

**ZDROWIE
I OCHRONA ZDROWIA
W 2012 R.**

**HEALTH
AND HEALTH CARE
IN 2012**

Opracowanie publikacji
Preparation of the publication

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

Redakcja merytoryczna
editor

dr Sławomir Nałęcz

zespół
team

Departament Badań Społecznych i Warunków Życia,
GUS:

Ewa Malesa - koordynacja prac,
Natalia Koehne (p. 2.5, 2.6),
Michał Koziński (p. 3.1),
Elżbieta Król - mapy (maps),
Olga Lewandowska (p. 2.1),
Krzysztof Nyczaj (p. 4.2),
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).

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, US Kraków:
Agnieszka Broś, Katarzyna Gadocha, Maria
Penpeska, Piotr Woch (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/>



ZAKŁAD WYDAWNICTW STATYSTYCZNYCH, 00-925 WARSZAWA, AL. NIEPODLEGŁOŚCI 208
Informacje w sprawach sprzedaży publikacji – tel.: (0 22) 608 32 10, 608 38 10

PRZEDMOWA

Niniejsza publikacja jest kontynuacją serii wydawanych corocznie opracowań ukazujących się pod tytułem „Zdrowie i ochrona zdrowia...”, a przed 2010r. - 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”.

Po raz pierwszy dane o jednostkach prowadzących działalność leczniczą a podlegających Ministerstwu Obrony Narodowej, Ministerstwu Spraw Wewnętrznych zostały ujęte łącznie z placówkami podlegającymi Ministerstwu Zdrowia, dając kompleksowy obraz infrastruktury opieki zdrowotnej – także w retrospektywie począwszy od 2005 roku. Ponadto wszystkie informacje metodologiczne, komentarz analityczny jak i dane zamieszczone w części tabelarycznej zostały dostosowane do nowych przepisów regulujących świadczenie usług medycznych, przede wszystkim do ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej.

Dane zaprezentowano zarówno w skali kraju jak i w układzie 16 województw.

Wśród najważniejszych zmian opisanych w publikacji w zakresie epidemiologii na uwagę zasługuje odnotowany w 2012 r. wzrost zachorowań na krztusiec i rzeżączkę, przy jednoczesnym zmniejszeniu liczby nowych przypadków chorób zakaźnych układu pokarmowego i gruźlicy oraz kontynuacji wieloletniej tendencji wzrostowej w zakresie nowotworów złośliwych. W funkcjonowaniu systemu ochrony zdrowia duże znacznie mają kontynuowane w 2012 r. trendy takie jak: starzenie się kadry medycznej, wzrost liczebności aptek oraz przychodni a co za tym idzie także zwiększenie ich dostępności, a także wzrost liczby pacjentów przy jednoczesnym spadku liczby łóżek w opiece stacjonarnej. Wydatki na ochronę zdrowia, opracowane zgodnie z międzynarodową metodologią narodowych rachunków zdrowia w relacji do PKB spadały w 2010 i 2011 roku po okresie wzrostu w pierwszych 5 latach od akcesji do UE.

Duże znaczenie dla ogólnej oceny kondycji polskiego systemu ochrony zdrowia ma zawarta w publikacji analiza przedstawiająca Polskę na tle krajów OECD i UE, natomiast ostatnia z prezentowanych analiz pokazuje rozwijające się możliwości wykorzystywania danych z rejestrów administracyjnych dla statystyki ochrony zdrowia.

Zastępca Dyrektora
Departamentu Badań Społecznych
i Warunków Życia
dr Sławomir Nałęcz

Introduction

This publication is a continuation of a series of annually published studies under the title *Health and health care in... year*; before 2010 the studies were entitled *Basic Data on Health Care in... year*.

The book consists of methodological and analytical parts, as well as, a tabular Annex. Due to a large volume and inclusion of many details, the tabular part has been placed on the enclosed CD. The entire publication is available free of charge and in a full range of colours on the website: www.stat.gov.pl, in the tab *Themes*, under the entry *Health. Social Services*.

For the first time, data on units carrying out medical activities which are subordinated to the Ministry of Defence and the Ministry of Internal Affairs were included together with data on medical facilities supervised by the Ministry of Health, thus, giving a comprehensive picture of the health care infrastructure – also in retrospect from 2005. Moreover, all methodological information, analytical commentary, as well as, data presented in the tabular part have been adapted to the new regulations concerning the provision of medical services, primarily to the Act of 15 April 2011 on medical activities.

Data are presented both for the whole country and by 16 voivodships.

Among the most important changes described in the publication in the field of epidemiology, noteworthy is, recorded in 2012, the increase in an incidence of whooping cough and gonorrhoea, with a simultaneous decrease in the number of new cases of digestive system diseases and tuberculosis, as well as, the continuation of a long-term upward tendency in the malignant tumors incidence rate. Continuation of the trends observed in 2012 are of great importance for functioning of the health care system. They include: aging of the medical staff, an increase in the number of pharmacies and clinics, and thereby, their availability, as well as, an increase in the number of patients together with a decrease in the number of beds in the in-patient health care service. Expenditures on health care, analyzed according to the international methodology of national health accounts, fell in 2010 and 2011, in relation to GDP, after a period of growth in the first 5 years following the accession to the EU.

The other analysis included nearly at the and the publication, comprises the most important data on the condition of the Polish health care system with the corresponding data on OECD and the EU countries, while the last analysis shows the developing opportunities for using data for health care statistics from administrative registers.

Deputy Director
Social Surveys and Living Conditions
Department
Sławomir Nałęcz, Ph.D.

	Nr	Str.
Przedmowa	x	3
CZĘŚĆ I. UWAGI METODOLOGICZNE	x	22
1. Źródła danych statystycznych	x	23
2. Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne.....	x	25
3. Podstawowe definicje.....	x	34
CZĘŚĆ II. WYNIKI BADAŃ – SYNTEZA	x	59
1. Stan zdrowia.....	x	60
1.1. Zachorowalność na wybrane choroby	x	60
2. Opieka zdrowotna	x	64
2.1. Kadra medyczna	x	64
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna.....	x	72
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna.....	x	92
2.4. Ratownictwo medyczne.....	x	102
2.5. Krwiodawstwo	x	109
2.6. Apteki.....	x	112
2.7. Służba medycyny pracy w 2012 r.....	x	114
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	x	119
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia.....	x	119
3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną.....	x	128
4. Wybrane problemy	x	131
4.1. Opieka zdrowotna w Polsce na tle krajów OECD	x	131
4.2. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, jako źródło wiedzy statystycznej	x	152
 SPIS WYKRESÓW		
Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarki, położnej w latach 2003-2012.	1	64
Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	2	65
Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	3	65
Liczba absolwentów wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2013	4	66

