tys. mieszkańców i łóżek – 48,9 na 10 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę liczbę łóżek na 10 tys. mieszkańców wskaźnik ten był największy w województwie śląskim (56,3), łódzkim (53,4) i lubelskim (53,3) a najmniejszy w województwie pomorskim (41,2). Analizując dostępność łóżek szpitalnych w poszczególnych województwach należy mieć na uwadze kilka aspektów takich jak możliwość wyboru szpitala przez pacjenta czy też wysokospecjalistyczny charakter niektórych placówek.

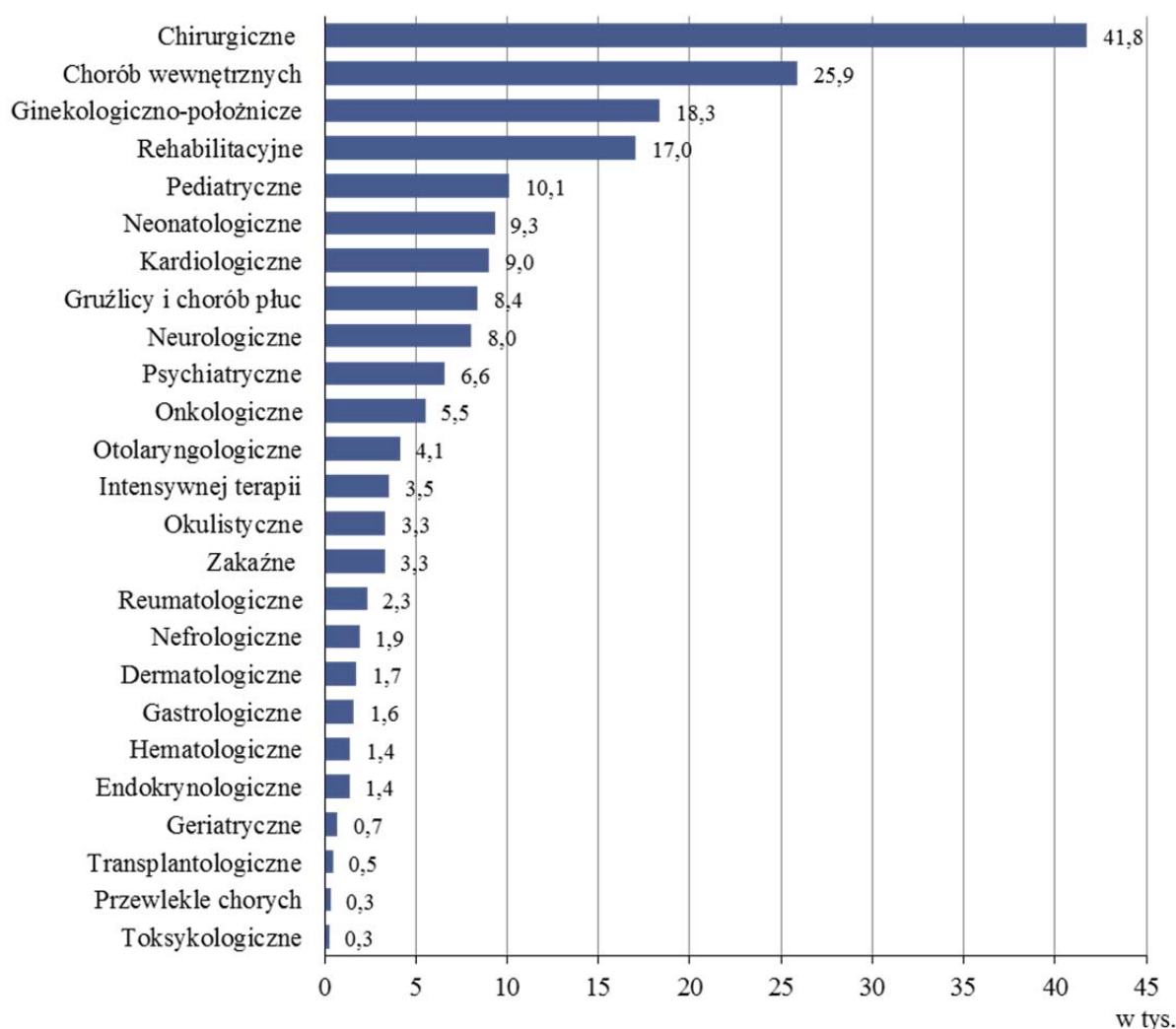
Wykres 12. Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. mieszkańców oraz liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców w 2013 r. według województw



Struktura liczebności łóżek na poszczególnych rodzajach oddziałów w szpitalach ogólnych nie uległa zmianie. W 2013 r. podobnie jak w latach poprzednich największą liczbą łóżek dysponowały oddziały o specjalnościach chirurgicznych⁴ – 22,2% wszystkich łóżek tj. 41,8 tys. Ponad połowa łóżek chirurgicznych znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (21,5 tys.), a prawie ¼ to łóżka chirurgii urazowo-ortopedycznej (10,8 tys. łóżek). Najmniej łóżek odnotowano na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (0,5 tys.).

Poza omówioną grupą oddziałów chirurgicznych największą liczbą łóżek dysponowały jak co roku oddziały chorób wewnętrznych – 25,9 tys. (13,8%), a następnie ginekologiczno-położnicze 18,3 tys. (9,8%) i rehabilitacyjne – 17,0 tys. (9,1%).

Wykres 13. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2013 r.

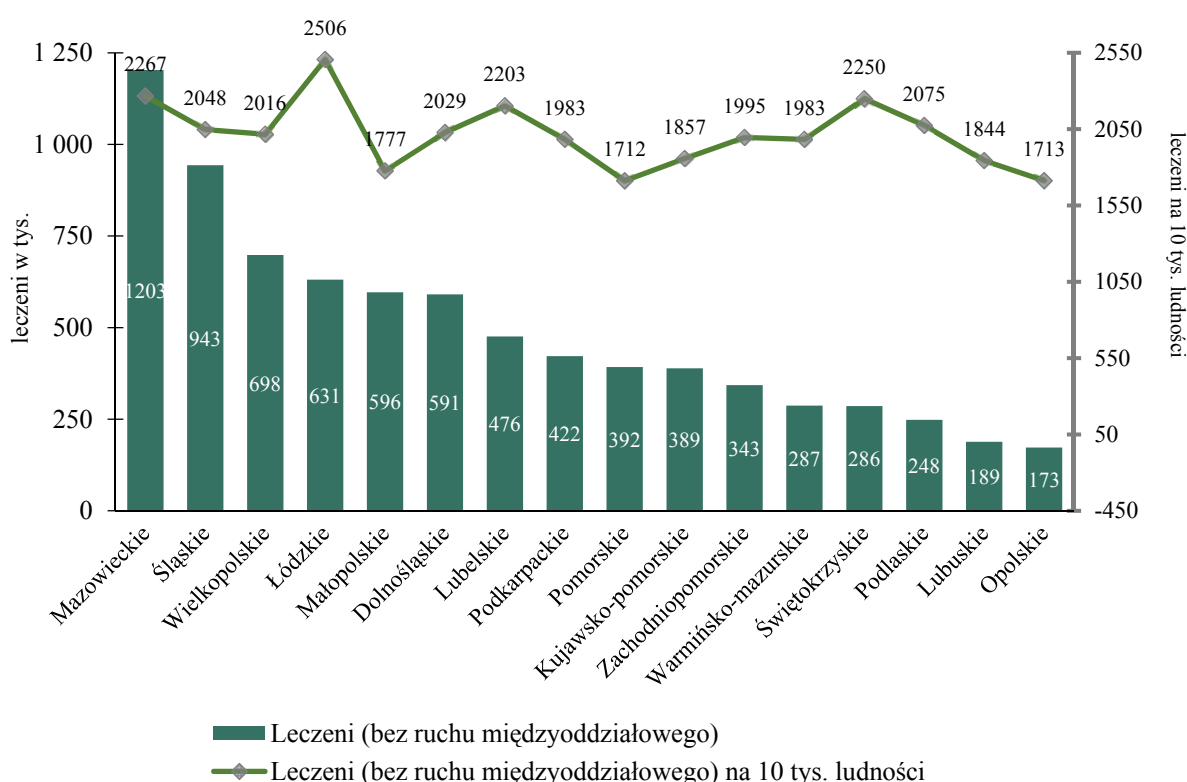


Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały toksykologiczne (0,3 tys.), przewlekłe chorych (0,3 tys.), transplantologiczne (0,5 tys.) oraz geriatryczne (0,7 tys.), które łącznie stanowiły 0,9% wszystkich łóżek w szpitalach. Łóżka na oddziałach neonatologicznych przeznaczone dla najmłodszych pacjentów stanowiły blisko 5,0% ogółu łóżek szpitalnych.

W szpitalach ogólnych w 2013 r. przyjęto 7,9 mln pacjentów⁶⁹, co oznacza że na 10 tys. ludności przypadały 2043 osoby leczone w trybie stacjonarnym. Najwięcej pacjentów, blisko 1,2 mln, (15,3% ogółem leczonych) odnotowano w placówkach województwa mazowieckiego, następnie województwa śląskiego (943,2 tys. tj. 12,0%) i wielkopolskiego (698,4 tys. tj. 8,9%) czyli województw o największej liczbie ludności.

Biorąc pod uwagę liczbę leczonych w przeliczeniu na 10 tys. ludności w poszczególnych województwach wskaźnik ten był największy w województwie łódzkim (2506), mazowieckim (2267) i świętokrzyskim (2250), a najmniejszy w pomorskim (1712), opolskim (1713) i małopolskim (1777).

Wykres 14. Leczeni⁶⁹ na 10 tys. mieszkańców na tle ogólnej liczby leczonych w szpitalach ogólnych według województw w 2013 r.



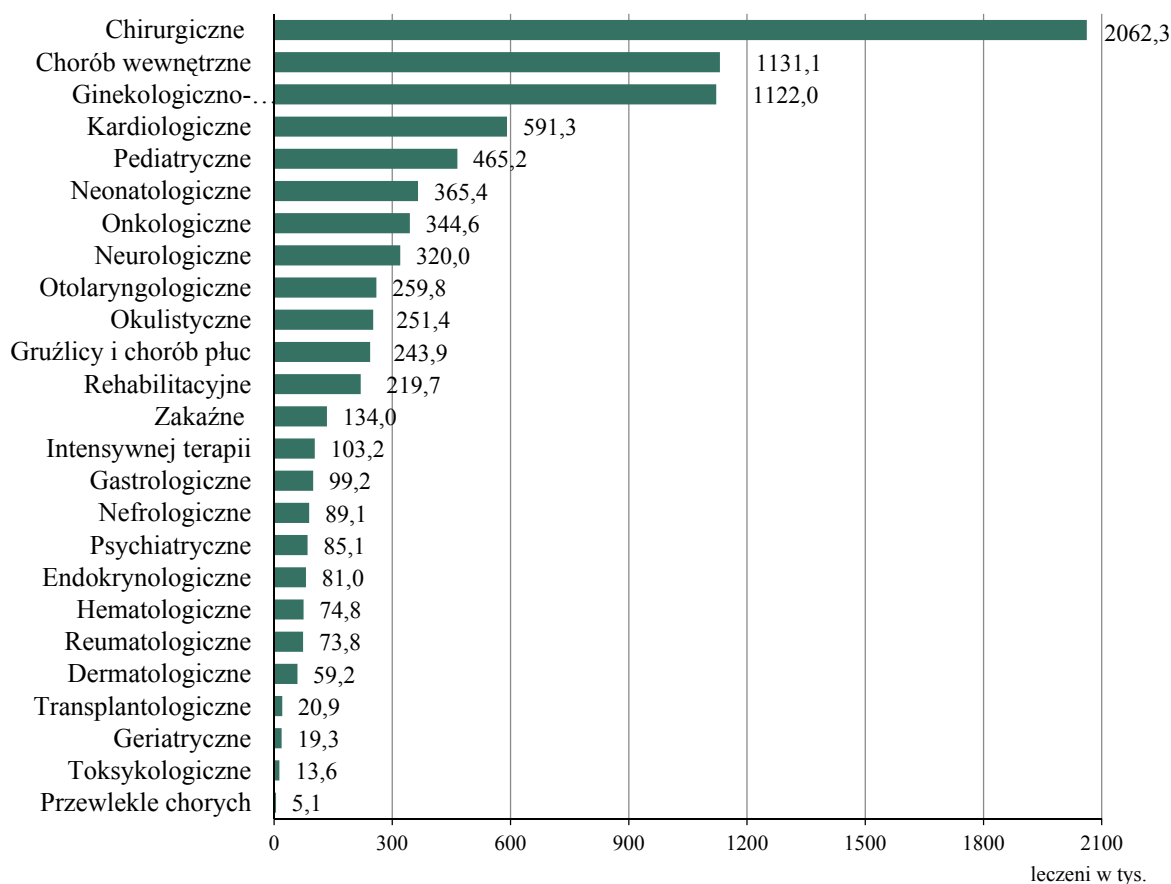
Dzieci i młodzież (pacjenci do 18 roku życia) stanowili 17,4% (tj. 1,4 mln) ogółem leczonych. Największy udział młodych pacjentów, sięgający blisko 1/5 leczonych, odnotowano w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim, podlaskim i mazowieckim, a najmniejszy – blisko 11% w województwie opolskim.

⁶⁹ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta..

Jednym z mierników opisujących działalność oddziałów szpitalnych jest liczba osób leczonych na poszczególnych oddziałach. Łącznie w skali kraju wyniosła ona 8,5 mln osób⁷⁰.

Podobnie jak w latach poprzednich najliczniejszą grupę pacjentów – 24,3%, prawie 2,1 mln, stanowili pacjenci oddziałów o specjalnościach chirurgicznych, a więc blisko co czwarty pacjent korzystał ze szpitalnej opieki chirurgicznej. Na oddziałach chirurgii ogólnej przebywała więcej niż połowa pacjentów (52,2%), a co piąty pacjent wymagający leczenia chirurgicznego skorzystał z opieki oddziałów chirurgii urazowo-ortopedycznej. Liczną grupę stanowili pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych – 13,4% (tj. 1131,1 tys.) oraz pacjenci oddziałów ginekologiczno-położniczych, których było nieznacznie mniej – 13,2% (tj. 1122,0 tys.). Na oddziałach kardiologicznych przebywało – 7,0% (tj. 591,3 tys. osób) a oddziały onkologiczne przyjęły 4,1% (344,6 tys.) ogółem leczonych. Oddziały o profilu psychiatrycznym (psychiatryczne i odwykowe), na których pacjenci przebywają najdłużej, odnotowały około 85,1 tys. pacjentów, co stanowiło 1,0% ogółem leczonych na oddziałach.

Wykres 15. Pacjenci leczenia na oddziałach⁷⁰ w szpitalach ogólnych w 2013 r.



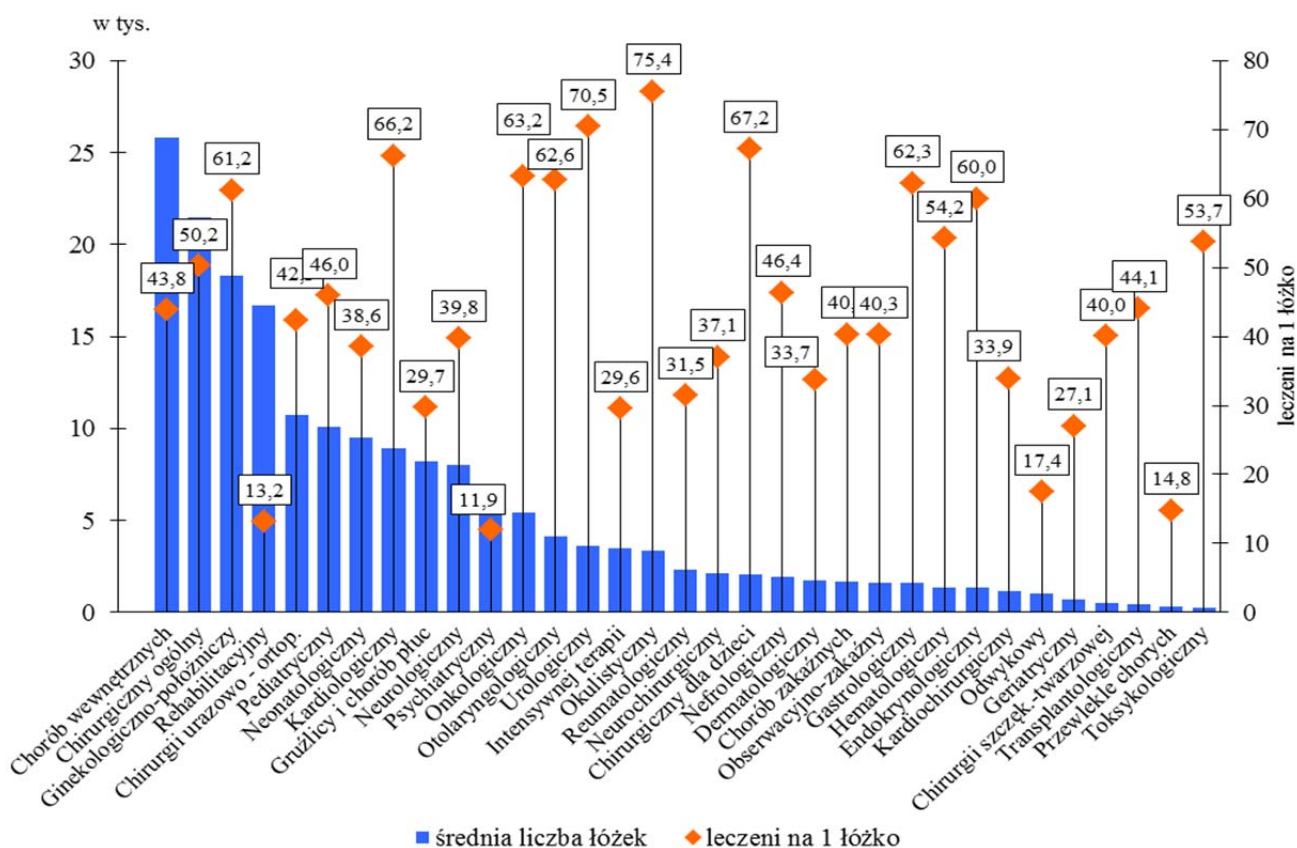
Mało pacjentów – blisko 5,1 tys. (o 2/3 mniej niż w 2012 r.) przyjęto na oddziałach dla przewlekłych chorych. Oddziałów takich systematycznie ubywa w związku z przekształcaniem się ich w oddziały opieki paliatywnej, ukierunkowane na leczenie objawowe i zapobieganie i uśmierzenie

⁷⁰ Łącznie z ruchem międzyoddziałowym, co oznacza że pacjent przebywający na kilku oddziałach szpitalnych podczas jednego pobytu w szpitalu na każdym oddziale liczony był oddzielnie.

bólu. Niewielką liczbę osób – 19,3 tys. odnotowano na oddziałach geriatrycznych specjalizujących się w schorzeniach wieku podeszłego, mimo że było to o 11,2% (o 1,9 tys.) więcej niż rok temu.

Innym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest liczba leczonych na poszczególnych oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na tych oddziałach⁷¹ (wykres 16). Wskaźnik ten dla wszystkich rodzajów oddziałów łącznie, wyniósł 45,3 osób na jedno łóżko.

Wykres 16. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2013 r



Największą liczbę pacjentów przypadających na jedno łóżko odnotowano na oddziałach: okulistycznych (75,4), urologicznych (70,5), chirurgicznych dla dzieci (67,2), kardiologicznych (66,2) i onkologicznych (63,2), a najmniejszą – na oddziałach psychiatrycznych (11,9), rehabilitacyjnych (13,2), odwykowych (17,4) i dla przewlekle chorych (14,8), czyli na oddziałach gdzie pobyty są dłuższe.

Wskaźnik ten zróżnicowany był także pomiędzy województwami. Najwięcej pacjentów na jedno łóżko w szpitalu odnotowano w województwie wielkopolskim (54,2), łódzkim (49,6),

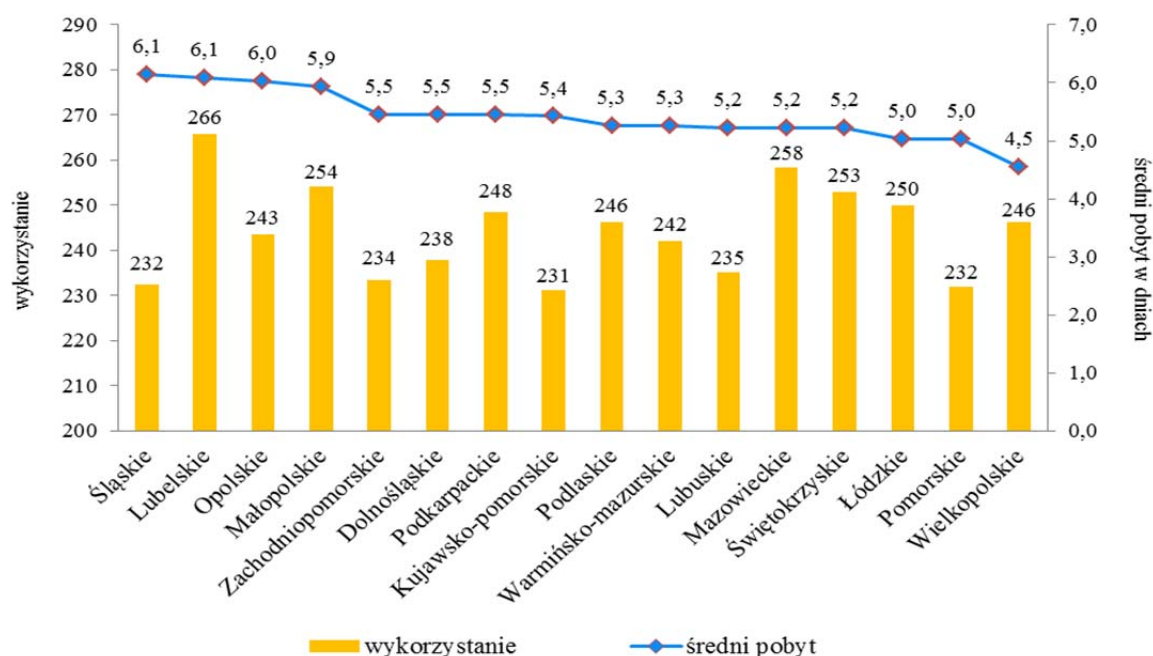
⁷¹ Wskaźnik tzw. przelotowości - iloraz liczby pacjentów na oddziale i średniej liczby łóżek na oddziale.

mazowieckim (49,4) i świętokrzyskim (48,4) natomiast najmniej – w województwie śląskim (37,8), opolskim (40,4), kujawsko-pomorskim (po 42,6) i zachodniopomorskim (42,8).

Średni pobyt chorego na oddziale trwał 5,4 dnia. Krótsze przeciętne pobyty (poniżej 4 dni) odnotowano na oddziałach: okulistycznych (2,2 dnia), urologicznych (3,2 dnia) otolaryngologicznych i chirurgicznych dla dzieci (po 3,0 dnia), ginekologiczno-położniczych (3,5 dnia) i toksykologicznych (3,6 dnia). Najdłuższe pobyty miały miejsce na oddziałach: psychiatrycznych (27,9 dnia), rehabilitacyjnych (23,4 dnia), odwykowych (18,5 dnia) i dla przewlekłe chorych (18,2 dnia).

Średnio pobyt pacjenta najdłużej trwał na oddziałach szpitalnych na terenie województwa śląskiego i lubelskiego (po 6,1 dnia) oraz opolskiego (6,0 dnia), natomiast najkrócej w województwie wielkopolskim (4,5 dnia) oraz łódzkim i pomorskim (po 5,0 dnia).

Wykres 17. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym i wykorzystanie łóżek w szpitalach według województw w 2013 r.



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie⁷² łóżka. Wskaźnik ten liczony ogółem dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 245 dni (o 1 dzień mniej niż w 2012 r.) Był on najwyższy w województwie – lubelskim (266), mazowieckim (258) i małopolskim (254) a najniższy w województwach: kujawsko-pomorskim (231), pomorskim i śląskim (po 232).

Dokonując oceny działalności oddziałów poprzez wymienione wskaźniki należy uwzględnić charakter i specyfikę danego oddziału. Inną funkcję pełnią oddziały np. intensywnej terapii, gdzie prowadzony jest wzmożony nadzór (kardiologiczny, internistyczny, chirurgiczny, pediatryczny itd.)

⁷² Iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

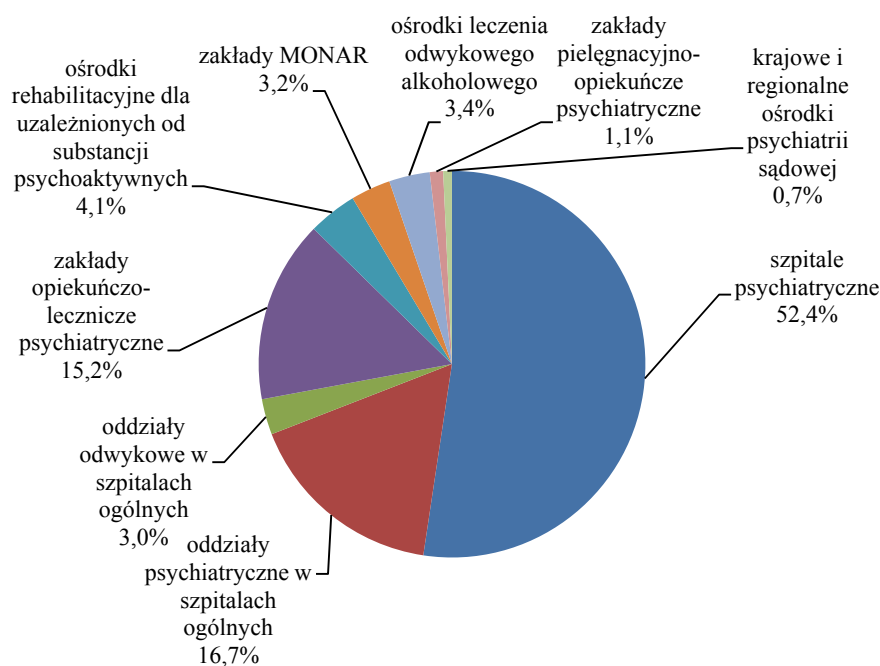
w stanach zagrożenia życia lub gdy istnieje potrzeba ciągłego monitorowania podstawowych funkcji życiowych chorego a inny zakres zadań mają np. oddziały kardiochirurgiczne, w których prowadzona jest diagnostyka, przeprowadzane są operacje, leczone są powikłania po operacjach kardiochirurgicznych a także prowadzona jest szeroka opieka przed- i pooperacyjna. Na oddziałach tych występuje zwykle większa rotacja pacjentów niż na oddziałach, w których przebywają pacjenci, którzy zakończyli leczenie szpitalne na oddziałach opieki krótkoterminowej, ale wymagają dalszej hospitalizacji, rehabilitacji, stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji. Należą do nich oddziały dla przewlekle chorych czy oddziały rehabilitacyjne, na których pobyty są znacznie dłuższe.

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

Wśród zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej wyróżniamy: 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 odwykowych w szpitalach ogólnych.

Strukturę łóżek poszczególnych typów zakładów opieki psychiatrycznej (łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych) ilustruje poniższy wykres.

Wykres 18. Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2013 r.



Na koniec 2013 r. w Polsce było 48 **szpitali psychiatrycznych** dysponujących podobnie jak przed rokiem 17,5 tys. łóżek. Przebywało w nich 195,5 tys. pacjentów, o 0,8% (1,6 tys.) mniej niż przed rokiem.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (2,9 tys.), śląskiego (2,2 tys.) i wielkopolskiego (1,5 tys.). Także najwięcej pacjentów przebywało w szpitalach tych województw – łącznie około 40% ogółu leczonych. Najmniej pacjentów skorzystało z tej formy opieki w województwach: kujawsko-pomorskim (5,2 tys.), podkarpackim (5,5 tys.) i lubuskim (7,4 tys.). Są to także województwa należące do grupy o najmniejszej liczbie łóżek (poniżej 830 łóżek).

Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym wyniósł 30,3 dnia i był o dwa dni dłuższy niż średni pobyt pacjenta na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (27,9 dni). Długość pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych była zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najdłuższe pobyty odnotowano w województwie podkarpackim blisko 47 dni i pomorskim – 39 dni, a najkrótsze – w szpitalach psychiatrycznych w województwie opolskim (18 dni) i wielkopolskim (23 dni).

W 2013 r. w szpitalach ogólnych funkcjonowało 177 **oddziałów psychiatrycznych** i odwykowych, w których dostępnych było podobnie jak przed rokiem 6,6 tys. łóżek. Łącznie na oddziałach tych przebywało w ciągu 2013 r. – 85,1 tys. pacjentów o 5,9% więcej niż w 2012 r.

Najwięcej pacjentów (na oddziałach psychiatrycznych i odwykowych łącznie) odnotowano w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim – 10,1 tys. pacjentów (o 2,5% więcej niż w 2012 r.). Podobnie jak przed rokiem było tu też najwięcej łóżek (678). Następnie kierując się liczbą pacjentów najwięcej osób skorzystało z tej formy opieki w województwie łódzkim (8,8 tys. pacjentów i 613 łóżek) oraz śląskim (8,1 tys. pacjentów i 640 łóżek). Najmniej pacjentów odnotowano w województwie opolskim (1,1 tys.), lubuskim, podlaskim i świętokrzyskim (po 2,2 tys.). Były to województwa dysponujące mniejszą liczbą łóżek.

Innym rodzajem psychiatrycznych placówek całodobowych są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. W 2013 r. podobnie jak przed rokiem, dysponowały one łącznie 2,5 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku 8,7 tys. pacjentów (o 6,8% więcej niż w 2012 r.). Ponad 1/2 wszystkich łóżek (52%) i zarazem ponad połowa wszystkich leczonych pacjentów, bez względu na miejsce zamieszkania, przebywało w placówkach czterech województw: mazowieckim (399 łóżek i 1,8 tys. pacjentów), pomorskim (385 łóżek i 1,1 tys. pacjentów), śląskim (261 łóżek i 1,0 tys. pacjentów) i zachodniopomorskim (246 łóżek i 0,8 tys. pacjentów).

W 2013 r. działały 32 **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. Dysponowały one łącznie 1,4 tys. łóżek, z których skorzystało 4,1 tys. osób

uzależnionych (o 10,2% więcej niż rok temu). Najwięcej łóżek tego typu było w województwach: pomorskim (345), lubuskim (245) śląskim (217) i mazowieckim (198), czyli łącznie blisko 74% wszystkich łóżek. W związku z tym, blisko 3/4 ogółu pacjentów, bez względu na miejsce zamieszkania, przebywało w ośrodkach dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w tych czterech województwach.

Osoby uzależnione mogły znaleźć pomoc, podobnie jak przed rokiem, w 26 zakładach **MONAR**. Baza łóżkowa tych ośrodków zwiększyła się o 4,7 % (tj. o 50 łóżek) i wyniosła 1,1 tys. łóżek. Pomocy udzielono 4,6 tys. osób i jest to o 3,9% więcej niż w 2012 r. Najwięcej placówek tego typu działało w województwie mazowieckim (6), zachodniopomorskim (4), wielkopolskim (3) i łódzkim (3). Dysponowały one także największą liczbą miejsc i w ślad za tym udzieliły wsparcia 2,9 tys. osób (63% ogółem leczonych w tego typu ośrodkach).

Podobnie jak w latach ubiegłych na terenie kraju funkcjonowały 4 **regionalne ośrodki psychiatrii sądowej** dysponujące 245 łózkami oraz 22 **ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego**, w których odnotowano 1,1 tys. łóżek i było to więcej o 3,3% porównaniu do roku 2012. W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego przebywało 13,0 tys. pacjentów (o 5,0% więcej), z czego blisko 32% (4,2 tys.) leczonych było w placówkach województwa śląskiego, posiadających w swych zasobach prawie 1/4 (276) wszystkich łóżek ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego.

Opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

Kolejną formą systemu opieki zdrowotnej jest stacjonarna opieka długoterminowa, która wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa odgrywa coraz ważniejszą rolę. Zakładami opieki długoterminowej są zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym i zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym. W 2013 roku funkcjonowało łącznie 531 tego typu zakładów, tj. o 2,3% więcej niż w 2012 roku.

Na koniec 2013 r. odnotowano 73 hospicja, mniej o 12,0% niż przed rokiem. Placówki opieki długoterminowej i hospicja dysponowały łącznie 30,0 tys. łóżek, czyli o 2,3% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 75,3 tys. osób, co stanowi blisko 1,8% mniej w stosunku do 2012 r. W 2013 r. odnotowano także 57 oddziałów opieki paliatywnej (dysponujących 935 łózkami), które w większości wyodrębniły się ze struktur szpitali ogólnych i funkcjonują w ramach opieki długoterminowej⁷³.

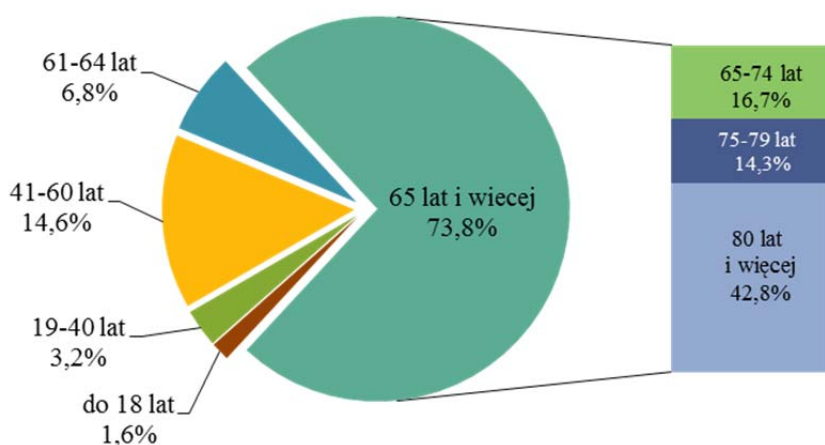
Oprócz działalności stacjonarnej niektóre zakłady prowadziły także działalność domową i/lub dzienną, która jednak w 2013 r. była wyraźnie mniejsza. Łącznie tego typu opieką objęto 3,5 tys. osób (o 36,5% mniej niż przed rokiem). Podobnie jak w roku ubiegłym większość pacjentów stanowili

⁷³ Rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (DZ.U. 2012 poz. 594) reguluje występowanie tych oddziałów w ramach opieki długoterminowej.

podopieczni hospicjów – 2,2 tys. osób i było to o ponad 0,9 tys. osób mniej niż przed rokiem. Także zespoły opieki domowej, funkcjonujące przy zakładach opieki długoterminowej⁷⁴, udzieliły pomocy 0,6 tys. osób i było to prawie 2/3 mniej niż w 2012 r.

Struktura wieku pacjentów stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (łącznie z hospicjami i po raz pierwszy z oddziałami opieki paliatywnej) wskazuje, że niemal 74% korzystających stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat (o 14 p. proc. więcej niż przed rokiem), z tego ponad połowa to osoby 80-letnie i starsze. Pacjenci w wieku 41-64 lat stanowili ponad 1/5 wszystkich leczonych a osoby do 40 roku życia – niespełna 5% pacjentów.

Wykres 19. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2013 r.

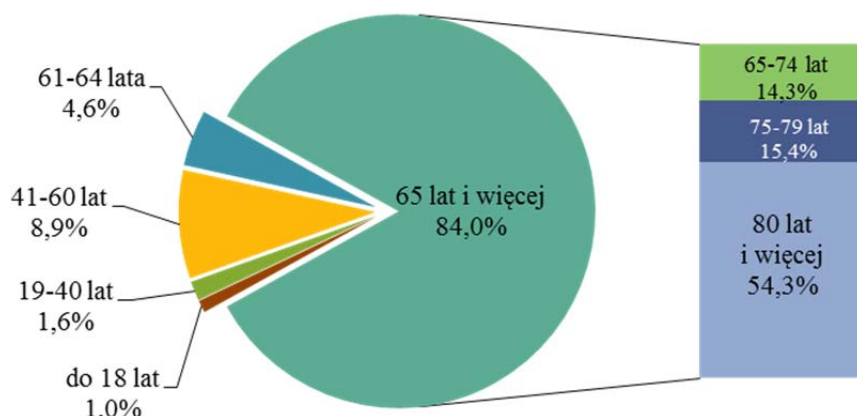


W zakładach opieki długoterminowej⁷⁵ przebywało prawie dwukrotnie więcej kobiet (65,8% tj. 18,9 tys.) niż mężczyzn. Struktura wieku kobiet wskazuje że kobiet w wieku 65 lat i więcej było 84,0% i było to więcej o blisko 30 p. proc. niż mężczyzn w tej samej grupie wiekowej.

⁷⁴ Opieka domowa była prowadzona także przy poradniach specjalistycznych.

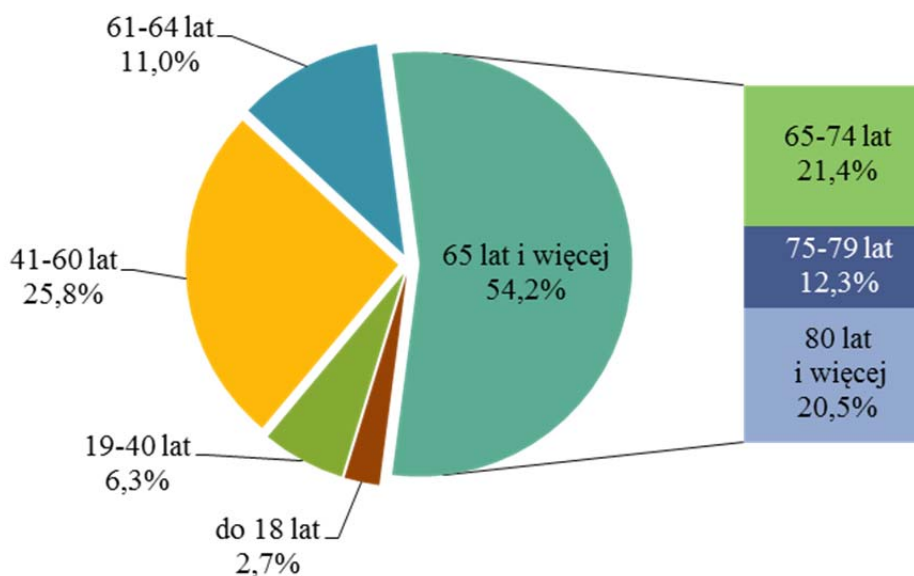
⁷⁵ Łącznie z hospicjami i oddziałami opieki paliatywnej.

Wykres 20. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2013 r.



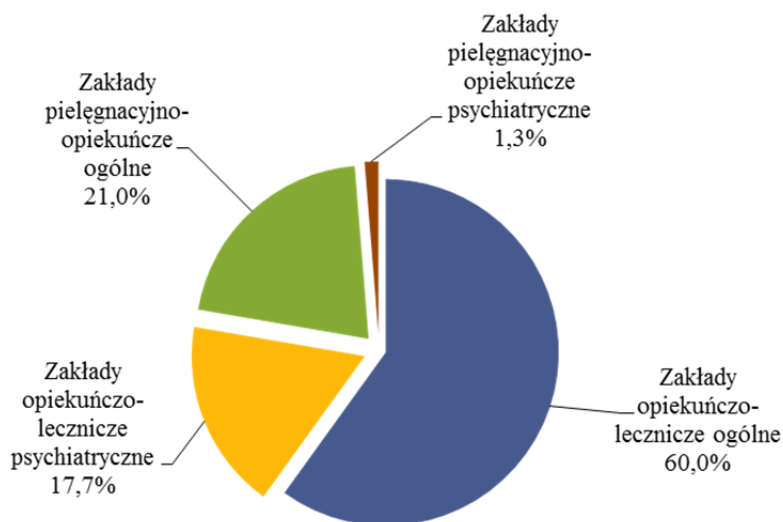
Mężczyźni stanowili 34,2% ogółu pacjentów tych placówek (9,8 tys.) i więcej ich było w młodszych grupach wiekowych. W wieku do 64 lat stanowili blisko połowę (45,8%) przebywających w tych placówkach mężczyzn (o 1,4 tys. więcej niż kobiet w tej grupie wiekowej).

Wykres 21. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2013 r.



Baza łóżkowa **zакładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym** wyniosła na koniec 2013 roku 28,7 tys. łóżek (0,8 tys. więcej niż w 2012 r.). Opieką stacjonarną objęto łącznie 58,8 tys. osób, o 0,5 tys. (0,9%) więcej niż przed rokiem. Strukturę łóżek w opiece długoterminowej przedstawia poniższy wykres.

Wykres 22. Łóżka w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według rodzaju zakładu w 2013 r. (w %)

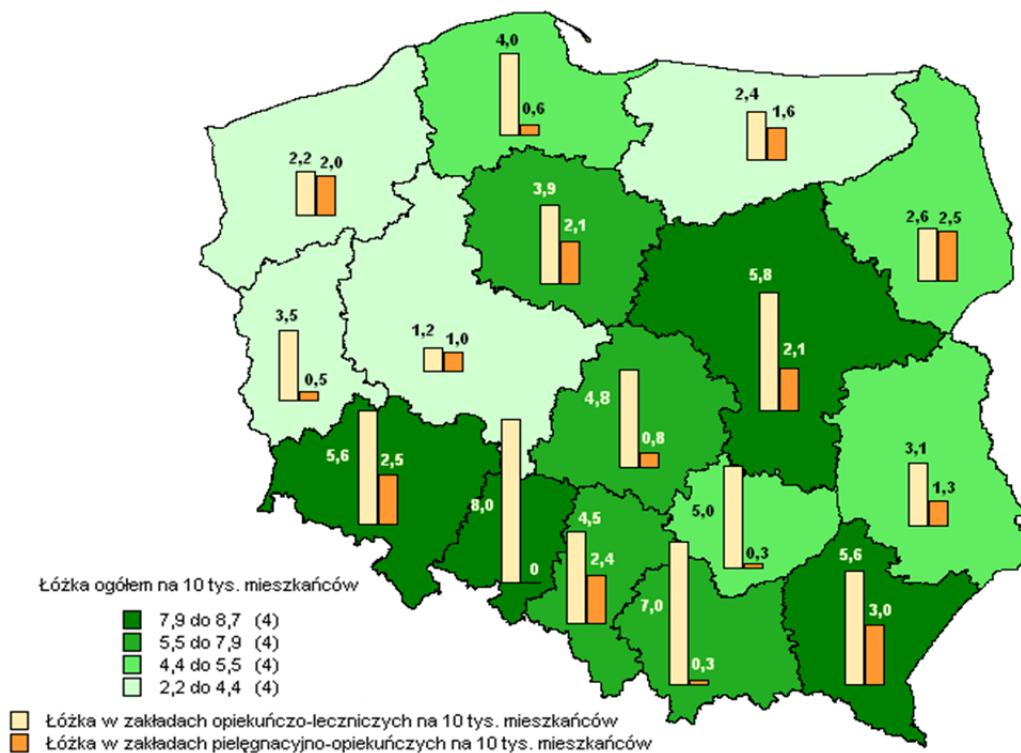


Zdecydowana większość (89,3%) placówek opieki długoterminowej to **zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym**. Zakłady te w 2013 r. dysponowały 81,5% wszystkich łóżek opieki długoterminowej, tj. 23,2 tys. łóżek. Było to o 3,2% więcej niż w 2012 roku. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców najwięcej łóżek opieki długoterminowej (łącznie w obu rodzajach placówek) przypadało w województwach: podkarpackim, dolnośląskim opolskim i mazowieckim, a najmniej w województwach: wielkopolskim, warmińsko-mazurskim i lubuskim.

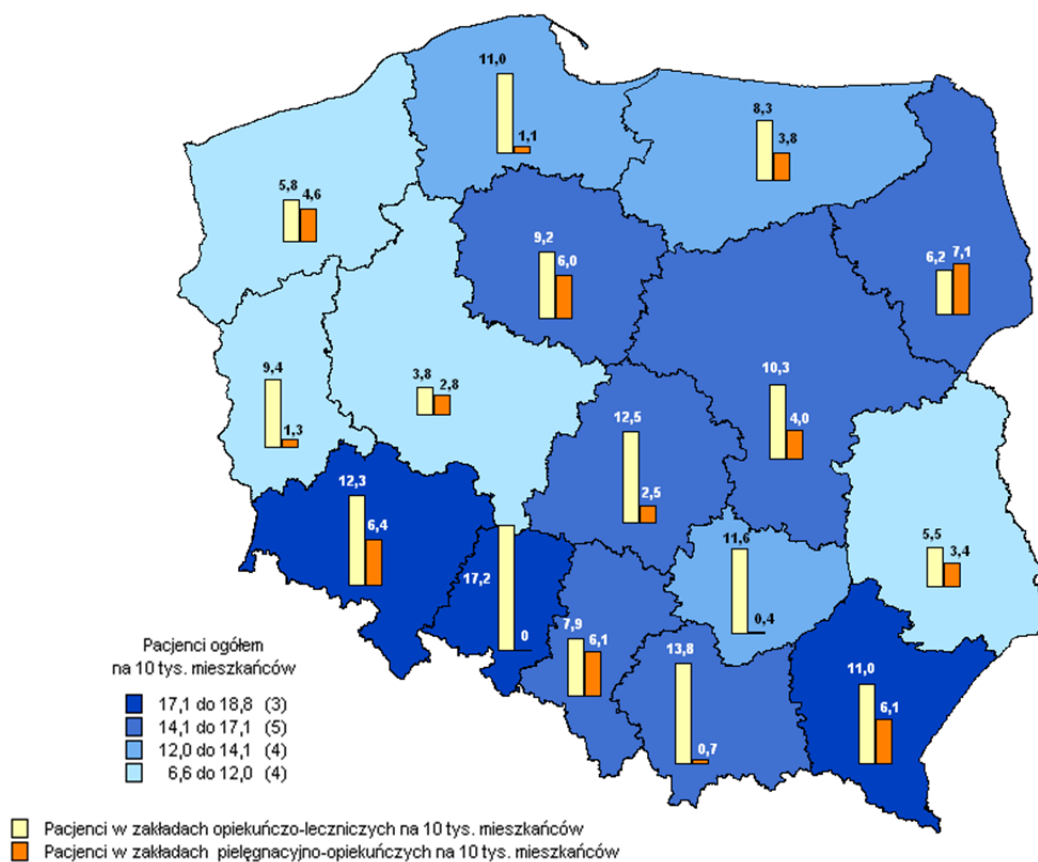
Łącznie w placówkach o profilu ogólnym odnotowano 51,5 tys. pacjentów, o 0,4% więcej niż przed rokiem. W przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców najwięcej pacjentów w obu typach zakładów przebywało w placówkach województw: dolnośląskiego, opolskiego i podkarpackiego, a najmniej w województwie wielkopolskim i lubelskim.

Rozmieszczenie łóżek opieki długoterminowej oraz pacjentów w poszczególnych województwach przedstawiają mapy 2 i 3.

Mapa 2. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. mieszkańców



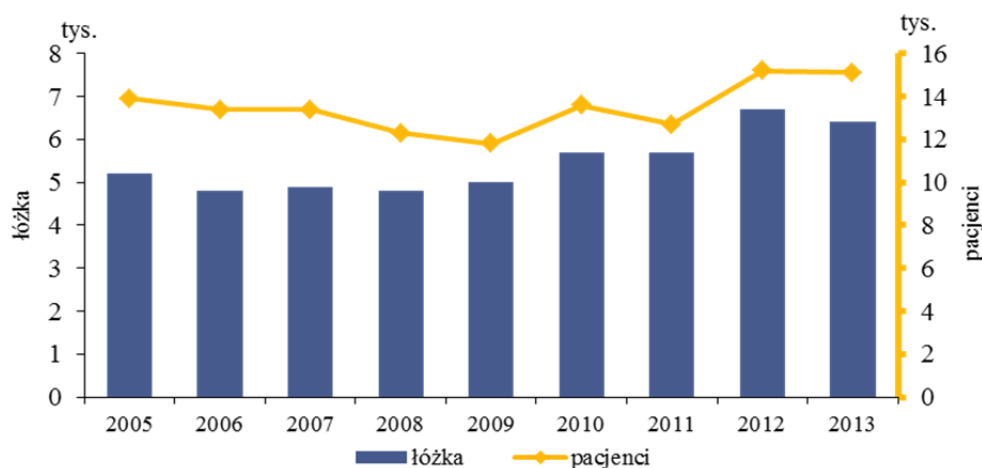
Mapa 3. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. mieszkańców



Na koniec 2013 r. funkcjonowało 147 **zакładów pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym**. Było to o blisko 4% (6 zakładów) mniej niż przed rokiem. Baza łóżkowa tych placówek wynosiła 6,0 tys. jest to mniej o 5,7% w stosunku do roku poprzedniego. Najwięcej takich zakładów a zarazem i łóżek zarejestrowano w trzech województwach: mazowieckim (25 zakładów i 1,1 tys. łóżek), śląskim (23 zakłady i 1,1 tys. łóżek) oraz dolnośląskim (20 zakładów i 0,7 tys. łóżek). Łącznie w placówkach tych trzech województw zapewniono opiekę 6,8 tys. osób, co stanowiło blisko połowę (46,7%) wszystkich osób leczonych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym. Średni pobyt pacjenta trwał 150 dni.

Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów na przestrzeni ostatnich kilku lat przedstawia poniższy wykres.

Wykres 23. Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2013

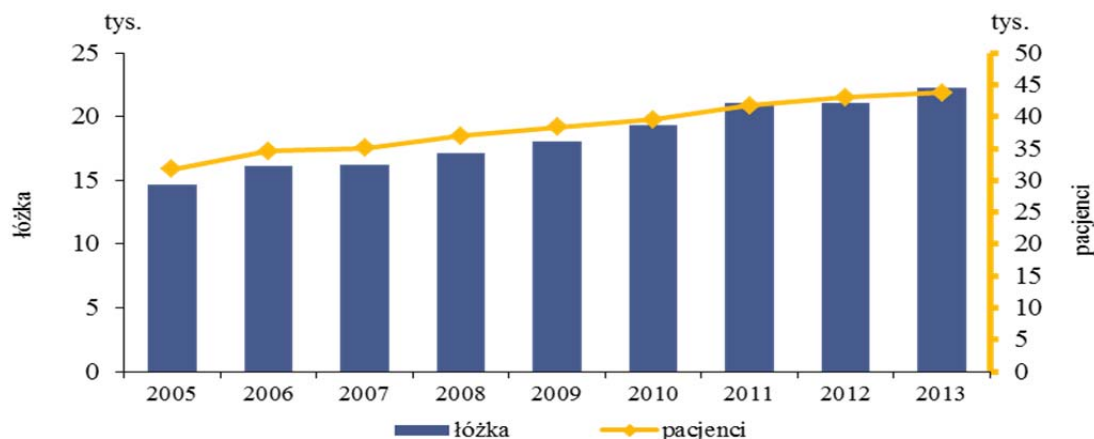


Odnotowano większą liczbę placówek **opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym**. Na koniec 2013 roku było ich 327, o 16 więcej niż przed rokiem. Baza łóżkowa zwiększyła się o 6,8% osiągając na koniec roku 17,2 tys. łóżek.

Najwięcej łóżek tego typu było w województwie mazowieckim (3,1 tys.) a następnie w województwach: małopolskim (2,4 tys.), śląskim (2,1 tys.) i dolnośląskim (1,6 tys.). Łącznie w tych czterech województwach odnotowano ponad połowę (53,3%) wszystkich łóżek tej formy opieki. Niemal co drugi pacjent placówek opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym (47,1%) przebywał na leczeniu w jednym z czterech ww. województw. Ogółem opieką w trybie stacjonarnym otoczono 36,9 tys. osób, o 1,2% więcej niż przed rokiem. Średni pobyt pacjenta w placówce opiekuńczo-leczniczej o profilu ogólnym trwał 158 dni.

Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów na przestrzeni ostatnich kilku lat przedstawia poniższy wykres.

Wykres 24. Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych¹⁶ w latach 2005-2013



Rok 2013 był kolejnym, w którym odnotowano nieznaczny wzrost liczby łóżek w **zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego**. Razem takich łóżek było 5,5 tys., o 0,6% więcej niż w roku poprzednim. W obu rodzajach zakładów łącznie przebywało około 7,4 tys. osób, o 4,5% więcej niż przed rokiem. Pobyty pacjentów w zakładach o profilu psychiatrycznym są dłuższe niż w zakładach o profilu ogólnym. W zakładach opiekuńczo-leczniczych o profilu psychiatrycznym pacjenci przebywali średnio 260 dni, a w przypadku psychiatrycznych zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych – 246 dni.

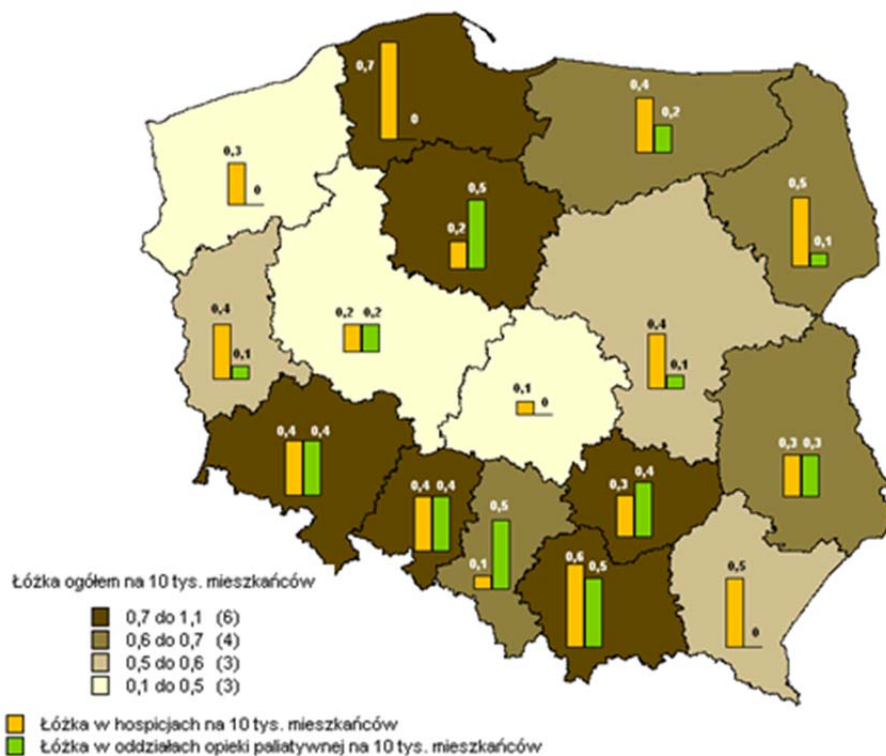
Inną formę opieki stanowią **hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej**⁷⁶, przeznaczone przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, często w schyłkowym okresie życia.

W 2013 r. placówek tego typu odnotowano 130, w tym 73 hospicja i 57 oddziałów opieki paliatywnej. Łącznie placówki te dysponowały 2,2 tys. łóżek i udzieliły opieki 31,3 tys. osób, co oznacza że w ciągu roku z tego samego łóżka skorzystało średnio około 14 osób.

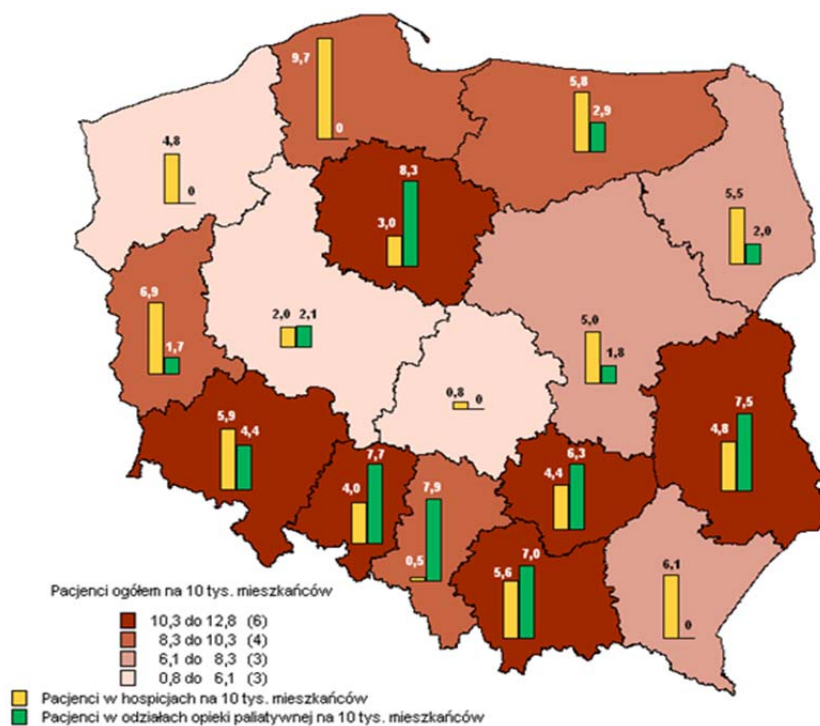
Oddziały opieki paliatywnej na koniec 2013 r. dysponowały 0,9 tys. łóżek i dostarczyły opieki 14,7 tys. osób. Hospicja dysponowały 1,3 tys. łóżek, o 5,9% tj. 82 łóżka mniej niż w 2012 r. i udzieliły opieki 16,5 tys. osób, o 10,5% (tj. 1,9 tys.) mniej niż rok wcześniej. Rozmieszczenie łóżek tych form opieki oraz liczbę przyjętych pacjentów przedstawiają poniższe mapy.

⁷⁶ Oddziały opieki paliatywnej zarejestrowane w RPWDL na koniec 2013 r. zgodnie z rozporządzeniem w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (DZ.U. 2012 poz. 594), regulującym występowanie tych oddziałów w ramach opieki długoterminowej. Oddziały te zostały wyodrębnione ze struktur szpitali i zaklasyfikowane do opieki długoterminowej.

Mapa 4. Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej



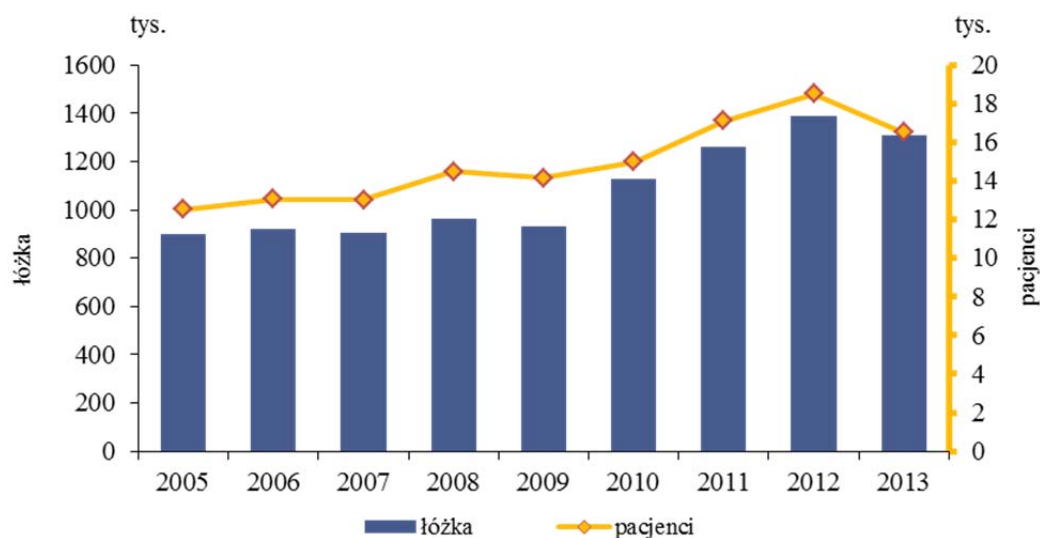
Mapa 5. Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej



Najwięcej hospicjów i łóżek było w województwie mazowieckim (11 placówek, 206 łóżek), następnie – kierując się liczbą łóżek – w województwach: małopolskim (7 placówek, 189 łóżek), pomorskim (9 placówek, 155 łóżka) i dolnośląskim (7 placówek, 123 łóżka).

Zmiany liczby łóżek i pacjentów hospicjów w dłuższej perspektywie czasu, prezentuje wykres 25.

Wykres 25. Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2013

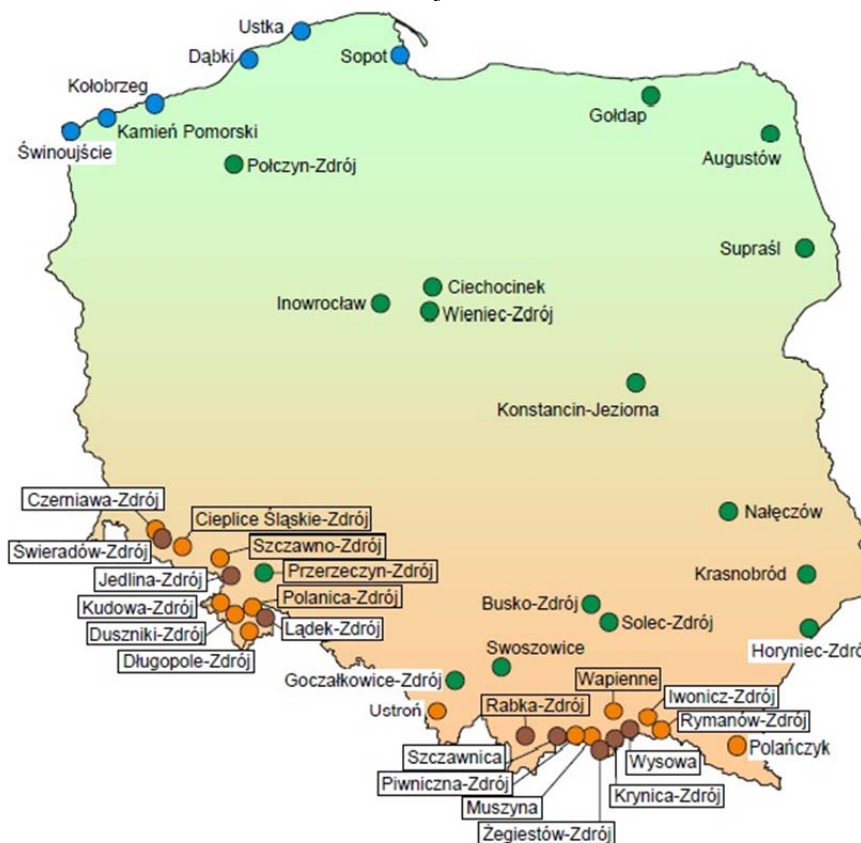


Lecznictwo uzdrowiskowe⁷⁷

Lecznictwo uzdrowiskowe jest integralną częścią systemu ochrony zdrowia. Prowadzone jest w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zlokalizowanych w uzdrowiskach, czyli obszarach o szczególnych walorach geologiczno-klimatycznych wydzielonych w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych. W Polsce jest 45 statutowych obszarów uzdrowiskowych znajdujących się na terenie 13 województw (28 powiatów i 4 miast na prawach powiatu).

⁷⁷ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych).

Mapa 6. Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych

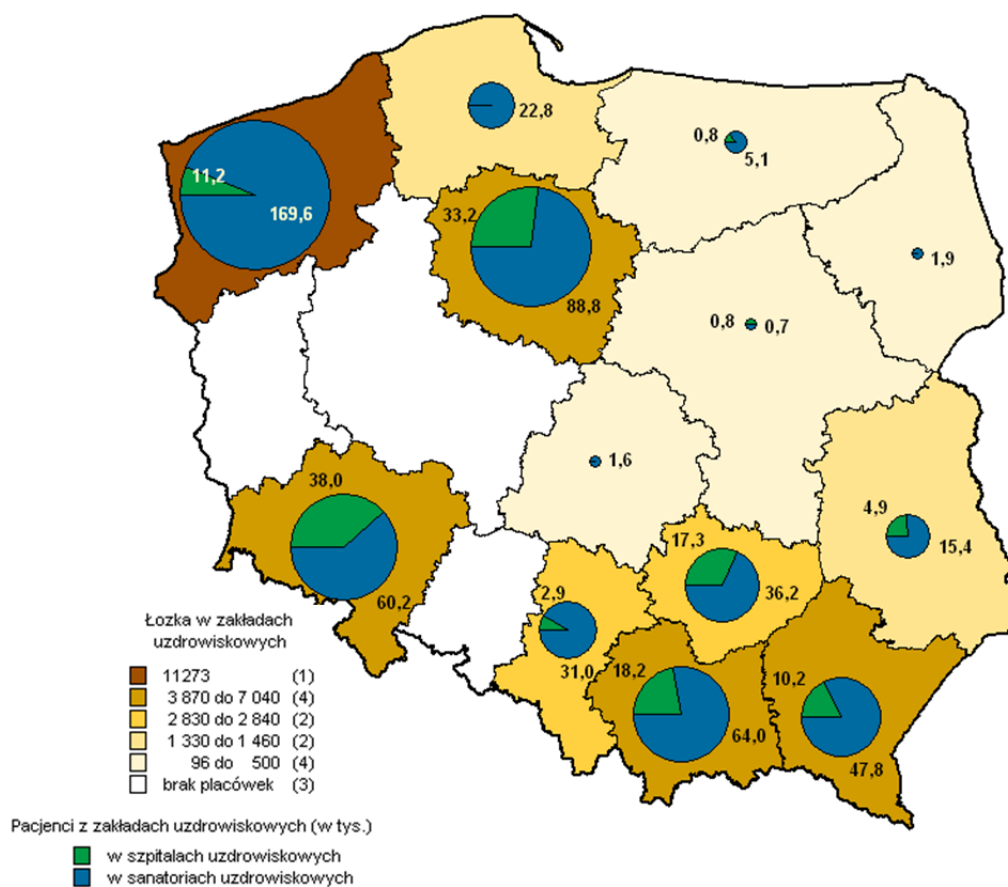


Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych w Polsce jest nierównomierne w związku ze szczególnymi uwarunkowaniami geologiczno-klimatycznymi tych terenów. Na terenie kraju na koniec 2013 r. odnotowano 292 **zakłady lecznictwa uzdrowiskowego** o 2,5% więcej niż przed rokiem. Niemal 58% (168) placówek było zlokalizowanych w trzech województwach: dolnośląskim (64), zachodniopomorskim (55) i małopolskim (49). Spośród wszystkich terenów uzdrowiskowych najwięcej placówek odnotowano na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (30) i Ciechocinek (26).

Wśród zakładów lecznictwa uzdrowiskowego odnotowano 58 szpitali uzdrowiskowych (w tym 8 szpitali dziecięcych), 201 sanatoriów (w tym 4 sanatoria dziecięce), 15 przychodni uzdrowiskowych, 18 samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych, obsługujących kompleksy uzdrowiskowe oraz 83 zakłady przyrodolecznicze funkcjonujące w ramach struktury organizacyjnej szpitali uzdrowiskowych, sanatoriów lub przychodni uzdrowiskowych.

Na koniec 2013 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dysponowały łącznie 43,6 tys. łóżek, z czego najwięcej łóżek – 56,4% (24,6 tys.) odnotowano w uzdrowiskach trzech województw: w województwie zachodniopomorskim (11,3 tys. łóżek, w tym 6,8 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskim (7,0 tys. łóżek, w tym 4,9 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek – o 12,8% więcej niż w 2012 r.) i dolnośląskim (6,3 tys. łóżek, w tym 3,7 tys. w powiecie kłodzkim – o 2,6% więcej – na terenie uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa Zdrój, Polanica Zdrój i Łądek-Zdrój).

Mapa 7. Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie według województw w 2013 r.

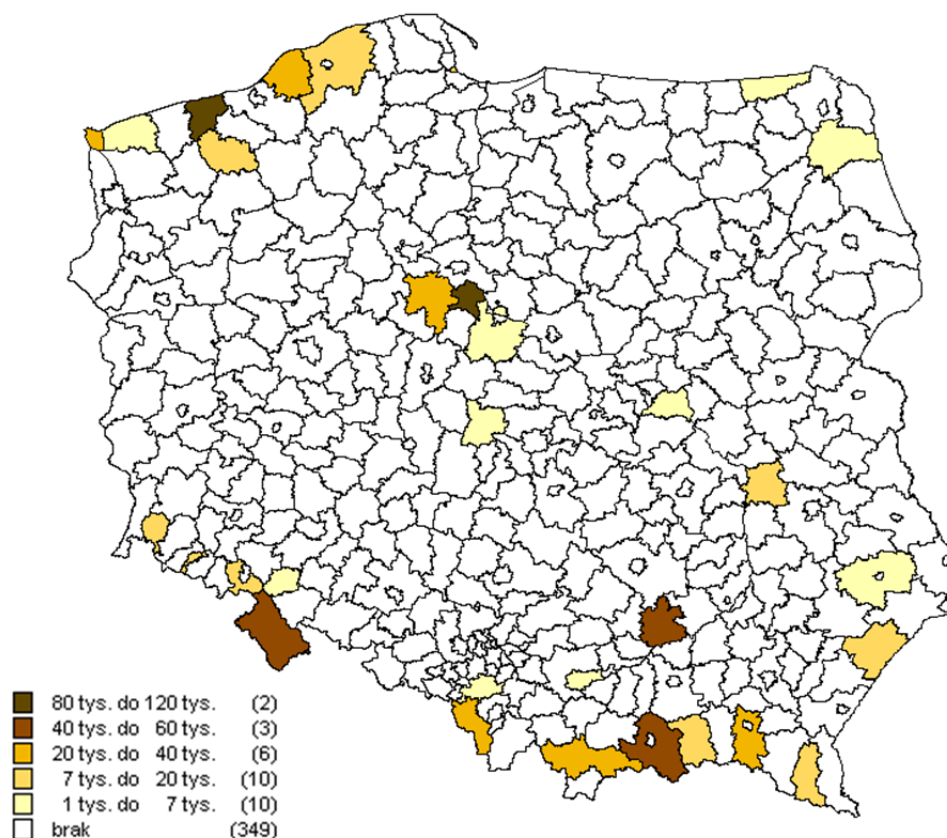


W ślad za rozmieszczeniem łóżek, liczba kuracjuszy przebywających na leczeniu stacjonarnym była największa we wspomnianych trzech województwach – łącznie stanowili blisko 59% wszystkich kuracjuszy (401,0 tys. osób).

Z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 749,0 tys. osób o 1,0% (7,4 tys. osób) więcej niż w 2012 roku. Podobnie jak w latach ubiegłych większość kuracjuszy (91,1%, tj. 682,4 tys.) to osoby korzystające ze stacjonarnej formy leczenia, było ich o 1,7% więcej niż przed rokiem. Kuracjusze ambulatoryjni stanowili 8,9% (66,5 tys. osób) o 5,4% mniej niż przed rokiem.

Podobnie jak w 2012 r. największą liczbę kuracjuszy przebywających na leczeniu stacjonarnym odnotowano w powiatach: kołobrzesckim – 114,0 tys. osób o 7,0% więcej niż przed rokiem, aleksandrowskim – 86,9 tys. osób (o 13,4% więcej) – teren uzdrowiska Ciechocinek oraz w powiecie kłodzkim – 57,3 tys. osób (o 6,4% mniej) tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa Zdrój, Polanica Zdrój i Łądek-Zdrój).

Mapa 8. Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów



W 2013 r. w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych przebywało 215,7 tys. kuracjuszy pełnopłatnych, co oznacza, że blisko co trzeci kuracjusz stacjonarny (tj. 31,6%) był pacjentem pełnopłatnym. Najwięcej takich pacjentów przebywało na terenie najliczniej odwiedzanych miejscowości uzdrowiskowych takich jak Kołobrzeg (60,2 tys., tj. 51,8% pacjentów stacjonarnych) i Ciechocinek – (32,9 tys., tj. 37,8% leczonych stacjonarnie). Także w powiecie buskim (teren miasta Busko-Zdrój) odnotowano 19,9 tys. pacjentów pełnopłatnych, którzy stanowili 42,2% kuracjuszy leczonych stacjonarnie.

Znaczna część kuracjuszy zakładów lecznictwa uzdrowiskowego – 68,4% skorzystała z dofinansowania do pobytu stacjonarnego. I tak ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia skorzystało 58,4% (tj. 398,4 tys.) pacjentów leczonych stacjonarnie z czego blisko $\frac{3}{4}$ to kuracjusze przebywający w sanatoriach, a pozostali to pacjenci szpitali uzdrowiskowych.

W ramach prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacji przedrentowej⁷⁸, dofinansowanie otrzymało 6,5% (tj. 44,6 tys.) kuracjuszy. Z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowanych było 1,8% kuracjuszy (tj. 12,3 tys. osób) a ze środków Kasy

⁷⁸ Rehabilitacja ZUS jest całkowicie bezpłatna (pacjent nie ponosi żadnych kosztów zakwaterowania i wyżywienia).

Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało – 1,1% (tj. 7,3 tys. osób) pacjentów stacjonarnych.

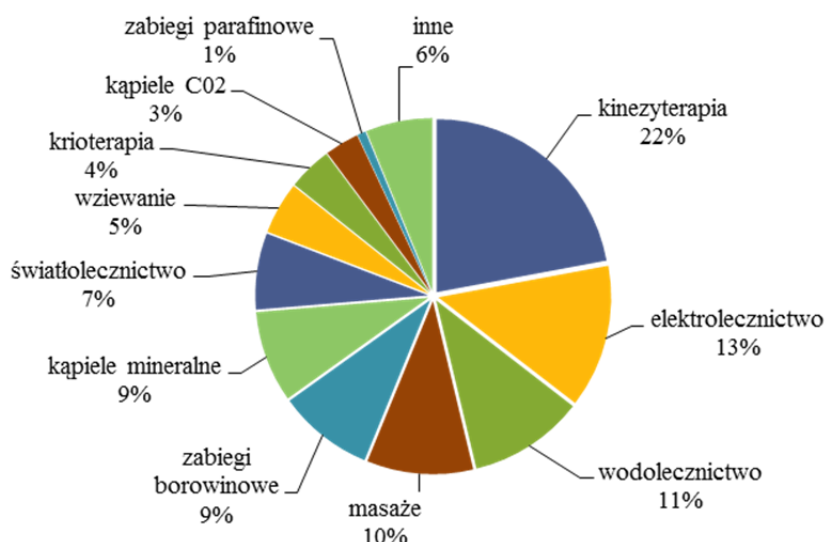
W 2013 r. w polskich uzdrowiskach przebywało 38,3 tys. cudzoziemców o 5,3% mniej niż przed rokiem. Stanowili oni niespełna 6% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie. Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej obcokrajowców – 73,6% (tj. 28,2 tys.) odnotowano w województwie zachodniopomorskim, ale było to o 15,6% mniej niż w 2012 r. Większość z nich (25,2 tys. osób) przebywało na terenie uzdrowiska Kołobrzeg.

Więcej cudzoziemców – blisko o 30% (6,6 tys.) odnotowano w województwie dolnośląskim.

Łącznie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono około 67,7 tys. porad oraz 35,7 mln zabiegów – blisko o 1 mln (2,9%) więcej. Średnio wykonano 48 zabiegów na osobę. Struktura zabiegów w ciągu ostatnich kilku lat nie zmienia się istotnie (wykres 26). Najwięcej zabiegów przeprowadzono w zakresie kinezyterapii (22,5%), elektrolecznictwa (13,5%), wodolecznictwa (11,0%) i masaży (10,4%).

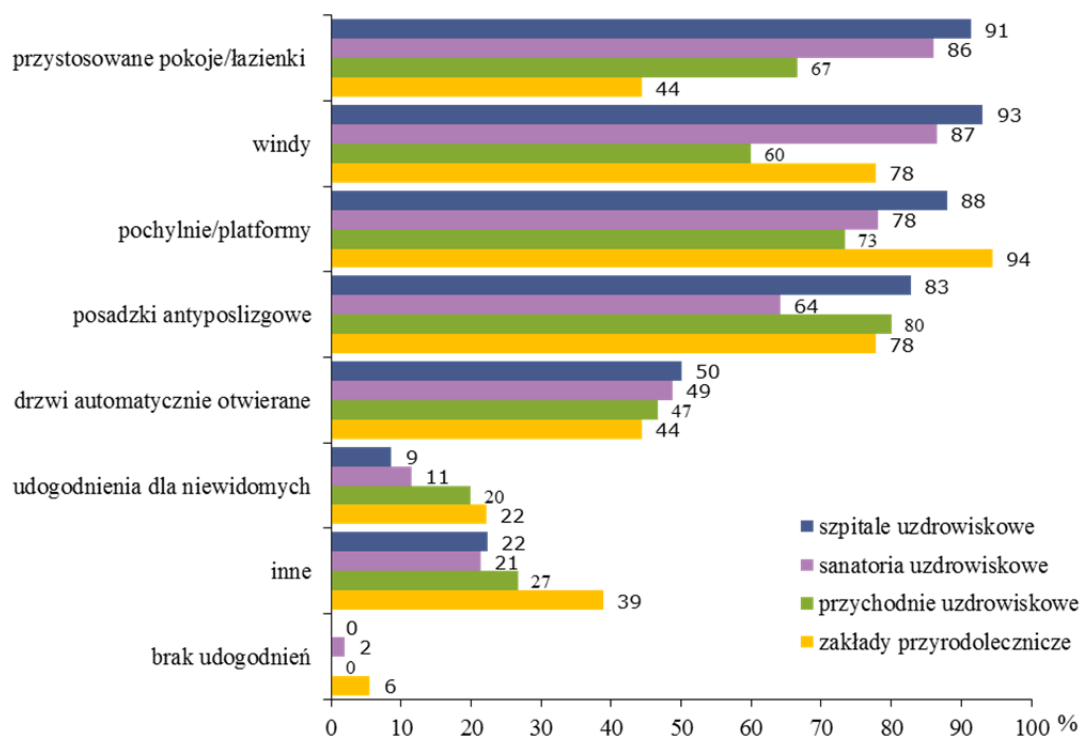
Zabiegi przyrodolecznicze takie jak zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje stanowiły 25,6% wszystkich wykonanych zabiegów (o 1,1 pkt. proc. więcej niż przed rokiem) i skorzystało z nich 98,4% kuracjuszy (o 8,2 pkt. proc. więcej niż w 2012 r.) leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (tj. 671,2 tys. osób).

Wykres 26. Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2013 r.



Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych był zróżnicowany. Najlepiej przystosowane, podobnie jak w latach ubiegłych, były szpitale uzdrowiskowe. Spośród nich 93% szpitali dysponowało windą, 91% miało dostosowane pokoje i łazienki, 88% posiadało pochylnię, podjazd czy platformę, a 50% zadeklarowało obecność automatycznie otwieranych drzwi.

Wykres 27. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2013 r. (w %)



W przypadku sanatoriów 87% posiadało windy (o 5 pkt. proc. więcej niż w 2012 r.), 86% dysponowało przystosowanymi pokojami i łazienkami (o 7 pkt. proc. więcej), a 78% – deklaroowało obecność pochylni i platform.

Większość przychodni uzdrowiskowych (80%) zadeklarowało obecność posadzek antypoślizgowych, 73% – podjazdów i platform, a 67% placówek wskazało na odpowiednie wyposażenie łazienek i pomieszczeń. Niemal wszystkie zakłady przyrodolecznicze (94%) wykazały obecność platform i pochylni, a 78% spośród nich posiadało windy i posadzki antypoślizgowe.

Wszystkie rodzaje zakładów deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób niewidomych, aczkolwiek, w porównaniu do roku ubiegłego, tego typu udogodnień odnotowano wyraźnie więcej (o 14 pkt. proc.) w zakładach przyrodoleczniczych (22%). Udogodnienia dla niewidomych wykazało 9% szpitali (o 4 pkt. proc. więcej niż w 2012r.) i 11% sanatoriów (o 1 pkt. proc. więcej).

Spśród badanych rodzajów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, najwięcej przystosowań w grupie „inne” wykazały zakłady przyrodolecznicze. Wiąże się to z zabiegowym charakterem tych placówek obecnością np. urządzeń wykorzystywanych w balneoterapii – basenów i wanien do kąpieli leczniczych – wyposażonych w specjalne uchwyty oraz instalacje przywoławcze.

Popularną formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**, które na koniec 2013 r. dysponowały 34,0 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia 2013 r.) i było to o 10,8% więcej

niż przed rokiem. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych stanowiły niemal 78% łóżek jakimi dysponowało w 2013 r. lecznictwo uzdrowiskowe.

Z leczenia stacjonarnego skorzystało blisko 545,1 tys. kuracjuszy, zatem liczba osób objętych tą formą leczenia wzrosła o 7,8% (o 39,5 tys. osób).

Najwięcej łóżek wykazały sanatoria w województwach: zachodniopomorskim 30,9% (tj. 10,5 tys.), kujawsko-pomorskim 14,9% (tj. 5,1 tys.) oraz małopolskim 14,4% (tj. 4,4 tys.). Także najwięcej kuracjuszy (łącznie 59,1%) przebywało na leczeniu stacjonarnym w tych trzech województwach. Średni pobyt kuracjusza w sanatorium trwał 17 dni, a w przypadku dzieci był nieco krótszy – 16 dni. W sanatoriach przeprowadzono najwięcej zabiegów – 23,7 mln. i było to ponad 66% ogółem wykonanych zabiegów w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Z polskich sanatoriów korzystało 37,0 tys. cudzoziemców, o 5,3% mniej niż rok temu. Zdecydowaną większość zagranicznych kuracjuszy odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 76,2% (28,2 tys.) i dolnośląskim – 15,1% (5,6 tys.). Średni pobyt cudzoziemca na leczeniu uzdrowiskowym trwał blisko 11 dni.

Szpitalne uzdrowiskowe w 2013 r. dysponowały 9,7 tys. łóżek. Najwięcej łóżek tego typu odnotowano w województwie dolnośląskim (29,0% łóżek), a następnie na terenie województwa kujawsko-pomorskiego i małopolskiego. Łącznie w tych trzech województwach było prawie 65% łóżek uzdrowiskowego leczenia szpitalnego.

W szpitalach uzdrowiskowych przebywało 137,4 tys. kuracjuszy. Najwięcej pacjentów było w trzech województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i małopolskim, dysponujących także największą bazą szpitalnych łóżek uzdrowiskowych. Średni pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym trwał 20 dni, natomiast leczenie dzieci było dłuższe i średnio trwało 25 dni. W placówkach tych przeprowadzono 6,4 mln zabiegów (blisko 18% wszystkich zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego).

W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia skorzystało z leczenia 73,1% pacjentów przebywających w szpitalach uzdrowiskowych, a niespełna 6,8% pacjentów było dofinansowanych w ramach prewencji rentowej ZUS. Pacjenci pełnopłatni stanowili 18,4% ogółu pacjentów szpitali uzdrowiskowych (25,3 tys. osób), a pełnopłatni cudzoziemcy stanowili 1,0% pacjentów tych szpitali. Większość cudzoziemców (blisko 80%) przebywało w szpitalach uzdrowiskowych na terenie województwa dolnośląskiego.

Odmierna grupę zakładów lecznictwa uzdrowiskowego stanowią **przychodnie uzdrowiskowe** (15) i samodzielne **zakłady przyrodolecznicze** (18) udzielające świadczeń wyłącznie w trybie ambulatoryjnym. W 2013 r., w placówkach tych przeprowadzono łącznie 5,6 mln zabiegów – blisko

16% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego oraz 40,8 tys. porad tj. 61,4% ogółem udzielonych porad w lecznictwie uzdrowiskowym.

Oprócz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego działających na terenach uzdrowiskowych, zbadano 9 samodzielnych stacjonarnych **zakładów rehabilitacji leczniczej** i było to o 5 placówek mniej niż w roku 2012 r.

Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej są grupą placówek zróżnicowaną funkcjonalnie. Są to zarówno zakłady, których profil działania zbliżony jest do działalności sanatoryjnej, jak i zakłady funkcjonujące jak szpitalne oddziały rehabilitacyjne.

Spośród 9 zbadanych placówek, dysponujących 1,4 tys. łóżek, trzy placówki znajdowały się w województwie zachodniopomorskim i odnotowano w nich ponad 40% wszystkich łóżek.

Łącznie z leczenia w tego typu placówkach skorzystało blisko 20,5 tys. osób o ponad połowę mniej niż w roku poprzednim. Średni pobyt trwał około 17 dni.

W trybie ambulatoryjnym przyjęto 2,3 tys. osób i łącznie zostało przeprowadzonych blisko 1,1 mln zabiegów (o 17% mniej), z czego większość, około 62%, stanowiły zabiegi fizjoterapeutyczne z zakresu kinezyterapii, wodolecznictwa, elektrolecznictwa, światłolecznictwa. Niespełna 6% to zabiegi przyrodolecznicze takie jak zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ i inhalacje, z których łącznie skorzystało 10,5 tys. osób leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Nieco ponad 40% (8,3 tys.) leczonych stacjonarnie stanowili pacjenci pełnopłatni, spośród których, blisko 28% (2,3 tys.) to cudzoziemcy. Niemal wszyscy cudzoziemcy (98%) to osoby przebywające w placówkach województwa zachodniopomorskiego.

Według danych otrzymanych z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2013 roku odbyło się około 3,5 tys. **turnusów rehabilitacyjnych**⁷⁹ dla osób niepełnosprawnych, blisko o 1/5 (863) mniej niż w 2012 r. Podobnie jak w latach ubiegłych turnusy organizowane były w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, a także w ośrodkach wypoczynkowych, pensjonatach i hotelach. Zdecydowaną większość – 96,7% (3414 turnusy) stanowiły turnusy usprawniająco-rekreacyjne. Pozostałe 3,3% to kolejno turnusy: nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością – 1,8% (64 turnusy), szkoleniowe i rozwijające zainteresowania i uzdolnienia – 0,9% (30), psychoterapeutyczne – 0,4% (14) i rekreacyjno-sportowe – 0,3% (11).

Dofinansowanie do uczestnictwa w tej formie aktywności otrzymało łącznie 60,3 tys. osób (niepełnosprawni i ich opiekunowie) i było to ponad 2 krotnie mniej niż przed rokiem. W grupie tej osoby niepełnosprawne stanowiły 68,3% (41,2 tys.), w tym ponad 1/4 to niepełnosprawne dzieci, a pozostałe – 31,7% (19,1 tys.) to opiekunowie.