	Nr	Str.
Lekarze i pielęgniarki pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności według województw.....	5	67
Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys. ludności	6	69
Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w 2012 r.....	7	69
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	8	70
Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców, według województw	9	71
Liczba łóżek w szpitalach ogólnych i leczeni w latach 2005 – 2012	10	72
Liczba szpitali i łóżek w szpitalach ogólnych według województw w 2012 r.....	11	73
Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. mieszkańców oraz liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców w 2012 r. według województw.....	12	73
Łóżka w szpitalach ogólnych według oddziałów w 2012 r.....	13	74
Dzieci i młodzież na tle ogólnej liczby leczonych w szpitalach ogólnych według województw w 2012 r...	14	75
Pacjenci leczeni na poszczególnych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2012 r.....	15	76
Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2012 r.....	16	77
Wykorzystanie łóżek i średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale w szpitalu według województw w 2012 r.....	17	78
Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2012 r.....	18	79
Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2012 r.....	19	82
Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2012 r.....	20	82
Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2012 r.....	21	83
Łóżka w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według rodzaju zakładu w 2012 r. (w %).....	22	83
Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2012.....	23	84
Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych w latach 2005-2012.....	24	85
Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2012.....	25	85
Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2012 r. (w %).....	26	87
Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2012 r. (w %).....	27	89
Przychodnie w latach 2005 – 2012.....	28	92
Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia.....	29	93
Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2012 r.	30	93
Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005 – 2012.....	31	94
Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady w latach 2000 – 2012.....	32	95

	Nr	Str.
Struktura porad ambulatoryjnych	33	96
Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2012 r.....	34	97
Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 000 mieszkańców w 2012 r według województw.....	35	98
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca według województw	36	98
Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2012 r.....	37	102
Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2010 – 2012.....	38	103
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2012 r.....	39	104
Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2012 r.....	40	105
Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2012 r.....	41	106
Pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć w latach 2009-2012 według udzielonych świadczeń.....	42	106
Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni (w tys.).....	43	107
Krwiodawcy według płci i wieku w 2012 r.....	44	109
Krwiodawcy według województw w 2012 r.....	45	110
Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny w latach 2000-2012.....	46	112
Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych według wymogów kwalifikacyjnych w 2012 r.....	47	115
Liczba profilaktycznych badań lekarskich według rodzaju, w latach 2010 – 2012.....	48	115
Dynamika liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych.....	49	116
Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2008-2012	50	117
Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami zawodowymi.....	51	118
Wydatki łączne na ochronę zdrowia w 2011 r. według funkcji	52	120
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według płatników w 2011 r.....	53	121
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2011 r.....	54	121
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2011 r.....	55	122
Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2011 w według grup płatników.....	56	124
Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2011 według głównych rodzajów wydatków.....	57	124
Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003 –2011, w mld zł (1).....	58	124
Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003 – 2011, w mld zł (2).....	59	124
Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2011, w mld zł.....	60	125

	Nr	Str.
Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2010, w mld zł (2)	61	125
Struktura wydatków na ochronę zdrowia według dostawców w latach 2003 i 2011	62	126
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według źródeł finansowania w 2011 r.	63	126
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w latach 2006 - 2011 według źródeł finansowania	64	127
Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2012 r.	65	128
Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ.....	66	128
Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2012 r. .	67	130
Lekarze na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.....	68	132
Lekarze ze specjalizacją na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.....	69	133
Lekarze dentyści na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.	70	134
Pielęgniarki na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.	71	135
Farmaceuci na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.....	72	136
Lóżka szpitalne na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r	73	137
Lóżka lecznicze na 1000 ludności w wybranych krajach OECD w 2011 r	74	138
Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w wybranych krajach OECD w 2011 r. (w dniach)	75	139
Lóżka długoterminowe w szpitalach na 1000 ludności w wybranych krajach OECD w 2011 r..	76	140
Tomografy komputerowe i liczba przeprowadzonych badań w wybranych krajach OECD w 2011 r.	77	141
Aparaty do rezonansu magnetycznego i liczba przeprowadzonych badań	78	142
Porady lekarskie na 1 mieszkańca w krajach OECD w 2011 r.	79	143
Cięcia cesarskie na 1000 urodzeń żywych w wybranych krajach OECD w 2011 r.....	80	146
Zabiegi usunięcia zaćmy i angioplastyki na 100 tys. ludności w wybranych krajach OECD w 2011 r.....	81	147
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia jako % PKB w krajach OECD w 2011 r.....	82	148
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca w krajach OECD w 2011 r.	83	149
Średnie roczne tempo wzrostu wydatków ogółem na ochronę zdrowia w ujęciu realnym w krajach OECD w latach 2005-2011.....	84	150
Wydatki publiczne jako % wydatków ogółem na ochronę zdrowia w krajach OECD w 2011 r.	85	150
Różnica w liczbie podmiotów wykazujących działalność szpitalną w REGON oraz posiadającą oddział szpitalny zarejestrowany w RPWDL	86	156
Liczba jednostek mających zarejestrowaną działalność szpitalną w RPWDL oraz w REGON	87	158
Liczba szpitali ogólnych według oficjalnych informacji Ministerstwa Zdrowia w latach 2006-2011.....	88	162

	Nr	Str.
Liczba szpitali w zależności od przyjętego poziomu identyfikacji szpitala w strukturze podmiotów leczniczych oraz kryterium wyróżniającego.	89	163
Liczba szpitali i liczba „szpitali jednodniowych” na różnych poziomach identyfikacji w struktur podmiotów leczniczych przy wąskiej definicji szpitala.....	90	163
Liczba szpitali i liczba „szpitali jednodniowych” na różnych poziomach identyfikacji struktur podmiotów leczniczych, przy szerokiej definicji szpitala.	91	164
Liczba szpitali specjalistycznych, jedno specjalistycznych oraz ogólnych przy zastosowaniu szerokiej definicji szpitala* na poziomie identyfikacji przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.	92	165
Liczba łóżek w szpitalach specjalistycznych, jedno specjalistycznych oraz ogólnych przy zastosowaniu szerokiej definicji szpitala* na poziomie identyfikacji przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.	93	166
Liczba łóżek a liczba szpitali przy szerokiej definicji szpitala* na poziomie identyfikacji przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego.	94	166
Liczba przedsiębiorstw typu szpital według liczby oddziałów przy szerokiej definicji szpitala	95	167
Liczba przedsiębiorstw–szpitali według podmiotu tworzącego przy szerokiej definicji szpitala.	96	168
Liczba łóżek w przedsiębiorstwach-szpitalach według podmiotu tworzącego przy szerokiej definicji szpitala. .	97	168
Szpitala prywatne według formy organizacyjno-prawnej podmiotu prowadzącego przy szerokiej definicji szpitala.	98	169
Liczba łóżek w szpitalach prywatnych według formy organizacyjno-prawnej podmiotu prowadzącego przy szerokiej definicji szpitala.	99	169

SPIS MAP

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2010 r.(na 100 tys. ludności)	1	63
Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie według województw w 2012	2	88
Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów	3	88
Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów.....	4	100
Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów	5	100
Krwiodawcy według województw	6	111
Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny według powiatów	7	111

CZĘŚĆ III. TABLICE WYNIKOWE (na załączonej płycie CD)

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne w 2012 r.....	1	x
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę w 2012 r.	2	x
Zachorowania na choroby weneryczne w 2012 r.	3	x
Zachorowania na nowotwory złośliwe według rozpoznania w 2010 r.	4	x
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw	5	x

	Nr	Str.
Pracownicy medyczni według województw w 2012 r.	6	x
Praktyki zarejestrowane w izbach lekarskich i pielęgniarstwach	7	x
Lekarze specjaliści 2012	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 2012 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 działające 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

	Nr	Str.
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw	35	x
Hospicja według województw	36	x
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw	37	x
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw	38	x
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	38	x
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	38	x
Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw	39	x
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw	40	x
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw	41	x
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	42	x
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	43	x
Osoby korzystające z dofinansowania pfron do turnusów rehabilitacyjnych	44	x
Turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych korzystających z dofinansowania ze środków PFRON według dysfunkcji i rodzajów turnusów w 2012 r.	45	x
Turnusy rehabilitacyjne dla osób niepełnosprawnych korzystających z dofinansowania PFRON według dysfunkcji i województw w 2012 r.	46	x
Przychodnie według województw	47	x
Praktyki lekarskie według województw	48	x
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi	49	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi	50	x
Specjalistyczne porady lekarskie i stomatologiczne według województw	51	x
Porady udzielone w ramach praktyk lekarskich w miastach według województw	52	x
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw	53	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw	54	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi według województw	55	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi według województw	56	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw	57	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw c.d.	58	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw	59	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi według województw	60	x

	Nr	Str.
Jednostki podstawowe służby medycyny pracy według województw	61	x
Lekarze uprawnieni do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi według województw	62	x
Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy według województw.....	63	x
Badania wstępne, okresowe i kontrolne	64	x
Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza w związku z patologią zawodową według województw	65	x
Działalność konsultacyjna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	66	x
Działalność kontrolna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	67	x
Działalność odwoławcza wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw.....	68	x
Krwiodawstwo według województw.....	69	x
Apteki i punkty apteczne według województw	70	x
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego	71	x
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych według województw	72	x
Pomoc doraźna ratownictwa medycznego według województw.....	73	x
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w latach 2010—2011	74	x
Wydatki powiązane z ochroną zdrowia w latach 2010—2011	75	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2011 r. według funkcji (łącznie z funkcjami powiązаныmi z ochroną zdrowia i płatników– w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	76	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2011 r. według funkcji (łącznie z funkcjami powiązаныmi z ochroną zdrowia) płatników– struktura według płatników w % (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	77	x
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2011 r. według dostawców dóbr i usług oraz płatników— w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	78	x
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2011 r. według dostawców dóbr i usług oraz płatników— struktura według płatników w % (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	79	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2011 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług - w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	80	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2011 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług - struktura według dostawców w % (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	81	x
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez narodowy fundusz zdrowia w 2011 i 2012 r	82	x
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych	83	x
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych	84	x
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2011 i 2012 r	85	x

	Nr	Str.
Introduction	x	4
PART 1. METHODOLOGICAL NOTES	x	22
1.1. SOURCES OF STATISTICAL DATA	x	23
1.2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS	x	25
1.3. BASIC DEFINITIONS	x	34
PART 2. ANALYTICAL COMMENTARY	x	59
1. HEALTH STATUS OF THE INHABITANTS OF POLAND	x	60
1.1 Incidence of selected diseases	x	60
2. HEALTH CARE	x	64
2.1. Medical personnel	x	64
2.2. In-patient health care	x	72
2.3. Out-patient health care	x	92
2.4. Emergency medicine	x	102
2.5. Blood donation	x	109
2.6. Pharmacies	x	112
2.7. Occupational medicine in 2012	x	114
3. ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH CARE	x	119
3.1 National Health Accounts	x	119
3.2. Public expenditure on health care	x	128
4. SELECTED PROBLEMS	x	131
4.1. Healthcare in Poland in view OECD countries	x	131
4.2. Register of Entities Performing Therapeutic activities as a source of statistical knowledge	x	152
DIAGRAMS		
Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2003-2012	1	64
Doctors entitled to perform their profession – the age structure	2	65
Dentists entitled to perform their profession – the age structure	3	65
Number of graduates in selected fields of medical universities in Poland, 1995-2012	4	66
Doctors and nurses working per 10 thousand population by voivodeships	5	67

	Nr	Str.
Doctors specialists(with specialization in the II degree and specialist title) per 10 thousand population by specialization	6	69
The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2012.....	7	69
Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	8	70
Pharmacists in Pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population by voivodeships.	9	71
Number of beds and inpatients in general hospitals,2005-2012.....	10	72
Number of general hospitals and hospital beds by voivodeships in 2012.....	11	73
Number of general hospitals per 100 thous. population and number of hospital beds in general hospitals per 10 thous. population by voivodeships in 2012.....	12	73
The Hospital beds in general hospitals by type of hospital wards in general hospitals in 2012.....	13	74
Children and youth on the background of total number of inpatients in general hospitals by voivodeships in 2012	14	75
Number of patients treated in particular types of hospital wards of general hospitals in 2012	15	76
Beds and number of inpatients per one bed on hospital wards in 2012.	16	77
Usage of beds and average patient stay in hospital ward.....	17	78
Structure of beds of inpatient psychiatric facilities in 2012.....	18	79
Age structure of patients in facilities of inpatient long term care (including hospices) in 2012.....	19	82
Age structure of females in facilities of inpatient long term care (including hospices) in 2012.....	20	82
Age structure of males in facilities of inpatient long term care (including hospices) in 2012.....	21	83
Beds in inpatient long-term care facilities by type of facility in 2012 (in %).....	22	83
Beds nad residents of nursing homes, 2005-2012	23	84
Beds nad residents of chronic medical care homes, 2005-2012	24	85
Beds nad residents of hospices, 2005-2012.....	25	85
Services in health resort facilities in 2012 (in %).....	26	87
Degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2012 (in%)	27	89
Out-Patient Departments in 2005 – 2012	28	92
Medical and stomatological practices providing health services.....	29	93
Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2012..	30	93
Out-Patient and Doctors' consultations provided in 2005 - 2012	31	94
Medical Practices and Doctors' consultations provided in 2000 – 2012.....	32	95
Structure of out-patient health care consultations.....	33	96