⁷⁹ Organizowanych przy udziale środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz.U. 2007. Nr 230, poz.1694).

Tabl. 2A. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska

Województwo	Powiaty i miasta na prawach powiatu	Uzdrowisko
Dolnośląskie	p. kłodzki	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój,
		Kudowa Zdrój, Lądek Zdrój,
		Polanica Zdrój
	p. dzierzoniowski	Przerzeczyn Zdrój
	p. lubański	Czarniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
p. wałbrzyski	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój	
	p. m. Jelenia Góra	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	Ciechocinek
	p. inowrocławski	Inowrocław
	p. włocławski	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	Krasnobród
	p. puławski	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	Krynica Zdrój, Muszyna,
		Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
p. m. Kraków	Swoszowice-Kraków	
Mazowieckie	p. piaseczyński	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	Augustów
	p. białostocki	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	Ustka
	p. m. Sopot	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	Dąbki
	p. kamieński	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	Kołobrzeg
	p. świdwiński	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	Świnoujście

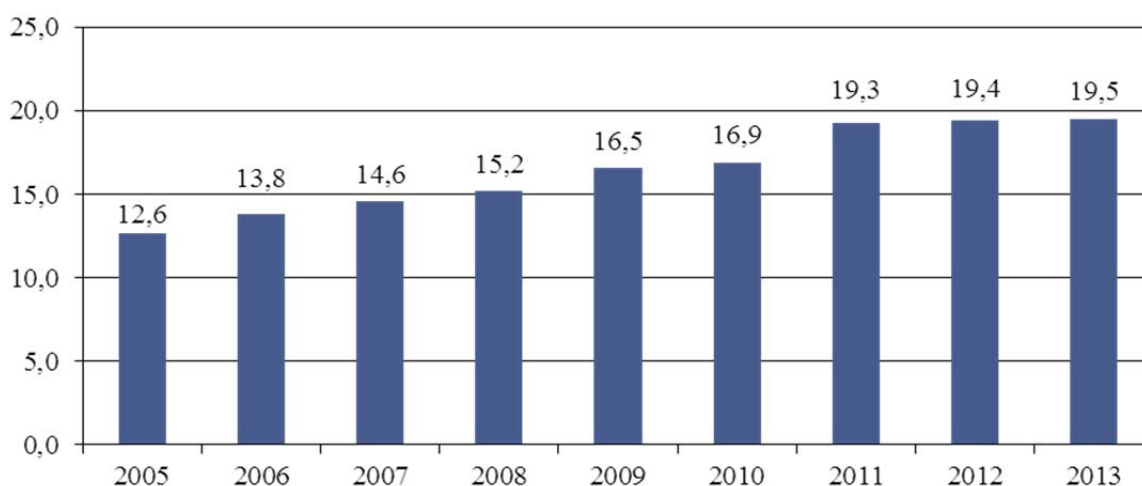
2.3. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

Przychodnie i praktyki lekarskie

Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane są przez przychodnie i praktyki lekarskie. W niniejszej publikacji informacje o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej prezentowane są w ujęciu zgodnym z nowymi przepisami, tj. zgodnie z ustawą z dnia 15 IV 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654), z późniejszymi zmianami, która zniósła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto od 2 lat dane podaje się łącznie z danymi o placówkach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych.

W końcu 2013 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 19,5 tys. przychodni⁸⁰ (o 117 przychodni więcej niż w roku poprzednim).

Wykres 28. Przychodnie w latach 2005 – 2013 (w tys.)

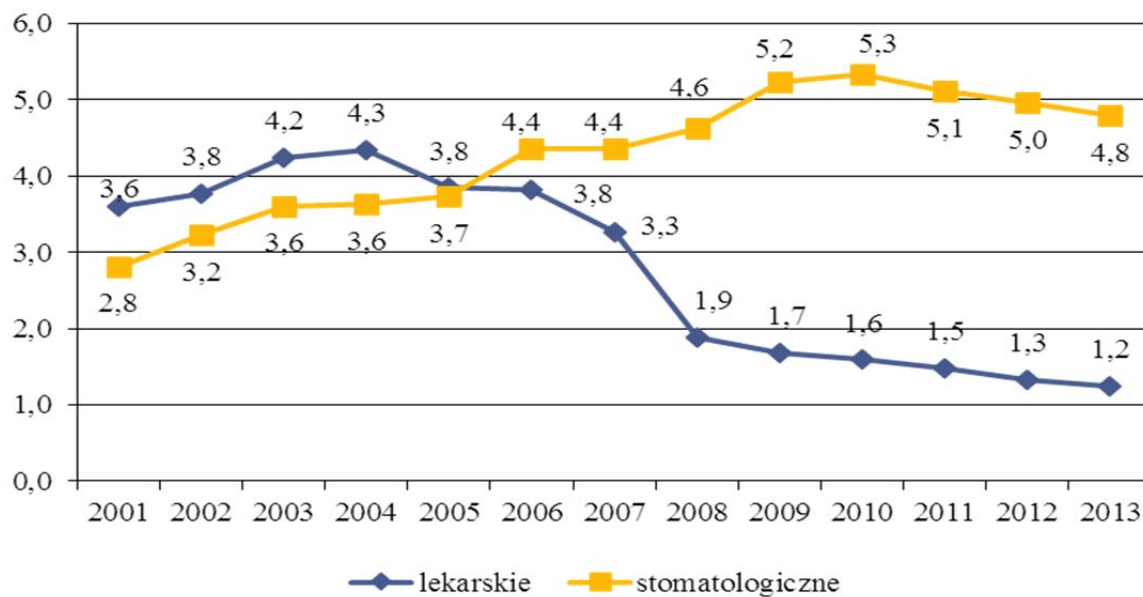


Nieco odmienne tendencje można było zauważyć w przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych realizujących (obok przychodni) świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych. W latach 2001-2010 systematycznemu wzrostowi liczby praktyk stomatologicznych, towarzyszył trwający od 2004 roku coroczny spadek liczby praktyk lekarskich realizujących świadczenia w ramach NFZ.

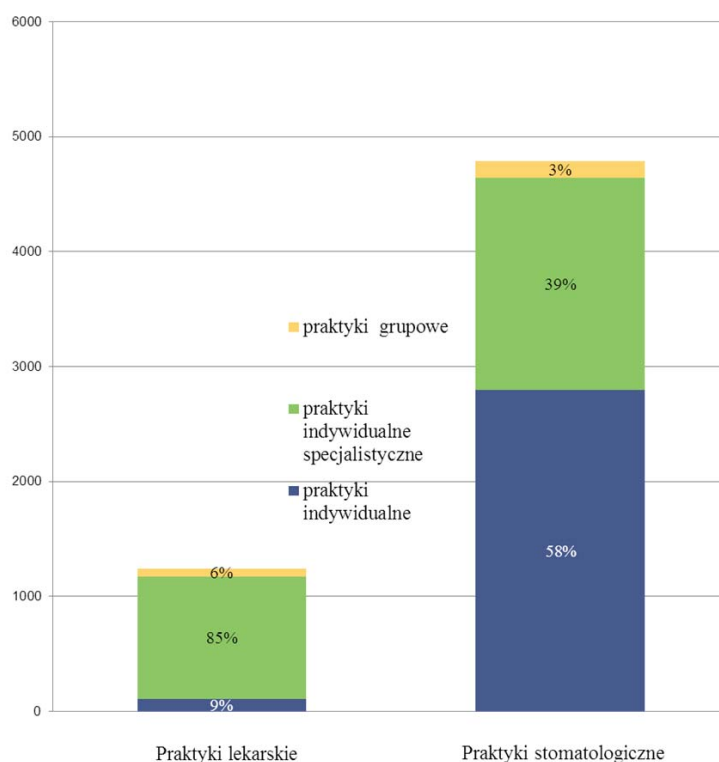
Jednak od 2011 występuje tendencja spadkowa również liczby praktyk stomatologicznych. W 2013 r., zmalała zarówno liczba praktyk stomatologicznych jak i lekarskich, odpowiednio o 3% i 7% w porównaniu z ubiegłym rokiem.

⁸⁰ 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 obrony narodowej i spraw wewnętrznych.

Wykres 29. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001-2013



Wykres 30. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2013 r.



W 2013 roku odnotowano łącznie 6,0 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych (o 4 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 79,4% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

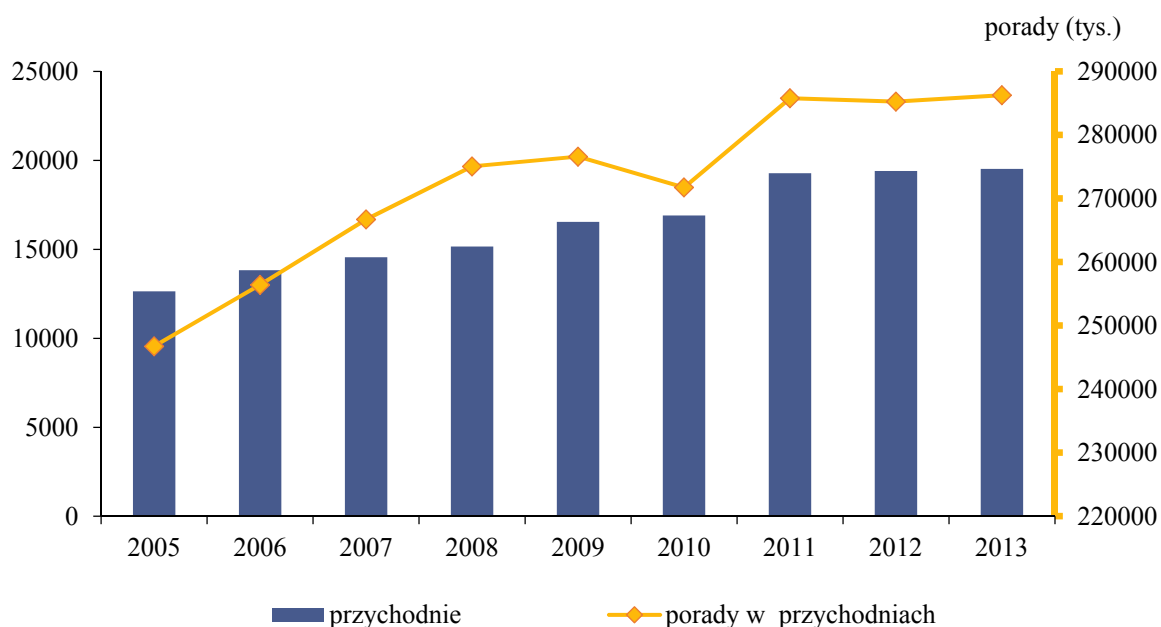
Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (86,0%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich

(nieszpecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 8,5% i 5,5%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,4%). Ta forma ambulatoryjnej opieki była zdecydowanie bardziej popularna w miastach (37,6% ogółu) niż na wsi (20,8% praktyk).

Porady udzielone w 2013 r. i w latach poprzednich

Ogółem w ciągu 2013 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 307,4 mln porad⁸¹. Spośród porad udzielonych przez lekarzy – 52,4% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 47,6% – w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych utrzymała się na tym samym poziomie co w roku ubiegłym i wyniosła – 33,4 mln. Porady udzielone w przychodniach stanowiły 95,0% wszystkich porad.

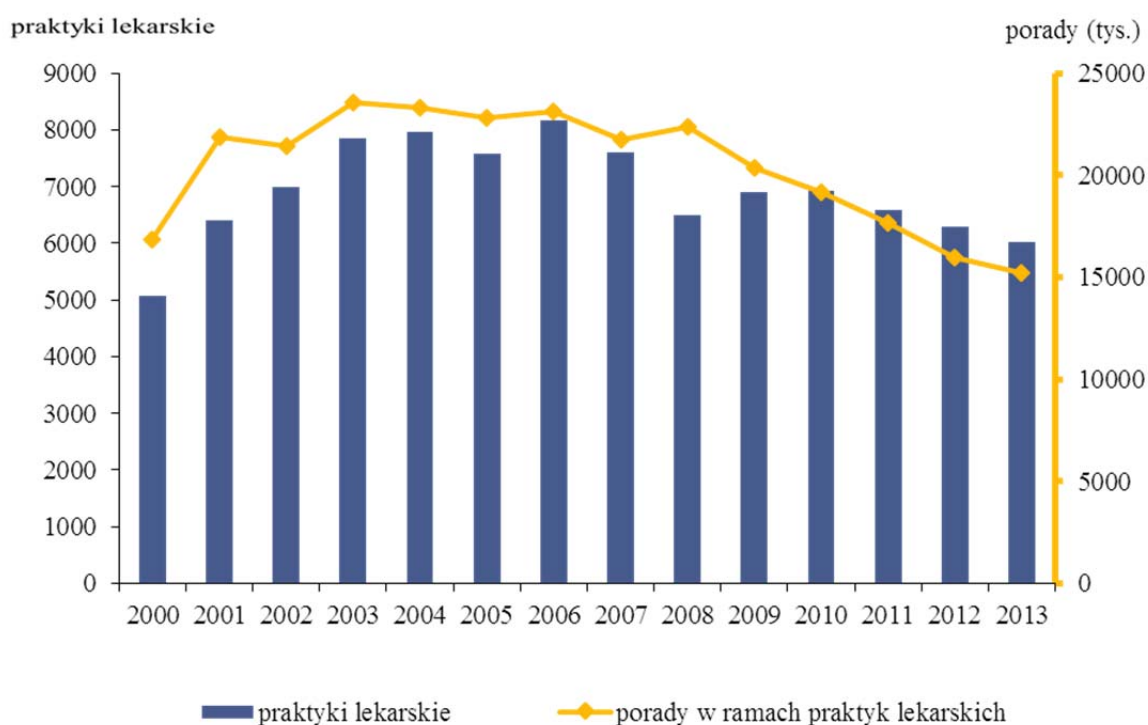
Wykres 31. Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005-2013



Zmalała natomiast o 4,7% liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 4,3%) jak i miast (o 4,9%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2013 r. wyniosła 8,0 porady.

⁸¹ Łącznie z danymi o placówkach i poradach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi.

Wykres 32. Praktyki lekarskie ^{a)} i udzielone w nich porady w latach 2000-2013



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

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 podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy rodzinnych w miastach, 56,5% stanowiły porady udzielone kobietom, 23,5% to porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, a 30,7% – osobom w wieku 65 lat i więcej.

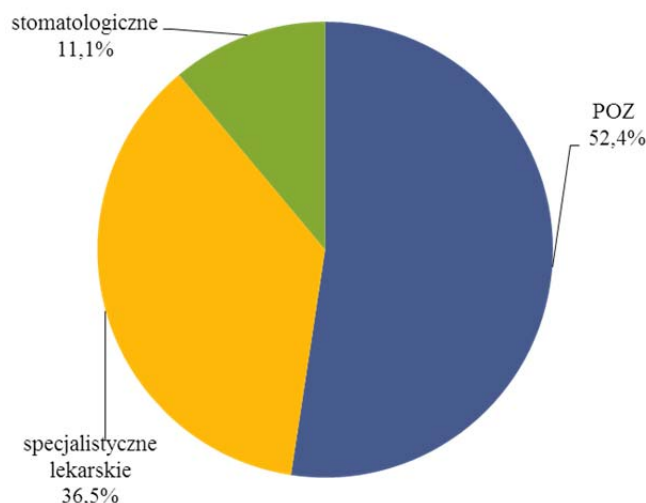
Tabl. 2B. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2013 r.

Wyszczególnienie	Ludność (Stan 30 VI)	Porady		
		POZ	specjalistyczne lekarskie	stomatologiczne
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
0-17 lat	18,3	22,9	13,6	29,4
19-64	64,9	46,1	61,7	56,9
65 +	14,5	31,0	24,8	13,7

Analizując strukturę udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski za 2013 r. można zauważyć prawie 17 p. proc. więcej porad w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej, niż udział tej grupy wiekowej w populacji.

Znaczący jest również udział porad udzielonych osobom w wieku 19-64 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 33. Struktura porad ambulatoryjnych

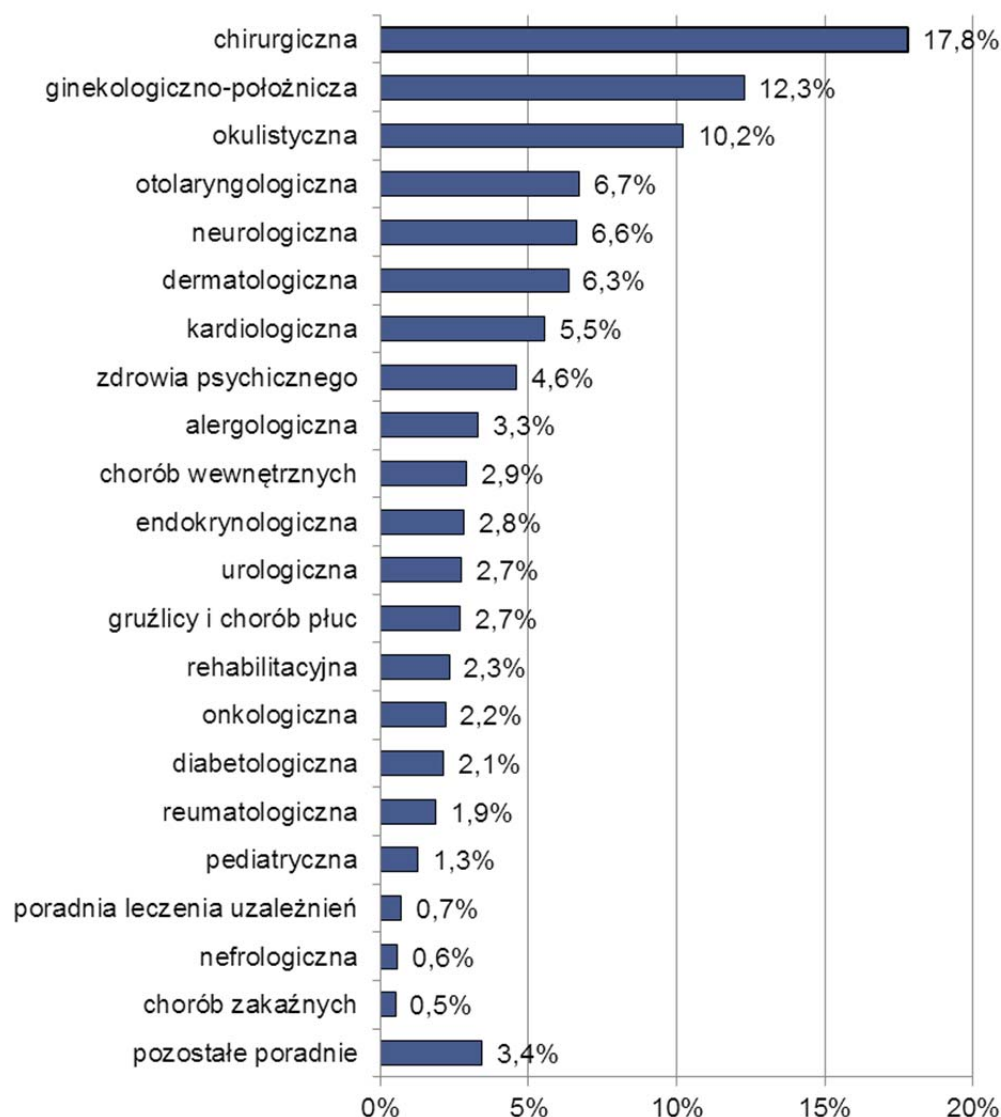


W podstawowej opiece zdrowotnej struktura porad udzielonych na wsi niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 55,9%; 21,0% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 32,0%.

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentkami były kobiety (60,8%). Porady udzielone kobietom stanowiły 60,6% porad w miastach i 69,2% na wsi. Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z takich porad, stanowiły one 13,6% porad w miastach i 13,4% na wsi. Na uwagę zasługuje odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym. Wyniósł on 24,9% w miastach i 19,4% na wsi i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

Porady udzielone kobietom przeważały również w przypadku porad stomatologicznych. W miastach stanowiły one 55,7% ogółu porad stomatologicznych, natomiast na wsi – 55,0%. Niespełna 29,4% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 29,1%, a w przypadku wsi odsetek ten był o 2 p. proc. wyższy). Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 14,3% porad stomatologicznych; na wsi zaobserwowano tych porad o 3 p. proc. mniej.

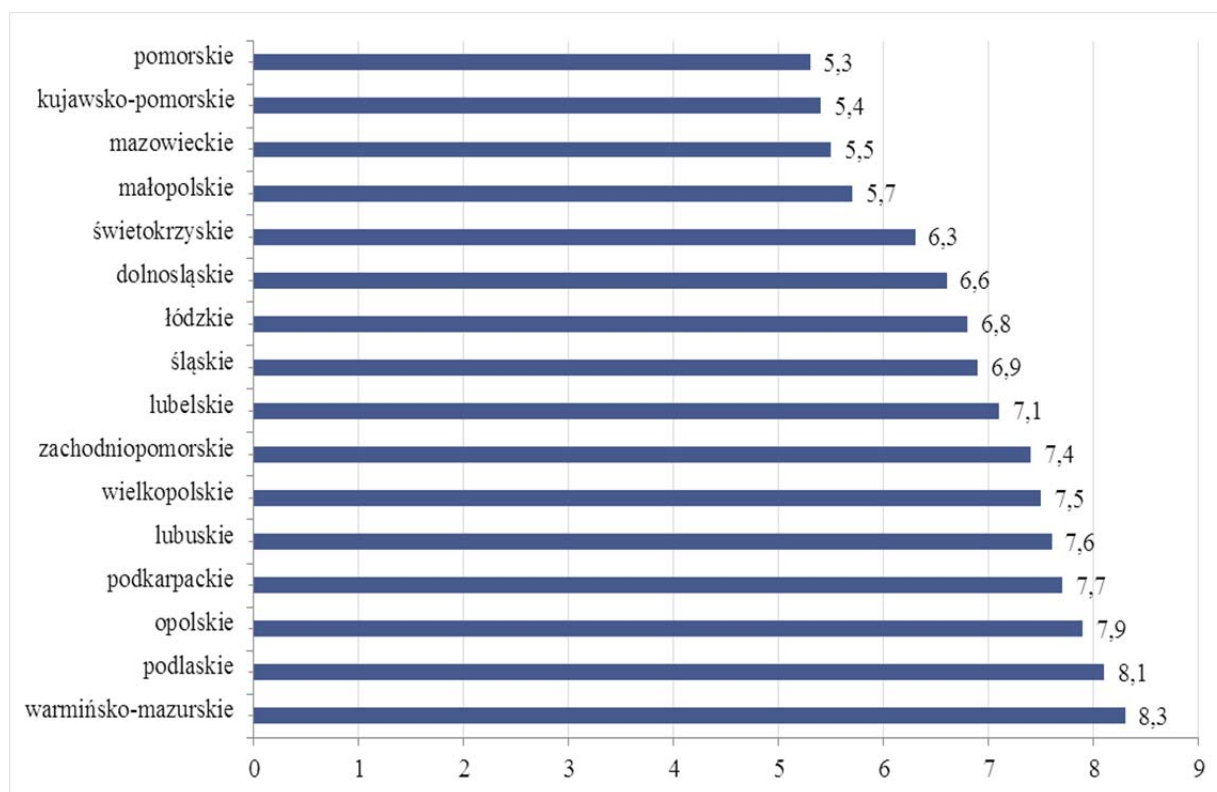
Wykres 34. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2013 r.



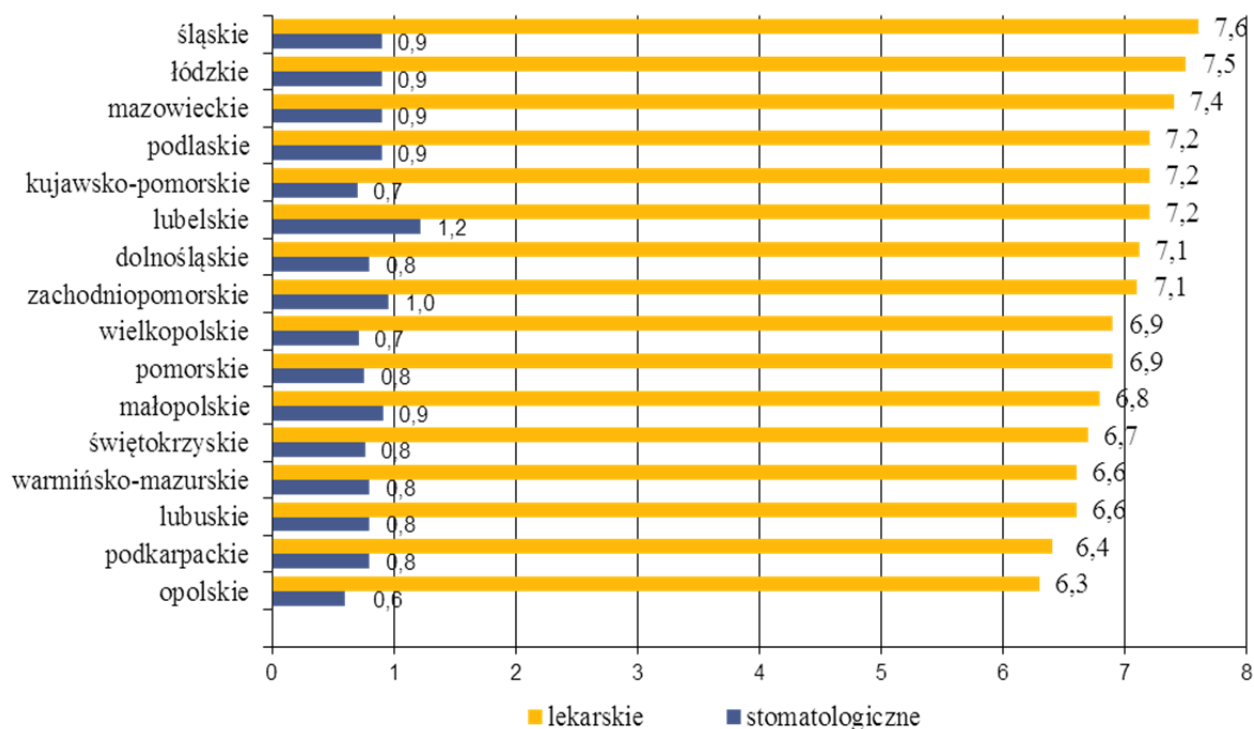
Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach i powiatach

Najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentyków, realizujących świadczenia zdrowotne finansowane za środków publicznych (umowy z NFZ), zlokalizowanych było na terenie województwa śląskiego (3,2 tys.), a najmniej odnotowano w województwie lubuskim i opolskim odpowiednio 0,7 tys. i 0,8 tys. Z łącznej liczby 6,0 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (785), czyli 13,0% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa łódzkiego (210, tj. 3,5%).

Wykres 35. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. ludności w 2013r. według województw



Wykres 36. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej ^{a)} na 1 mieszkańca według województw.



a) Łącznie z poradami w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim (43,3 mln, czyli 14,4% wszystkich porad), a najniższą – w województwie opolskim (6,8 mln, czyli 2,3%). Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 6,9 w opolskim do 8,4 w województwie lubelskim, łódzkim oraz śląskim.

Porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stanowiły w poszczególnych województwach od 44,0% (województwo mazowieckie) do 58,6% (woj. opolskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 22,9% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 20,2% do 25,5% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób starszych, odsetek ten wyniósł średnio 30,0% i wahał się od 27,9% w województwie wielkopolskim do 34,4% w województwie opolskim.

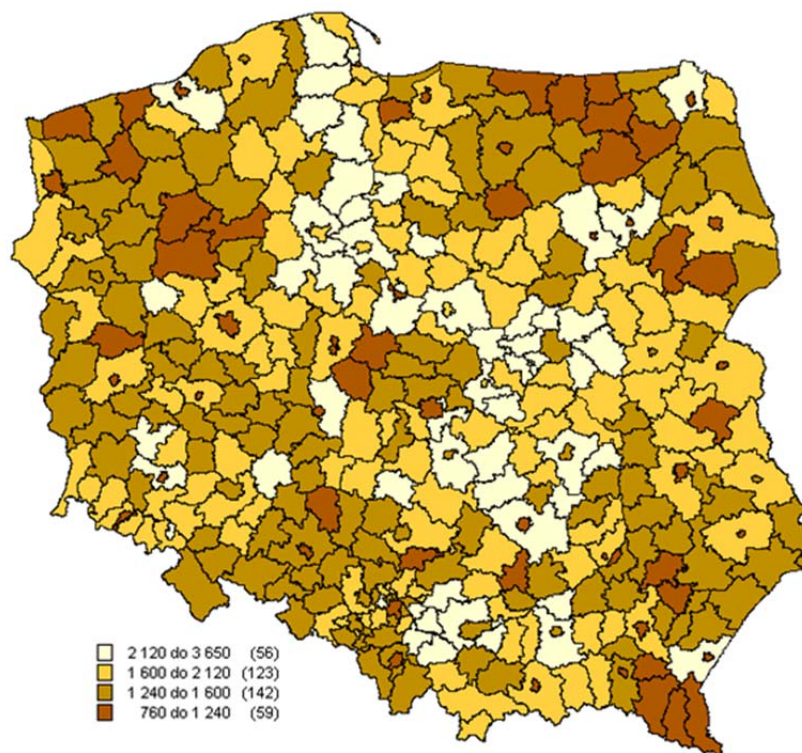
W specjalistycznej opiece zdrowotnej porady dotyczące dzieci i młodzieży stanowiły średnio 13,6%. Odsetek tej grupy porad kształtował się od 12,0% w województwie śląskim do 15,4% w województwie warmińsko-mazurskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 25% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 21,4% (województwo warmińsko-mazurskie) do 27,4% (województwo śląskie).

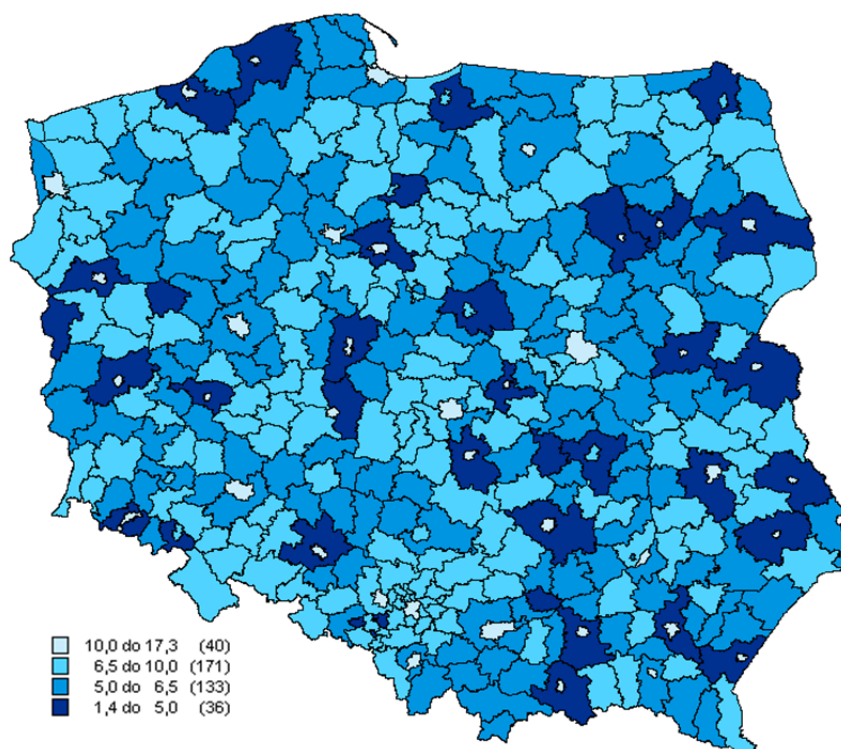
Dane na temat dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie) w **powiatach** zaprezentowane na mapie 9 pokazują, że największa liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej występowała w 2013 r. w powiatach województwa pomorskiego (powiat kartuski, starogardzki, wejherowski, chojnicki), kujawsko-pomorskiego (powiat grudziądzki, chełmiński, rypiński), mazowieckiego (powiat miński, wołomiński, otwocki, radomski, nowodworski), małopolskiego (powiat dąbrowski, wadowicki, wielicki, chrzanowski).

Natomiast największą liczbę porad na 1 mieszkańca (mapa 10) zaobserwowano w powiatach: lubińskim, milickim (woj. dolnośląskie), parczewskim, świdnickim (woj. lubelskie), sieradzkim, radomszczańskim (woj. łódzkie), wałeckim, szczecineckim (woj. zachodniopomorskie).

Mapa 9. Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów



Mapa 10. Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów



Dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Analiza stopnia przystosowania jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną do potrzeb osób niepełnosprawnych wykazała, że spośród prawie 26 tys. jednostek (przychodni i praktyk lekarskich) ponad 14,9% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnia/podjazd/platforma (67,8%), windy (25,6%) oraz drzwi automatycznie otwierane (7,7%). Udogodnienia dla osób niewidomych miało tylko 4,1% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 11,5% przychodni.

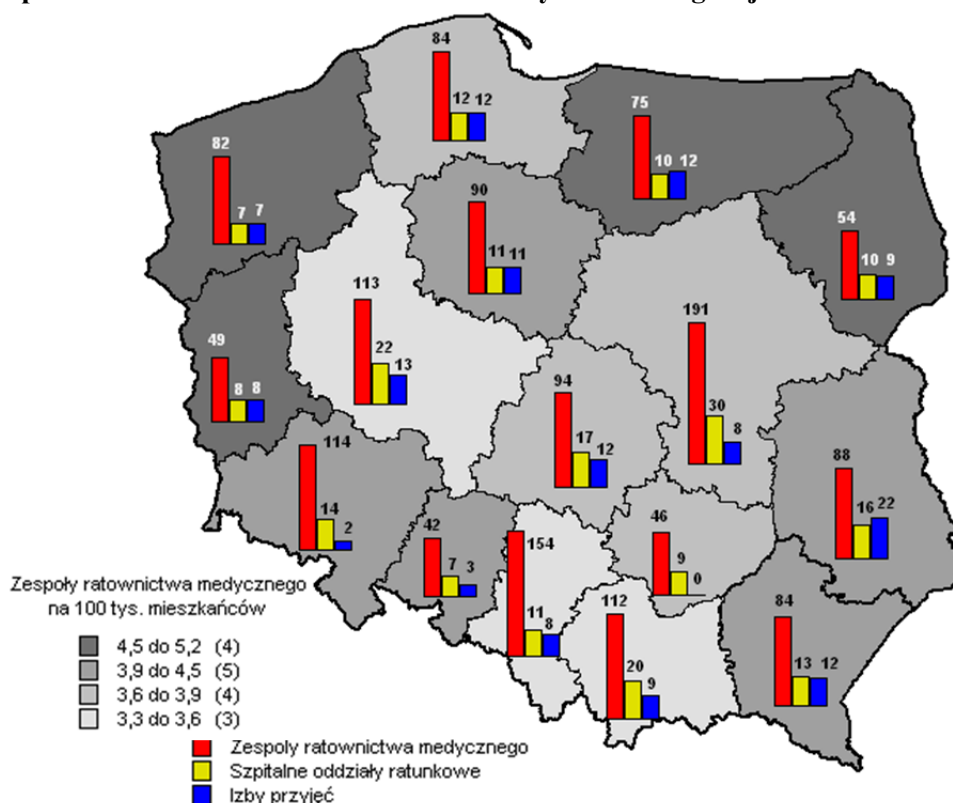
Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, 73,8% z nich deklarowało posiadanie jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Najczęściej była to pochylnia/podjazd/platforma, którą posiadało 55,6% praktyk.

2.4. RATOWNICTWO MEDYCZNE

W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stworzony został system Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM).

Jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)⁸². Z systemem współpracują jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM⁸³ (izby przyjęć, wyspecjalizowane oddziały szpitalne, centra urazowe).

Mapa 11. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw



Zespoły ratownictwa medycznego

Pomoc medyczna w razie nagłego wypadku udzielana jest przez co najmniej dwuosobowe podstawowe zespoły ratownictwa medycznego, w skład których wchodzi pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny oraz co najmniej trzyosobowe specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego, w skład których wchodzi lekarz systemu i pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

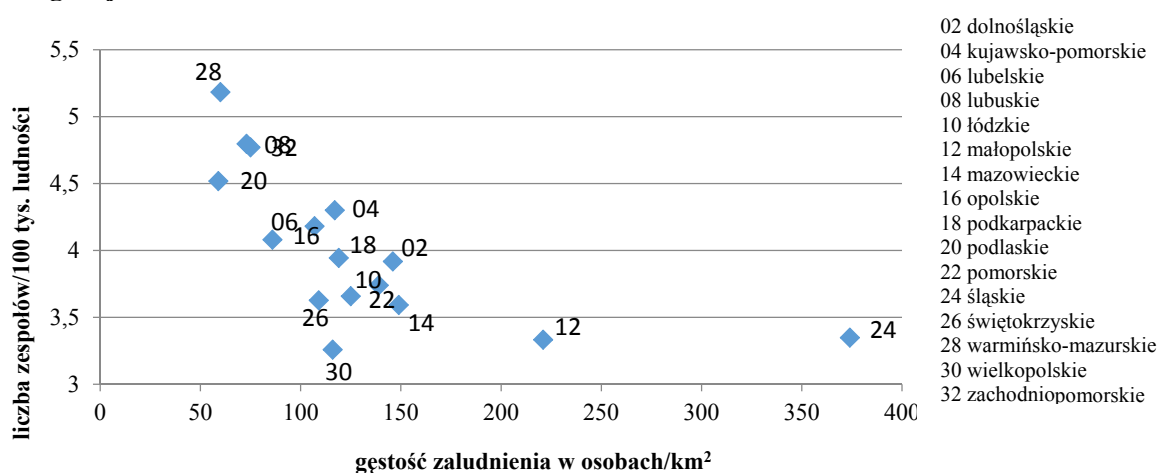
⁸² System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

⁸³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. 2011, Nr 3, poz. 6).

W 2013 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1472 zespołów ratownictwa medycznego (o 21 mniej niż przed rokiem), w tym 865 (58,8%) zespołów podstawowych i 607 (41,2%) 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 i zachodniopomorskim – od 4,8 do 5,2 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w wielkopolskim, małopolskim i śląskim – 3,3 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 37. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2013 r.



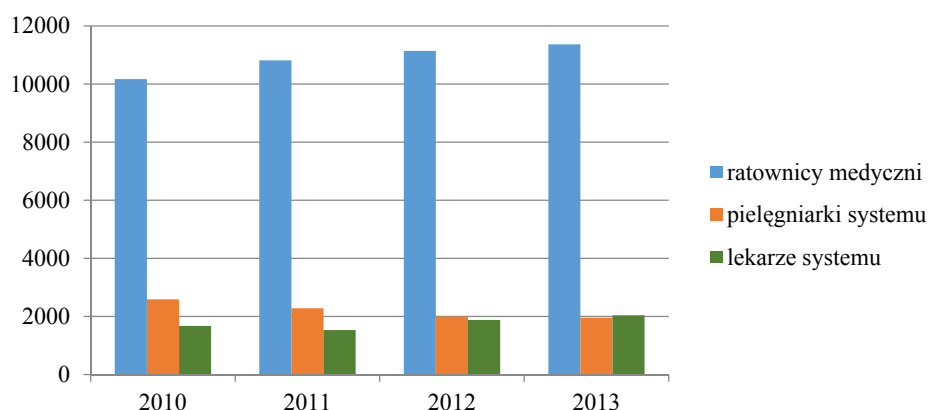
Oprócz opisanych zespołów wyjazdowych, jednostkami systemu PRM są również lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2013 r. w Polsce działało, podobnie jak w zeszłym roku, 19 takich zespołów, w tym 17 zaopatrzone w śmigłowce, a 2 w samoloty (samoloty były używane tylko do lotów transportowych). Zespoły lotnicze funkcjonowały we wszystkich województwach, z wyjątkiem województwa opolskiego, z kolei w województwie mazowieckim były 4 takie zespoły (w tym 2 samoloty), a w podlaskim – 2.

Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁸⁴ wykazały, że w 2013 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁸⁵ stanowiło 11,4 tys. ratowników medycznych, 2,0 tys. pielęgniarek systemu i 2,0 tys. lekarzy systemu. Poniższy wykres pokazuje, że z roku na rok rośnie liczba ratowników medycznych, maleje natomiast liczba pielęgniarek systemu. Liczba lekarzy systemu wzrasta od 2011 r.

⁸⁴ Dane GUS – formularz ZD-4.

⁸⁵ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Wykres 38. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2010-2013

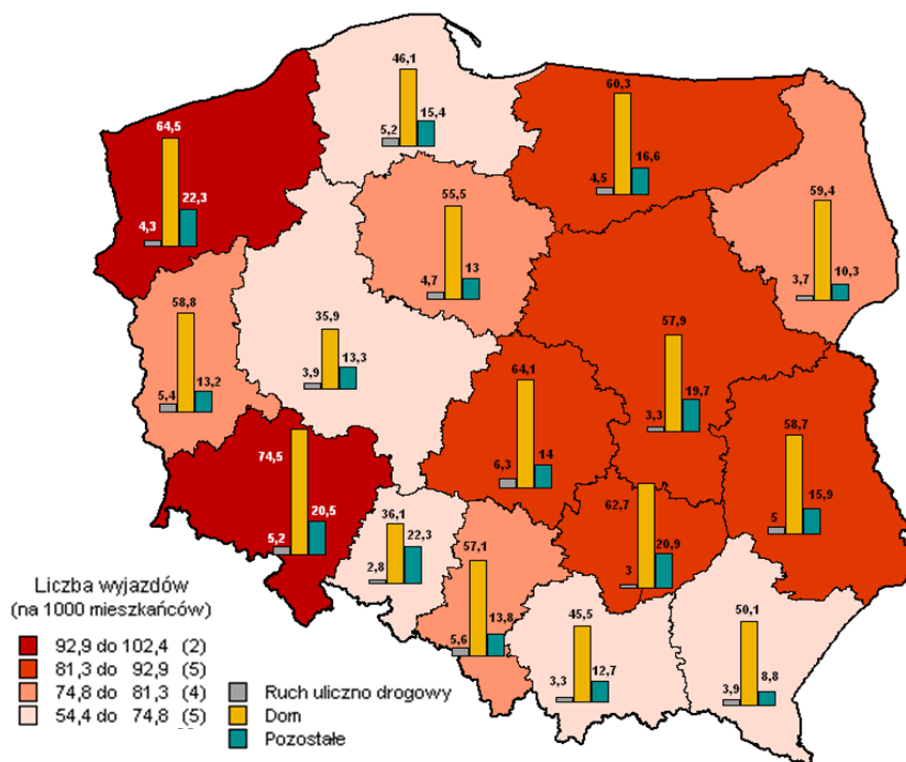


Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

W ramach ratownictwa medycznego w 2013 r. zrealizowano niemal 3,0 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, o 5% więcej niż w zeszłym roku.