	Nr	Str.
Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2012.....	34	97
Number of out-patient (in department including and doctor practices) on 10 thousand population by voivodeships in 2012.....	35	98
Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodeships.....	36	98
Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodeships in 2012	37	102
Medical personnel in emergency rescue teams, 2010-2012.....	38	103
Departures of ambulance rescue teams to place of an incident in 2012.....	39	104
Persons who received health care services by the place of incident.....	40	105
Departures unrelated to the emergency situations with risk to health to the overall number of departures of ambulance emergency rescue teams in 2012.....	41	106
Patients of admission rooms / hospital emergency wards by type of service provided.....	42	106
Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics.....	43	107
Blood donors by sex and age in 2012.....	44	109
Blood donors by voivodeships in 2012.....	45	110
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet in 2000-2012 (in thous.).....	46	112
The structure of physicians authorized to perform prophylactic occupational health care, according to qualifying requirements in 2012.....	47	115
Number of prophylactic uses medical examinations by type,in 2010-2012.....	48	115
Dynamics of change of the number of sampled establishments and workposts and recorded cases of suspected occupational diseases.....	49	116
Number of contracts concluded by employers with the basic units smp in 2008-2012.....	50	117
The share of rehabilitation services connected with occupational pathology compared to total rehabilitation treatments performed by regional centers of occupational medicine.....	51	118
Expenditure on health care in general in 2011, by function.....	52	120
Current expenditure on health care in 2011, by financing agent.....	53	121
Total expenditure on health care in 2011, by function.....	54	121
Current expenditure on health care in 2011, by providers.....	55	122
Expenditure on health care in 2003-2011, by financing agent.....	56	124
Expenditure on health care in 2003-2011, by type.....	57	124
Expenditure on health care in 2003-2011, by function, in bln PLN (1).....	58	124
Expenditure on health care in 2003-2011, by function, in bln PLN(2).....	59	124

	Nr	Str.
Expenditure on health care in 2003-2011, by provider, in bln PLN(1)	60	125
Expenditure on health care in 2003-2011, by provider, in bln PLN(2)	61	125
The structure of expenditure on health care by provider in 2003 and 2011	62	126
Current expenditure on health care in 2011, by financing source.....	63	126
Current expenditure on health care in 2006-2011, by financing source	64	127
The structure of public expenditure on health care in 2012.....	65	128
Cost structure of health care services for the insured population covered by national health fund	66	128
Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodeship in 2012.....	67	130
Physicians per 1000 population in OECD countries in 2011.	68	132
Specialists per 1000 population in OECD countries in 2011.....	69	133
Dentists per 1000 population in OECD countries in 2011.	70	134
Nurses per 1000 population in OECD countries in 2011.....	71	135
Pharmacists per 1000 population in OECD countries in 2011	72	136
Hospital beds per 1000 population in OECD countries in 2011	73	137
Curative (acute) care beds in hospitals per 1000 population in selected OECD countries in 2011	74	138
Curative (acute) care average length of stay in selected OECD countries in 2011 (in days).....	75	139
Long-term care beds in hospitals per 1000 population in selected OECD countries in 2011	76	140
Computed Tomography scanners and diagnostic exams in selected OECD countries in 2011	77	141
Magnetic Resonance Imaging units and diagnostic exams in selected OECD countries in 2011	78	142
Doctors consultations per capita in OECD countries in 2011.	79	143
Caesarean sections per 1000 live births in selected OECD countries in 2011.....	80	146
Procedures of cataract surgery and transluminal coronary angioplasty per 100 thous. population in selected OECD countries in 2011	81	147
Total expenditure on health as a share of GDP in OECD countries in 2011	82	148
Total expenditure on health by purchasing power parity per capita in OECD countries in 2011	83	149
Average annual growth rate of total expenditure on health in real terms in OECD countries in 2005-2011	84	150
Public expenditure as a share of total expenditure on health in OECD countries in 2011.....	85	150
The difference in the number of entities showing hospital activity in REGON registry and possessing the hospital ward registered in REPHC.....	86	156

	Nr	Str.
The number of entities having registered hospital activity in REPHC and REGON registry	87	158
The number of general hospitals according to official information of the Ministry of Health, 2006-2011.	88	162
The number of hospitals depending on the adopted level of identification of the hospital in the structure of health care entities and distinguishing criterion	89	163
The number of hospitals and the number of one day care hospitals at different levels of identification of the structures of health care entities at narrow definition of the hospital	90	163
The number of hospitals and the number of one day care hospitals at different levels of identification of the structures of health care entities at broad definition of the hospital.	91	164
The number of specialized hospitals, hospitals of one specialization and general hospitals at using of broad definition of hospital at level of identification of company of health care entity	92	165
The number of beds in specialized hospitals hospitals of one specialization and general hospitals at using of broad definition of hospital at level of identification of company of health care entity.	93	166
The number of beds and the number of hospitals at broad definition of hospital at level of identification of company of health care entity.....	94	166
The number of companies of hospital type by the number of wards at broad definition of hospital	95	167
The number of companies-hospitals by the creating entity at broad definition of hospital.	96	168
The number of beds in the companies-hospitals by the creating entity at broad definition of hospital	97	168
Private hospitals by organizational and legal form of the conducting entity at broad definition of hospital	98	169
The number of beds in private hospitals by organizational and legal form of the conducting entity at broad definition of hospital	99	169
 MAPS		
New cases of malignant neoplasms in 2010	1	63
Location of beds of the health resort treatment and the number of stationary patients by voivodeships in 2012.	2	88
Number of in-patients in health resort hospitals and sanatorias by poviats in 2012	3	88
Number of inhabitants per 1 entity of ambulatory health care by poviats	4	100
Number of outpatient consultations per capita by powiats	5	100
Blood donors by voivodeship.....	6	111
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet by powiats	7	111

	Nr	Str.
PART 3. TABLES (on the CD)		
Incidence of infectious diseases and poisonings in 2012.....	1	x
New cases of tuberculosis in 2012	2	x
Incidence of venereal diseases in 2012.....	3	x
Incidence of malignant neoplasms by diagnosis in 2010.....	4	x
Medical personnel entitled to practise medical profession by voivodeships	5	x
Medical personnel by the main workplace	6	x
Medical practices registered in professional chambers of physicians, dentists, nurses and midwives	7	x
Doctors specialists in 2012.....	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 2012	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
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

	Nr	Str.
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 by voivodeships	36	x
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.....	38	x
Age structure of male residents of long term care facilities by voivodeships.....	38	x
Health resort facilities by voivodeships	39	x
Activity of health resort facilities by voivodeships	40	x
Inpatient rehabilitation facilities by voivodeships	41	x
Inpatients subsidized by ZUS, KRUS and PFRON who were in health resort facilities by voivodeships	42	x
Services in health resort facilities by voivodeships	43	x
Inpatients subsidized by PFRON to rehabilitation stay	44	x
Rehabilitation holidays for disabled persons benefiting from PFRON funds by types of disorders and types of holiday in 2012.....	45	x
Rehabilitation holidays for disabled persons benefiting from PFRON funds by kinds of disorders and voivodeships in 2012.....	46	x
Out-patient departments by voivodeships	47	x
Medical practices by voivodeships.....	48	x
Consultations provided in ambulatory health care in urban and rural areas	49	x
Consultations provided in primary health care in urban and rural areas.....	50	x
Specialized dentists' consultations by voivodeships	51	x
Consultations provided within doctors practices in urban areas by voivodeships	52	x
Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodeships	53	x
Consultations provided in primary health care in urban areas	54	x
Consultations provided in primary health care in rural areas	55	x