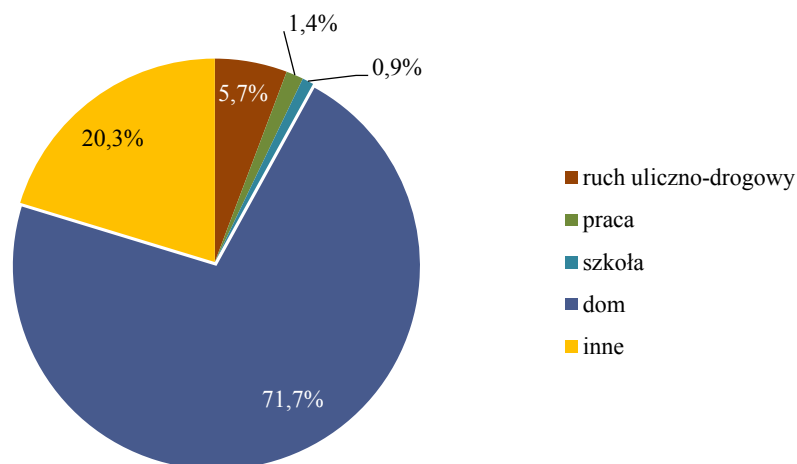
Struktura wyjazdów ze względu na miejsce zdarzenia pozostała niezmienna od 2004 r. Zdecydowaną większość, bo ok. 72% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów PRM, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły ok. 6%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1%. Miejsca zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 20%.

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



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

Wykres 39. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2013 r.

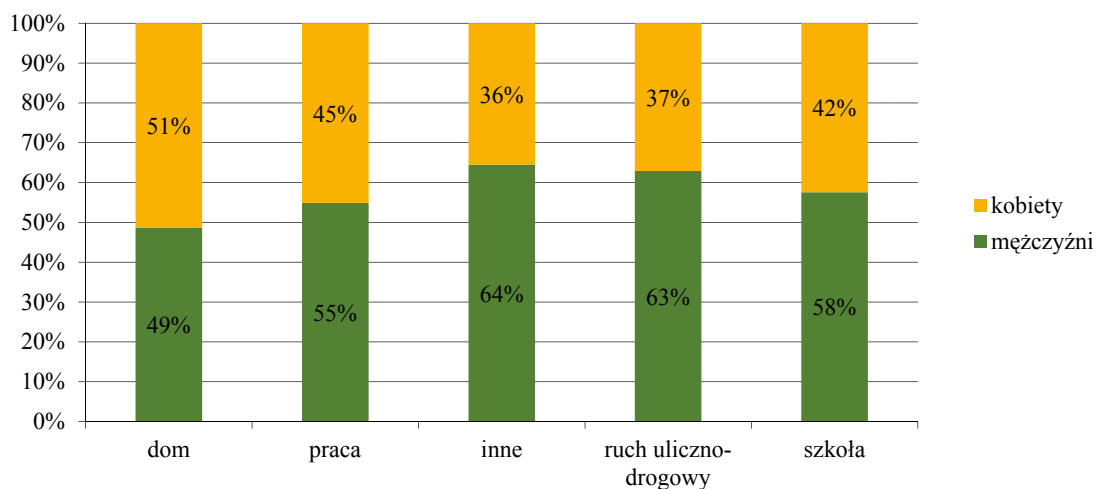


Liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów (w trakcie jednego wyjazdu mogła zostać udzielona pomoc więcej niż jednej osobie) i wyniosła ponad 3,0 mln. Wskaźnik na 1 tys. ludności, wyniósł 78,0. Podobnie jak w roku 2012, najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (102), a najmniej w wielkopolskim (54).

Struktura płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczenia, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: nieznacznie wzrósł udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 – do niewiele ponad 6% i osób w wieku 65 lat lub więcej – 41,1%, zmalał natomiast, o 1 punkt proc., odsetek osób w wieku od 18 do 64 lat i wyniósł 52,5%.

Wśród osób, którym udzielono pomocy, większość stanowili mężczyźni (52,8%). Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 55% w większości kategorii.

Wykres 40. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2013 r.



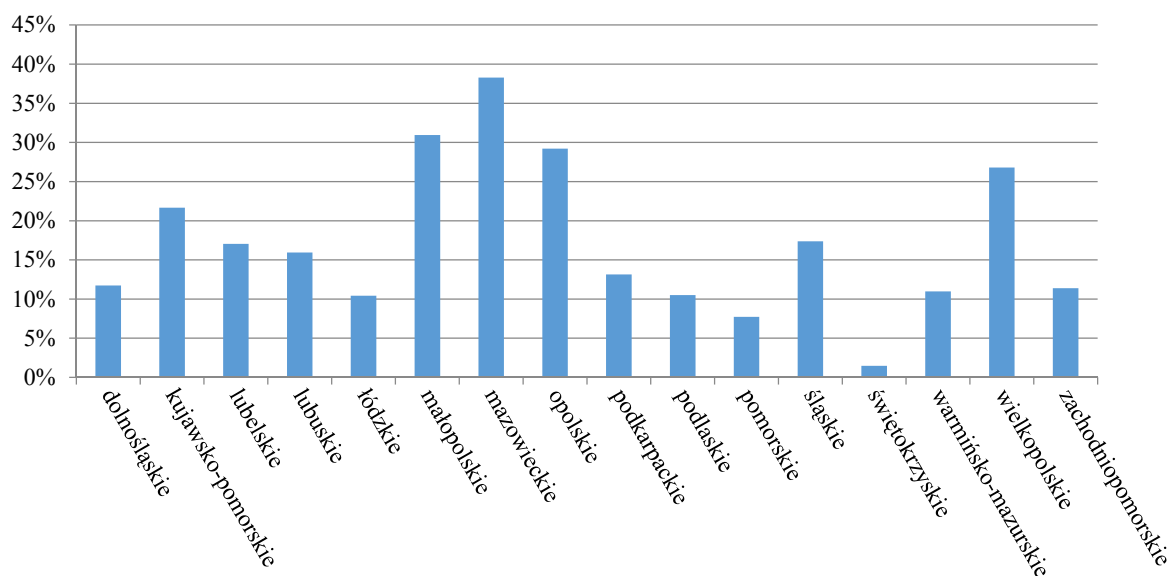
Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁸⁶ czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany oraz trzeciego kwartyla. 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 miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. W 2013 r. mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia dla każdego województwa spełniała wymienione wyżej kryteria.

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 kształtuje się od 3 w województwie świętokrzyskim do 31 w wielkopolskim.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzały się wezwania do sytuacji nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu. Poniższy wykres przedstawia dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z Urzędów Wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów. W województwach mazowieckim, małopolskim i opolskim było najwięcej takich wyjazdów, a w świętokrzyskim, pomorskim i łódzkim – najmniej.

⁸⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

Wykres 41. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2013 r.



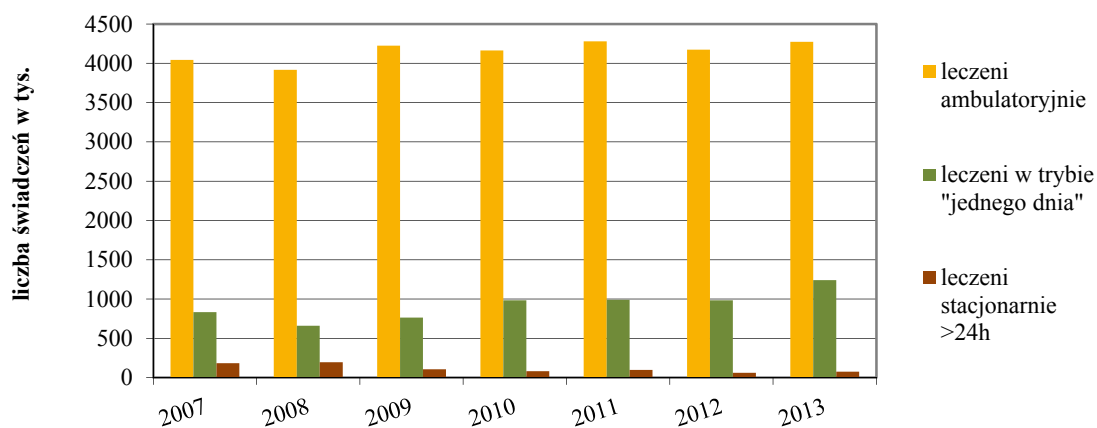
Szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć

W końcu 2013 roku w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowały 217 szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), o 9 więcej niż w 2012 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.

Większość pacjentów SOR i izb przyjęć otrzymała świadczenia ambulatoryjne (patrz wykres poniżej).

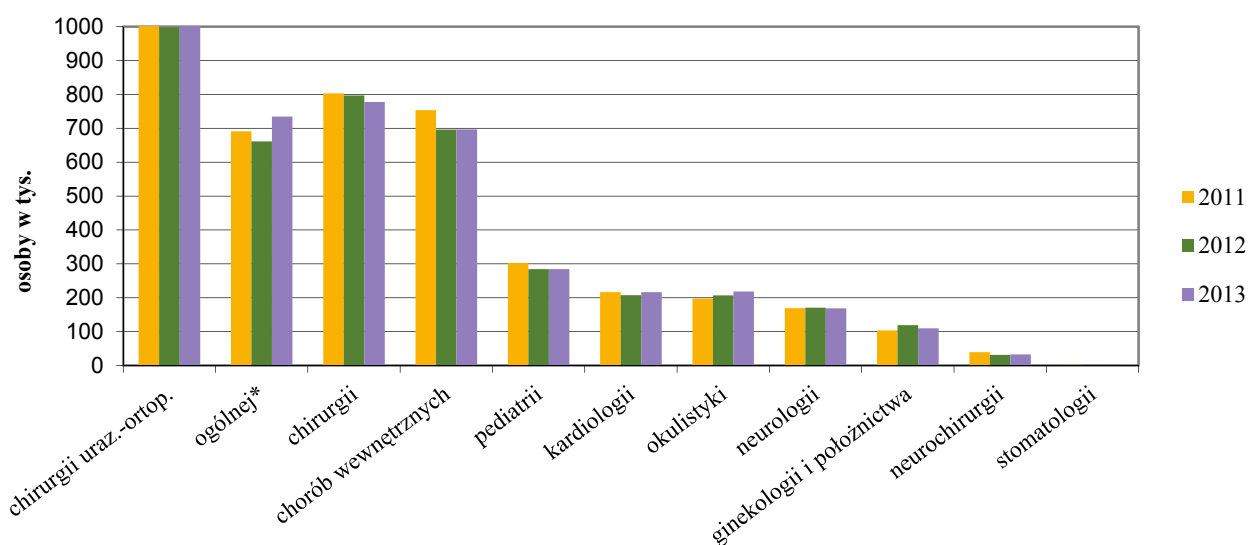
Wykres 42. Pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć w latach 2007-2013 według udzielonych świadczeń



Ponadto z systemem PRM współpracowały 148 **izby przyjęć w szpitalach**.

W 2013 roku w izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej w **trybie ambulatoryjnym** 4,3 mln osób, o ponad 100 tys. więcej niż w roku 2012 i niemal tyle samo co w 2011 r. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 54,8%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 19,9%, a osoby powyżej 65 roku życia – 22,2%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym.

Wykres 43. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni (w tys.)



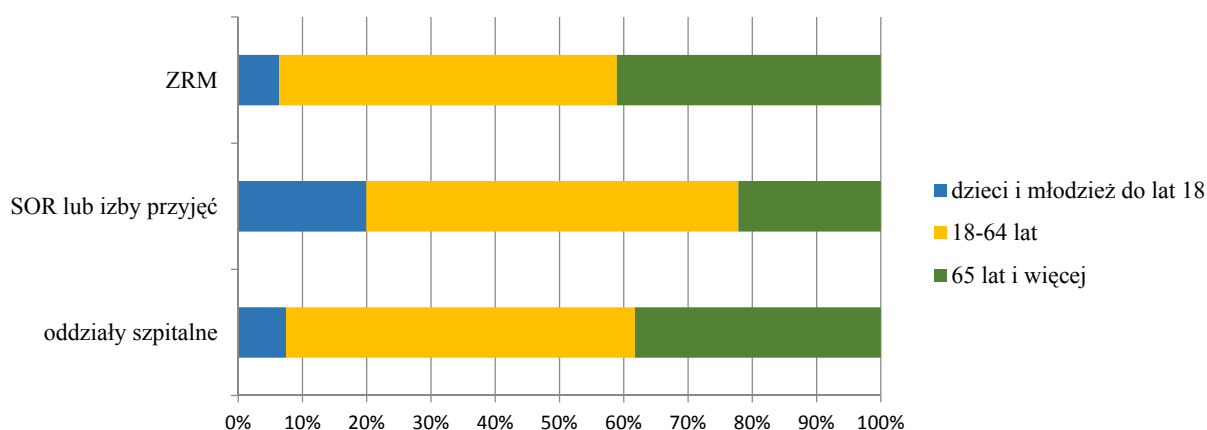
* niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych

Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 737 łózkami (o 14,8% więcej niż w 2012 r.) oraz 917 miejscami dziennymi (przeznaczonymi do udzielania świadczeń w trybie „jednego dnia”).

SOR w trybie **stacjonarnym** (pobyt powyżej 24 godzin) udzieliły pomocy 75,7 tys. osób. Było to o 22,3% więcej niż w roku 2012. Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 7,4% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 38,3% wszystkich pacjentów. Wrosła liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia” (w porównaniu z zeszłym rokiem wzrost o 26,2%) i wyniosła ona 1241 tys.

Dostrzec można istotne różnice w strukturze pacjentów ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych ze względu na wiek. Dzieci i młodzież do lat 18 znacznie częściej niż z innych form pomocy doraźnej korzystały z SOR (3 razy większy odsetek), a osoby w starszym wieku – z pomocy ZRM, które głównie były wzywane do domu pacjenta.

Wykres 44. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2013 r.



Oprócz jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę pełnią **centra urazowe**. Są one wydzielonymi funkcjonalnie częściami szpitali, w których działają SOR. W ramach centrów urazowych specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta z ciężkimi, mnogimi lub wielonarządowymi obrażeniami ciała.

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)⁸⁷

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 oraz 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.

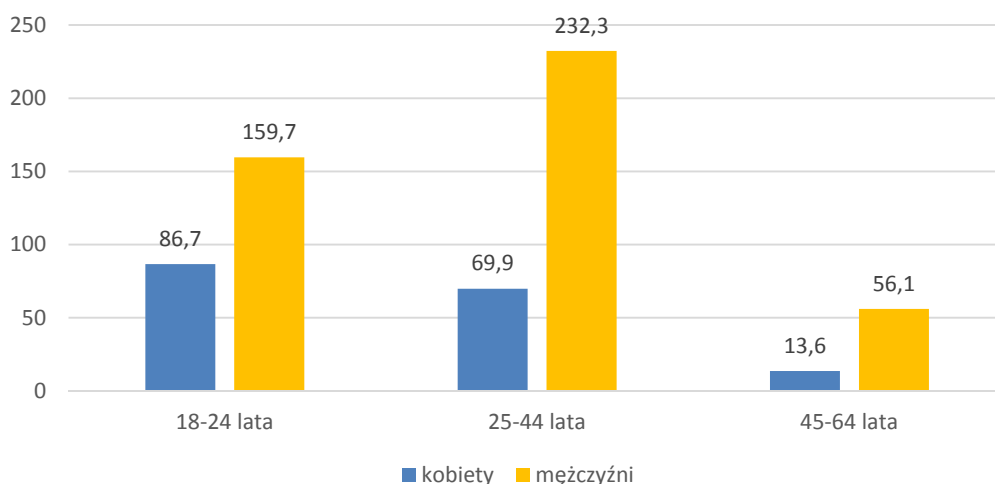
⁸⁷ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2013, poz. 757 z późn. zm.).

2.5. KRWIODAWSTWO

Obraz krwiodawstwa w Polsce na przestrzeni ostatnich lat niewiele się zmienił. Podstawowe wskaźniki nieznacznie rosną. W 2013 roku funkcjonowały 23 regionalne centra **krwiodawstwa** oraz 143 oddziałów terenowych, łącznie z resortowymi (o 4 mniej niż w 2012 r.)

Zbiorowość krwiodawców⁸⁸ liczyła 646 tys. osób (o 8 tys. więcej niż przed rokiem). Ponad 70% spośród nich stanowili dawcy, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Przekazali oni łącznie 1,2 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 533 tys. litrów.

Wykres 45. Krwiodawcy według płci i wieku w 2013 r. (w tysiącach)



Źródło: Narodowe Centrum Krwi

Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (ok 70% dawców krwi) i osoby w grupie wieku od 25-44 lat. W porównaniu z 2012 r. zmalała liczba krwiodawców z najmłodszej grupy wiekowej.

⁸⁸ Krew lub jej składniki może oddać osoba, która:

- odpowiada wymaganiom zdrowotnym pozwalającym na ustalenie na podstawie badań lekarskich i badań laboratoryjnych;
- 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. (Źródło: Narodowe Centrum Krwi)

Tabl. 2C. Krwiodawcy i pobrana krew w latach 2007, 2011, 2012 i 2013 r.

Wyszczególnienie	2007	2011	2012	2013
Krwiodawcy (w tys.)	604,1	635,0	638,1	646,4
Pobrana krew pełna w donacjach (w tys.)	982,5	1180,9	1181,3	1184,0
Wyprodukowano w jednostkach (w tys.):				
koncentrat krwinek czerwonych	974,6	1160,7	1159,7*	1157,0
świeżo mrożone osocze	1051,4	1222,1*	1219,4	1220,4

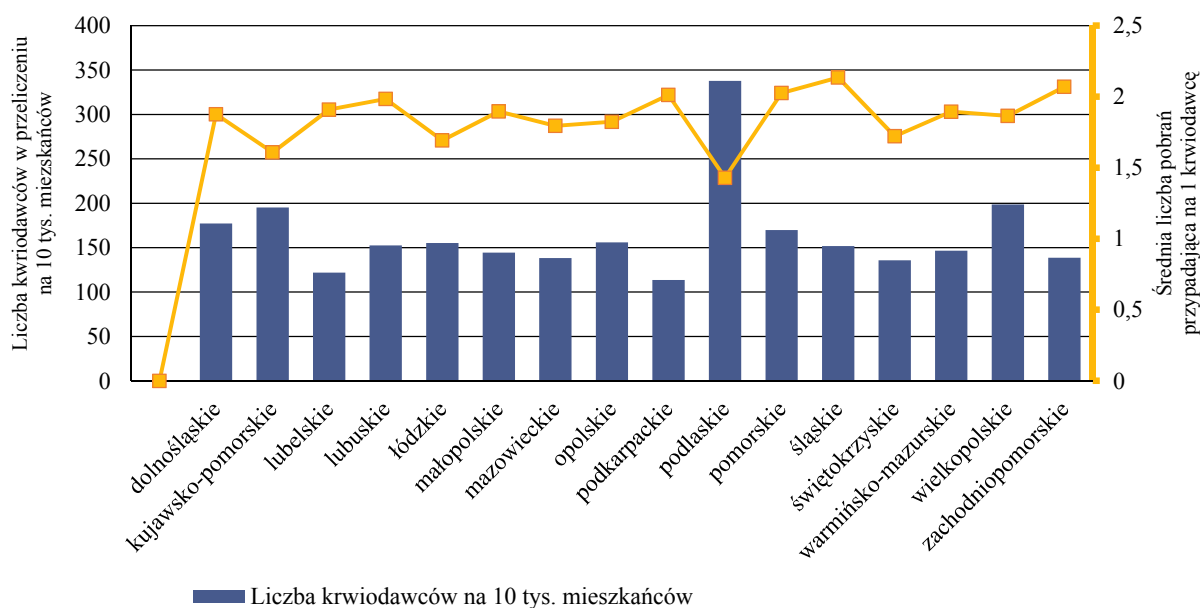
*Zmiana w stosunku do poprzedniej edycji.

Źródło: Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

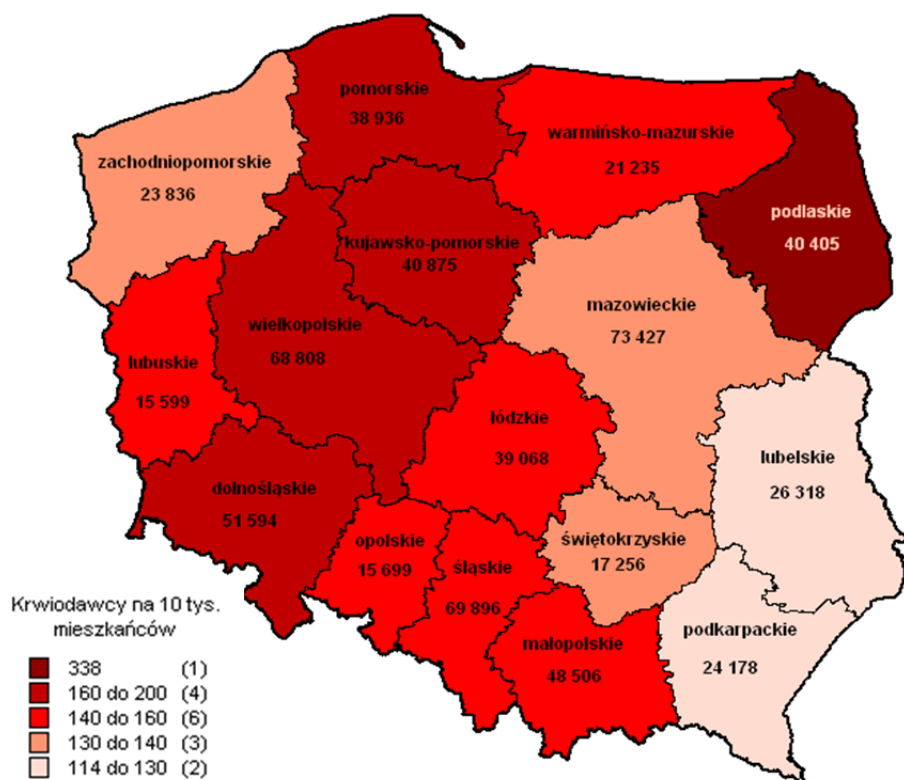
W 2013 roku pobrano 1199,6 tys. donacji krwi i jej składników. Według informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że Koncentrat Krwinek Czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby leczenia w Polsce. Do celów klinicznych zużywa się ok.30% osocza pochodzącego od honorowych krwiodawców.

Najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 212,1 tys. krwiodawców i pobrano 409,3 tys. donacji krwi pełnej. Krwiodawcy z tych województw stanowili 34,5% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców i oddali 35,8% krwi pełnej pobranej w całej Polsce.

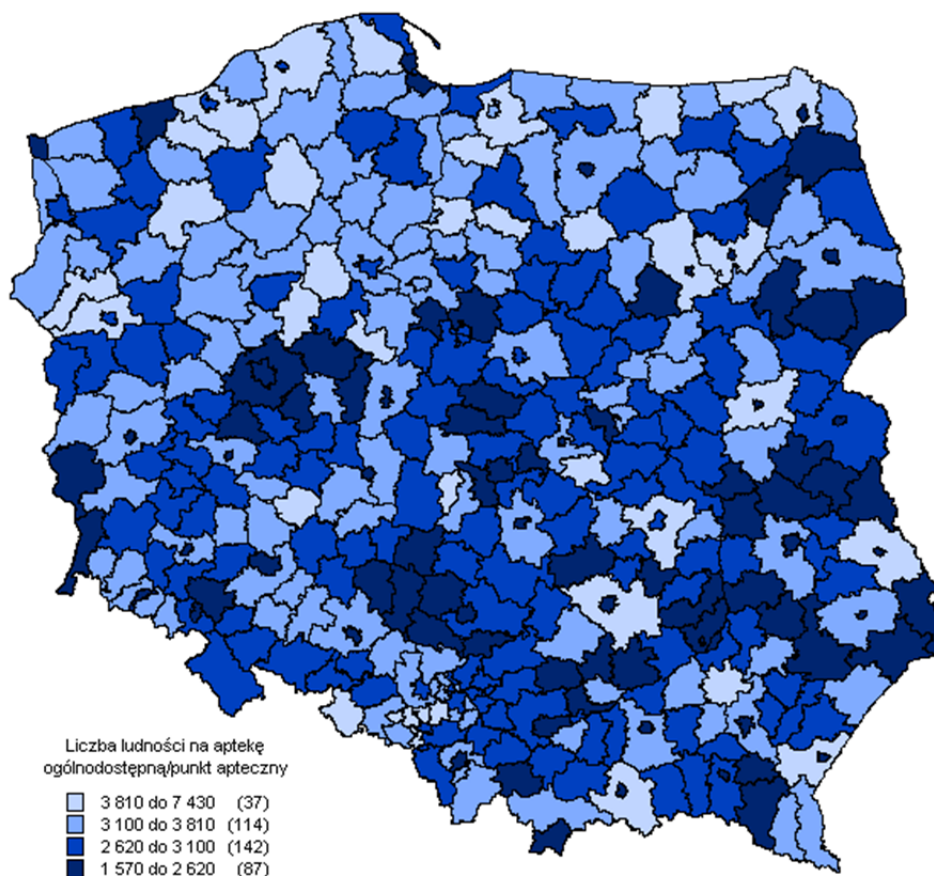
Wykres 46. Krwiodawcy według województw w 2013 r.



Mapa 13. Krwiodawcy według województw



Mapa 14. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny według powiatów

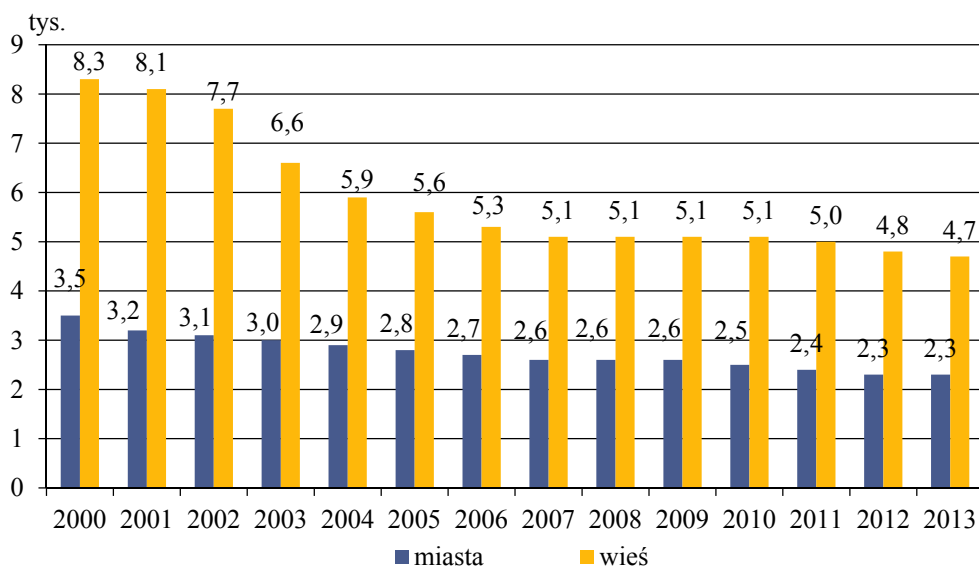


2.6. APTEKI

Istotnym elementem systemu ochrony zdrowia są **apteki i punkty apteczne** zaopatrujące ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne, zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne, działają niemal w całości na terenach wiejskich (99%) i uzupełniają sieć aptek. Ich oferta jest węższa niż aptek, gdyż mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

W 2013 r. na terenie Polski zbadano łącznie 12,2 tys. aptek ogólnodostępnych (o 200 więcej niż przed rokiem), 34 apteki zakładowe⁸⁹ i 1,3 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne należały do prywatnych właścicieli (99,6%). Liczba aptek ogólnodostępnych z roku na rok wzrasta, a w konsekwencji spada liczba ludności przypadająca na 1 aptekę. W 2013 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,1 tys. osób, czyli o 100 osób mniej niż przed rokiem. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,7 tys. (dla województwa lubelskiego) do 3,6 tys. (dla województwa warmińsko-mazurskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,7 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w 2013 r. wyniosła przeciętnie 4,7 tys., było to również o 100 osób mniej niż w 2012 r.

Wykres 47. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny latach 2000-2013



⁸⁹ 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 przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne. art. 87, Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271).

Rozmieszczenie aptek i punktów aptecznych w układzie wojewódzkim nie zmieniło się istotnie. Najwięcej aptek zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,5% wszystkich aptek ogólnodostępnych i 12% wszystkich punktów aptecznych). Na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego znajdowała się najmniejsza liczba aptek ogólnodostępnych – po 2,5% oraz 2,6% ogółu, a w województwie zachodniopomorskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (39, tj. 3% ogólnej liczby punktów aptecznych).

Analiza liczby ludności na aptekę wykazała, że najczęściej ludności przypada na placówkę w województwie podkarpackim, warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim, najmniej w województwie lubelskim, łódzkim oraz dolnośląskim.

Województwo podkarpackie i podlaskie charakteryzowało się największym wzrostem liczby aptek ogólnodostępnych – odpowiednio o 5% i 7% w stosunku do roku 2012, największym spadkiem – województwo świętokrzyskie. W tym samym województwie ubyło stosunkowo dużo punktów aptecznych (spadek o 2%), chociaż największy spadek zanotowano w województwie lubuskim (o 6%). Najwyższy wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano na terenie województwa śląskiego (o 15%), opolskiego (o 12%), lubuskiego (o 10%).

Utrzymał się trwający od kilku lat trend spadkowy w zakresie liczby aptek i punktów aptecznych pełniących dyżury nocne. W omawianym roku 3,5% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne, a niecałe 21% placówek pełniło je okresowo (o 2 pkt. proc. mniej niż przed rokiem).

W 2013 r. 79% aptek posiadało jakiekolwiek udogodnienia (o 3 pkt. proc. więcej niż przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (54% aptek). W przypadku punktów aptecznych na wsi analogiczny wskaźnik wyniósł 84% (o 5 pkt. proc. więcej niż w 2012 r.), a większość udogodnień to również pochylnie, podjazdy, platformy.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 25,5 tys. magistrów farmacji oraz 27,5 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio – 85% i 94%).

Po raz pierwszy zadano sprawozdawcom pytanie o prowadzenie przez aptekę sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej. Okazało się, że niecałe 3% aptek ogólnodostępnych prowadzi tego typu działalność, największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie (5,9%) oraz lubelskie (4,1%), najmniejszy województwo podkarpackie, świętokrzyskie, zachodniopomorskie (1,1%, 1,7%, 1,7%). W przypadku punktów aptecznych, 0,3% z nich prowadziło sprzedaż wysyłkową, ale w województwie pomorskim odsetek ten wyniósł 2,3%, dolnośląskim 1,3%, łódzkim 1,2%, śląskim 0,9%, a punkty apteczne w pozostałych województwach nie prowadziły tego rodzaju handlu.

2.7. SŁUŻBA MEDYCyny PRACY W 2013 R.

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, stanowiące podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny⁹⁰.

W 2013 r. w Polsce zarejestrowanych było 6362 jednostek podstawowych służby medycyny pracy (smp), w tym 2842 praktyk lekarskich. W stosunku do 2012 r. liczba jednostek podstawowych zmniejszyła się o 4,2%.

W Polsce prowadzi działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Zapis w ustawie o służbie medycyny pracy wskazuje, że w każdym z województw musi funkcjonować jeden ośrodek rangi wojewódzkiej, posiadając lub nie swoje oddziały terenowe. Są jednak województwa, które stać na utrzymanie więcej niż jednego ośrodka. Dotyczy to trzech województw: lubuskie, zachodniopomorskie (w każdym z tych województw prowadzą działalność dwa ośrodki) oraz kujawsko-pomorskie, w którym funkcjonują aż trzy ośrodki szczebla wojewódzkiego. Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy prowadzą swoją działalność w dwóch formach organizacyjno-finansowych: jako jednostki budżetowe – do nich należą ośrodki: w Gdańsku, Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim oraz jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (pozostałych 17 WOMP).

Do wykonywania zadań służby medycyny pracy w zakresie przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, uprawnieni są lekarze spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne⁹¹.

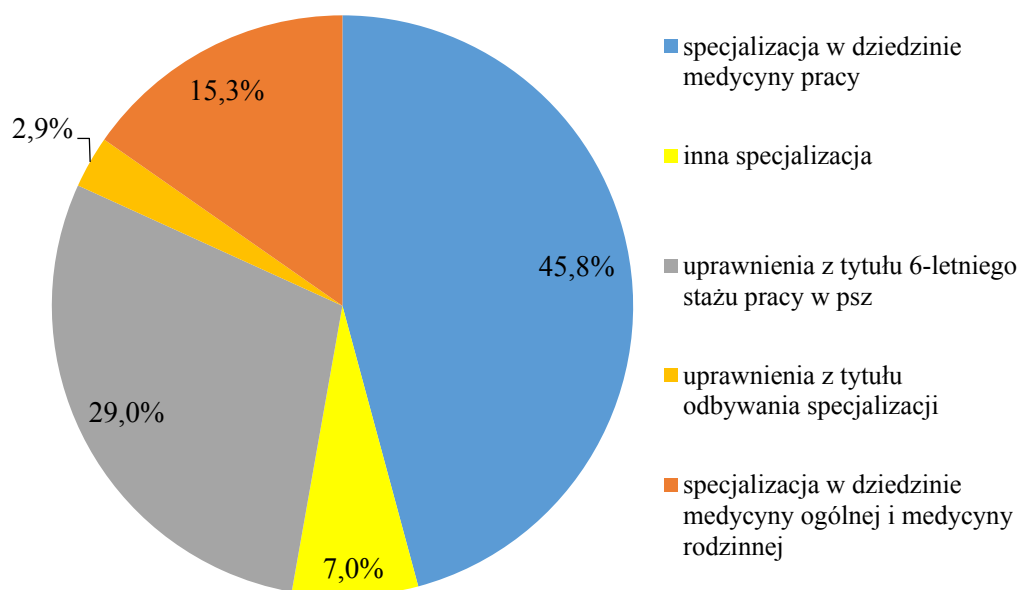
W 2013 r. liczba lekarzy uprawnionych⁹² do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi wynosiła 7085 lekarzy. Ponieważ nie wszyscy lekarze uprawnieni dopełnili obowiązku sprawozdawczego, z pozyskanych danych można wnioskować, iż w strukturze lekarzy, w stosunku do 2012 r. nie odnotowano istotnych zmian (wykres 48)

⁹⁰ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy art. 2 ust. 2 ; (Dz.U.2004.125.1317 z późn. zm.).

⁹¹ Wymagania te są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. 96.69.332 z późn. zm.).

⁹² Dane na podstawie rejestrów prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

Wykres 48. Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych wg wymogów kwalifikacyjnych w 2013 r.



Spośród lekarzy medycyny pracy, 1647 lekarzy posiadało dodatkowe kwalifikacje uprawniające do badania pracowników: narażonych na działanie promieniowania jonizującego (kwalifikacje oznaczone symbolem J), wykonujących pracę w warunkach tropikalnych, morskich lub podwodnych lub powracających z pracy w warunkach tropikalnych (symbol T) oraz pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego (symbol K).

Kolejną grupą lekarzy posiadającą uprawnienia⁹³ do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich są lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. W 2013 r. było 148 takich lekarzy.

W 2013 r. wykonano blisko 4,1 ml badań lekarskich dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy w tym: ponad 1,5 mln badań wstępnych, blisko 2,2 mln badań okresowych i ponad 285 tys. badań kontrolnych.

Od wielu lat struktura wydawanych orzeczeń jest mało zróżnicowana. Zaświadczenia stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku stanowią w skali kraju ponad 99% wszystkich wydanych orzeczeń.

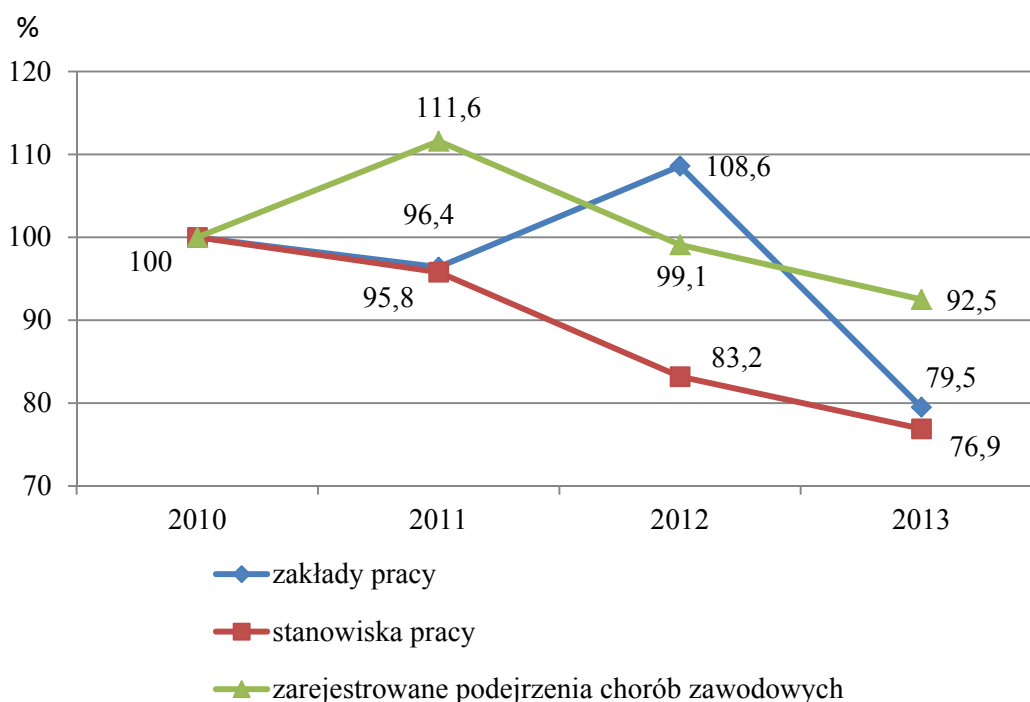
⁹³ Uprawnienie to jest ograniczone: badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji, i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji.

Opieka zdrowotna nad pracującymi wymaga poprawnej oceny czynników szkodliwych i uciążliwych, a także organizacyjnych występujących w środowisku pracy. Informacje otrzymane od pracodawcy kierującego pracownikiem na badania profilaktyczne mogą okazać się niewystarczające. W takiej sytuacji powinny zostać zweryfikowane w oparciu o spostrzeżenia z przeprowadzonych przez lekarza wizytacji stanowisk pracy. W aktualnym stanie prawnym wizytowanie zakładów i stanowisk pracy nie jest obowiązkowe dla lekarza sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi, a jedynie zalecane.

W 2013 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację jedynie 9376 zakładów i 56318 stanowisk pracy. W porównaniu do 2012 r. odnotowano znaczny spadek o ponad 26% liczby wizytowanych zakładów pracy.

Jedną z działalności lekarzy medycyny pracy jest kierowanie do jednostki orzeczniczej osób w związku z podejrzeniem choroby zawodowej. W 2013 r. zarejestrowano 1288 takich podejrzeń (w porównaniu do 2012 r. odnotowano spadek o 6,7%).

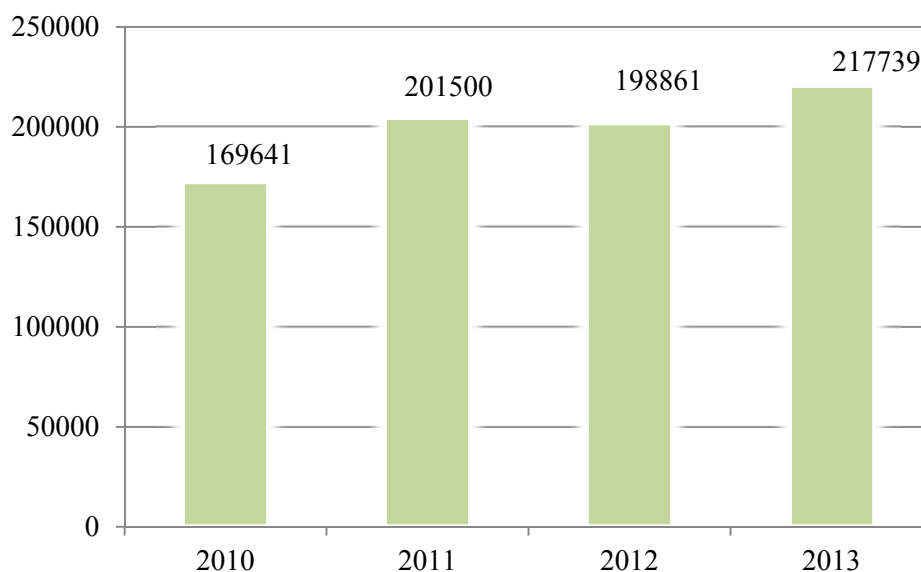
Wykres 49. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2010-2013



Ustawa o służbie medycyny pracy obowiązuje pracodawcę do zawarcia z jednostką podstawową służby medycyny pracy pisemnej umowy na wykonanie, co najmniej, badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej ze względu na warunki pracy, na zasadach określonych w Kodeksie pracy oraz przepisach wydanych na jego podstawie.

Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 217 tys.

Wykres 50. Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2010-2013



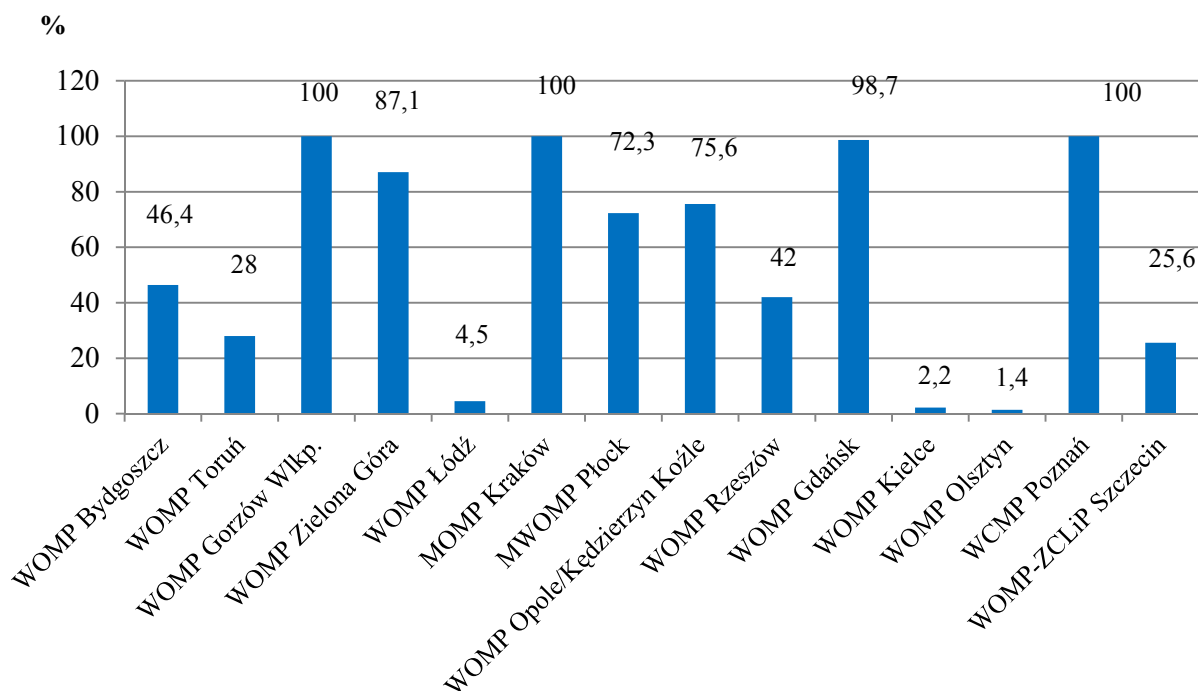
Zadania wojewódzkich ośrodków medycyny pracy określa art. 17 ustawy o służbie medycyny pracy. Jednym z zadań tych ośrodków jest rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. W 2013 r. ośrodki wojewódzkie rozpatrzyły 1349 odwołań, w tym 679 przypadków, w których po ponownym przeprowadzeniu badania lekarskiego, lekarze womp utrzymali w mocy orzeczenia wydane przez jednostki podstawowe smp.

W ramach działalności konsultacyjnej wojewódzkich ośrodków medycyny pracy wyróżniamy 3 rodzaje świadczeń: 1/ badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych. W 2013 r. w ośrodkach wojewódzkich udzielono 5518 takich konsultacji, 2/ świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (25008 konsultacji), 3/ konsultacje w zakresie chorób zawodowych (40498 konsultacji).

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa⁹⁴, „jest właściwa do realizowania zadań w zakresie prowadzenia działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej”. Świadczenia te są realizowane w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. W 2013 r. nie odnotowano istotnych zmian w porównaniu do 2012 r.; ośrodki wojewódzkie łącznie objęły ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową 13716 osób i wykonały 287914 zabiegów.

⁹⁴ Art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. 97.96.593 z późn.zm.).

Wykres 51. Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami zawodowymi w stosunku do ogółu wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych w womp w 2013 r.



W 2013 r. świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową wykonywane były w 14 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Podobnie jak w 2012 r. 3 ośrodki wojewódzkie (Gorzów Wlkp., Kraków oraz Poznań) realizowały wyłącznie świadczenia, które mają na celu zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszają powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegają dalszemu rozwojowi choroby.

W pozostałych womp, udział tych świadczeń w stosunku do zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych na podstawie kontraktów z NFZ i ZUS wahał się w przedziale od 98,7% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Gdańsku do 1,4% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Olsztynie.

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.1. NARODOWY RACHUNEK ZDROWIA

Narodowy Rachunek Zdrowia⁹⁵ (NRZ) obejmuje wydatki na **ochronę zdrowia**, opisane przez funkcje usług ochrony zdrowia, płatników i dostawców usług zdrowotnych w podziale na wydatki publiczne (instytucje rządowe i samorządowe, NFZ, ZUS, KRUS) oraz wydatki sektora prywatnego i sektora zagranica. Poniżej przedstawiono wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia (NRZ) za 2012 r. oraz zasygnalizowano zmiany, jakie zaszły w strukturze wydatków w porównaniu z poprzednim rokiem, jak również w latach 2003-2012, w okresie, w którym opracowywane były narodowe rachunki zdrowia zgodnie z metodologią SHA 1.0.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2012 rok.

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły w 2012 r. 107,8 mld zł i stanowiły 6,8% Produktu Krajowego Brutto (6,9% PKB w 2011 r.).

W relacji do PKB bieżące wydatki prywatne kształtowały się w 2012 r. na podobnym poziomie jak w roku 2011 (1,9% PKB), natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia zmniejszył się z 4,53% do 4,43%.

Wartości podstawowych kategorii Narodowego Rachunku Zdrowia przedstawia poniższa tablica.

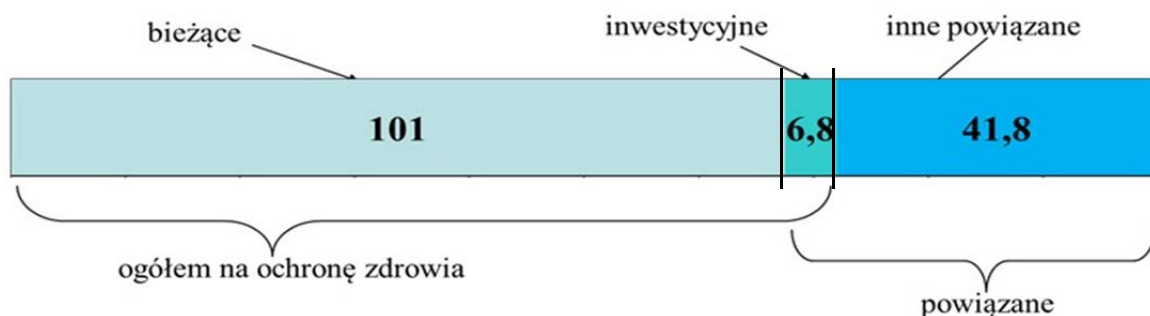
Tabl. 3A. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2011 i 2012 r.^{a)}

Wyszczególnienie	2011		2012	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 528 127	100,00	1 596 378	100,00
Publiczne wydatki bieżące	69 224	4,53	70 770	4,43
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	1 973	0,13	2 384	0,15
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	4 220	0,28	4 097	0,26
Fundusze ubezpieczeń społecznych	63 031	4,12	64 290	4,03
Prywatne wydatki bieżące	28 450	1,86	30 271	1,90
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gosp. domowych	23 397	1,53	24 517	1,54
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	5 052	0,33	5 754	0,36
Razem wydatki bieżące	97 673	6,39	101 042	6,33
Inwestycje	7 323	0,48	6 761	0,42
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	104 997	6,87	107 802	6,75
a) Łącznie z wydatkami sektora Zagranica				

⁹⁵ Więcej informacji na temat Narodowego Rachunku Zdrowia znaleźć można m.in. w pracach: „A System of Health Accounts” OECD, 2000 oraz „Narodowy Rachunek Zdrowia, Wydatki na ochronę zdrowia 1999, 2002, 2003”, Alina Baran, Małgorzata Żyra.

Zależności pomiędzy poszczególnymi agregatami wydatków na opiekę zdrowotną stosowanymi w metodologii NRZ SHA.1.0 przedstawia poniższy rysunek.

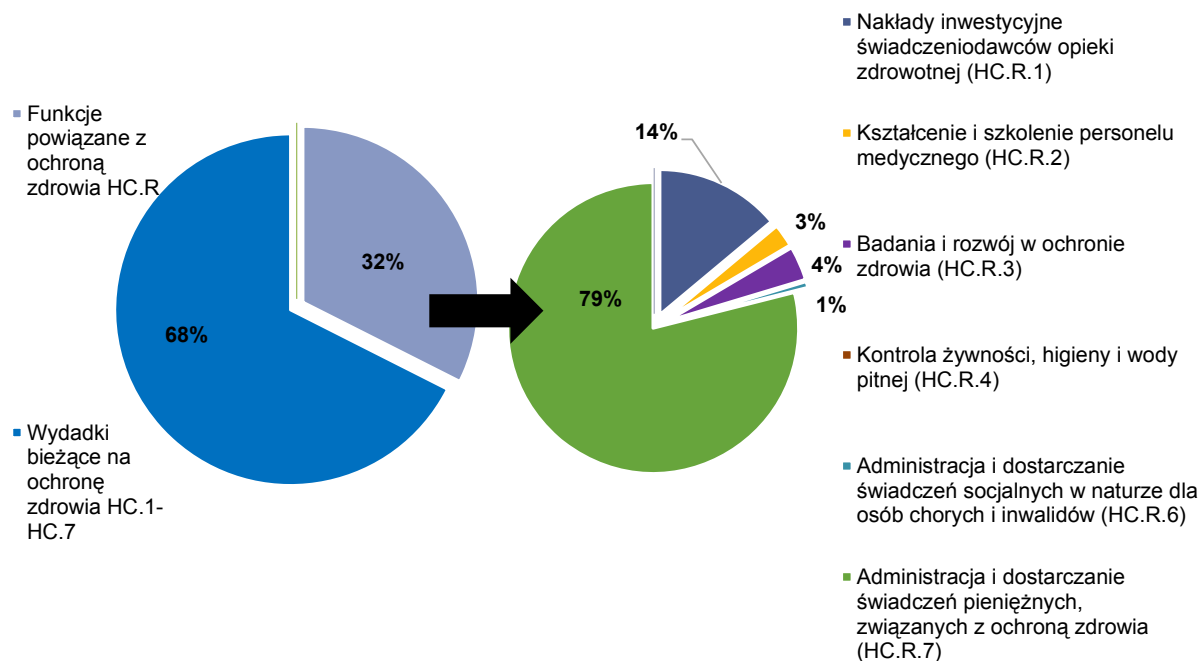
Schemat głównych agregatów wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia (w mld zł)



Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2012 r. wyniosły 101 042,7 mln zł (6,4% PKB), z czego wydatki bieżące publiczne to 70 770,5 mln zł (4,4% PKB) natomiast bieżące prywatne to 30 271 mln zł (1,9% PKB).

Wydatki powiązane z ochroną zdrowia wyniosły w 2012 roku 48 546,2 mln zł (3,0% PKB). Wydatki powiązane z ochroną zdrowia dodane do wydatków bieżących na ochronę zdrowia tj. **wydatki łączne**, osiągnęły w 2012 r. wartość 150 mld zł, czyli 9,4% PKB (9,6% PKB w 2011 r.).

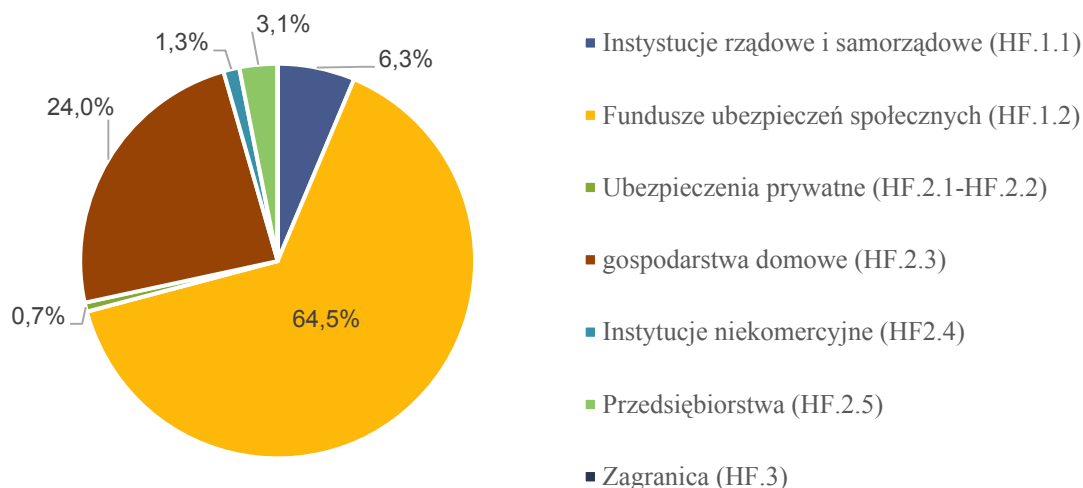
Wykres 52. Wydatki łączne na ochronę zdrowia w 2012 r. według funkcji



Przytłaczającą większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia stanowią wydatki bieżące, których udział w 2012 r. wyniósł 93,7%.

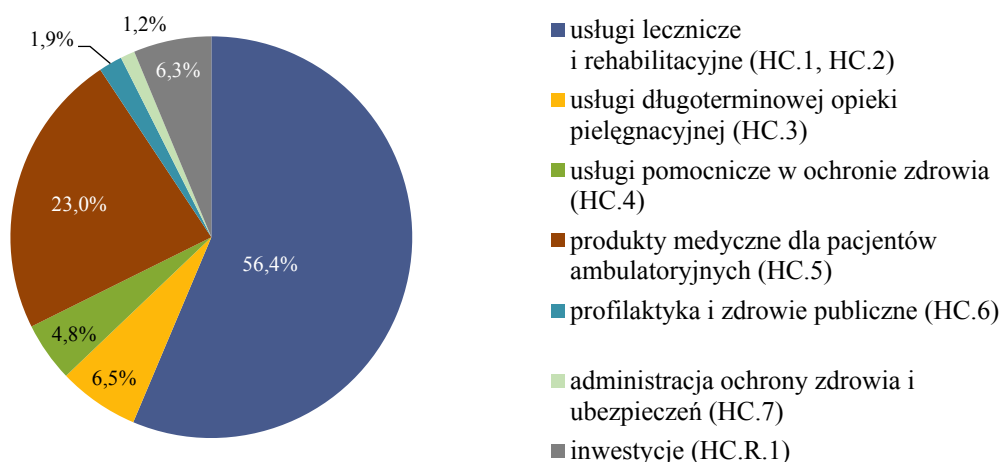
Przedstawiona na wykresie 53 struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników nie zmieniła się zasadniczo od lat. Nadal ok. 70% wydatków stanowiły wydatki instytucji rządowych i samorządowych (łącznie z NFZ), co oznacza, że ich udział nie zmienił się znacząco w porównaniu z 2011 r.

Wykres 53. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według płatników w 2012 r.



W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych (80,9%), przy czym proporcje te układały się różnie, w zależności od realizowanych funkcji. I tak na przykład, usługi lecznicze w 81,4% były finansowane ze środków publicznych, a w 18,6% przez sektor prywatny, udział finansowana ze środków publicznych „długoterminowej opieki pielęgnacyjnej” wynosił 92,7%, a dla kategorii „leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych” – jedynie 33,8%.

Wykres 54. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2012 r

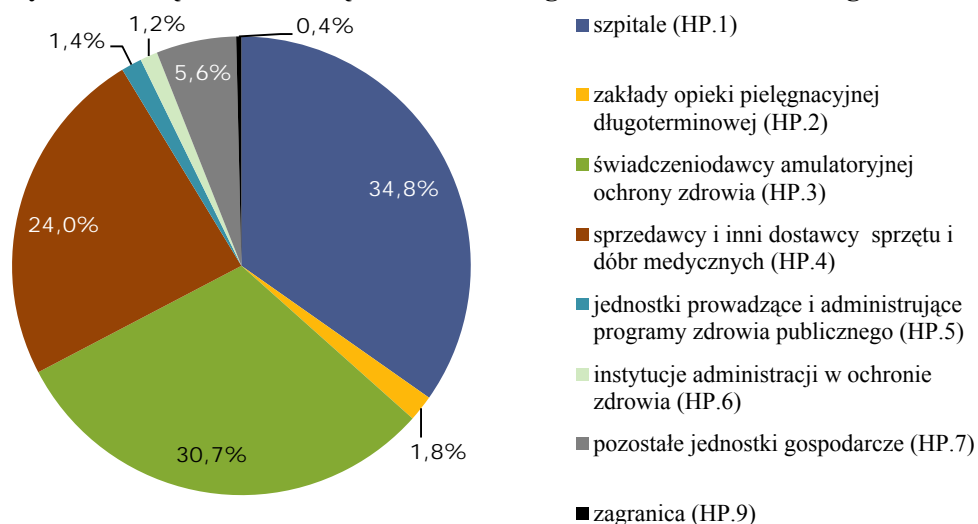


Biorąc pod uwagę funkcjonalne przeznaczenie poniesionych wydatków ogółem (wykres. 54), można stwierdzić, że zdecydowana większość (90,7%) to nakłady przeznaczone na „indywidualną

opiekę zdrowotną⁹⁶, zaś pozostałe wydatki zostały przeznaczone na działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, funkcje administracyjne oraz inwestycje.

W porównaniu z rokiem 2011 wydatki ogółem zwiększyły się nominalnie o 2,7%. Ze względu na strukturę wydatków, największy udział we wzroście kwotowym miały wydatki na usługi lecznicze⁹⁷ (wzrost o 5,7% przy udziale 52,9% w strukturze wydatków ogółem). Największy wzrost odnotowano w kategorii „Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej” (HC.4) o 15,8%.

Wykres 55. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2012 r.



Strumienie wydatków na ochronę zdrowia od poszczególnych płatników trafiają do dostawców dóbr i usług medycznych (wykres 55), realizujących poszczególne funkcje opieki zdrowotnej. I tak 95,9% nakładów przeznaczonych na szpitale stanowiły środki publiczne, zaś 4,1% stanowiły środki pochodzące ze źródeł prywatnych. W przypadku opieki ambulatoryjnej proporcje te wynosiły odpowiednio – 64,0% i 36,0%, natomiast dla praktyk stomatologicznych – 14,9% i 85,1%. W porównaniu z 2011 r., zwiększyły się nakłady trafiające do większości wyróżnianych w NRZ grup świadczeniodawców. Największy nominalny wzrost wydatków odnotowano w grupie jednostek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (o 2512 mln zł, tj. o 8,8% i w przypadku szpitali o 1527 mln zł, tj. o 4,5%), natomiast największą dynamikę (17,2%, tj. 273 mln zł) – w grupie stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej. O 4,3 %, tj. o 1079 mln zł zmalały wydatki w grupie sprzedawców i innych dostawców dóbr medycznych. Nie zmieniła się natomiast istotnie struktura dostawców usług opieki zdrowotnej. Nadal największy udział w wydatkach miały szpitale – 34,8% (o 0,4 pkt. proc. więcej niż przed rokiem). Drugą co do wielkości pozycję w wydatkach wg dostawców stanowili świadczeniodawcy ambulatoryjni – 30,7% (o 1,5 p. proc. więcej). Natomiast

⁹⁶ Indywidualna opieka zdrowotna obejmuje usługi lecznicze i usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze oraz leki i inne produkty medyczne

⁹⁷ Do grupy usług leczniczych zalicza się: leczenie szpitalne, leczenie „jednego dnia”, leczenie ambulatoryjne, usługi zdrowotne w domu pacjenta.

udział w wydatkach grupy sprzedawców i innych dostawców dóbr medycznych (w tym leków) wynosił 24,0% i był mniejszy niż przed rokiem o 1,9 pkt. proc.

Obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia występuje grupa wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Należą do nich wydatki inwestycyjne⁹⁸, a także nakłady polegające na dostarczaniu świadczeń pieniężnych, wydatki na kształcenie personelu medycznego oraz na badania i rozwój w ochronie zdrowia (tabl. 3B).

Tabl. 3B. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia w 2011 i 2012 r.

Wyszczególnienie	2011		2012	
	mln zł	%	mln zł	%
WYDATKI POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA	48 337	100,00	48 546	100,00
w tym:				
Inwestycje (HC.R.1)	7 323	15,15	6 761	13,93
Kształcenie i szkolenie personelu medycznego (HC.R.2)	1 916	3,96	1 249	2,57
Badania i rozwój w ochronie zdrowia (HC.R.3)	1 331	2,75	1 866	3,84
Administracja i dostarczanie świadczeń pieniężnych (HC.R.7)	36 560	75,64	38 323	78,94

W wydatkach powiązanych z ochroną zdrowia dominująca jest grupa nakładów na administrację i dostarczanie świadczeń pieniężnych (78,9% – o 3,3 pkt. proc. więcej niż przed rokiem). Zalicza się do niej świadczenia pieniężne wypłacane poszczególnym osobom lub gospodarstwom domowym. Podstawowym kryterium przyznania tych świadczeń jest stan zdrowia danej osoby lub osoby będącej pod jej opieką.

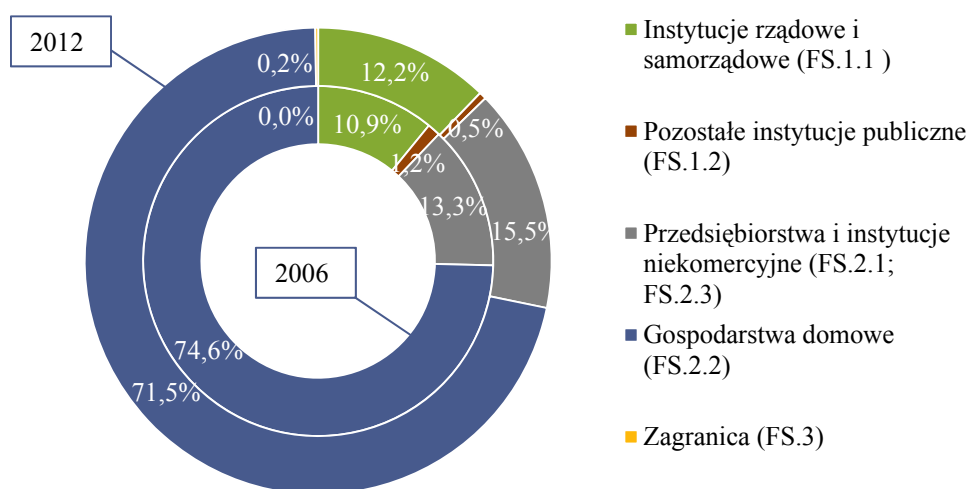
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według źródeł finansowania

Obok trzech podstawowych wymiarów ujmowania wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia: według funkcji ochrony zdrowia (HC), płatników (HF) i dostawców usług zdrowotnych (HP), dodatkowo funkcjonuje klasyfikacja źródeł finansowania (FS), która pozwala szacunkowo odpowiedzieć na pytanie, skąd pochodzą pieniądze trafiające do systemu opieki zdrowotnej. Klasyfikacja ta wskazuje grupy podmiotów ponoszących ostateczne obciążenia kosztami opieki zdrowotnej, tym samym identyfikując pierwotne źródła finansowania wydatków na ochronę zdrowia. Środki, którymi dysponują instytucje pośredniczące (np. fundusze ubezpieczeń społecznych, instytucje ubezpieczeniowe) są rejestrowane według pierwotnych źródeł ich pochodzenia.

⁹⁸ Wydatki inwestycyjne – jedyna kategoria spośród wydatków powiązanych wchodząca w skład wydatków ogółem na opiekę zdrowotną.

W wydatkach bieżących na ochronę zdrowia dominują środki, których pierwotnym źródłem finansowania są gospodarstwa domowe. W 2012 r. stanowiły one 71,5% wydatków przekazywanych dostawcom dóbr i usług medycznych poprzez płatników (w 2011 r. udział ten wynosił 72,0%). Przedsiębiorstwa i instytucje niekomercyjne sfinansowały 15,5% wydatków, natomiast udział funduszy instytucji rządowych i samorządowych w finansowaniu opieki zdrowotnej wynosił 12,2% (w roku poprzednim było to odpowiednio 14,6% oraz 12,6%).

Wykres 56. Struktura wydatków bieżących na ochronę zdrowia według źródeł finansowania w latach 2006 i 2012



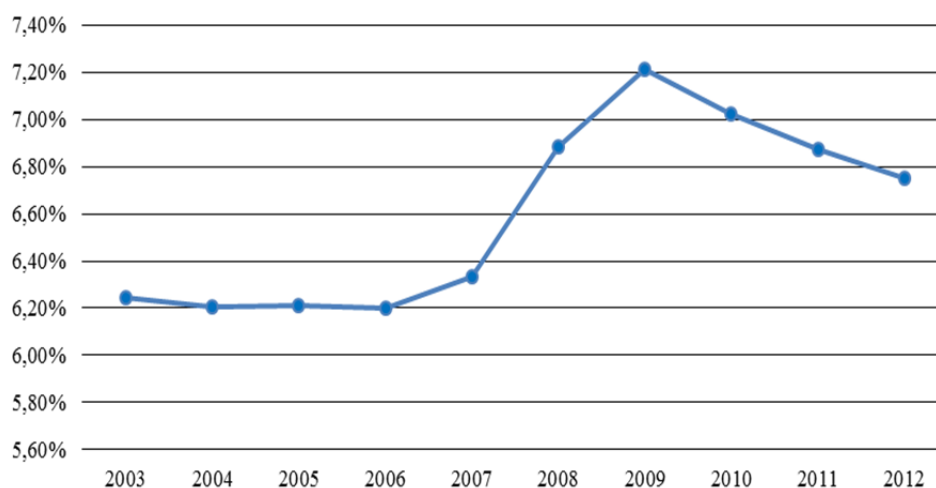
W latach 2006-2012 największy kwotowo wzrost finansowania wydatków bieżących na ochronę zdrowia zanotowano w przypadku gospodarstw domowych – środki przekazane przez tę grupę podmiotów na cele opieki zdrowotnej wzrosły w porównaniu do 2006 r. o 26 mld zł, podczas gdy przedsiębiorstwa i instytucje niekomercyjne przeznaczyły na ten cel o 7,5 mln zł więcej, a fundusze instytucji rządowych i samorządowych charakteryzował wzrost o 5,6 mld zł. Jednocześnie nastąpiły zmiany w strukturze wydatków – udział gospodarstw domowych w finansowaniu wydatków spadł w analizowanym okresie o 3,1 p. proc., natomiast w przypadku środków przedsiębiorstw i instytucji niekomercyjnych oraz instytucji rządowych i samorządowych zanotowano wzrost odpowiednio o 2,3 p. proc. i 1,4 p. proc.

Przedstawione cztery przekroje wydatków ujmowanych w Narodowym Rachunku Zdrowia pozwalają odpowiedzieć na następujące pytania: (1) kto płaci za usługi zdrowotne (według grupowania HF – płatnicy), (2) kto otrzymuje środki za realizację świadczeń ochrony zdrowia (według grupowania HP – świadczeniodawcy usług medycznych), (3) jakiego typu usługi ochrony zdrowia są nabywane (według grupowania HC – funkcje ochrony zdrowia) i (4) która pozwala szacunkowo odpowiedzieć na pytanie, skąd pochodzą pieniądze trafiające do systemu opieki zdrowotnej (według grupowania FS – źródła finansowania).

Porównanie wyników za lata 2003-2012

Sporządzenie przez 10 kolejnych lat Narodowego Rachunku Zdrowia według niezmiennych reguł, zgodnie z przyjętą międzynarodową metodologią, pozwala na obserwację dynamiki wielkości przypisanych poszczególnym kategoriom wydatków (patrz wykresy 57-63), jak również zmian występujących w ich strukturze.

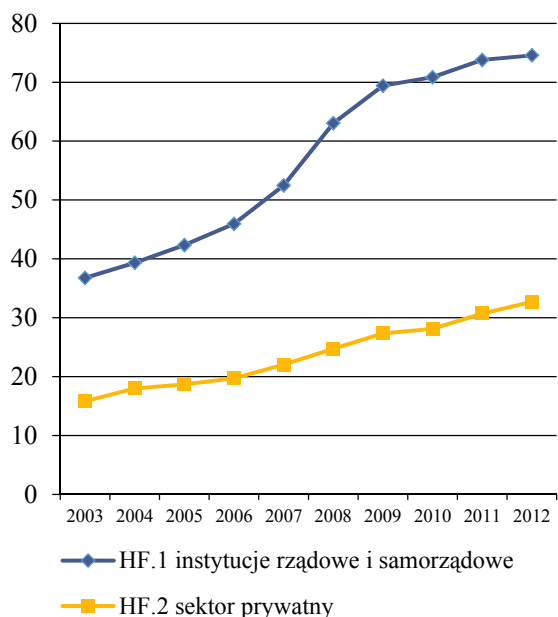
Wykres 57. Udział wydatków ogółem na ochronę zdrowia w PKB, w latach 2003-2012



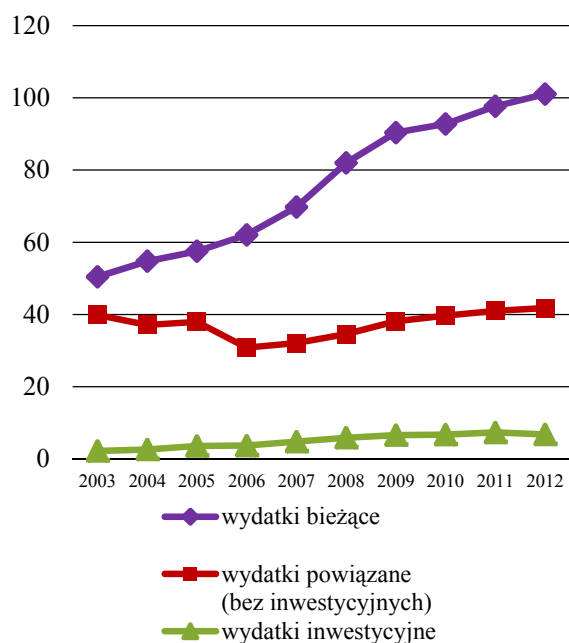
Udział wydatków ogółem na ochronę zdrowia w PKB: po okresie stabilizacji w latach 2003-2006 na poziomie ok. 6,2%, rósł do roku 2009, w którym osiągnął 7,21% a następnie spadał do poziomu 6,8% w roku 2012. Innymi słowy po roku 2009 tempo wzrostu wydatków na zdrowie było niższe niż wzrost PKB.

W latach **2003-2012** wydatki ogółem (bieżące z inwestycyjnymi) na ochronę zdrowia systematycznie rosły z roku na rok, z zachowaniem podstawowej struktury podziału na wydatki publiczne i prywatne (odpowiednio: ok. 70% i 30%). W 2012 r., były one odpowiednio o 38 mld i 17 mld wyższe w porównaniu z 2003 r.

Wykres 58. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2012 według grup płatników.

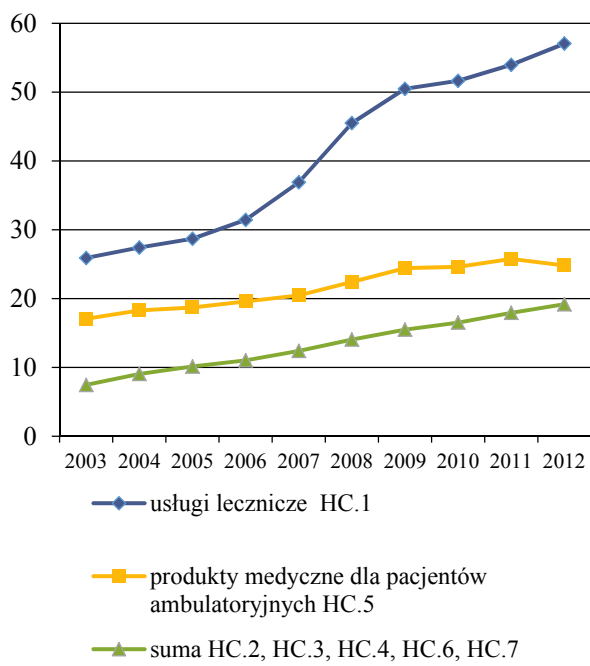


Wykres 59. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2012 według głównych rodzajów wydatków.

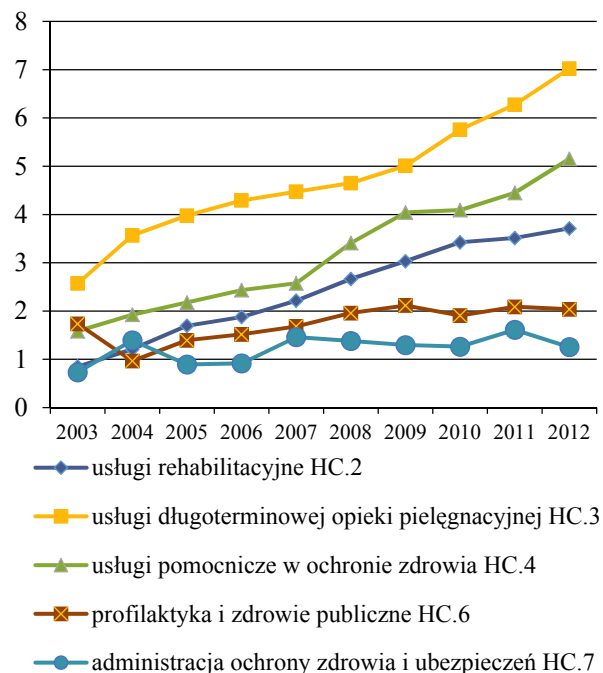


Wydatki według **klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia** w większości grup systematycznie wzrastały w okresie 2003-2012. Największą kwotowo pozycję stanowiły wydatki na usługi lecznicze, które wzrosły z 25,9 mld zł w 2003 r. do 57,0 mld zł w 2012 r., tj. o 120,1%. Ich udział w bieżących wydatkach na ochronę zdrowia wzrósł z 51,3% w 2003 r. do 56,5% roku 2012 (o 5,2 p. proc.).

Wykres 60. Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003-2012, w mld zł (1)



Wykres 61. Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003-2012, w mld zł (2)

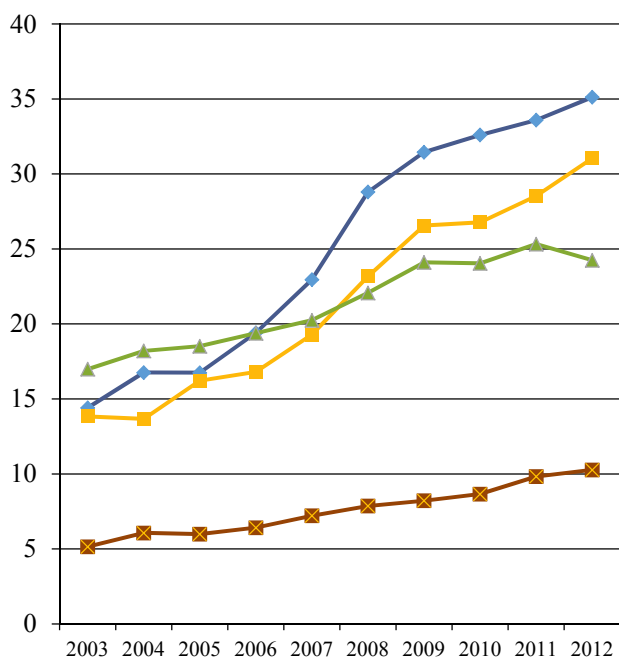


Najszybszy wzrost odnotowano w grupie wydatków na „usługi pomocnicze w ochronie zdrowia” (HC.4), które zwiększyły się o 225,5% w okresie od roku 2003 (1,6 mld zł) i wyniosły w 2012 roku 5,2 mld zł. Ich udział w wydatkach bieżących zwiększył się z 3,1% w roku 2003 do 5,1% (o 2,0 p. proc.).

Pomiędzy rokiem 2003 a 2012 (wykres 61) odnotowano wzrost wydatków na „profilaktykę i zdrowie publiczne” oraz na „administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń” (odpowiednio o 17,3% i 71,6%). Obie te funkcje mają jednak niewielki udział w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia – w roku 2012 odpowiednio: 2,0% i 1,3%.

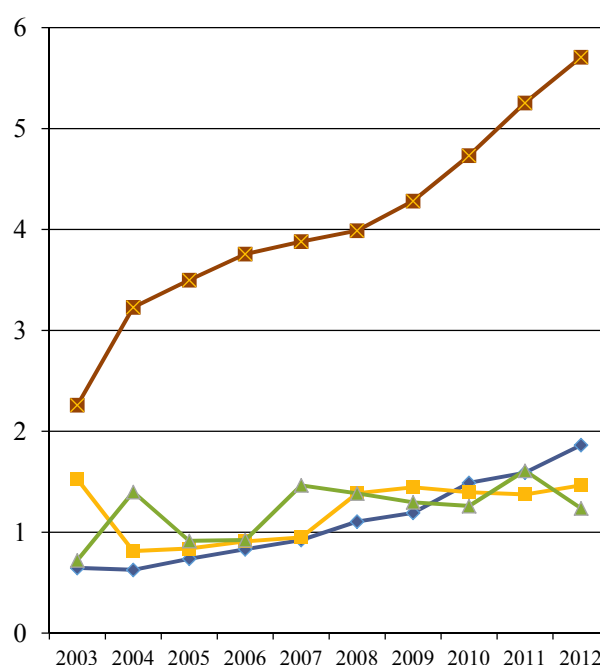
W klasyfikacji dostawców dóbr i usług w latach 2003-2012 (wykres 62) największy wzrost można zaobserwować w kategorii szpitale (HP.1) o 143,7%. Duży wzrost wydatków dotyczy też świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej (HP.3) – o 124,4%.

Wykres 62. Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2012, w mld zł (1)



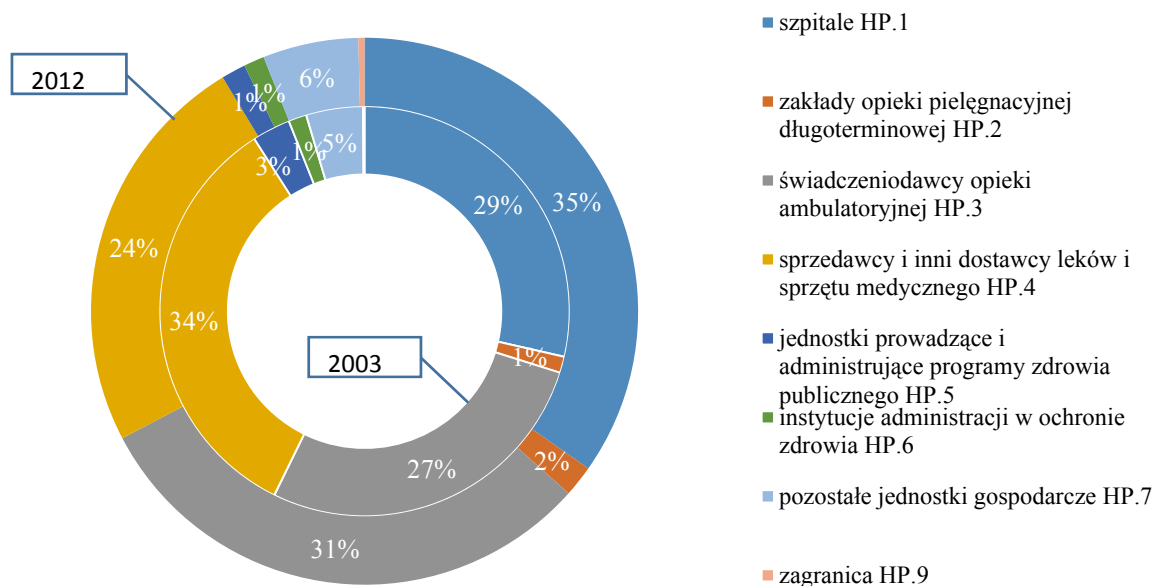
- ◆ szpitale HP.1
- świadczeniodawcy opieki ambulatoryjnej HP.3
- ▲ sprzedawcy i inni dostawcy leków i sprzętu medycznego HP.4
- ⊠ suma HP.2, HP.5, HP.6 i HP.7

Wykres 63. Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2012, w mld zł (2)

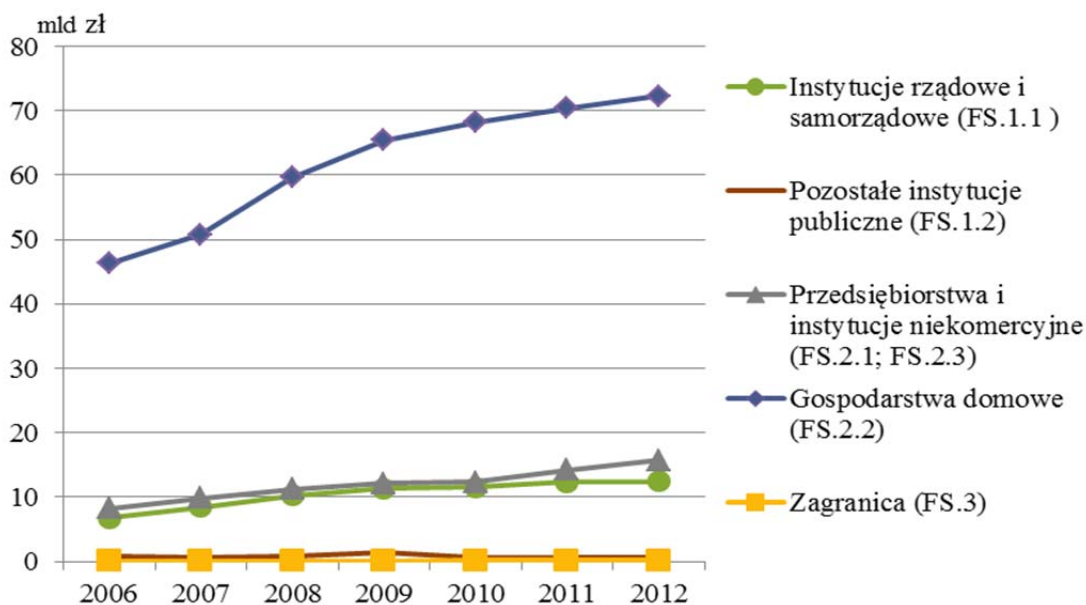


- ◆ zakłady opieki pielęgnacyjnej długoterminowej HP.2
- jednostki prowadzące i administrujące programy zdrowia publicznego HP.5
- ▲ instytucje administracji w ochronie zdrowia HP.6
- ⊠ pozostałe jednostki gospodarcze HP.7

Wykres 64. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według dostawców w latach 2003 i 2012



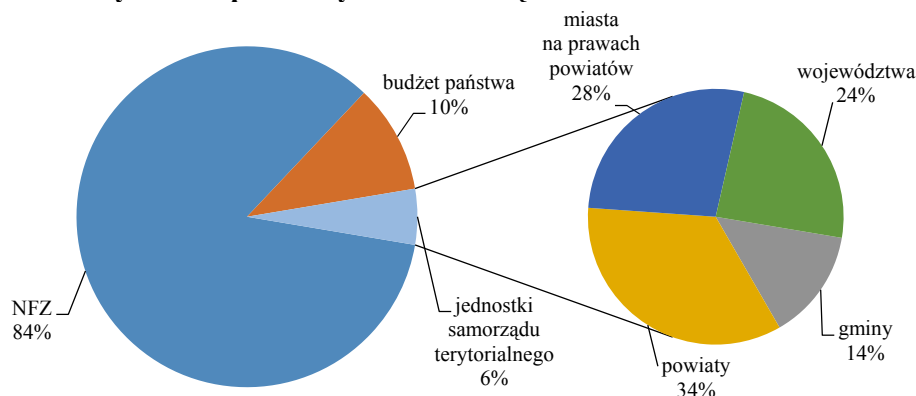
Wykres 65. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w latach 2006-2012 według źródeł finansowania



3.2. WYDATKI PUBLICZNE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

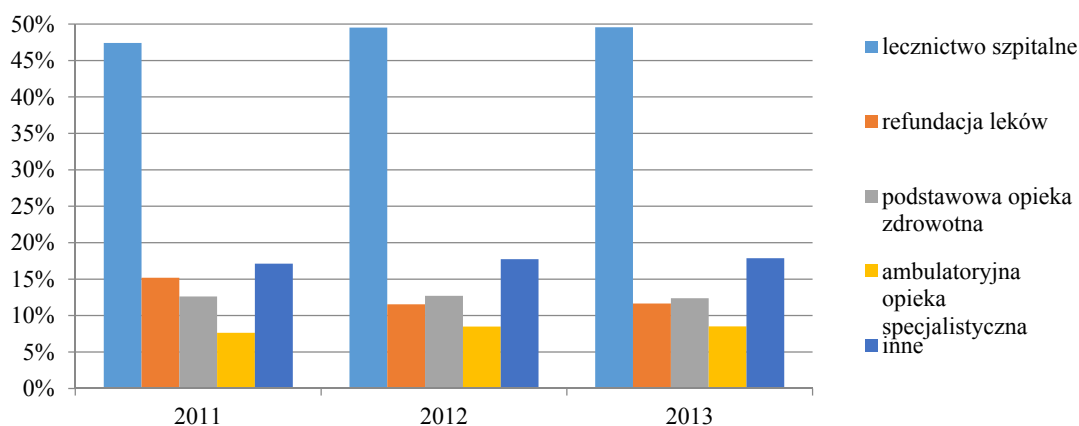
Wyniki badań⁹⁹ wydatków publicznych pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2013 r.