	Nr	Str.
Doctors' consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodeships	56	x
Specialized doctors' consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodeships	57	x
Specialized doctors' consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodeships c.d.....	58	x
Specialized dentists consultations by voivodeships	59	x
Specialized dentists' consultations in urban and rural areas by voivodeships	60	x
Primary occupational medicine service units by voivodeships	61	x
Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care	62	x
Medical certification activities of occupational medicine physicians by voivodeships	63	x
Pre-employment, periodic and control medical examinations	64	x
Outpatient medical rehabilitation in relation to occupational pathology by voivodeships	65	x
Consultancy activity of regional occupational medicine centers	66	x
Control activity of regional occupational medicine centers by voivodeships	67	x
Appeal activity of regional occupational medicine centers by voivodeships	68	x
Blood donation by voivodeships	69	x
Pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodeships	70	x
Departures of ambulance emergency rescue teams to place of an incident	71	x
Persons who received health care benefits by voivodeships	72	x
Emergency health care units by voivodeships	73	x
Public and private health care expenditure, 2010—2011	74	x
Expenditure related to health care, 2010—2011	75	x
Expenditures on health care in 2011 by function (including health related functions) and financing agents – in mln pln (result of the national health account)	76	x
Expenditures on health care in 2011 by function (including health related functions) and financing agents – structure by financing agents in % (result of the national health account)	77	x
Current expenditure on health care in 2011 by providers and financing agents in mln pln (result of the national health account)	78	x
Current expenditure on health care in 2011 by health care providers and financing agents – structure by financing agents in % (result of the national health account)	79	x
Expenditure on health care in 2011 by function and providers – in mln pln (result of the national health account)	80	x

	Nr	Str.
Expenditure on health care in 2011 by function and providers – structure by providers in % (result of the national health account)	81	x
Costs of health care services for the insured population covered by national health fund, 2011 and 2012	82	x
State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2011 and 2012.....	83	x
Local self-government budget expenditure on health care by voivodeships, 2012	84	x
Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2011 and 2012	85	x

CZEŚĆ 1

Part 1

UWAGI METODOLOGICZNE

Analytical commentary

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 dentyistów 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,

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

jak też o liczbie osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu wypadku. 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 parciu 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 METODOLOGICZNE

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 leczenia 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 2012, 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 podejmowanych 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,
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,
kościół, 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

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

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 utożsamiać 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 dentystry nadanego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego.

Przy tworzeniu operatów do badań ZD-2 i ZD-3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze

³ Według stanu na dzień 31.12.2012 r.

środków publicznych, a w przypadku badania ZD-4 – dane z systemów informacyjnych wojewodów w zakresie ratownictwa medycznego, według stanu na dzień 31.12.2012 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 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 31.12.2012 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.

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).

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 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. Prezentowane dane o szpitalach dotyczą wyłącznie zakładów, które wykazały przynajmniej jedno łóżko opieki stacjonarnej, bez szpitali jednego dnia udzielających świadczeń zdrowotnych z zamiarem zakończenia

ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Wyjątek stanowi Tabl. 18 – gdzie podano dane szacunkowe.

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 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.

Do zakładów opieki długoterminowej zaliczamy zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze psychiatrycznym prezentowane są razem z zakładami całodobowej opieki psychiatrycznej.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego funkcjonują w oparciu o ustawę o działalności leczniczej⁷ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych⁸.

Zgodnie z ustawą uzdrowiskową zakład lecznictwa uzdrowiskowego to zakład działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznictwa 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.

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).

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. Nr 191, poz.1410, z późn. zm.).

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.

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.

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (*International Classification for Health Accounts*) opracowywanym w Polsce od roku 2002, zgodnie ze wspólną metodologią OECD, Eurostat i WHO. W tym rachunku wydatki są prezentowane według trzech wymiarów: według funkcji ochrony zdrowia i powiązanych z ochroną zdrowia (ICHA-HC), według 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

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.

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
<i>HC.6 - HC.7</i>	<i>DOBRA I USŁUGI KONSUMOWANE ZBIOROWO</i>
HC.6	Profilaktyka i zdrowie publiczne
HC.7	Administracja ochrony zdrowia i ubezpieczenia zdrowotne
<i>HC.R</i>	<i>FUNKCJE POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA</i>
HC.R.1	Inwestycje

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

Kod ICHA	Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia
HP.1	Szpitala
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki 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.

Prezentowane w publikacji dane statystyczne dotyczące porównań międzynarodowych zaczerpnięto z bazy danych *OECD Health Data 2013*. Dane dotyczą 2011 roku i lat wcześniejszych. Omawiane w tej części dane statystyczne mogą różnić się od danych krajowych. Rozbieżności wynikają z zastosowania rozwiązań metodologicznych (zakresowych), stworzonych na potrzeby wszystkich państw, które niejednokrotnie nie pokrywają się z rozwiązaniami stosowanymi w kraju.

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.

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

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.).

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

¹⁴ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, 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.).

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

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.

Osoba wykonująca **zawód medyczny** to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych, oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych

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. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.)

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 niewykonywana wymaga wykształcenia medycznego.

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek lub położnych – forma wykonywania zawodu w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą²⁶.

Przeciętne wykorzystanie łóżka (w dniach) – iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

Przeciętny pobyt chorego na oddziale (w dniach) – iloraz osobodni i liczby leczonych na oddziale.

²⁴ Ustawa z 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.).

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 i zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreśleń z rejestru, jeżeli lekarz złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem. Rejestr ten stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Rejestr praktyk 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 działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z:

badaniem i poradą lekarską,

leczeniem,

badaniem i terapią psychologiczną,

rehabilitacją leczniczą,

opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,

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;

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

²⁷ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. Nr 191, poz. 1410, z późn. zm.).

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.

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 i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także

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).

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 żywienia 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 ustawy³⁰.

²⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz.1410, 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, and persons who were provided with health services at the place of occurrence. The survey covers also

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.

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.

Information for the development of international comparisons was derived from *OECD.Stat 2012*, (state from October 2013).

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) cannot 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,

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

group professional health care practices,
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 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 DS-2, DS-3 and DS-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 31.12.2012)

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.

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:

³³ As of 31.12.2012.

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 (as of 31.12.2012) was used.

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.

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.

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).

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.

The presented data on hospitals apply only to facilities that showed at least one bed of inpatient care without one day hospitals providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours. The exception is Table 18 in which estimates are given.

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 might be considered as an independent hospital.

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

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

Long term care facilities include chronic medical care homes, nursing homes, and hospices. Psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes are presented together with psychiatric care facilities.

Health resort treatment operates on the basis of the *Act on Health Care Facilities*³⁷, as well as the *Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Protection*, as well as on health resort gminas.³⁸

According to the *Act on Health Resort Treatment*, a health resort facility is a health care facility, operating on the area of a health resort, established for the purpose of providing health services in the scope of health resort treatment, as part of medical indications and contraindications laid down for

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 Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (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.

a given health resort, and benefiting from the natural healing properties while providing medical services. Health resort facilities include: health resort hospitals (also for children) health resort sanatoria (also for children), health resort outpatient units, natural healing centres, sanatoria and health resort hospitals in underground mining excavations.

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.

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.

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	Źródła finansowania
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

³⁹ Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws No. 191, item 1410, with subsequent amendments).

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.

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
<i>HC.R</i>	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, they are 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.

The statistical data concerning international comparisons presented herein was derived from the *OECD Stat 2013* (state from October 2013). The discussed data refers to the year 2012 and to the preceding years. The statistical data discussed in this section may differ from the data provided at the national level. Any such discrepancies result from the application of various methodological (field-oriented) solutions developed for the purposes of all countries, which are very frequently inconsistent with country-specific solutions.

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 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 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 Act on the State Medical Emergency System of 8 September 2006, Journal of Laws No. 191, item 1410, 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 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 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 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 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 Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws No. 191, item 1410, 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.

⁵⁴ 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.

⁵⁵ 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 not 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.

⁵⁷ Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws No. 191, item 1410, 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 Act⁶⁰

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.

⁵⁹Act on the National Emergency Medical Services of 8 September 2006 (Journal of Laws No. 191, item 1410, with subsequent amendments).

⁶⁰ 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

Results - Summary

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. Prezentowane w niniejszej publikacji informacje za 2012 r. nie obejmują danych statystycznych dotyczących osób leczonych ambulatoryjnie w 2012 r. z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania z uwagi na niezakończony jeszcze cykl weryfikacji pozyskanych wyników.

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2012 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 2012 r. stwierdzono jedynie 19 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 5 przypadki więcej niż rok wcześniej. Wzrosła jednak bardzo istotnie liczba zachorowań na krztusiec – wykryto prawie 4,7 tys. przypadków, tj. prawie trzykrotnie więcej niż w roku ubiegłym. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie podlaskim, łódzkim i wielkopolskim (20-34 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności), najrzadziej natomiast w województwie zachodniopomorskim i lubuskim (mniej niż 4 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności).

W 2012 r. wzrosła również liczba zachorowań na odrę – stwierdzono bowiem aż 71 przypadków, podczas gdy przed rokiem jedynie 38. Zachorowania na odrę występowały głównie u mieszkańców województwa śląskiego, mazowieckiego i dolnośląskiego (odpowiednio 23, 21 i 18 przypadków), zaś nieliczne przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, łódzkiego, małopolskiego, podkarpackiego, pomorskiego, wielkopolskiego i zachodniopomorskiego. W pozostałych województwach odry nie stwierdzono.

Zwiększyła się również liczba zachorowań na różyczkę. W ciągu całego roku 2012 stwierdzono prawie 6,3 tys. przypadków zachorowań, tj. o blisko 2 tys. więcej niż przed rokiem. Ponad ¼

zachorowań stwierdzono tylko w województwie lubelskim, co szóste zachorowanie w województwie śląskim, a w następnej kolejności - w województwie małopolskim.

Nie odnotowano poprawy w częstości występowania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów. Liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu B utrzymała się na poziomie roku ubiegłego (1,6 tys. przypadków). Nieznaczenie natomiast wzrosła liczba zachorowań na WZW typu A i C, odpowiednio 71 i 2,3 tys. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców łódzkiego, podlaskiego i wielkopolskiego, na 100 tys. ludności przypadało bowiem ponad 7 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił nieco ponad 4 zachorowania na 100 tys. ludności.

W przypadku zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C stosunkowo najliczniej chorowali mieszkańcy województwa lubuskiego – 14 zachorowań na 100 tys. ludności (ponad 2-krotnie częściej niż statystyczny mieszkaniec kraju), a w następnej kolejności mieszkańcy województwa łódzkiego – 11 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności.

Pozytywne tendencje odnotowano w zakresie chorób zakaźnych układu pokarmowego. Spadła znacząco liczba stwierdzonej czerwonki bakteryjnej oraz salmonelloz, jak również liczba zarejestrowanych biegunek u dzieci do lat 2 oraz innych bakteryjnych zatruc pokarmowych. Na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało tylko 22 przypadki salmonelloz i niespełna 5 bakteryjnych zatruc pokarmowych. W grupie najmłodszych odnotowano 436 biegunek na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku aż 444. W ciągu roku 2012 stwierdzono tylko 13 przypadków zachorowań na czerwone bakterie, tj. o 5 mniej niż przed rokiem, z tego większość (4 przypadki) odnotowano w województwie łódzkim, kolejne 3 przypadki w województwie mazowieckim, po 2 przypadki w województwie małopolskim i śląskim i po 1 przypadku w województwie wielkopolskim i zachodniopomorskim. Zachorowania na salmonellozy najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw mazowieckiego, podkarpackiego i podlaskiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało bowiem ponad 30 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł mniej niż 22 przypadki. Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe najczęściej występowały u mieszkańców województwa śląskiego (prawie 18 zatruc na 100 tys. ludności) i dolnośląskiego (10 zatruc). W ciągu całego 2012 roku zarejestrowano ponad 34 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwach pomorskim i kujawsko pomorskim – ponad 600 zachorowań na 10 tys. dzieci, zatem 2-krotnie częściej niż wśród dzieci z województwa dolnośląskiego i ponad 1,5-krotnie częściej niż w całej Polsce.

Odnotowano postęp w zwalczaniu gruźlicy. W ciągu 2012 roku gruźlicę wykryto u ponad 7,5 tys. osób, tj. o blisko 1 tys. osób mniej niż przed rokiem. 93% nowych zachorowań dotyczyło gruźlicy płuc, a tylko 7% - gruźlicy pozapłucnej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2012 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego

i świętokrzyskiego – prawie 30 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla kraju był znacznie niższy – niespełna 20 zachorowań na 100 tys. ludności.

W 2012 r. wzrosła znacząco liczba wykrywanych chorób wenerycznych, w tym zwłaszcza rzeżączki. Stwierdzono bowiem ponad 730 przypadków zachorowań na rzeżączkę, tj. prawie 2,5 – krotnie więcej niż przed rokiem. Podobnie jak w roku ubiegłym odnotowano prawie 1 tys. zachorowań na kiłę. Stosunkowo najwięcej przypadków chorób wenerycznych wykryły laboratoria zlokalizowane w województwie mazowieckim, pomorskim, małopolskim, łódzkim i śląskim, a także w kujawsko-pomorskim (ponad 80% wszystkich zachorowań w kraju). Z uwagi na zagwarantowaną możliwość leczenia choroby wenerycznej w dowolnej przychodni skórno-wenerycznej na terenie całego kraju analiza terytorialna może nie oddawać prawidłowego rozkładu, tym niemniej relatywnie najczęściej choroby weneryczne stwierdzano w województwie pomorskim – 15 przypadków na 100 tys. ludności oraz w województwie mazowieckim – 11 przypadków na 100 tys. ludności.