Wykres 66. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2013 r.



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ¹⁰⁰ wyniosły 61653 mln zł (o 3,7% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na lecznictwo szpitalne (49,6%), podstawową opiekę zdrowotną (12,4%) oraz refundację leków (11,6%). Struktura kosztów ponoszonych przez NFZ nie zmieniała się istotnie od 2004 r., z wyjątkiem wydatków przeznaczonych na lecznictwo szpitalne, których udział w strukturze wzrósł znacznie w 2012 r.

Wykres 67. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w latach 2011-2013



Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, w gestii których znalazło się 16% wydatków.

⁹⁹ 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).

¹⁰⁰ Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2013 r.

Dane zamieszczone w tablicy 3C pokazują, że (odwrotnie niż w ubiegłym roku) wydatki na opiekę zdrowotną w 2013 r. miały większy udział w budżetach niemal wszystkich szczebli administracji państwowej. Ponadto zarówno wydatki budżetu państwa, jak i niemal wszystkich szczebli samorządu terytorialnego (z wyjątkiem województw) na ochronę zdrowia podwyższyły się także nominalnie (wzrost sięgał od 1 do 20%). Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków nie zmieniła się znacznie: 66,2% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2012 r. – 67,3%), powiaty – 11,7% (w 2012 r. – 10,7%), miasta na prawach powiatu i województwa odpowiednio 9,3% i 8,1%, a gminy – niespełna 5%.

TABL. 3C. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2011-2013

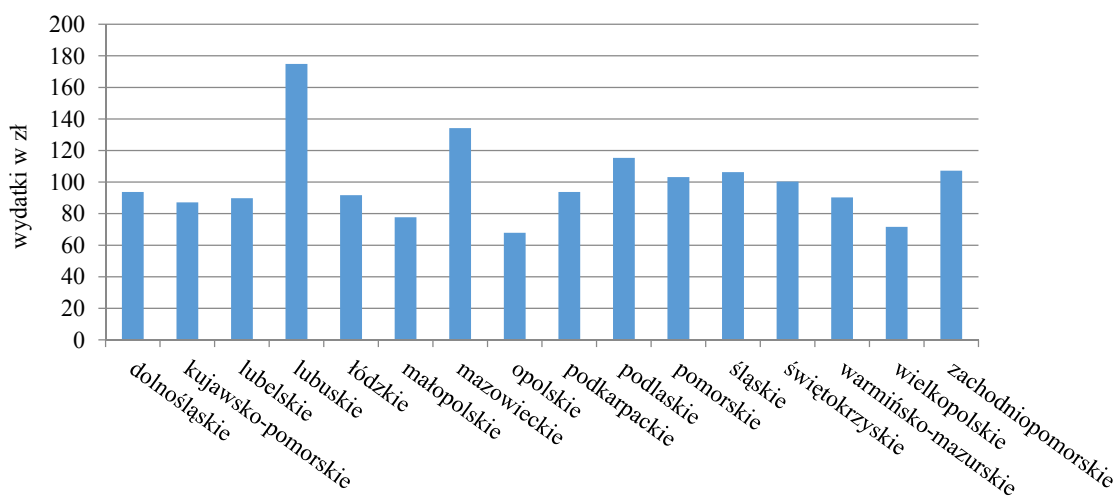
Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2011	2012	2013	
	w mln złotych			w procentach			2012 =100
Budżet państwa							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓLEM	302681,6	318001,9	321345,3	100,00	100,00	100,00	101,1
w tym ochrona zdrowia	7492,4	7242,0	7534,1	2,48	2,28	2,34	104,0
Budżety samorządów terytorialnych							
Województwa ogółem	16338,6	15760,5	16527,0	100,00	100,00	100,00	104,9
w tym ochrona zdrowia	984,1	951,1	927,3	6,02	6,03	5,61	97,5
Miasta na prawach powiatu ogółem	61510,5	63730,8	64952,6	100,00	100,00	100,00	101,9
w tym ochrona zdrowia	983,1	878,6	1058,2	1,60	1,38	1,63	120,4
Powiaty ogółem	24058,8	22476,5	22916,5	100,00	100,00	100,00	102,0
w tym ochrona zdrowia	1516,7	1149,0	1327,3	6,30	5,11	5,79	115,5
Gminy ogółem	79686,9	78491,4	79442,5	100,00	100,00	100,00	101,2
w tym ochrona zdrowia	605,6	535,9	541,6	0,76	0,68	0,68	101,1

Ź r ó d ł o: 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 2013 r. wydatki z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia (dział 851 klasyfikacji budżetowej) wynosiły 7534,1 mln i stanowiły nieco ponad 2,3% łącznych wydatków z budżetu. Oprócz wzrostu udziału ochrony zdrowia w budżecie państwa, nastąpił też znaczny wzrost nominalnej sumy środków przeznaczanych z budżetu na te wydatki.

Natomiast **samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3854,4 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 2,1% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (w roku poprzednim wynosiły one 1,9%).

Wykres 68. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2013 r.



Struktura wydatków z budżetu państwa oraz z budżetów samorządów terytorialnych była podobna jak przed rokiem. Strumienie wydatków budżetu państwa skierowane były głównie na: ratownictwo medyczne¹⁰¹ (25,8%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (23,0%). Istotny był również udział wydatków na inspekcję sanitarną (12,1%), programy polityki zdrowotnej (11,8%) i funkcjonowanie szpitali (5,8%).

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (541,6 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (72,2%) i leczenia ambulatoryjnego (5,7%).

Spośród jednostek terytorialnych, **powiaty** dysponowały największym budżetem (łącznie 1327,3 mln zł), który w dominującej części przeznaczony był na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 76,8%) oraz na szpitale (17,3%).

Miasta na prawach powiatu rozdysonowały swoje środki (1058,2 mln zł) głównie na 3 rozdziały budżetowe: składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, szpitale oraz na przeciwdziałanie alkoholizmowi (odpowiednio: 30,5%; 30,5%; 23,3%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (927,3 mln zł) stale dominowały wydatki na szpitale (57,4% budżetu województw na zdrowie), choć były znacznie mniejsze niż w zeszłym roku (w 2012 r. przeznaczono na ten cel 76,7% budżetu). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (9,3%) i na leczenie psychiatryczne (5,4%).

¹⁰¹ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

4. WYBRANE PROBLEMY

4.1. OPIEKA MEDYCZNA NAD DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ

Inwestycje w zdrowie dzieci i młodzieży są działaniami o efekcie długookresowym. Przede wszystkim przyczyniają się do zwiększenia populacji osób zdrowych i przez to obniżają koszty leczenia. Jednocześnie profilaktyka oraz promowanie zdrowego stylu życia wśród najmłodszych ma wpływ na przyszłą populację osób w wieku produkcyjnym – od zdrowia dzieci zależy zdrowie przyszłych pokoleń. Już stan zdrowia kobiet w ciąży wpływa na prawidłowy rozwój dziecka i jego zdrowie w przyszłości.

Zgodnie z polskim ustawodawstwem¹⁰² kobietom w ciąży oraz dzieciom przysługują szczególne uprawnienia w dostępie do polskiego systemu lecznictwa. Wszystkie dzieci do ukończenia 18 roku życia oraz kobiety w okresie ciąży i porodu, do 42. dnia po porodzie, mają zagwarantowane bezpłatne świadczenia medyczne. Objęcie tej grupy populacji szczególną opieką medyczną ma istotne znaczenie dla ich rozwoju oraz dla zdrowia całego społeczeństwa.

W niniejszym rozdziale zaprezentowano dane o opiece zdrowotnej udzielonej dzieciom i młodzieży w 2013 r. Opieka ta była świadczona w różnych formach na poszczególnych etapach rozwoju dzieci i młodzieży – począwszy od opieki profilaktycznej nad kobietami w ciąży, poprzez porady patronażowe, badania bilansowe, szczepienia obowiązkowe, oraz świadczenia medyczne udzielone w ambulatoryjnej i stacjonarnej opiece zdrowotnej. Ponadto zamieszczono informacje o gabinetach medycznych i pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach oraz opiece medycznej świadczonej dzieciom i młodzieży przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne, a także o programach edukacyjnych w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia adresowanych do tej części populacji.

Prezentowane dane pochodzą zarówno ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia, jak i badań GUS. Ponadto źródłem informacji są również dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (PZH), dane z Systemu Informacji Oświatowej administrowanego przez Ministerstwo Edukacji Narodowej oraz Głównego Inspektoratu Sanitarnego.

Opieka profilaktyczna nad kobietami w ciąży

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, porodu oraz opieki nad noworodkiem (Dz. U. 2012 poz. 1100) określa poszczególne elementy opieki medycznej, mającej na celu uzyskanie dobrego stanu zdrowia matki i dziecka, m.in. poprzez wprowadzenie zalecanego

¹⁰² Ustawa z dnia 24 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

zakresu świadczeń profilaktycznych i działań w zakresie promocji zdrowia oraz badań diagnostycznych i konsultacji medycznych, wykonywanych u kobiet w okresie ciąży.

W 2013 r. w poradniach dla kobiet udzielono 2 377,5 tys. porad profilaktycznych kobietom ciężarnym, a opieką poradni objętych było 506,8 tys. kobiet w ciąży¹⁰³. W przeliczeniu na 1 kobietę ciężarną przeciętnie wypadały 4,7 wizyty. W przekroju województw wskaźniki te były zróżnicowane. Średnio najmniej wizyt na jedną ciężarną zostało zrealizowanych w województwach mazowieckim (3,0), wielkopolskim (3,2) i dolnośląskim (3,7), a najwięcej w podlaskim (7,9), warmińsko-mazurskim (7,7) i lubuskim (7,0).

Spśród kobiet w ciąży objętych opieką poradni najliczniejszą grupę stanowiły kobiety, które zgłosiły się do poradni po raz pierwszy do 10 tygodnia ciąży – 45% populacji. W przekroju województw najwięcej kobiet ciężarnych zostało pacjentkami poradni w tym okresie ciąży w województwach: warmińsko-mazurskim (65,6%), podkarpackim (64,7%) i podlaskim (64,2%), a najmniej – w mazowieckim (32,8%), wielkopolskim (35,3%) i dolnośląskim (38,7%).

Tabl. 4A. Opieka profilaktyczna nad kobietami w ciąży w poradniach dla kobiet w 2013 r.

Województwa	Porady udzielone kobietom w ciąży w tys.	Kobiety w ciąży objęte opieką poradni	Z tego kobiety, które zgłosiły się po raz pierwszy		
			do 10. tygodnia ciąży	do 14. tygodnia ciąży	powyżej 14. tygodnia ciąży
Polska	2 377,5	506 769	232 014	86 182	84 510
Dolnośląskie	166,1	45 279	17 506	9 681	10 578
Kujawsko-Pomorskie	150,4	26 363	12 425	4 072	4 268
Lubelskie	139,8	27 133	15 057	5 791	3 224
Lubuskie	63,7	10 457	5 969	2 210	1 502
Łódzkie	163,6	23 287	12 237	4 507	3 573
Małopolskie	252,3	43 781	23 239	7 163	6 700
Mazowieckie	333,5	110 193	36 196	15 659	16 742
Opolskie	38,8	6 869	3 403	687	541
Podkarpackie	110,8	15 896	10 282	2 316	1 952
Podlaskie	112,7	14 298	9 185	1 923	2 082
Pomorskie	170,4	28 930	12 480	6 013	5 689
Śląskie	262,9	57 121	29 894	11 290	13 577
Świętokrzyskie	45,4	9 423	5 666	1 678	1 391
Warmińsko-Mazurskie	104,5	13 509	8 860	2 237	1 807
Wielkopolskie	146,8	45 185	15 961	4 120	4 718
Zachodniopomorskie	115,8	29 045	13 654	6 835	6 166

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

¹⁰³ Liczba kobiet, dla których w poradni prowadzona była karta przebiegu ciąży.

Profilaktyczne badania lekarskie dzieci zdrowych

Porady patronażowe oraz badania bilansowe dzieci są świadczeniami gwarantowanymi wykonywanymi przez lekarza, pielęgniarkę i położną podstawowej opieki zdrowotnej¹⁰⁴. Zgodnie z ustalonymi warunkami realizacji porad patronażowych oraz badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, okresowe profilaktyczne badania lekarskie kierowane są do dzieci i młodzieży z następujących grup wiekowych:

- do 12 miesiąca życia (1-4 tydzień, 2-6 miesiąc życia w terminach odpowiadających szczepieniom ochronnym, 9 miesiąc życia, 12 miesiąc życia),
- 2 lata,
- 4 lata,
- 5 lat (u dziecka 5-letniego nieodbywającego rocznego obowiązkowego przygotowania przedszkolnego,
- roczne obowiązkowe przygotowane przedszkolne (w przypadku niewykonania badania w terminie, testy przesiewowe wykonuje się w klasie I szkoły podstawowej),
- klasa III szkoły podstawowej,
- klasa I gimnazjum,
- klasa I szkoły ponadgimnazjalnej,
- ostatnia klasa szkoły ponadgimnazjalnej (do ukończenia 19. roku życia).

W 2013 r. lekarze w podstawowej opiece zdrowotnej udzielili zdrowym niemowlętom w pierwszym roku ich życia 355,0 tys. pierwszorazowych porad patronażowych, z czego 31,9% przypadało na pierwsze 14 dni życia dziecka, 37,5% na okres od 2 do 4 tygodnia, a 30,5% na okres 1-11 miesięcy. W ciągu 2013 r. dzieciom zdrowym do lat 3 udzielono 3 148,8 tys. kolejnych porad lekarskich, z czego ponad połowa (1 632,8 tys.) dotyczyła dzieci do 1 roku życia. Na 1 dziecko w wieku do 3 lat przypadały średnio 3 porady udzielone przez lekarzy dzieciom zdrowym. W przekroju województw najwięcej tego typu porad lekarskich na 1 dziecko w tej grupie wieku zanotowano w województwach łódzkim i małopolskim (po 4,2 porady), a najmniej w wielkopolskim (1,9 porady).

¹⁰⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. z dnia 28 października 2013 r.).

Tabl. 4B. Porady udzielone dzieciom zdrowym do lat 3 w podstawowej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej według województw w 2013 r.

Województwa	Porady udzielone przez lekarzy dzieciom zdrowym					
	po raz pierwszy (pierwsza porada w życiu dziecka)				po raz następny	
	razem w 1. roku życia	w tym w wieku			razem do lat 3	w tym w wieku do 1 roku
		do 14 dnia	od 2 do 4 tygodnia	1-11 miesięcy		
w tysiącach						
Polska	355,0	113,4	133,2	108,4	3 148,8	1 632,8
Dolnośląskie	29,8	8,3	10,6	10,9	244,0	132,2
Kujawsko-Pomorskie	19,9	8,8	7,9	3,1	158,5	90,1
Lubelskie	17,2	6,1	6,6	4,6	165,5	85,4
Lubuskie	9,3	2,4	4,4	2,4	95,2	51,4
Łódzkie	24,4	12,0	6,4	5,9	277,3	134,5
Małopolskie	40,5	10,6	14,2	15,7	412,3	199,1
Mazowieckie	48,3	15,9	19,4	13,0	366,2	204,1
Opolskie	8,8	1,4	3,5	3,9	90,2	42,7
Podkarpackie	23,4	4,7	6,4	12,3	196,3	93,8
Podlaskie	10,0	6,7	2,8	0,6	87,0	48,1
Pomorskie	29,1	5,3	10,5	13,3	243,5	118,0
Śląskie	35,1	12,9	19,2	3,0	311,0	179,9
Świętokrzyskie	9,9	2,0	3,7	4,2	102,8	50,2
Warmińsko-Mazurskie	12,3	3,6	4,3	4,4	102,1	57,9
Wielkopolskie	22,7	8,0	7,7	7,1	195,9	94,5
Zachodniopomorskie	14,3	4,8	5,5	3,9	101,0	50,7

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

W pierwszym okresie życia dziecka ważną rolę w opiece nad niemowlęciem pełnią również położne podstawowej opieki zdrowotnej, które odwiedzają dziecko w ciągu pierwszych dni po urodzeniu i wyjściu ze szpitala. Wizyty patronażowe położnej obejmują opiekę nad noworodkiem do ukończenia 2 miesiąca życia oraz nad kobietą w okresie połogu. Realizując tę opiekę położna zobowiązana jest do wykonania w okresie dwóch miesięcy kalendarzowych od 4 do 6 wizyt patronażowych. Pierwsza wizyta odbywa się w ciągu 48 godzin od powrotu matki z dzieckiem ze szpitala do domu. Po zakończeniu wizyt patronażowych położna przekazuje opiekę nad niemowlęciem pielęgniarce podstawowej opieki zdrowotnej.

W 2013 r. pielęgniarki i położne udzieliły pierwszej wizyty domowej 382,9 tys. dzieciom w pierwszym roku życia, z czego zdecydowaną większość (68,9%) stanowiły noworodki do 14 dnia życia, a zdecydowanie rzadziej wizyty te dotyczyły niemowląt w wieku od 2 do 6 tygodni (18,2%). W analizowanym roku odnotowano 1 480,0 tys. kolejnych wizyt profilaktycznych położnych

i pielęgniarek środowiskowo-rodzinnych u dzieci w wieku do 3 lat, z czego 65,5% wśród dzieci do 6 tygodnia życia. Przeciętna liczba wizyt pielęgniarek i położnych u dzieci zdrowych do lat 3 w przeliczeniu na 1 dziecko w tym wieku wyniosła 1,6 wizyty. Wskaźnik ten był największy w województwach lubuskim i zachodniopomorskim (odpowiednio 2,5 i 2,3), a najmniejszy w pomorskim (1,0) oraz mazowiecki i opolskim (po 1,1).

Tabl. 4C. Wizyty profilaktyczne pielęgniarek i położnych u dzieci zdrowych do lat 3 według województw w 2013 r.

Województwa	Wizyty pielęgniarek i położnych u dzieci zdrowych				
	po raz pierwszy (pierwsza wizyta w życiu dziecka)			po raz następny (liczba wizyt następnych)	
	razem w 1. roku życia	w tym w wieku		do lat 3	w tym do 6 tygodnia
		do 14 dnia	od 2 do 6 tygodni		
w tysiącach					
Polska	382,9	263,6	69,7	1 480,0	969,7
Dolnośląskie	28,8	17,2	7,4	98,3	59,4
Kujawsko-Pomorskie	26,7	20,4	4,0	105,4	65,8
Lubelskie	18,7	12,2	3,8	92,3	45,7
Lubuskie	9,3	8,7	0,5	68,2	41,5
Łódzkie	22,7	18,4	3,5	122,7	84,0
Małopolskie	38,8	29,7	5,3	153,2	108,5
Mazowieckie	49,7	31,0	12,5	145,5	81,1
Opolskie	6,8	4,8	0,8	20,9	16,0
Podkarpackie	19,7	14,7	3,4	81,1	54,0
Podlaskie	10,5	9,8	0,8	56,4	32,0
Pomorskie	25,0	12,3	5,4	48,7	30,3
Śląskie	35,4	32,1	3,2	147,9	121,0
Świętokrzyskie	12,1	5,1	5,2	34,2	14,7
Warmińsko-Mazurskie	17,2	10,5	2,9	62,4	41,1
Wielkopolskie	39,0	23,0	7,8	153,7	115,0
Zachodniopomorskie	22,6	13,6	3,1	88,9	59,7

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

Niezwykle ważne w prawidłowej ocenie rozwoju dziecka są badania bilansowe (tzw. bilans zdrowia), które powinno się przeprowadzić kilkakrotnie przed ukończeniem 18 roku życia.

W 2013 r. wykonano w sumie 1 784,4 tys. badań bilansowych wśród dzieci w wieku od 2 lat do ukończenia 19 roku życia, co stanowiło ponad 66% dzieci podlegających badaniu zgodnie z programem badań profilaktycznych. Odsetek zbadanych kształtował się w przedziale od 75,6% dla dzieci z III klasy szkoły podstawowej (10 lat) do 48,0% dla osób uczęszczających do ostatniej klasy szkoły ponadgimnazjalnej (18-19 lat). Odnotowano znaczne zróżnicowanie odsetka zbadanych dzieci między województwami. Najrzadziej bilanse zdrowia we wszystkich grupach wieku wykonywano w województwach pomorskim, podkarpackim, opolskim oraz dolnośląskim. Natomiast

województwami, w których odnotowano odsetki zbadanych dzieci wyższe niż średnia dla kraju, były: warmińsko-mazurskie, podlaskie, lubelskie, kujawsko-pomorskie, świętokrzyskie oraz lubuskie.

Tabl. 4D. Profilaktyczne badania lekarskie dzieci i młodzieży w wieku od 2 lat według województw w 2013 r.

Województwa	Odsetek zbadanych ^a według wieku/etapu edukacji						
	2 lata	4 lata	6 lat / klasa "0"	10 lat / klasa III	13 lat / I klasa gimna- zjum	16 lat / I klasa szkoły ponad- gimna- zjalnej	18-19 lat/ ostatnia klasa szkoły ponad- gimna- zjalnej
Polska	74,8	63,9	73,9	75,6	74,5	64,6	48,0
Dolnośląskie	71,0	56,4	67,1	69,2	69,8	59,3	39,6
Kujawsko-Pomorskie	82,3	76,0	84,7	85,9	84,9	72,3	60,0
Lubelskie	82,4	72,9	83,2	85,8	83,3	76,2	63,5
Lubuskie	80,9	69,2	77,7	77,9	74,6	65,1	54,5
Łódzkie	74,9	61,9	66,9	69,2	72,6	58,5	43,0
Małopolskie	70,2	62,4	74,1	76,0	76,0	64,3	40,1
Mazowieckie	77,1	71,7	74,5	77,5	73,4	58,6	51,9
Opolskie	72,0	54,6	64,9	62,8	67,1	56,6	42,2
Podkarpackie	69,6	44,3	68,0	66,9	69,1	58,6	40,2
Podlaskie	84,3	77,6	87,4	87,7	85,0	77,8	61,3
Pomorskie	70,4	57,4	63,9	61,0	59,7	50,0	32,7
Śląskie	74,2	60,3	71,5	73,0	72,1	64,6	46,2
Świętokrzyskie	80,2	69,0	81,0	83,7	80,1	70,4	56,5
Warmińsko-Mazurskie	77,0	74,9	87,4	88,7	87,1	84,2	69,4
Wielkopolskie	73,4	67,7	74,1	78,1	75,9	69,0	56,0
Zachodniopomorskie	69,9	62,8	70,1	76,8	70,4	62,6	49,2

a. W stosunku do liczby dzieci podlegających badaniu.

Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia.

Szczepienia dzieci i młodzieży

W profilaktyce chorób zakaźnych kluczową rolę odgrywają szczepienia dzieci i młodzieży. W Polsce działa Program Szczepień Ochronnych, w tym bezpłatnych szczepień obowiązkowych dla dzieci i młodzieży, w ramach którego funkcjonuje kalendarz szczepień z podaniem terminów (wieku życia dziecka), w których dzieci powinny zostać zaszczepione przeciw poszczególnym chorobom

zakaźnym. Szczepienia obowiązkowe dzieci i młodzieży skierowane są przeciw następującym chorobom (kalendarz szczepień na 2013 rok)¹⁰⁵:

- gruźlica – 1 doba życia,
- wirusowe zapalenie wątroby typu B (WZW B) – 1 doba, 2 i 7 miesiąc życia,
- błonica, tężec, krztusiec – 2, 3-4, 5-6 miesiąc życia; 16-18 miesiąc życia, 6 rok życia,
- błonica, tężec – 14 i 19 rok życia,
- *Haemofilus influenzae* typu b (pałeczka hemofilna typu b – Hib) – 2, 3-4, 5-6 i 16-18 miesiąc życia,
- *Poliomyelitis* (ostre nagminne porażenie dziecięce) – 3-4, 5-6, 16-18 miesiąc życia i 6 rok życia,
- odra, świnka, różyczka – 13-14 miesiąc, 10 rok życia.

Z uwagi na objęcie dzieci bezpłatnymi obowiązkowymi szczepieniami ochronnymi notuje się wysokie odsetki zaszczepionych, które zdecydowanie przekraczają 90%, tj. poziom uznany w środowisku naukowym za zapobiegający epidemicznemu szerzeniu się zachorowań.

Szczepienia przeciw gruźlicy wykonywane są noworodkom zaraz po urodzeniu. W 2013 r. odsetek zaszczepionych dzieci przeciw gruźlicy w stosunku do liczby urodzeń żywych wyniósł 92,5%. W latach 2003-2012 kształtował się on na poziomie około 93-94%. Zalecane i najczęściej wykonywane jest szczepienie w ciągu 24 godzin po urodzeniu – w 2013 r. w pierwszej dobie życia zaszczepionych zostało 84,0% noworodków. W okresie po 24 godzinach od urodzenia do 14 dnia życia zaszczepiono 7,3% dzieci, po 14 dniu do 11 miesiąca życia – 1,2%, w 12 miesiącu życia – nieliczne przypadki. W przekroju województw najniższe odsetki zaszczepionych dzieci przeciw gruźlicy w 1 roku życia odnotowano w województwach świętokrzyskim (89,5%) oraz lubelskim i podlaskim (po 90,0%), a najwyższe w pomorskim (94,4%), mazowieckim (94,2%) i dolnośląskim (94,1%).

Tabl. 4E. Stan zaszczepienia roczników 2013-2009 przeciw WZW B w 2013 r.

Rocznik	Nie-zaszczepieni	Zaszczepieni	
	w liczbach bezwzględnych	w odsetkach	
2013	35 842	308 966	89,6
2012	1 477	378 382	99,6
2011	835	379 514	99,8
2010	594	402 770	99,9
2009	406	408 888	99,9

Źródło: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH.

Szczepienia dzieci przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (WZW B) charakteryzują się wyższym poziomem zaszczepialności w porównaniu do pozostałych obowiązkowych szczepień dzieci. W 2013 r. odsetek zaszczepionych niemowląt wyniósł 89,6%, natomiast w przypadku dzieci urodzonych w 2012 r. – 99,6%.

Szczepionka przeciw krztuścowi stosowana w ramach obowiązkowego programu szczepień jest szczepionką skojarzoną ze szczepionką przeciw błonicy i tężcowi, stąd też stan zaszczepienia w 2013 r. roczników 2013-2004 przeciwko tym chorobom przedstawiał się analogicznie. Odsetek

¹⁰⁵ Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z dnia 29 października 2012 r. w sprawie Programu Szczepień Ochronnych na rok 2013 (Dz. Urz. Ministra Zdrowia 2012, poz. 78).

zaszczepionych w przypadku urodzonych w latach 2004-2007 wynosił 99,9%, a dla roczników 2008-2011 kształtował się w granicach 99,4-99,8%. Zaszczepione dzieci z rocznika 2012 stanowiły 98,6%, natomiast stan zaszczepienia niemowląt wyniósł 59,8%. W przekroju województw najniższe odsetki zaszczepionych dzieci urodzonych w 2012 r. odnotowano w województwach małopolskim (97,7%) i śląskim (98,0%), a najwyższe w warmińsko-mazurskim (99,7%). Poziom zaszczepienia przeciw błonicy i tężcowi młodzieży z roczników 1999-1994 wyniósł 100%.

W Programie Szczepień Ochronnych szczepienie przeciwko *Haemophilus influenzae* typu b (Hib) od roku 2007 jest szczepieniem obowiązkowym. Stan zaszczepienia dzieci przeciw HIB w 2013 r. jest zbliżony do poziomu zaszczepienia przeciwko *Poliomyelitis*. Dla dzieci urodzonych w 2013 r. odsetek zaszczepionych wyniósł prawie 60%, a dla rocznika 2012 – ponad 98%. W przypadku starszych roczników odsetki zaszczepionych zdecydowanie przekraczały 99%.

Tabl. 4F. Stan zaszczepienia roczników 2012-2004 przeciw odrze, śwince i różyczce w 2013 r.

Rocznik	Nie-zaszczepieni	Zaszczepieni	
	w liczbach bezwzględnych	w odsetkach	
2012	65 457	314 402	82,8
2011	9 473	370 876	97,5
2010	5 082	398 282	98,7
2009	3 550	405 744	99,1
2008	2 502	401 608	99,4
2007	1 778	377 446	99,5
2006	1 377	361 511	99,6
2005	1 029	349 600	99,7
2004	641	337 546	99,8

Źródło: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH.

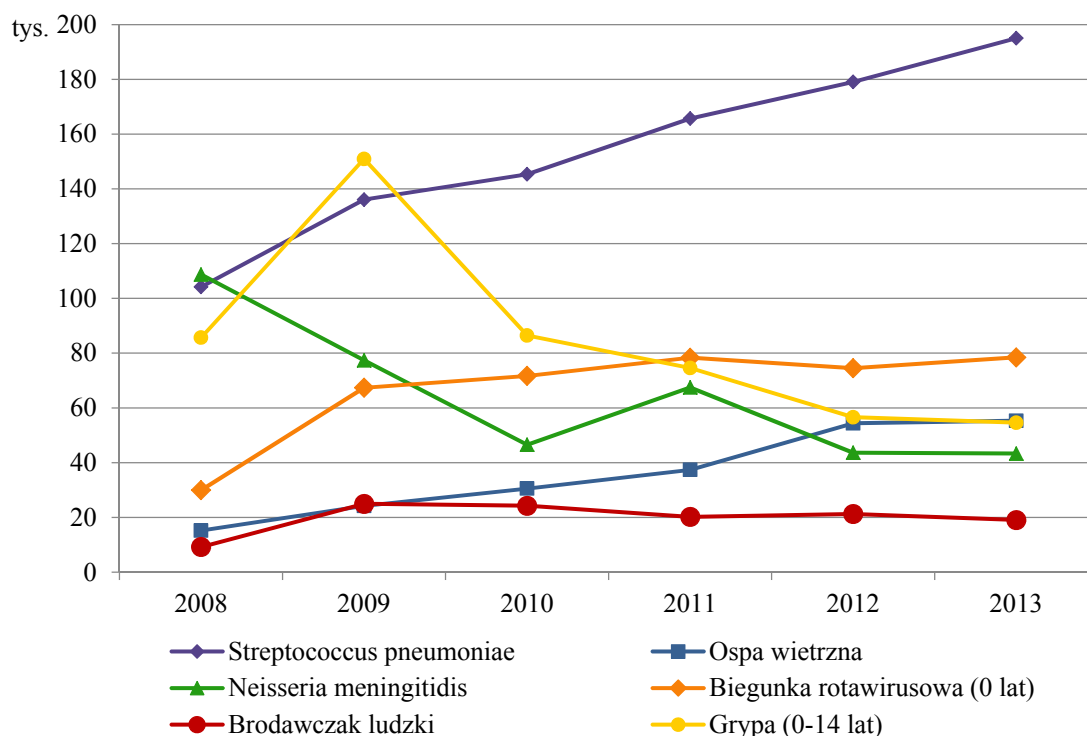
Do województw o najniższych odsetkach zaszczepionych dzieci urodzonych w 2011 r. należały: mazowieckie (95,4%), małopolskie (97,0%), śląskie (97,0%) i pomorskie (97,3%). Najwyższe odsetki zaszczepionych dzieci odnotowano w warmińsko-mazurskim (99,7%), kujawsko-pomorskim (99,1%), świętokrzyskim (99,1%) i zachodniopomorskim (99,0%).

Pomimo notowanego wysokiego poziomu zaszczepialności dla bezpłatnych szczepień obowiązkowych dzieci i młodzieży należy zwrócić uwagę na utrzymujący się od 2009 roku wzrost liczby osób uchylających się obowiązkowych szczepień – w 2013 r. było to ponad 7,2 tys. osób (o 1,9 tys. więcej niż w roku poprzednim). W przeliczeniu na 1000 osób w wieku 0-19 lat wskaźnik ten wyniósł 0,97 i był on znacznie zróżnicowany w przekroju województw. Największe jego wartości odnotowano w województwach pomorskim (2,79), śląskim (1,74) i mazowieckim (1,30), a najniższe w świętokrzyskim (0,12) i warmińsko-mazurskim (0,35).

W 2013 r. poziom zaszczepienia przeciw odrze, śwince i różyczce dzieci w wieku 5 lat i więcej (rocznik 2009 i starsze) przekraczał 99%. Jedynie najmłodsze dzieci były zaszczepione w mniejszym stopniu – 97,5% dzieci z rocznika 2011 oraz 82,8% urodzonych w 2012 r. Zróżnicowanie terytorialne poziomu zaszczepienia dzieci urodzonych w 2011 r. przeciw odrze, śwince i różyczce wynosiło 4,3 p. proc. pomiędzy województwami o najwyższym i najniższym poziomie zaszczepialności.

Program Szczepień Ochronnych, oprócz szczepień obowiązkowych, obejmuje również szczepienia zalecane niefinansowane ze środków znajdujących się w budżecie ministra właściwego do spraw zdrowia. Szczepienia szczególnie zalecane dzieciom zapobiegają między innymi takim chorobom, jak: biegunki rotawirusowe, grypa, ospa wietrzna, oraz zakażenia wywołane wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), przez pneumokoki (*Streptococcus pneumoniae*) czy meningokoki (*Neisseria meningitidis*).

Wykres 69. Liczba zaszczepionych na w wieku poniżej 20 lat na wybrane choroby w latach 2008-2013



- a. Osoby, które w roku sprawozdawczym otrzymały dawkę szczepionki zamykającą cykl szczepienia pierwotnego, podstawowego lub stanowiącą którąś z kolejnych dawek przypominających.

Źródło: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH.

Analiza danych o liczbie dzieci i młodzieży w wieku poniżej 20 lat zaszczepionych na wymienione choroby w ostatnich latach wykazała znaczny wzrost z roku na rok wykonywanych szczepień przeciw pneumokokom. W 2013 r. przeciwko tej chorobie zaszczepiono 195,0 tys. osób w tej grupie wieku – o 87,2% więcej niż w 2008 r. Większość szczepień wykonano u dzieci poniżej 5 roku życia (185,4 tys.), co wynika z zaleceń Programu Szczepień Ochronnych. Podobną tendencję wzrostową zanotowano w przypadku szczepień dzieci i młodzieży przeciwko ospie wietrznej, aczkolwiek liczba zaszczepionych w wieku poniżej 20 lat na tą chorobę w 2013 r. wyniosła niespełna 55,3 tys.

Szczepienia przeciw biegunce rotawirusowej wykonywane dzieciom w pierwszym roku życia utrzymywały się od 2010 r. na zbliżonym poziomie ponad 70 tys. szczepień rocznie. W 2013 r. zaszczepiono 78,4 tys. niemowląt, co stanowiło około 21% dzieci w tym wieku.

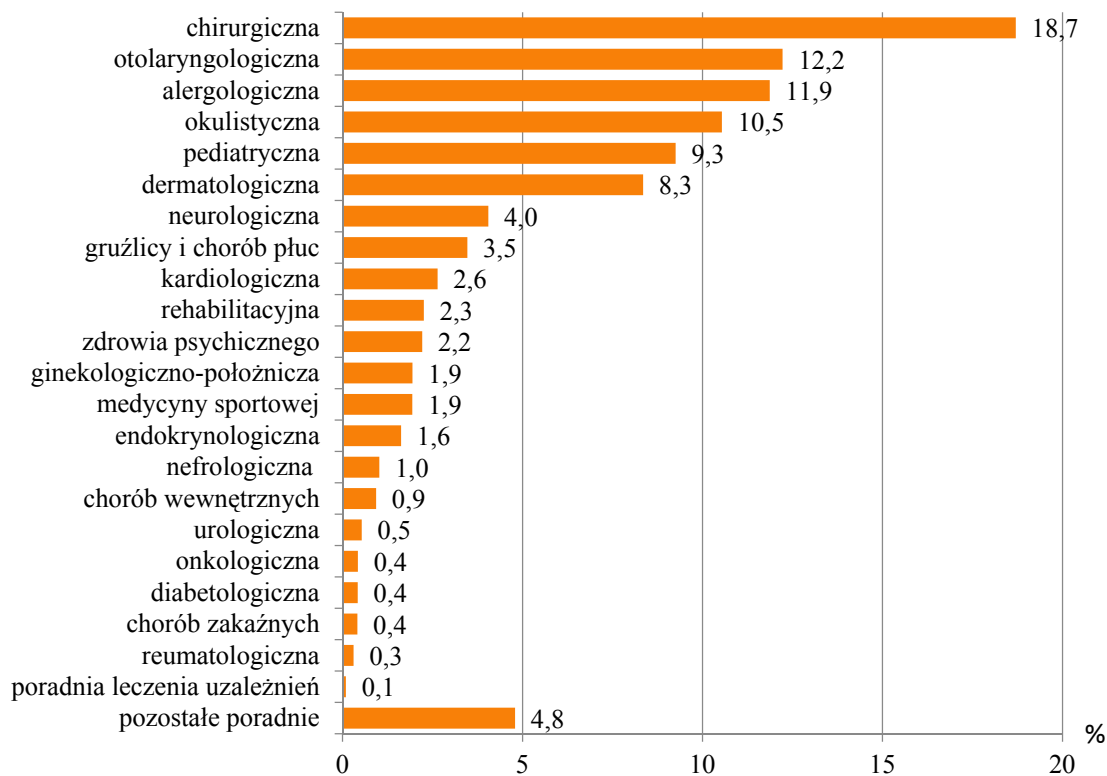
W przypadku szczepień dzieci i młodzieży przeciwko meningokokom i grypie liczba zaszczepionych w latach 2008-2013 zmniejszała się, by osiągnąć w 2013 r. najniższy poziom (odpowiednio 43,3 i 54,6 tys.).

Porady udzielone dzieciom i młodzieży w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane dzieciom w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich obejmują porady lekarskie w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz porady stomatologiczne.

W ciągu 2013 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat udzielono 60,9 mln porad¹⁰⁶, z czego prawie 60% stanowiły porady lekarskie w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. W opiece specjalistycznej lekarze udzielili dzieciom i młodzieży blisko 15 mln porad lekarskich. Najwięcej wizyt zrealizowano w poradniach chirurgicznych (18,7%), w tym głównie w poradniach chirurgii urazowo-ortopedycznej (7,8%), a także w otolaryngologicznych (12,2%), alergologicznych (11,9%), okulistycznych (10,5%), pediatrycznych (9,3%) oraz dermatologicznych (8,3%). Liczba porad stomatologicznych udzielonych osobom w tej grupie wiekowej wyniosła 9,8 mln, z czego 18,8% stanowiły porady świadczone przez poradnie ortodontyczne.

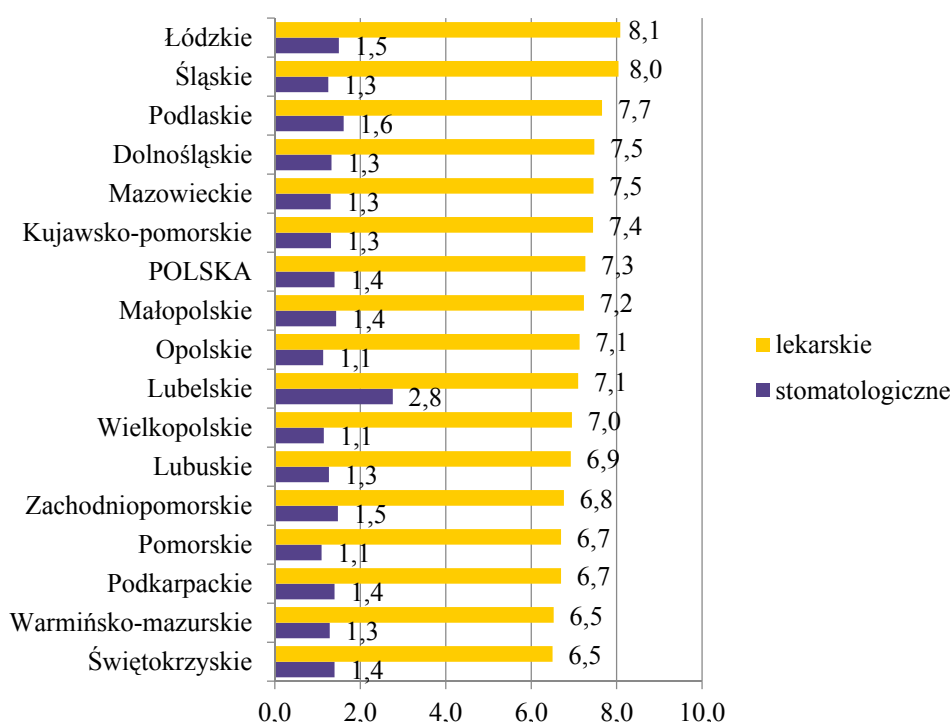
Wykres 70. Struktura specjalistycznych porad lekarskich udzielonych dzieciom i młodzieży w wieku do 18 lat w wybranych poradniach w 2013 r.



¹⁰⁶ Bez porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych, działających wyłącznie w ramach środków publicznych.

Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych dzieciom i młodzieży do 18 lat w przeliczeniu na 1 mieszkańca w tym wieku wyniosła 7,3 porady. Najwyższe wartości tego wskaźnika odnotowano w województwach łódzkim (8,1) i śląskim (8,0), natomiast najniższą w świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (6,5). W przypadku porad stomatologicznych wskaźnik ten wyniósł od 1,1 w województwie pomorskim do 2,8 w lubelskim, osiągając przeciętną wartość 1,4 porady w ciągu roku.

Wykres 71. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej dzieciom i młodzieży do 18 lat na 1 mieszkańca w tym wieku według województw w 2013 r.



Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej

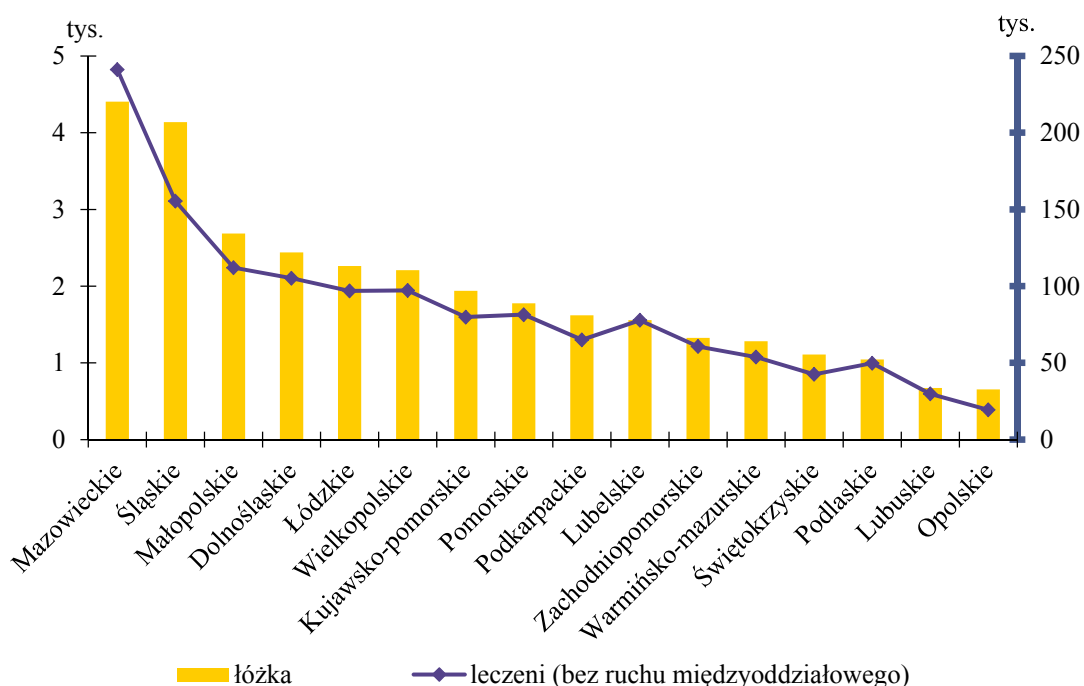
Na koniec 2013 r. szpitale ogólne dysponowały w sumie 31,1 tys. łóżek dla dzieci, co stanowiło 16,6% wszystkich łóżek szpitalnych. Najwięcej tego typu łóżek znajdowało się na oddziałach typowo dziecięcych: pediatrycznym – 10,0 tys., neonatologicznym – 9,1 tys., chirurgicznym dla dzieci oraz rehabilitacyjnym – po 2,0 tys.