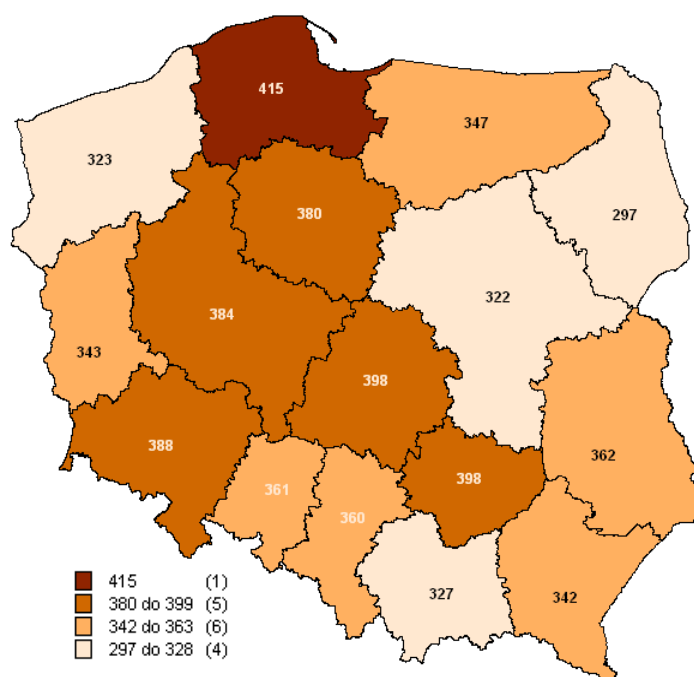
Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2010 r.⁶¹

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 2010 r. stwierdzono ich już ponad 138 tys., tj. prawie 2,5 tys. więcej niż w roku 2009. 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 2010 r. Rosnącą liczbę zachorowań na nowotwory złośliwe odzwierciedla wskaźnik zachorowalności. W 2010 r. stwierdzono blisko 359 nowych zachorowań na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 60 przypadków mniej. Wzrost liczby zachorowań odnotowano prawie na terenie całego kraju, za wyjątkiem województwa dolnośląskiego, śląskiego i małopolskiego. Stosunkowo najbardziej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: zachodniopomorskiego i lubelskiego (wzrost o około 10% w porównaniu z rokiem ubiegłym).

W 2010 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego (415 zachorowań na 100 tys. ludności), a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa łódzkiego i świętokrzyskiego (prawie 400 nowych zachorowań na 100 tys. ludności) oraz dolnośląskiego, wielkopolskiego i kujawsko-pomorskiego (co najmniej 380 przypadków). Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane u mieszkańców województwa podlaskiego - mniej niż 300 przypadków na 100 tys. mieszkańców.

⁶¹Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2010 r..

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2010 r. (na 100 tys. ludności)



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2010 r. można stwierdzić, że (podobnie jak w roku poprzednim) najczęściej nowotwory narządów trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa świętokrzyskiego (90 zachorowań na 100 tys. ludności) i dolnośląskiego, łódzkiego, wielkopolskiego i pomorskiego, natomiast nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej – u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego, łódzkiego, kujawsko-pomorskiego i pomorskiego – co najmniej po 67 przypadków zachorowań na 100 tys. mieszkańców, najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa podlaskiego. Z kolei nowotwory złośliwe narządów płciowych relatywnie najczęściej były wykrywane u mieszkańców województwa pomorskiego i kujawsko-pomorskiego – co najmniej 70 przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców warmińsko-mazurskiego i zachodniopomorskiego – około 50 zachorowań na 100 tys. ludności tych województw.

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.

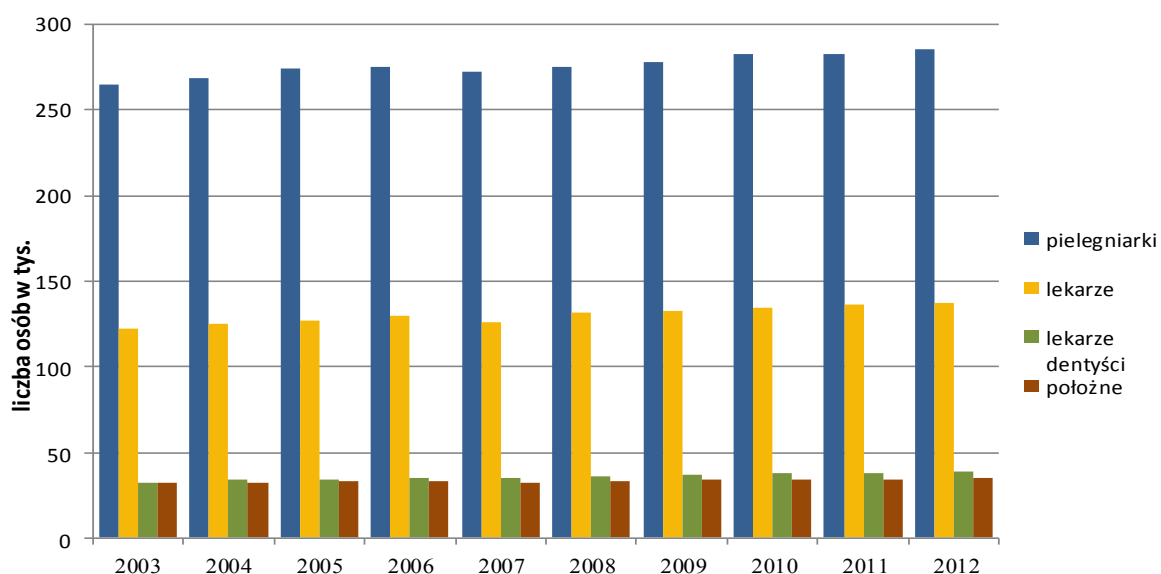
Dane w tym zakresie, które są zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2012 roku (z wyjątkiem danych o absolwentach).

Uprawnieni do wykonywania zawodów medycznych

W 2012 roku, zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, prawo wykonywania zawodu posiadało 137,1 tys. lekarzy, 38,8 tys. lekarzy dentyistów, 285,3 tys. pielęgniarek, 35,1 tys. położnych, 29,9 tys. farmaceutów i 11,8 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 pielęgniarek (wzrost o ponad 3 tys. osób). Jednocześnie wśród diagnostów laboratoryjnych odnotowano znaczny spadek o ponad tysiąc osób uprawnionych do wykonywania zawodu mniej, tj. spadek o 11%.