Łącznie w ciągu roku w szpitalach ogólnych przyjęto prawie 1,4 mln młodych pacjentów¹⁰⁷, a ich udział w liczbie leczonych ogółem wyniósł 17,4%. Na 10 tys. ludności w wieku do 18 lat przypadało średnio 1946 dzieci leczonych w trybie stacjonarnym.

¹⁰⁷ Dzieci i młodzież w wieku do 18 lat wpisani w księdze głównej szpitala (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).

W przekroju wojewódzkim najczęściej najmłodszych pacjentów hospitalizowano w mazowieckim (241,2 tys.), śląskim (155,5 tys.) oraz małopolskim (112,1 tys.), a najmniej w opolskim (19,4 tys.) i lubuskim (29,8 tys.). Biorąc pod uwagę liczbę leczonych dzieci w przeliczeniu na 10 tys. ludności w tym wieku w poszczególnych województwach wskaźnik ten był największy w województwie mazowieckim (2452) i podlaskim (2303), a najmniejszy w opolskim (1172) i wielkopolskim (1449).

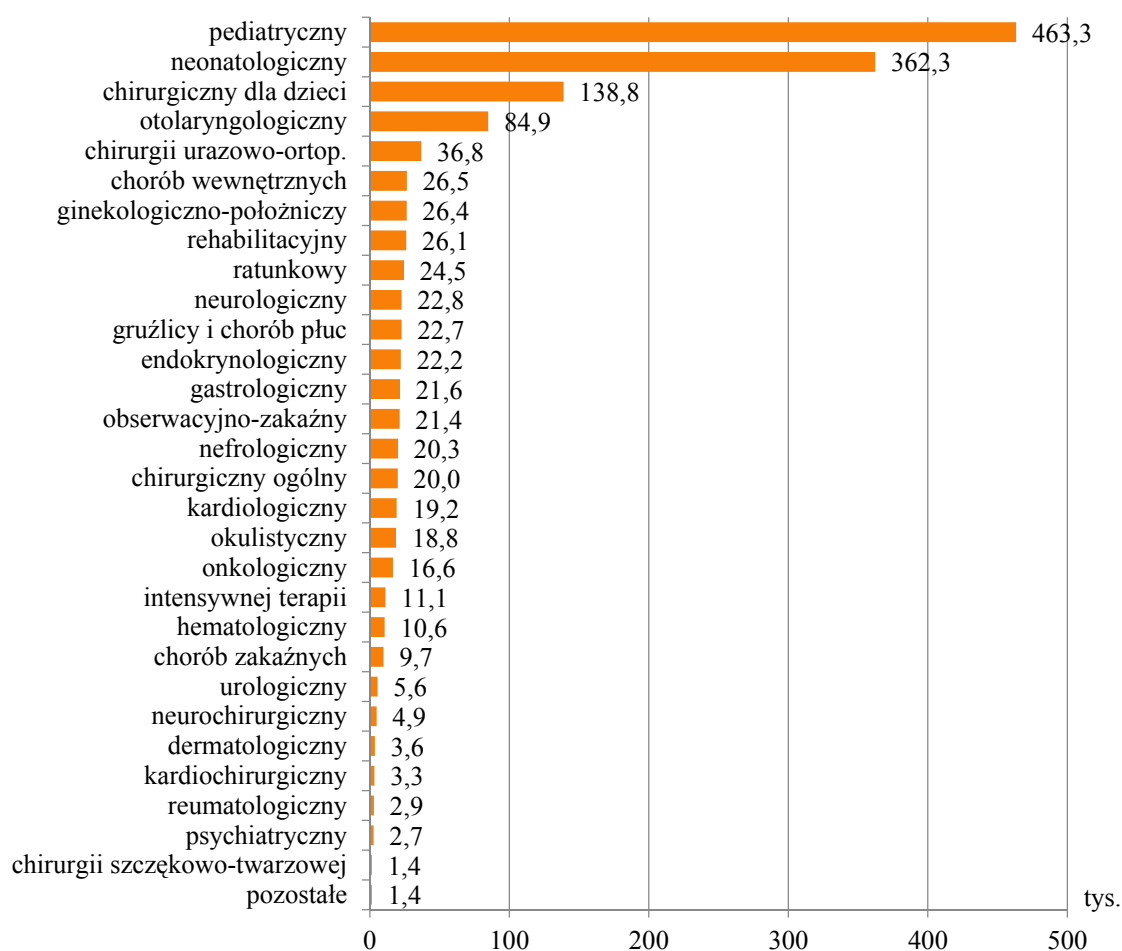
Wykres 72. Liczba łóżek dla dzieci w szpitalach ogólnych i leczenia w wieku do 18 lat według województw w 2013 r.



Analizując liczbę osób w wieku do 18 lat leczonych na poszczególnych oddziałach szpitalnych można zauważyć, że najczęściej dzieci przyjęto na oddziałach: pediatrycznym (463,3 tys.), neonatologicznym (362,3 tys.), chirurgicznym dla dzieci (138,8 tys.), otolaryngologicznym (84,9 tys.) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (36,8 tys.). Młodzi pacjenci przebywający na tych czterech oddziałach stanowili ponad 72% ogółu leczonych w wieku do 18 lat na oddziałach szpitalnych.

Jednym ze świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez szpitale jest zabieg dializy. W 2013 r. wykonano 8 351 hemodializ u 160 dzieci. Średnio przeprowadzono jedną dializę na tydzień w tej grupie wiekowej.

Wykres 73. Pacjenci w wieku do 18 lat (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) leczeni na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2013 r.



Inną formą opieki stacjonarnej, z której korzystały dzieci i młodzież, jest lecznictwo uzdrowiskowe. W 2013 r. z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało ponad 25 tys. pacjentów w wieku do 18 lat. Stanowili oni 3,3% ogółu leczonych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego¹⁰⁸. Zdecydowana większość z nich (prawie 92%) to kuracjusze korzystający ze stacjonarnej formy leczenia. Średni pobyt młodego pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym trwał 25 dni, podczas gdy leczenie w sanatorium uzdrowiskowym było krótsze i trwało przeciętnie 16 dni. Dla większości dzieci i młodzieży (ponad 78%), korzystającej ze stacjonarnej opieki uzdrowiskowej leczenie było realizowane w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Udział kuracjuszy pełnopłatnych w ogólnej liczbie leczonych dzieci wyniósł prawie 14%.

¹⁰⁸ Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze oraz szpitale i sanatoria w urzędzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Tabl. 4G. Pacjenci w wieku do 18 lat korzystający z zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w 2013r.

Wyszczególnienie	Leczeni w trybie stacjonarnym	Osobodni leczenia w tys.	Pacjenci ambulatoryjni	Liczba udzielonych porad
Zakłady razem	22 983	485,6	2 107	2 285
Szpitala uzdrowiskowe ^a	13 370	328,1	197	190
Sanatoria uzdrowiskowe ^b	9 613	157,6	315	165
Przychodnie uzdrowiskowe	-	-	337	349
Zakłady przyrodolecznicze	-	-	1 258	1 581

a. W tym szpitale uzdrowiskowe dla dzieci. b. W tym sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci i sanatorium w urządzonym podziemnym wyrobisku górnym w Wieliczce.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym sprawowana jest przez lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza dentyzę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz pielęgniarkę, higienistkę szkolną albo położną w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej¹⁰⁹. Szkoły poprzez zlokalizowane na ich terenie gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej umożliwiają dostęp do świadczeń zdrowotnych dzieciom i młodzieży objętej obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcącej się w szkołach ponadgimnazjalnych. Do szkół dla dzieci i młodzieży (łącznie ze specjalnymi) zalicza się szkoły podstawowe, gimnazja oraz szkoły ponadgimnazjalne (zasadnicze szkoły zawodowe, licea ogólnokształcące, uzupełniające licea ogólnokształcące, licea profilowane, technika, technika uzupełniająca, ogólnokształcące szkoły artystyczne dające uprawnienia zawodowe oraz specjalne szkoły przysposabiające do pracy, a także szkoły policealne)¹¹⁰.

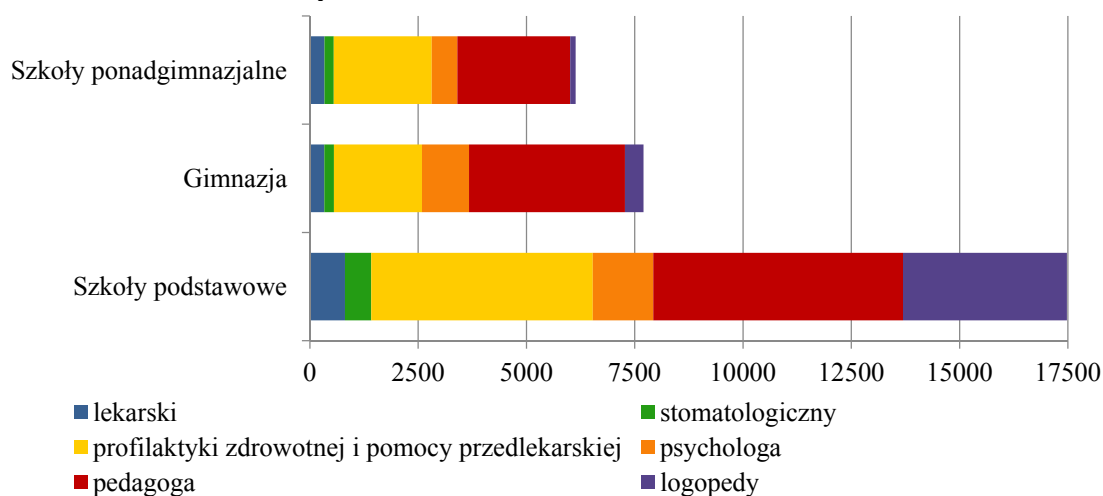
Według stanu w pierwszym miesiącu roku szkolnego 2013/2014 (30 września 2013 r.) we wszystkich szkołach dla dzieci i młodzieży (ponad 28,1 tys. placówek) funkcjonowało łącznie 11 967 gabinetów pedagogicznych, 9 410 – profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, 4 340 – logopedycznych, 3 073 – psychologicznych, 1 482 – lekarskich i 1 039 – stomatologicznych¹¹¹.

¹⁰⁹ Zakres opieki określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą (Dz. U. Nr 139, poz. 1133).

¹¹⁰ Dane prezentowane są według stanu organizacyjnego ustroju szkolnego regulowanego przez przepisy ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty (Dz. U. Nr 256 z 2004 r., poz. 2572 z późn. zm.) oraz zasad wdrażania nowego systemu edukacji, które reguluje ustawa z dnia 8 stycznia 1999 roku – Przepisy wprowadzające reformę ustroju szkolnego (Dz. U. Nr 12, z 1999 poz. 96 z późn. zm.).

¹¹¹ Szacunek Instytutu Badań Edukacyjnych.

Wykres 74. Gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach w roku szkolnym 2013/2014



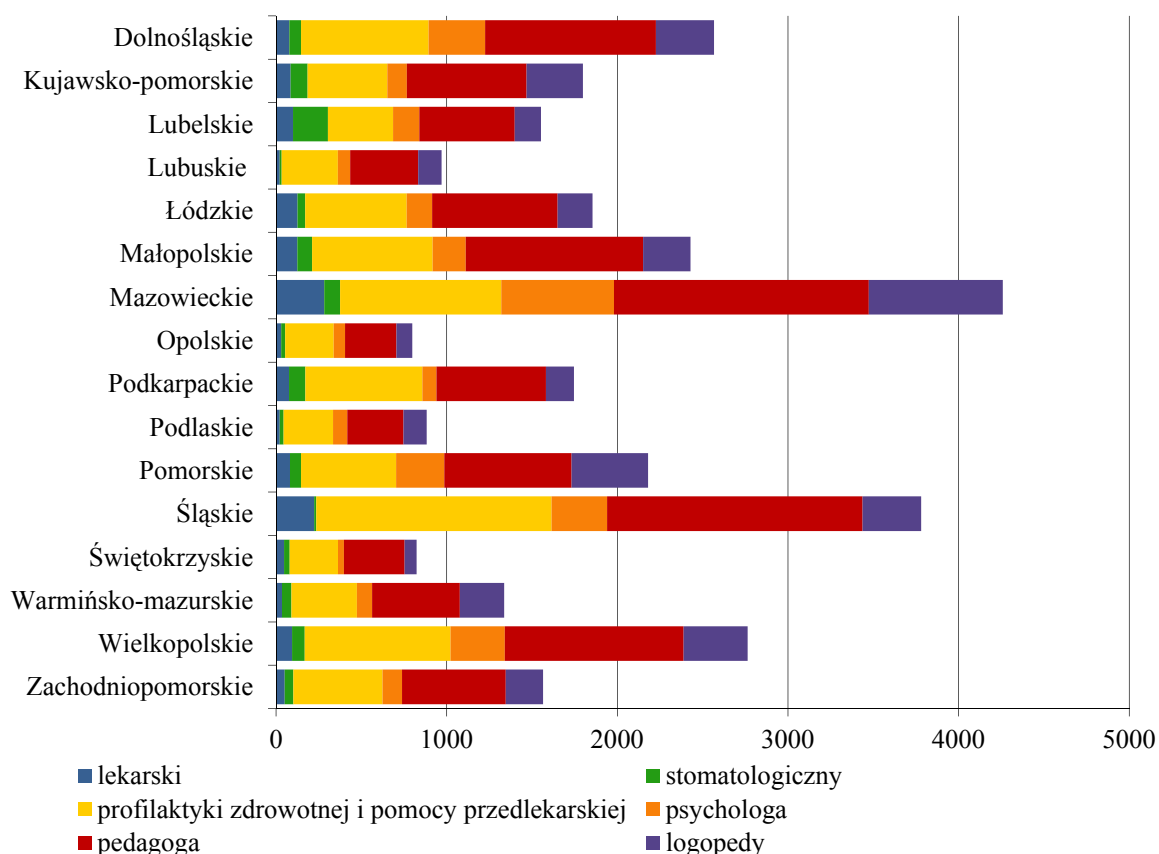
Źródło: dane Ministerstwa Edukacji Narodowej.

W 13,4 tys. szkół podstawowych znajdowało się ponad 5,1 tys. gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, prawie 3,8 tys. gabinetów logopedy i 1,4 tys. – psychologa. Oznacza to, że uczniom dostęp do opieki medycznej w ramach gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej zapewniało około 38% szkół, do logopedy – 28%, a do psychologa – ponad 10%. W szkołach podstawowych działało zaledwie 811 gabinetów lekarskich i 605 stomatologicznych (odpowiednio około 6% i 5% szkół).

W analizowanym okresie działało ponad 7,4 tys. gimnazjów dla dzieci i młodzieży, spośród których profilaktyczną opiekę zdrowotną zapewniało ponad 27% placówek (około 2 tys. gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej), opiekę psychologa prawie 15% (1 tys. gabinetów), logopedy prawie 6% (430 gabinetów). W tego typu szkołach funkcjonowały 332 gabinety lekarskie i 225 stomatologicznych.

W prawie 7,3 tys. szkół ponadgimnazjalnych zarejestrowano prawie 2,3 tys. gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej, co oznacza, że co 3 szkoła tego typu sprawowała opiekę profilaktyczną nad uczniami. Ponadto działało 594 gabinetów psychologa, 339 lekarskich, 212 stomatologicznych i 126 logopedycznych. Dostęp do opieki medycznej w szkołach ponadgimnazjalnych był zróżnicowany w zależności od typu szkoły – największy charakteryzował technika (łącznie ze szkołami artystycznymi), spośród których prawie połowa posiadała tego rodzaju gabinety, oraz licea ogólnokształcące – prawie 42% z nich deklarowało ich funkcjonowanie.

Wykres 75. Gabinety medyczne i pomocy psychologiczno-pedagogicznej w szkołach według województw w roku szkolnym 2013/2014



Źródło: dane Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Najwięcej gabinetów medycznych i pomocy psychologiczno-pedagogicznej działało w szkołach na terenie województwa mazowieckiego i śląskiego. Województwo śląskie charakteryzowało się największą liczbą gabinetów profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej (1379). Spośród 2,8 tys. placówek w tym województwie prawie połowa wykazała posiadanie takiego gabinetu. Jednocześnie w województwie śląskim odnotowano również najwyższy odsetek szkół, które posiadały gabinety lekarskie (8%) i najniższy w przypadku gabinetów stomatologicznych (zaledwie 0,4%). Najmniejszą dostępnością do gabinetów profilaktycznych charakteryzowały się szkoły działające w województwie lubelskim (niecałe 20% placówek). Jednocześnie ponad 10% szkół w tym województwie zgłosiło posiadanie gabinetu stomatologicznego, co stanowiło najwyższy odsetek w porównaniu do pozostałych województw. Najwięcej szkół, które zgłosiły posiadanie gabinetu psychologa, odnotowano w województwach dolnośląskim i pomorskim (ponad 18%). Województwo pomorskie charakteryzowało się również najwyższym odsetkiem szkół, w których funkcjonował gabinet logopedy (29%).

Wsparcie poradni psychologiczno-pedagogicznych

Jednym z elementów systemu oświaty, który uczestniczy w ochronie i promocji zdrowia dzieci i młodzieży, są poradnie psychologiczno-pedagogiczne¹¹². Poradnie udzielają dzieciom, młodzieży, rodzicom i nauczycielom pomocy psychologicznej, pedagogicznej, logopedycznej. Pomagają w pokonywaniu trudności w uczeniu się, rozwiązywaniu problemów emocjonalnych, wychowawczych, dokonywaniu wyboru kierunku kształcenia, zawodu i planowania kariery zawodowej. Wspomagają przedszkola, szkoły i inne placówki systemu oświaty w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

Do zadań poradni należy:

- diagnozowanie dzieci i młodzieży;
- udzielanie dzieciom i młodzieży oraz rodzicom bezpośredniej pomocy psychologiczno-pedagogicznej;
- realizowanie zadań profilaktycznych oraz wspierających wychowawczą i edukacyjną funkcję przedszkola, szkoły i placówki, w tym wspieranie nauczycieli w rozwiązywaniu problemów dydaktycznych i wychowawczych;
- organizowanie i prowadzenie wspomaganie przedszkoli, szkół i placówek w zakresie realizacji zadań dydaktycznych, wychowawczych i opiekuńczych.

Pomoc psychologiczno-pedagogiczna udzielana bezpośrednio dzieciom i młodzieży oraz rodzicom udzielana jest w szczególności w formie:

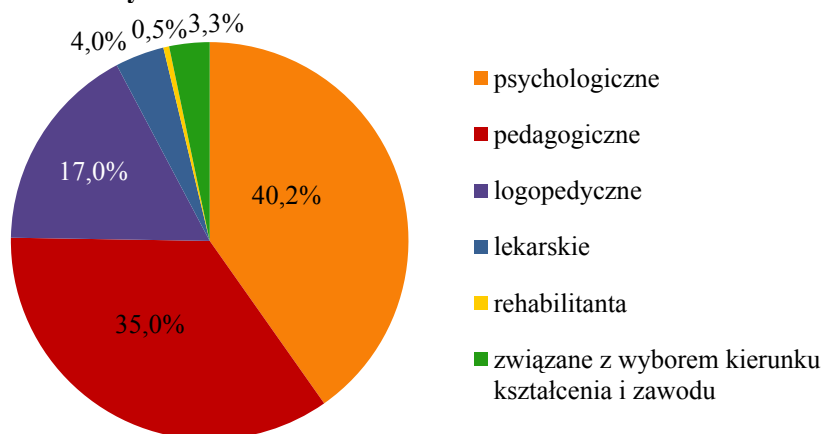
- indywidualnych lub grupowych zajęć terapeutycznych dla dzieci i młodzieży;
- terapii rodziny;
- prowadzenia mediacji;
- interwencji kryzysowej;
- warsztatów;
- porad i konsultacji;
- wykładów i prelekcji;
- działalności informacyjno-szkoleniowej.

W roku szkolnym 2013/2014 w ramach prowadzonej działalności 725 poradni psychologiczno-pedagogicznych wydało łącznie ponad 1 mln diagnoz¹¹³. W większości były to diagnozy psychologiczne (403,5 tys.), a w dalszej kolejności pedagogiczne (351,2 tys.), logopedyczne (170,5 tys.), lekarskie (40,1 tys.), związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej (32,8 tys.) oraz rehabilitanta (4,7 tys.).

¹¹² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 1 lutego 2013 r. w sprawie szczegółowych zasad działania publicznych poradni psychologiczno-pedagogicznych, w tym publicznych poradni specjalistycznych (Dz. U. 2013 poz.199).

¹¹³ Bez danych dla poradni specjalistycznych.

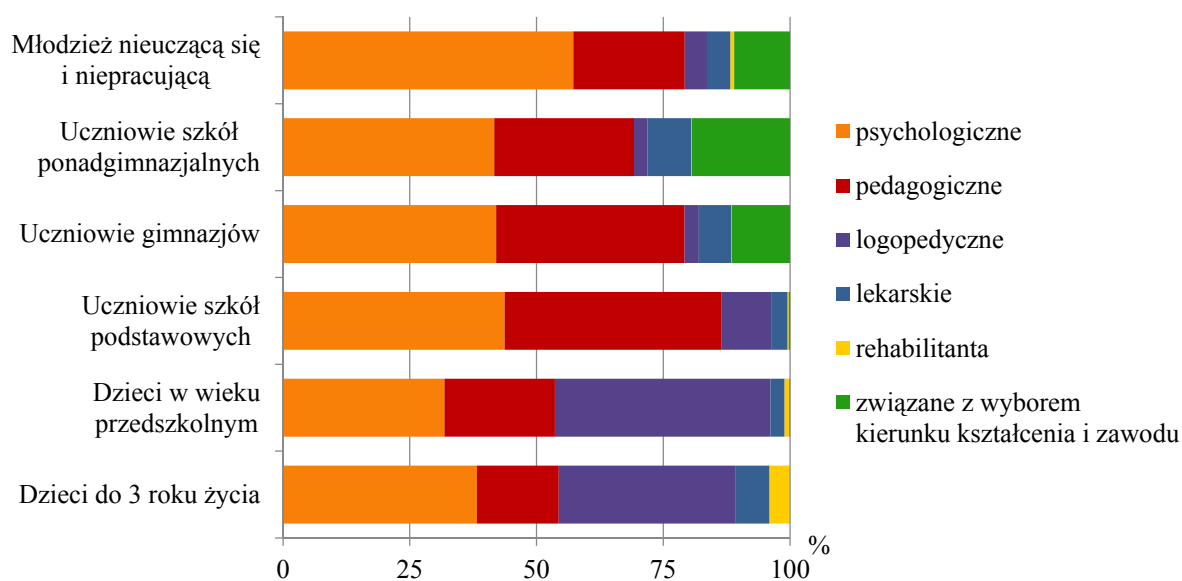
Wykres 76. Struktura diagnoz wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne w roku szkolnym 2013/2014



Źródło: dane Ministerstwa Edukacji Narodowej.

Biorąc po uwagę etap edukacyjny zdiagnozowanych pacjentów najczęściej diagnoz zostało sporządzonych dla uczniów szkół podstawowych – 49,6%. Wśród nich dominowały diagnozy psychologiczne i pedagogiczne (odpowiednio około 44% i 43%). Co czwarte zdiagnozowane dziecko było w wieku przedszkolnym. W tej grupie wieku przeważały diagnozy logopedyczne (ponad 42%) i psychologiczne (prawie 32%). Uczniowie gimnazjów stanowili 16,8% wszystkich zdiagnozowanych pacjentów, 6,0% – uczniowie szkół ponadgimnazjalnych, 2,3% – dzieci do 3 roku życia, a 0,2% – młodzież nieucząca się i niepracująca. Na wyższych etapach edukacji obok diagnoz psychologicznych i pedagogicznych znaczącą grupę stanowiły diagnozy związane z wyborem kierunku kształcenia i zawodu oraz planowaniem kształcenia i kariery zawodowej.

Wykres 77. Struktura diagnoz wydanych przez poradnie psychologiczno-pedagogiczne według etapu edukacyjnego pacjentów w roku szkolnym 2013/2014



Źródło: dane Ministerstwa Edukacji Narodowej.

W ramach pomocy bezpośredniej udzielonej dzieciom i młodzieży poradnie psychologiczno-pedagogiczne prowadziły zajęcia korekcyjno-kompensacyjne, terapie logopedyczne, terapie psychologiczne, w tym psychoterapie, socjoterapie, zajęcia z uczniami zdolnymi, terapie dla zagrożonych uzależnieniami, ćwiczenia rehabilitacyjne, grupy wsparcia, interwencje kryzysowe, mediacje i negocjacje oraz inne zajęcia i formy pomocy indywidualnej lub grupowej. Ponadto dzieciom i młodzieży udzielona została pomoc w formie porad (bez badań i po badaniach przesiewowych) oraz badań przesiewowych (słuchu w ramach programu „Słyszę”, wzroku w ramach programu „Widzę”, mowy w ramach programu „Mówię”).

Tabl. 4H. Liczba dzieci korzystających z usług poradni psychologiczno-pedagogicznych według form pomocy bezpośredniej w roku szkolnym 2013/2014

Formy pomocy bezpośredniej	Ogółem	W tym		
		uczniowie szkół podstawowych	uczniowie gimnazjów	uczniowie szkół ponadgimnazjalnych
Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne	30 148	20 400	2 686	625
Terapia logopedyczna	106 684	35 410	2 300	1 058
Terapia psychologiczna, w tym psychoterapia	35 273	12 671	8 323	6 585
Socjoterapia	11 285	6 915	2 485	1 063
Zajęcia z uczniami zdolnymi	6 631	3 201	1 741	989
Terapia dla zagrożonych uzależnieniami	1 153	107	414	563
Inne zajęcia o charakterze terapeutycznym	32 650	13 793	5 150	3 303
Zajęcia grupowe aktywizujące do wyboru kierunku kształcenia i zawodu	226 426	14 651	146 805	63 728
Zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych	392 205	160 553	107 796	89 991
Ćwiczenia rehabilitacyjne	5 934	1 467	337	51
Grupy wsparcia	1 783	707	374	265
Interwencja kryzysowa	7 159	2 183	2 562	1 762
Inne formy pomocy indywidualnej	111 272	46 035	16 757	8 785
Inne formy pomocy grupowej	196 157	60 801	42 109	39 989
Indywidualne porady zawodowe na podstawie badań	29 255	-	19 009	10 040
Indywidualne porady zawodowe bez badań	25 741	616	17 469	7 388
Mediacje i negocjacje	2 441	914	868	579
Porady bez badań	150 776	56 629	30 007	15 521
Porady po badaniach przesiewowych	128 175	32 731	2 732	-
Badania przesiewowe słuchu w ramach programu "Słyszę"	52 284	20 711	2 016	778
Badania przesiewowe wzroku w ramach programu "Widzę"	23 419	10 648	749	529
Badania przesiewowe mowy w ramach programu "Mówię"	25 033	6 113	459	50

Źródło: dane Ministerstwa Edukacji Narodowej.

W roku szkolnym 2013/2014 przeważającą formą pomocy bezpośredniej udzielonej dzieciom i młodzieży były zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych, którymi objęto 392,2 tys. osób. Popularną formą pomocy były również zajęcia grupowe aktywizujące do wyboru kierunku kształcenia i zawodu, które prowadzono dla 146,8 tys. uczniów gimnazjów, 63,7 tys. uczniów szkół ponadgimnazjalnych oraz 1,2 tys. młodzieży nieuczącej się i niepracującej. Najmniej liczną grupę stanowiły dzieci objęte terapiami dla zagrożonych uzależnieniami (1,2 tys.) oraz grupami wsparcia (1,8 tys.).

Spśród wszystkich form pomocy bezpośredniej udzielonej dzieciom w wieku do 3 roku życia najwięcej (5,1 tys.) skorzystało z porad bez badań oraz terapii logopedycznej (4,2 tys.) i innych form pomocy indywidualnej (3,5 tys.). W grupie dzieci w wieku przedszkolnym dominowały porady po badaniach przesiewowych (91,3 tys.), terapie logopedyczne (63,7 tys.) oraz inne formy pomocy grupowej (50,5 tys.). Wśród uczniów szkół podstawowych przeważającą formą pomocy bezpośredniej były zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych przez pracowników poradni (160,6 tys.), a wśród uczniów gimnazjów – zajęcia grupowe aktywizujące do wyboru kierunku kształcenia i zawodu (146,8 tys.) oraz zajęcia grupowe prowadzone w szkołach i placówkach oświatowych (107,8 tys.). Uczniowie szkół ponadgimnazjalnych najliczniej uczestniczyli w zajęciach grupowych prowadzonych w szkołach i placówkach oświatowych (90,0 tys.) oraz zajęciach grupowych aktywizujących do wyboru kierunku kształcenia i zawodu (63,7 tys.). Wśród młodzieży nieuczącej się i niepracującej dominującą formą pomocy były porady bez badań (1,9 tys.) oraz terapie psychologiczne, w tym psychoterapie (1,6 tys.).

Programy edukacyjne adresowane do dzieci i młodzieży

Ważnym elementem opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą jest edukacja zdrowotna i promocja zdrowia. W 2013 r. Państwowa Inspekcja Sanitarna realizowała programy edukacyjne i kampanie społeczne o zasięgu ogólnopolskim w zakresie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia adresowane do dzieci i młodzieży.

W zakresie profilaktyki nadwagi i otyłości zrealizowano ogólnopolski program edukacyjny „Trzymaj Formę!”. Program przeznaczony był dla uczniów szkół gimnazjalnych i V-VI klas szkół podstawowych oraz ich rodziców. Głównym celem programu była edukacja w zakresie trwałego kształtowania prozdrowotnych nawyków wśród młodzieży szkolnej i ich rodzin, poprzez promocję zasad aktywnego stylu życia i zbilansowanej diety, w oparciu o odpowiedzialność indywidualną i wolny wybór jednostki. W roku szkolnym 2012/2013 program ten objął swoim zasięgiem ponad 703 tys. uczniów w 7 946 szkołach. Dodatkowo przeprowadzono II edycję Konkursu wiedzy o zdrowym stylu życia „Trzymaj Formę!”. W konkursie wzięło udział łącznie 16 powiatów z czterech województw: małopolskiego, opolskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego.

Program edukacyjny dotyczący profilaktyki palenia tytoniu – „Czyste Powietrze Wokół Nas”, skierowany został do dzieci w wieku przedszkolnym, ich rodziców i opiekunów. Głównym celem było zwiększenie wiedzy rodziców w zakresie ochrony dzieci przed narażeniem na działanie dymu tytoniowego oraz kształtowanie świadomych, asertywnych postaw wśród dzieci dotyczących ochrony własnego zdrowia, w przypadku bezpośredniego kontaktu z osobami palącym. W roku szkolnym 2012/2013 program objął swoim zasięgiem 203 379 dzieci w 7 588 placówkach wychowania przedszkolnego. Program edukacji antytytoniowej „Nie pal przy mnie, proszę” przeznaczono dla uczniów klas I-III szkół podstawowych, w celu zmniejszenia narażenia dzieci na bierne palenie. Program zrealizowano w 5 547 szkołach podstawowych, a edukacją objęto 320 111 uczniów. Program profilaktyki palenia tytoniu „Znajdź właściwe rozwiązanie” skierowano dla uczniów szkół podstawowych i gimnazjów w celu zwiększenia odpowiedzialności za własne zdrowie wśród uczniów oraz kształtowania postawy wspierania ludzi, którzy pragną zerwać z nałogiem. Program objął swoim zasięgiem 197 865 uczniów szkół podstawowych oraz 285 059 uczniów gimnazjów w 3 142 szkołach podstawowych (22,8%) oraz 2 854 gimnazjów (38%).

W zakresie profilaktyki chorób zakaźnych zrealizowano Krajowy Program Zwalczenia AIDS i Zapobiegania HIV. W 2013 r. programem objęto około 1 420 tys. osób w 8 016 jednostek, w tym m.in. placówkach nauczania i wychowania, podmiotach leczniczych. Program kierowano w szczególności do osób aktywnych seksualnie, osób dorosłych, młodzieży szkolnej ponadgimnazjalnej, rodziców, nauczycieli, pacjentów i personelu podmiotów leczniczych oraz kobiet planujących macierzyństwo i oczekujących dziecka.

W ramach Szwajcarsko-Polskiego Programu Współpracy zrealizowano projekt „Profilaktyczny program w zakresie przeciwdziałania uzależnieniu od alkoholu, tytoniu i innych środków psychoaktywnych”. W ramach programu zrealizowano projekt, którego celem było ograniczenie używania substancji psychoaktywnych przez kobiety w wieku prokreacyjnym (15-49 lat). Dla szkół ponadgimnazjalnych skierowano program edukacyjny „ARS, czyli jak dbać o miłość?”.

Ponadto zrealizowano również kampanię społeczną w zakresie profilaktyki grypy. Skierowana była ona do 1 800 tys. odbiorców: dzieci, młodzieży w wieku szkolnym, rodziców i opiekunów, dyrektorów szkół i nauczycieli z placówek nauczania i wychowania, pacjentów oraz pracowników podmiotów leczniczych oraz społeczności lokalnych. Podejmowano również działania edukacyjno-informacyjne w ramach profilaktyki: próchnicy, nowotworów, chorób wywołanych przez kleszcze, zatruc pokarmowych, w tym zatruc grzybami, niekorzystnych skutków promieniowania ultrafioletowego (UV) oraz używania środków zastępczych tzw. „dopalaczy”.

4.2. OCHRONA ZDROWIA W GOSPODARSTWACH DOMOWYCH W 2013 R.¹¹⁴

W pierwszym kwartale 2014 r. przeprowadzone zostało po raz 7 cykliczne badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”¹¹⁵. Dotyczyło ono szerokiej problematyki zrealizowanego przez gospodarstwa domowe popytu na usługi opieki zdrowotnej w 2013 r. Wyniki badania uogólniono na całą zbiorowość gospodarstw domowych i ich członków w Polsce.

Analiza wstępnych wyników badania pozwoliła na wskazanie podstawowych zależności w obszarach obrazujących różne aspekty opieki zdrowotnej w gospodarstwach domowych.

Aspekty zdrowotne w gospodarstwach domowych

Ważnym wskaźnikiem determinującym korzystanie z usług medycznych przez daną osobę jest jej ocena własnego stanu zdrowia. Wstępne wyniki badania wykazały, że 67% badanych oceniło swoje zdrowie pozytywnie, natomiast 8,6% jako złe lub bardzo złe.

Orzeczenie o niepełnosprawności, które dotyczy wyłącznie dzieci poniżej 16 roku życia posiadało 2,9% osób, a orzeczenie o stopniu niepełnosprawności dotyczące osób w wieku 16 lat i więcej posiadało 10,8% badanych.

Respondenci w wieku 15 lat i więcej pytani o najważniejszy czynnik, który ma wpływ na stan ich zdrowia, analogicznie jak w poprzedniej edycji badania, najczęściej wymieniali własne zachowanie. Jednak w porównaniu do badania sprzed 3 lat, wzrósł odsetek osób uważających, że nie mają wpływu na czynniki kształtujące ich zdrowie.

¹¹⁴ Szczegółowe wyniki przedstawionego badania, poprzedzone uwagami metodologicznymi i szerokim komentarzem analitycznym zawiera publikacja „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2013 r.”, dostępna w formie książkowej i na stronie internetowej GUS.

¹¹⁵ Badanie zostało przeprowadzone na reprezentatywnej próbie ok. 4,6 tys. gospodarstw domowych liczących 12,5 tys. osób. Zrealizowane było metodą wywiadu bezpośredniego, przez ankierów prowadzących wywiady w ramach badania budżetów gospodarstw domowych.

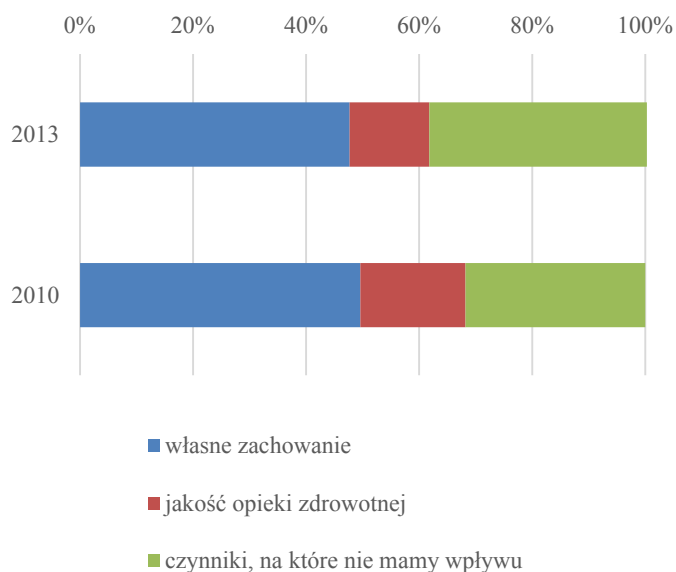
Narzędziem badawczym były dwa kwestionariusze: wspólny – dla gospodarstwa domowego i indywidualny – dla poszczególnych członków gospodarstwa domowego.

Pytania skierowane do gospodarstwa domowego dotyczyły przede wszystkim zakupu leków i innych artykułów medycznych, korzystania z wybranych usług medycznych niefinansowanych ze środków publicznych i motywów korzystania z tych usług, problemu opieki nad chorym w domu i związanymi z tym wydatkami, korzystania z usług medycyny niekonwencjonalnej, usług medycznych za granicą i wydatków poniesionych na ten cel.

Pytania zawarte w kwestionariuszu indywidualnym obejmowały zagadnienia stanu zdrowia, korzystania ze stacjonarnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, wysokości wydatków na opiekę zdrowotną, zakupu leków i dóbr medycznych, oceny jakości opieki zdrowotnej, postaw wobec transplantacji.

Zastosowane w badaniu pojęcia, definicje, klasyfikacje w zakresie usług oraz wydatków umożliwiają porównania prezentowanych wyników z rezultatami wcześniejszych badań modułowych ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych i równocześnie umożliwiają wykorzystanie jego wyników w rachunkach zdrowia, wykonywanych według wspólnej metodologii OECD/Eurostat/WHO.

Wykres 78. Najważniejszy czynnik, który ma wpływ na zdrowie według opinii respondentów



Gospodarstwa z osobami otrzymującymi świadczenia opiekuńcze (zasilek lub dodatek pielęgnacyjny) stanowiły 10,2% badanych gospodarstw. Ponad połowa gospodarstw (54,5%) we własnym zakresie sprawowało opiekę nad osobą otrzymującą świadczenia opiekuńcze.

Odsetek osób mających uprawnienia do świadczeń w ramach dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego (DZZ) wzrósł z 3,9% w 2010 r. do 6% badanych osób w 2013 roku.

Korzystanie z usług opieki zdrowotnej¹¹⁶

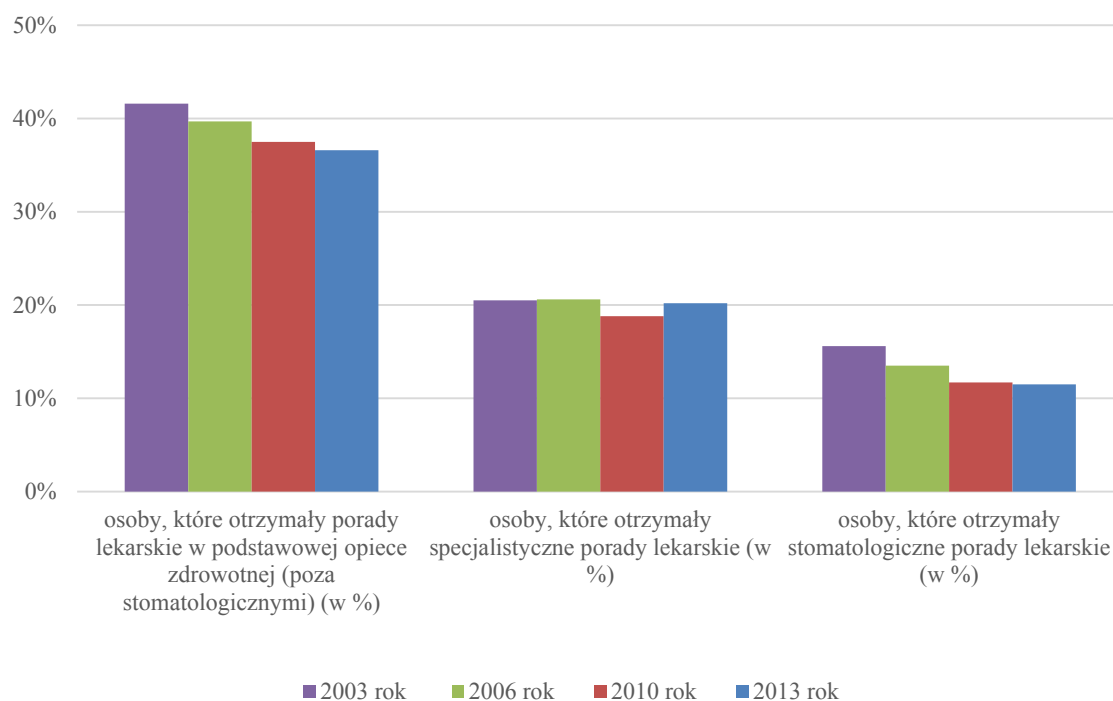
Z porad lekarza w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) w ostatnim kwartale 2013 roku skorzystało prawie 36,6%. Niemal w całości (97,0%) porady POZ sfinansowane były w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia.

Nieco inaczej przedstawiała się sytuacja ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Wstępne wyniki badania wykazały, że co piąta osoba z badanej populacji (20,2%) była u lekarza specjalisty w ostatnim kwartale 2013 roku. Tylko 63,2% spośród nich otrzymała świadczenia w ramach NFZ, a 40,2% sfinansowało je ze środków gospodarstwa domowego.

Z usług stomatologicznych skorzystało blisko 11,5% badanych osób. Wizyty u lekarza dentysty w 70,9% finansowane były ze środków własnych gospodarstwa domowego, a w ramach NFZ w 30%.

¹¹⁶ Generalnie badanie dotyczyło korzystania z usług opieki zdrowotnej w całym 2013 r, ale bardziej szczegółowe pytania dotyczące wybranych zagadnień ograniczały się do czwartego kwartału tegoż roku (m.in. korzystanie z usług ambulatoryjnej opieki zdrowotnej).

Wykres 79. Korzystanie z porad ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹¹⁷ w IV kwartale 2003, 2006, 2010 i 2013 r.



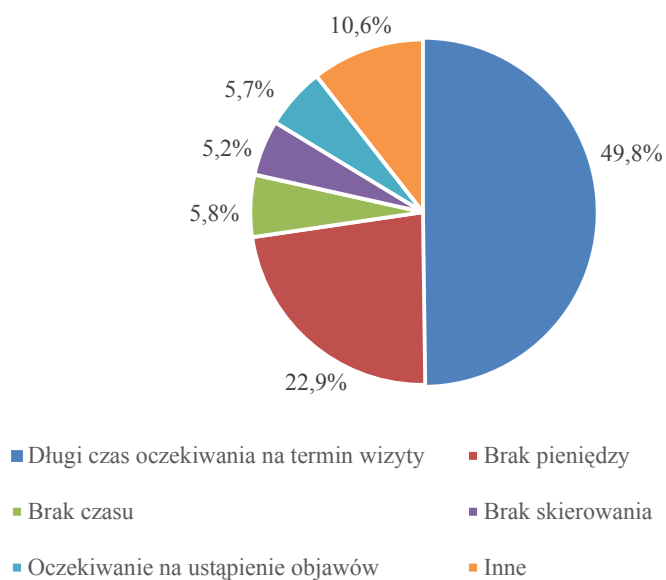
Na pytanie skierowane do gospodarstw domowych o przypadki nieskorzystania w 2013 r. z porad w placówkach specjalistycznej opieki zdrowotnej mimo istniejącej potrzeby, odnośnie wizyt u lekarzy specjalistów twierdząco odpowiedziało 4,9% gospodarstw, a u lekarzy dentyistów – 4,4%. Główną przyczyną zaniechania wizyty u specjalisty był długi czas oczekiwania na termin wizyty (49,8% gospodarstw), a z wizyty u lekarza dentyisty rezygnowano głównie z powodu braku pieniędzy (48,4% gospodarstw).

W 2013 r. w co trzecim gospodarstwie domowym przynajmniej jedna osoba co najmniej raz skorzystała z usług medycznych (poza stomatologicznymi) niefinansowanych przez NFZ (35,1%), w przypadku usług stomatologicznych dotyczyło to niemal 40% gospodarstw domowych. Jako główną przyczynę wyboru płatnej wizyty, gospodarstwa wskazywały odpowiednio: zbyt odległe terminy (49,8%) i lepsze wyposażenie w sprzęt i materiały medyczne (28,3%).

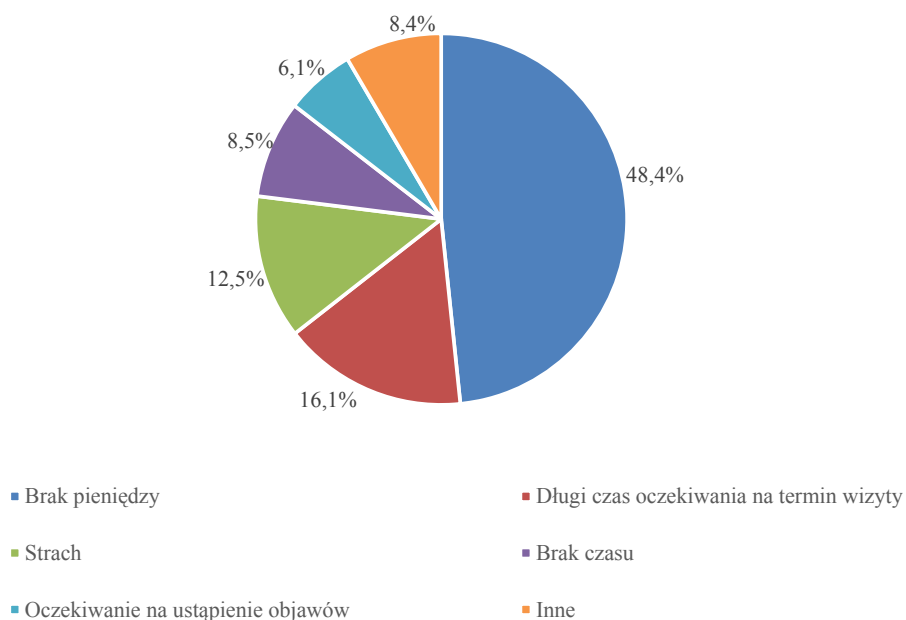
¹¹⁷ Na porady ambulatoryjne opieki zdrowotnej składają się: porady lekarskie i pielęgniarstwa w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, usługi lecznicze w domu pacjenta, usługi rehabilitacyjne oraz pomocnicze usługi opieki zdrowotnej. Największą grupę tych usług stanowią porady lekarskie udzielane w ramach podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz usługi stomatologiczne (leczenie zachowawcze i protetyczne).

Wykres 80. Przyczyny niekorzystania z porad lekarzy specjalistów oraz z usług stomatologicznych pomimo istniejącej potrzeby w 2013 r.

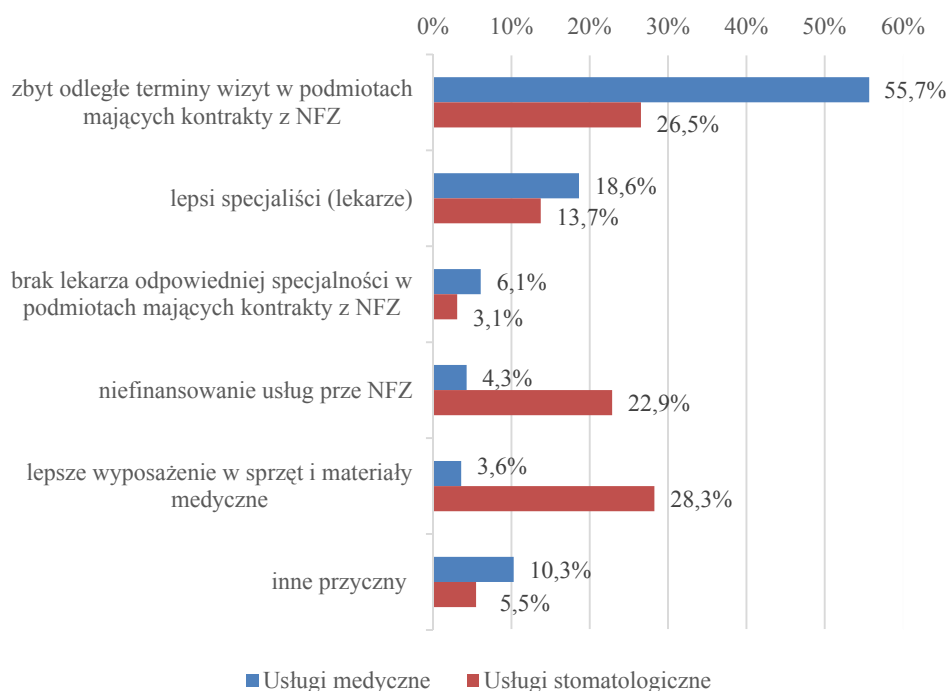
Porady lekarzy specjalistów



Usługi stomatologiczne



Wykres 81. Przyczyny korzystania z usług medycznych i stomatologicznych niefinansowanych przez NFZ w 2013 r.



Wyniki badania wskazały, że w 2013 r. w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej¹¹⁸ przebywało łącznie 9,5% populacji. Niemal wszystkie pobyty (97,6%) opłacane były ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

Medycyna niekonwencjonalna i korzystanie z usług medycznych za granicą nadal odgrywały marginalną rolę w realizacji potrzeb opieki zdrowotnej gospodarstw domowych. W 2013 roku z usług medycyny niekonwencjonalnej skorzystało 3% gospodarstw domowych, a z usług medycznych za granicą – 0,7%.

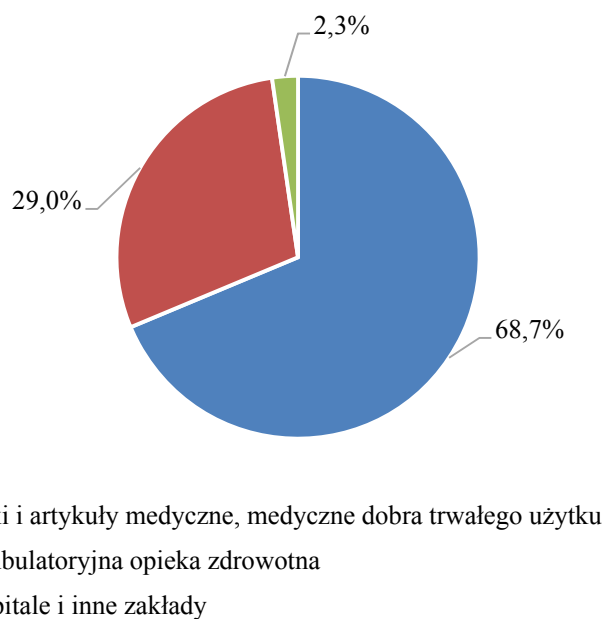
Zakup leków był w gospodarstwach domowych zjawiskiem powszechnym. Członkowie 98,5% gospodarstw domowych kupili przynajmniej raz w 2013 r. leki lub suplementy diety, 92,3% kupujących w tej grupie nabyło leki na receptę, 48,1% – leki zalecane przez lekarza ale nie przepisane, a 90,4% gospodarstw kupowało leki z własnej inicjatywy.

¹¹⁸ Do zakładów stacjonarnej opieki zdrowotnej zaliczono szpital ogólny, szpital specjalistyczny, szpital uzdrowiskowy, szpital psychiatryczny lub inny zakład typu psychiatrycznego, sanatorium, zakład uzdrowiskowy, zakład opieki długoterminowej.

Wydatki gospodarstw domowych na ochronę zdrowia

W całej populacji gospodarstw domowych (włącznie z gospodarstwami, które nie ponosiły żadnych wydatków bezpośrednich) średnie miesięczne wydatki na ochronę zdrowia na osobę wyniosły w 2013 roku 58,21 zł¹¹⁹.

Wykres 82. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ochronę zdrowia



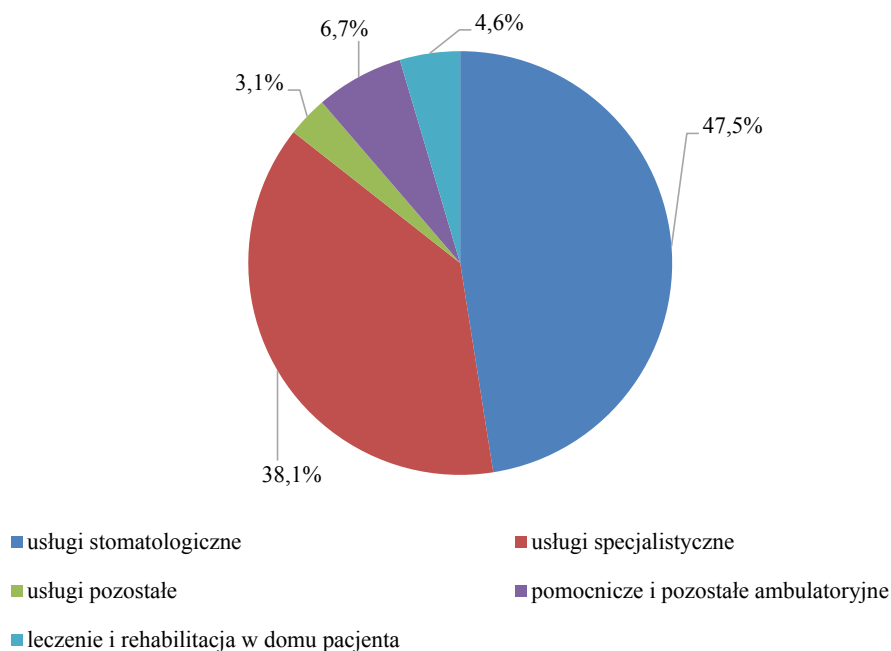
Ponad połowa gospodarstw nie ponosiła bezpośrednich wydatków na ochronę zdrowia innych niż na leki.

Przeciętne miesięczne wydatki na osobę we wszystkich wyróżnionych kategoriach gospodarstw domowych łącznie na leki i artykuły medyczne (np. okulary korekcyjne, soczewki kontaktowe, protezy) wyniosły 36,0 zł. Natomiast wydatki na medyczne dobra trwałego użytku wyniosły 3,43 zł na osobę w 2013 r. W grupach gospodarstw ponoszących wydatki na te cele, kształtowały się one odpowiednio na poziomie 36,3 zł oraz 14,73 zł na osobę miesięcznie.

Dla 55,1% gospodarstw kupujących leki przepisane na receptę lub zalecone przez lekarza zakup leków i artykułów medycznych był dużym obciążeniem.

¹¹⁹ Uwzględnia się tutaj także wydatki na leczenie osoby spoza gospodarstwa domowego (0,83 zł – 1,43%).

Wykres 83. Struktura wydatków gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną



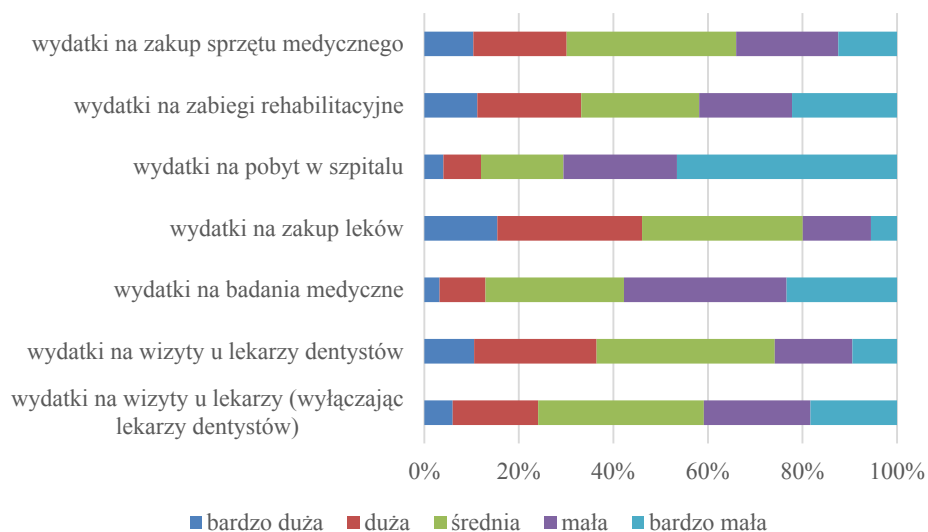
Średnie miesięczne wydatki gospodarstw domowych na ambulatoryjną opiekę zdrowotną¹²⁰ przypadające na osobę wynosiły 16,65 zł we wszystkich gospodarstwach. Natomiast w gospodarstwach korzystających z poszczególnych rodzajów usług ambulatoryjnych i ponoszących za nie opłaty wysokość średnich miesięcznych wydatków na osobę była zróżnicowana, np. za usługi POZ – 27,54 zł, usługi specjalistyczne – 34,22 zł, leczenie stomatologiczne zachowawcze – 53,46 zł, rehabilitację ambulatoryjną – 47,83 zł, rehabilitację w domu pacjenta – 96,81 zł.

Średnie miesięczne wydatki gospodarstw domowych związane z pobytem w szpitalu lub w innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej wyniosły 1,30 zł na osobę. Tak niska ich wartość wynika przede wszystkim z faktu, że są to wydatki uogólnione na członków wszystkich gospodarstw domowych, niezależnie od tego, czy członkowie tych gospodarstw korzystali z usług w szpitalu lub innym zakładzie stacjonarnej opieki zdrowotnej, czy z nich nie korzystali. Należy tutaj przypomnieć, że w badanej populacji 79% gospodarstw nie ponosiło żadnych wydatków bezpośrednich na ten cel.

Ponad czterokrotnie wyższe (5,62 zł) były średnie miesięczne wydatki na osobę obliczone dla populacji gospodarstw, w których przynajmniej jedna osoba przebywała w 2013 roku w szpitalu lub w innym stacjonarnym zakładzie opieki zdrowotnej i ponosiła wydatki na ten cel.

¹²⁰ Patrz przypis 117 str. 163

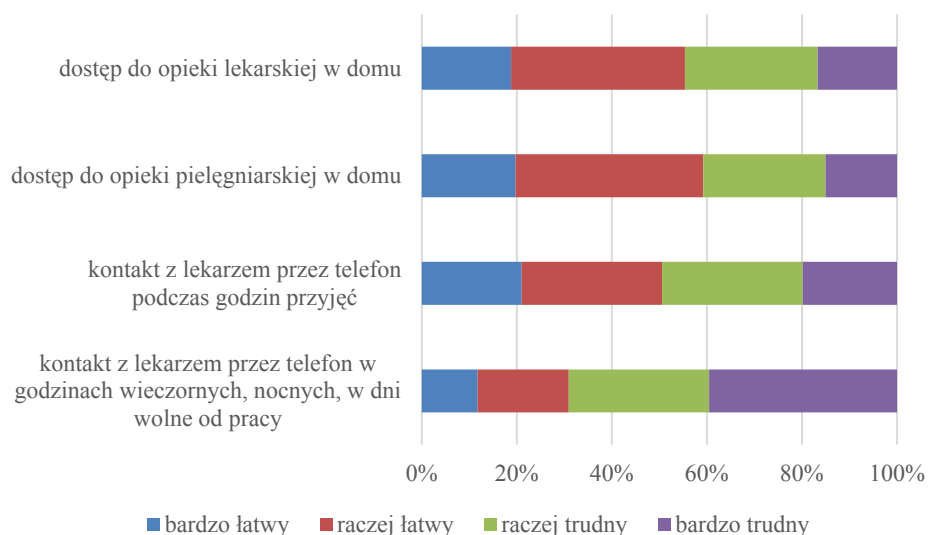
Wykres 84. Gospodarstwa według oceny wysokości wydatków w roku 2013



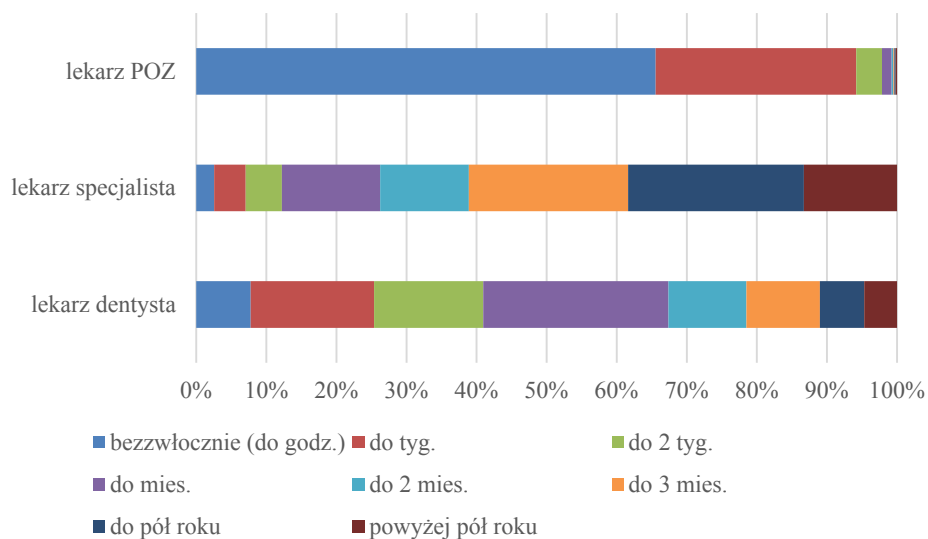
Opieka zdrowotna w ocenie pacjenta

Większość respondentów (63,6%) uznała, że jakość opieki zdrowotnej uzyskiwanej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego (NFZ) w 2013 roku nie zmieniła się w stosunku do roku wcześniejszego. Niemal co piąty uczestnik badania (19,2%) uważał jednak, że nastąpiło pogorszenie w tym zakresie. Jedynie 3,4% badanych uznało, że jakość opieki zdrowotnej uległa poprawie, a co siódmy respondent (13,8%) nie miał zdania na ten temat.

Wykres 85. Dostęp do wybranych form świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego

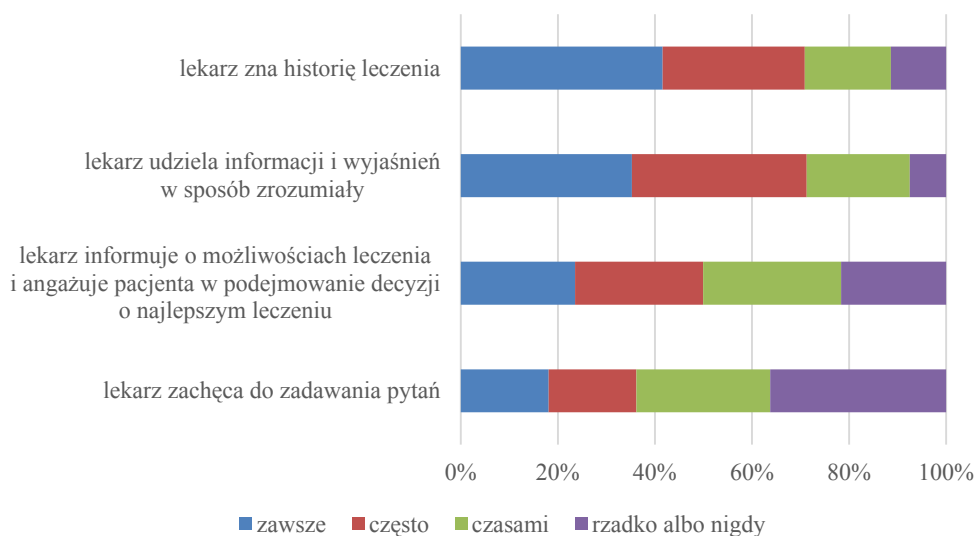


Wykres 86. Czas oczekiwania na świadczenia medyczne

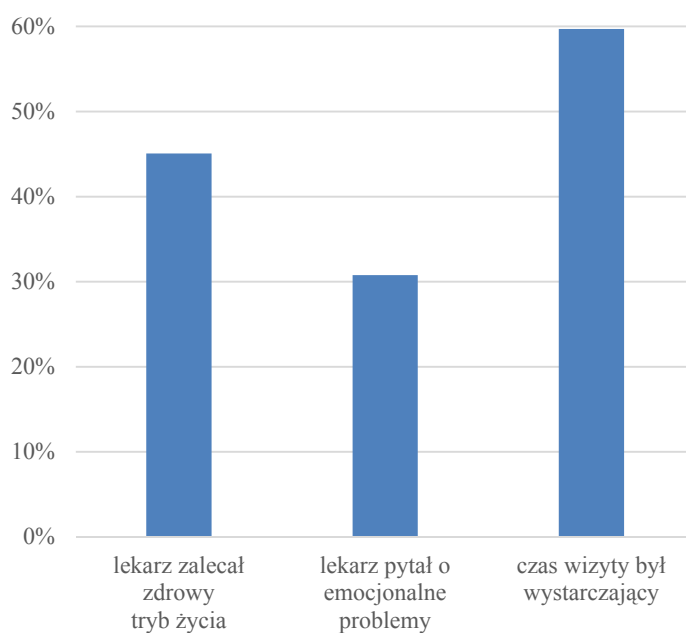


Większość respondentów była usatysfakcjonowana wyborem lekarza pierwszego kontaktu/pediatry, o czym świadczy 28,2% zdecydowanie zadowolonych i 62,8% raczej zadowolonych. Zdecydowane niezadowolone ze swojego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej odnotowano u 1,9% pacjentów.

Wykres 87. Responywność w podstawowej opiece zdrowotnej

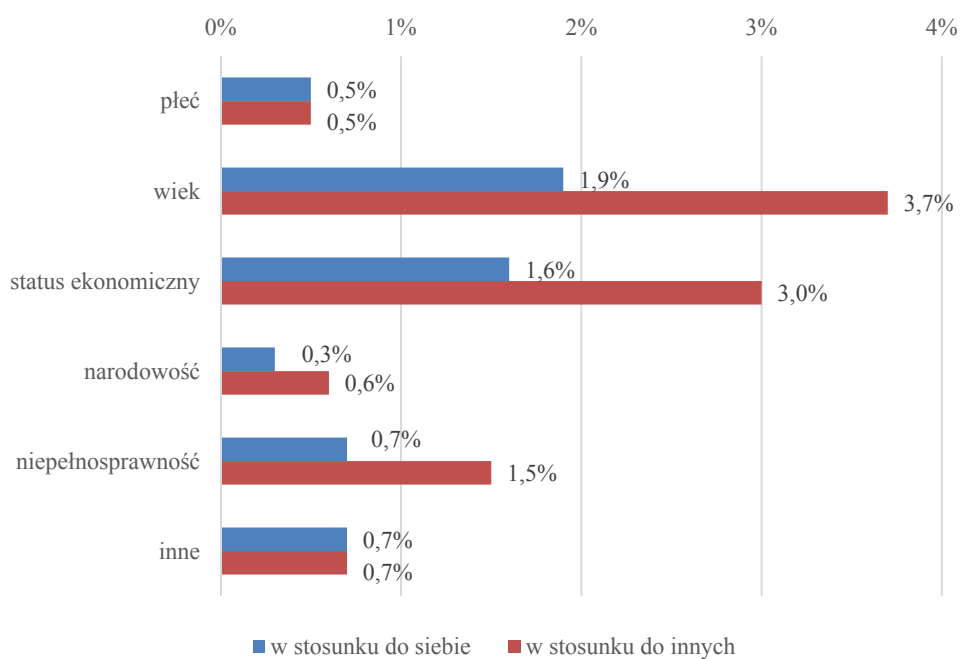


Wykres 88. Rozeznanie lekarza POZ w potrzebach zdrowotnych pacjentów



Problem dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych w ramach środków publicznych, jak i poza nimi, występuje raczej rzadko.

Wykres 89. Doświadczenie dyskryminacji lub nierównego traktowania podczas korzystania ze świadczeń zdrowotnych



W celu oceny jednego z najistotniejszych aspektów jakości – bezpieczeństwa opieki zdrowotnej, respondentom zadano pytanie dotyczące zdarzenia niepożądanego, rozumianego jako szkoda, do której doszło w trakcie leczenia lub diagnostyki.

W zbadanej populacji osób 0,4% oświadczyło, że w 2013 roku doznało zakażenia, a 1,6 % – zdarzenia niepożądanego innego niż zakażenie. Jeśli liczby zdarzeń odniesiemy do liczby badanych, którzy w 2013 roku korzystali z usług podstawowej opieki zdrowotnej, szpitala lub specjalisty, to najbardziej na wystąpienie zdarzenia niepożądanego/zakażenia pacjenci narażeni są podczas hospitalizacji (2,8%), a następnie w podstawowej opiece zdrowotnej (1,0%) i podczas korzystania z usług specjalisty (0,3%).

Postawy wobec zabiegów transplantacji¹²¹

Wstępne wyniki badania wykazały, że większość pytaných osób (68,5%) wyraziłaby zgodę na przeszczepienie za życia własnych narządów osobom bliskim oczekującym na przeszczep. Spośród ogółu badanych 70,3% zadeklarowało zgodę na oddanie szpiku kostnego. Zgodę na oddanie po śmierci własnych tkanek i narządów do przeszczepienia wyraziło dwóch na trzech badanych. Wiedza o wyrażonej wcześniej przez członków rodziny chęci do oddania po śmierci własnych tkanek i narządów do przeszczepienia skłoniłaby większość respondentów (64,8%) do wyrażenia zgody na ich pobranie po śmierci osoby bliskiej. O oświadczeniu woli słyszało 82,2% badanych. Dokument oświadczenia woli podpisałoby 42,3% badanych, przy czym niewiele mniejszy odsetek respondentów nie był zdecydowany, jak postąpić w tej sytuacji (39,0%). Tylko 2,8% pytaných deklarowało, że złożyło takie oświadczenie w przeszłości.

¹²¹ Kolejne edycje badania modułowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych” zawierały dodatkowy blok pytań dotyczący aktualnego problemu w obszarze ochrony zdrowia. W 2013 r. obserwacji poddana została postawa badanej populacji wobec transplantacji.

4.3. FUNKCJONOWANIE REJESTRÓW PODMIOTÓW LECZNICZYCH W NIEKTÓRYCH KRAJACH EUROPEJSKICH¹²²

Wykorzystywanie rejestrów administracyjnych, jako źródła danych statystycznych to jeden z głównych kierunków rozwoju statystyki publicznej przyjętych przez międzynarodowe środowiska statystyczne. Stopień wykorzystania rejestrów jest jednak różny w poszczególnych krajach Unii Europejskiej, zwłaszcza w odniesieniu do sektora ochrony zdrowia, co ostatecznie przekłada się, na jakość publikowanych danych.

W większości krajów funkcjonują cztery typy rejestrów administracyjnych. Pierwsza grupa rejestrów to **rejestry podmiotów gospodarczych**, w których gromadzi się informacje o podmiotach prowadzących działalność gospodarczą. Celem prowadzenia takich rejestrów jest nadanie uprawnień podmiotom gospodarczym do działalności gospodarczej. Brak wpisu do takiego rejestru uniemożliwia podejmowanie działalności gospodarczej. Drugi typ rejestrów to **rejestry podatkowe**, w których gromadzi się informacje o podmiotach będących podatnikami oraz prowadzonych przez nich rozliczeniach. Posiadanie wpisu do takiego rejestru jest obowiązkowe, jeśli podmiot gospodarczy chce uczestniczyć w wymianie gospodarczej. Trzeci typ rejestrów to **rejestry statystyczne**, prowadzone najczęściej przez urzędy statystyczne. Co do zasady wpis do takiego rejestru nie ma znaczenia prawnego tj. nie jest związany z udzieleniem zgody na działalność gospodarczą, chociaż brak nadanego identyfikatora w takim rejestrze może faktycznie uniemożliwić prowadzenie działalności gospodarczej, gdyż może być wymagany np. przez banki, instytucje finansujące świadczenia zdrowotne, itp. Czwarty typ rejestrów to **rejestry dziedzinowe** ograniczające się do pewnych sektorów i rodzajów działalności. Najczęściej wpis do takiego rejestru związany jest z nadaniem już istniejącemu podmiotowi gospodarczemu uprawnień do określonej działalności (przyznanie zezwolenia, koncesji). Nie jest to jednak wymóg obowiązkowy. Rejestr dziedzinowy może być prowadzony wyłącznie w celach informacyjnych, a wpis do niego może nie wiązać się z żadnymi skutkami prawnymi dla podmiotu gospodarczego, chociaż brak wpisu do takiego rejestru może faktycznie uniemożliwić prowadzenie działalności gospodarczej, gdyż zaświadczenie o wpisie może być wymagane np. przez instytucje finansujące świadczenia zdrowotne, banki itp.

W Polsce rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą obejmuje wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą, tj. podmioty mające status podmiotu leczniczego (przedsiębiorcy we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, tworzone i nadzorowane przez naczelne organy państwowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza

¹²² W tej części publikacji przedstawiono wstępne wyniki przeprowadzonego badania dotyczące 17 państw (w tym z Polski), z których otrzymano kompletne odpowiedzi. Całościowy raport, po akceptacji przez kraje uczestniczące w badaniu, zaprezentowany zostanie odrębnie.

i obsługiwany jest przez 16 organów wojewódzkich prowadzonych przez wojewodów, w których rejestrowane są podmioty lecznicze oraz 24 okręgowe organy samorządu zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów oraz 45 okręgowe organy samorządu zawodowego pielęgniarek i położnych. W Sumie Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą obsługuje 85 autonomicznych organów rejestrów (wojewoda, okręgowa rada lekarska, okręgowa rada pielęgniarek i położnych), których decyzja o wpisie do rejestru jest przedmiotem odrębnej decyzji. Wpis ma charakter wpisu konstytutywnego, co oznacza, że nie można podjąć działalności medycznej bez uzyskania dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru. Rejestr jest prowadzony przy użyciu centralnej platformy informatycznej utrzymywanej przez Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia – jednostkę podległą Ministerstwu Zdrowia. Chociaż formalnie nie istnieje rejestr centralny, to przez fakt użycia zcentralizowanego systemu informatycznego wszystkie dane o zarejestrowanych podmiotach gromadzone są w centralnej bazie danych w CSIOZ. Do 2010 r. do określania rodzaju działalności używana była klasyfikacja dostawców opieki zdrowotnej oparta na klasyfikacji wykorzystywanej w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia. Obecnie używana jest autorska klasyfikacja tzw. system kodów resortowych dla ochrony zdrowia. Rejestr zachowuje interoperacyjność w stosunku do rejestru handlowego, rejestru podatkowego oraz statystycznego, co oznacza, że identyfikatory nadawane w Krajowym Rejestrze Sądowym oraz Ewidencji Działalności Gospodarczej, Krajowej Ewidencji Podatników oraz Rejestrze Przedsiębiorców REGON ewidencjonowane są w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.

W 2014 r. GUS zwrócił się do 26 urzędów statystycznych krajów UE i EFTA¹²³ z ankietą mającą na celu diagnozę sposobu prowadzenia rejestrów podmiotów leczniczych, ich interoperacyjności oraz wykorzystania, jako źródła danych dla statystyki zdrowia. Odpowiedź otrzymano z 26 krajów oraz Polski, w tym z 17 krajów odpowiedź była kompletna. Otrzymane odpowiedzi były również przedmiotem analizy w bezpośrednich kontaktach z przedstawicielami urzędów oraz ministerstw zdrowia państw członkowskich.

Według wstępnych wyników, wśród państw członkowskich występują trzy modele funkcjonowania rejestrów. Pierwszy model zakłada funkcjonowanie pod względem formalno-prawnym jednego rejestru, który obsługuje jeden podmiot lub urząd np. Ministerstwo Zdrowia lub jednostka jej podległa. Taki model zidentyfikowano w 9 krajach. Są to głównie kraje mniejsze, albo pod względem ludności albo pod względem terytorium. Drugi model zakłada, że funkcjonujący – pod względem formalno-prawnym – rejestr, obsługiwany jest przez odrębne instytucje np. terenową administrację rządową lub biura terenowe podległe Ministerstwu Zdrowia. Taki model zaobserwowano w 6 krajach, w tym w Polsce. Są to przeważnie kraje większe pod względem ludności, a ich struktura administracyjna zakłada silniejszy centralizm państwowy. Trzeci model

¹²³ Austria, Bułgaria, Chorwacja, Cypr, Czechy, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Hiszpania, Holandia, Lichtenstein, Litwa, Łotwa, Niemcy, Norwegia, Portugalia, Rumunia, Słowacja, Szwajcaria, Szwecja, Węgry, Wielka Brytania, Włochy, Belgia, Dania

zakłada, że w kraju pod względem formalno-prawnym istnieje wiele rejestrów podmiotów leczniczych obsługiwanych przez odrębne podmioty lub urzędy. Taki model zaobserwowano w czterech krajach. Są to kraje charakteryzujące się mniejszym centralizmem państwowym, w których regiony cieszą się większą autonomią. W modelu zakładającym funkcjonowanie wielu autonomicznych rejestrów funkcjonuje zazwyczaj rejestr centralny zlokalizowany w Ministerstwie Zdrowia, ale ma on charakter pochodny, tj. podmioty obsługujące rejestry mają obowiązek w określonym czasie przekazywać informacje o zarejestrowanych podmiotach leczniczych do centralnej bazy danych bez angażowania podmiotu leczniczego.

Tabl. 4H. Sposób prowadzenia rejestrów (modele rejestrów) w niektórych krajach europejskich

MODEL REJESTRÓW	Liczba wysłanych ankiet	Liczba zwróconych ankiet	Liczba odpowiedzi na pytanie	W tym odpowiedź TAK
<i>Pod względem formalno-prawnym prowadzony jest jeden centralny rejestr, który obsługuje jeden podmiot/urząd/instytucja</i>	26	21	18	9
<i>Pod względem formalno-prawnym prowadzony jest jeden centralny rejestr, który obsługują odrębne podmioty/urzędy/instytucje</i>	26	21	17	6
<i>Pod względem formalno-prawnym prowadzi się wiele autonomicznych rejestrów obsługiwanych przez odrębne podmioty/urzędy/instytucje</i>	26	21	17	4

Źródło: Wyniki wstępne na podstawie opracowania ankiety GUS wysłanej w 2014 r. do urzędów statystycznych państw członkowskich UE i EFTA.

W większości badanych krajów wpis do rejestru ma charakter konstytutywny, co oznacza, że dopiero po formalnym wpisie do rejestru podmiot leczniczy może podjąć działalność polegającą na świadczeniu usług zdrowotnych. Nie jest to jednak reguła, w kilku państwach podmiot otrzymuje pozwolenie na działalność i jest zobowiązany poinformować w określonym czasie urząd obsługujący rejestr o podjęciu działalności medycznej. W dwóch państwach obsługa wpisu do rejestru odbywa się za pośrednictwem systemu informatycznego obsługującego rozliczenia świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych oraz sprawozdawczość statystyczną. Oznacza to, że podmiot, który otrzymał pozwolenie na działalność, formalnie nie ma obowiązku zarejestrować się w takim systemie, jednak brak wpisu do takiego systemu w praktyce uniemożliwia funkcjonowanie podmiotu leczniczego w obiegu gospodarczym. Bez takiego identyfikatora nie można podpisać umowy z funduszami ubezpieczeniowymi, nie można otrzymać kredytu lub wystawiać recept.

We wszystkich badanych państwach rejestr podmiotów leczniczych jest rejestrem wtórnym w stosunku do rejestru handlowego, tzn. wpis do rejestru podmiotów leczniczych jest poprzedzony wpisem do rejestru handlowego. W większości państw rejestr handlowy prowadzony jest przez ministerstwa sprawiedliwości lub specjalnie wydzielone jednostki im podległe. W czterech państwach

rejestr handlowy prowadzony jest przez specjalnie utworzone organy rządowe. W jednym przez specjalnie utworzone do tego celu przedsiębiorstwo państwowe. W dwóch państwach rejestr handlowy prowadzony jest przez urząd ds. patentów i własności przemysłowej.

W dziewięciu państwach rejestry podmiotów leczniczych zachowują interoperacyjność z rejestrami handlowymi: numer identyfikacyjny nadawany w rejestrze handlowym jest odnotowywany w rejestrze podmiotów leczniczych. Jest to zrozumiałe, gdyż we wszystkich państwach rejestr podmiotów leczniczych jest wtórny w stosunku do rejestru handlowego. W pięciu państwach rejestr podmiotów leczniczych zachowuje interoperacyjność w stosunku do rejestru podatkowego. W dwóch państwach identyfikator nadawany w rejestrze podmiotów leczniczych był jedynym identyfikatorem w tym rejestrze. Są to państwa, których cechują się dużą autonomią regionów a model rejestru zakłada funkcjonowanie wielu autonomicznych rejestrów. W dwóch państwach identyfikatory nadawane w rejestrze podmiotów leczniczych ewidencjonowane były w rejestrze handlowym oraz podatkowym. Są to państwa, które posiadają rozwinięte platformy informatyczne obsługujące system informacyjnych ochrony zdrowia. W ośmiu państwach rejestr podmiotów leczniczych zachowywał interoperacyjność w stosunku do rejestru statystycznego.

Tabl. 4I. Interoperacyjność rejestrów w krajach europejskich

INTEROPERACYJNOŚĆ REJESTRÓW	Liczba wysłanych ankiet	Liczba zwróconych ankiet	Liczba odpowiedzi na pytanie	W tym odpowiedź TAK
<i>W rejestrze dziedzinowym występują informacje o numerze identyfikacyjnym nadanym w rejestrze podmiotów gospodarczych</i>	26	21	17	9
<i>W rejestrze dziedzinowym występują informacje o numerze identyfikacyjnym nadanym w rejestrze podatkowym</i>	26	21	17	5
<i>W rejestrze podmiotów gospodarczych występują informacje o numerze identyfikacyjnym nadanym w rejestrze dziedzinowym</i>	26	21	17	1
<i>W rejestrze podatkowym występują informacje o numerze identyfikacyjnym nadanym w rejestrze dziedzinowym</i>	26	21	17	1
<i>Rejestr dziedzinowy nadaje własny numer identyfikacyjny i nie zawiera danych identyfikacyjnych z innych rejestrów</i>	26	21	18	2
<i>W rejestrze statystycznym występują informacje o numerze identyfikacyjnym nadanym w rejestrze dziedzinowym</i>	26	21	17	6
<i>W rejestrze dziedzinowym występują informacje o numerze identyfikacyjnym nadanym w rejestrze statystycznym</i>	26	21	17	4

Źródło: Wyniki wstępne na podstawie opracowania ankiety GUS wysłanej w 2014 r. do urzędów statystycznych państw członkowskich UE i EFTA.

Rejestry prowadzone w krajach członkowskich UE, oprócz danych teleadresowych oraz informacji o rodzaju działalności (odpowiednio 18 i 17 odpowiedzi „Tak”), zawierają również informacje o strukturze organizacyjnej. Znacznie mniej rejestrów zawiera dane o działalności podmiotów leczniczych: pracujący personel, struktura personelu, liczba łóżek czy ich rodzaj. Na te pytania twierdząco odpowiedziało około połowy krajów UE. W jeszcze mniejszej liczbie krajów rejestry zawierają dane o sprzęcie medycznym czy dane finansowe (odpowiednio 5 i 3 odpowiedzi „Tak”).

Tabl. 4J. Zakres danych gromadzonych w rejestrach prowadzonych w krajach europejskich

ZAKRES GROMADZONYCH DANYCH	Liczba wysłanych ankiet	Liczba zwróconych ankiet	Liczba odpowiedzi na pytanie	W tym odpowiedź TAK
<i>Dane personalne osób z kierownictwa/zarządu podmiotu leczniczego</i>	26	21	18	8
<i>Dane teleadresowe</i>	26	21	18	18
<i>Dane finansowe</i>	26	21	18	3
<i>Zakres działalności (leczenie stacjonarne, leczenie ambulatoryjne)</i>	26	21	18	17
<i>Struktura organizacyjna (rodzaje, kategorie komórek organizacyjnych np. poradnie, oddziały szpitalne, pracownie)</i>	26	21	18	15
<i>Liczba zatrudnionych/pracujących</i>	26	21	18	8
<i>Struktura personelu wg funkcji (lekarze, śr. Personel med., pracownicy administracyjni) Struktura personelu wg formy zatrudnienia (pełny etat, kontrakt itp.)</i>	26	21	18	8
<i>Liczba łóżek</i>	26	21	18	9
<i>Rodzaj łóżek</i>	26	21	18	8
<i>Dane dotyczące liczby specjalistycznego sprzętu medycznego</i>	26	21	18	5

Źródło: Wyniki wstępne na podstawie opracowania ankiety GUS wysłanej w 2014 r. do urzędów statystycznych państw członkowskich UE i EFTA.

Badania pokazały, że jedynie w jednym z badanych państw dane gromadzone w rejestrze były wystarczające dla statystyki zdrowotnej. W pozostałych państwach dane gromadzone w rejestrze nie wystarczały dla prowadzenia statystyk i konieczne jest zbieranie danych za pomocą ankiet. Potwierdza to tezę, że niezwykle trudno zastąpić jest proces gromadzenia danych w ramach tradycyjnej sprawozdawczości statystycznej procesem pozyskiwania danych z rejestrów administracyjnych.