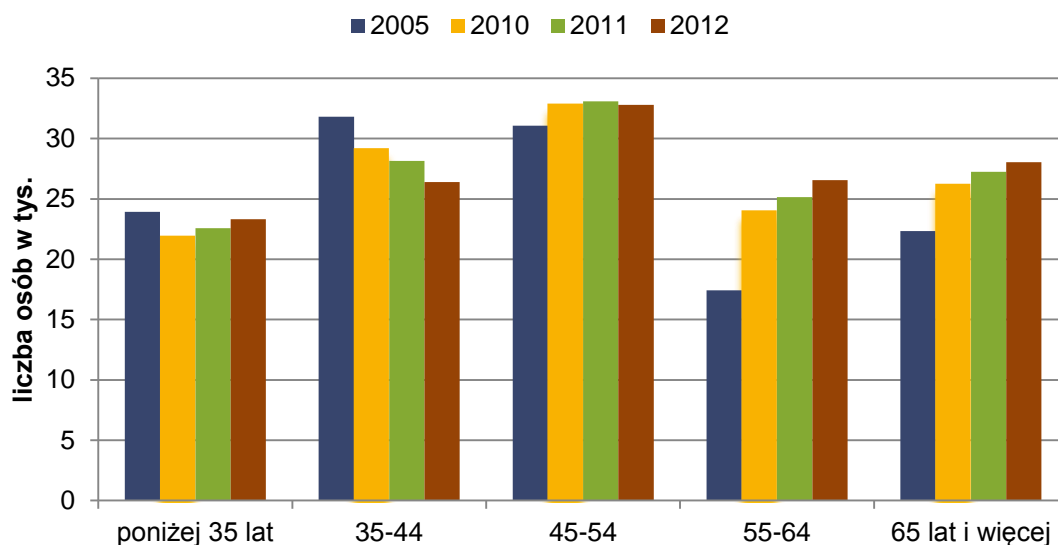
Tendencja niewielkiego wzrostu liczby osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego utrzymuje się – z wyjątkiem 2007 r. - w obserwowanym okresie – od 2003 roku.

Wykres 1. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarzki, położnej w latach 2003-2012

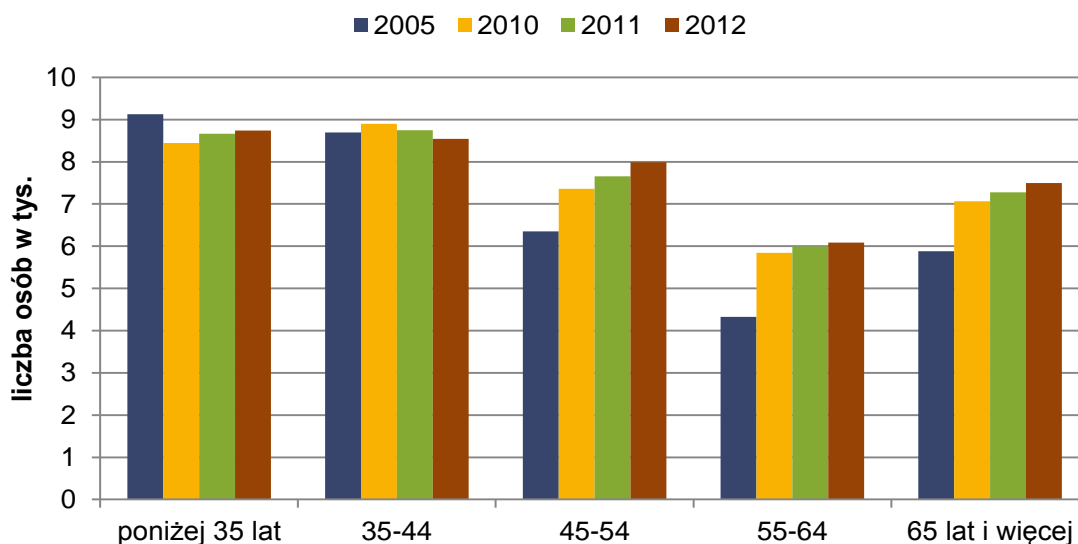


Dynamika liczby osób posiadających prawo do wykonywania zawodu medycznego jest wypadkową napływu nowych osób i naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych oraz podejmowaniu pracy za granicą. W 2012 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wiekowej lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. W różnym stopniu dotyczyło poszczególnych zawodów i specjalności. Poniższe wykresy ilustrują zmianę struktury wieku w latach 2005-2012 dla grup zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Wykres 2. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku



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

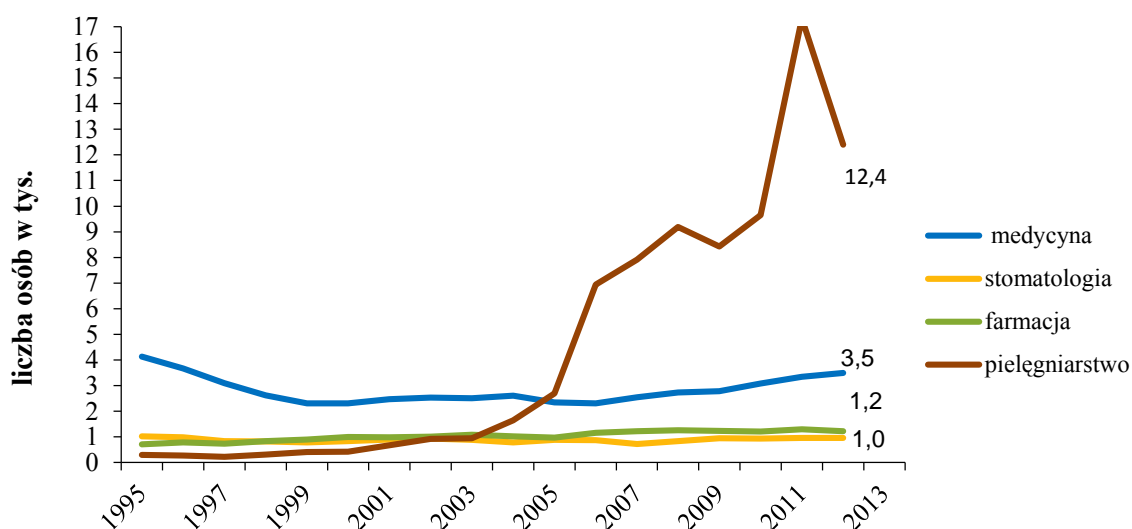


Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Najwięcej pracujących pielęgniarek było w wieku 45-54 lata – 95,4 tys. Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 15,5 tys., których było o 23% mniej niż w 2011 r.

Podobnie sytuacja wyglądała w przypadku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – 12,5 tys, natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – 2015 osób, tj. o 25,4% więcej niż w roku poprzednim.

Napływ nowych osób uprawnionych do wykonywania omawianych zawodów uwarunkowany jest liczbą osób kończących uczelnie i szkoły medyczne. Limity przyjęć na studia medyczne określa corocznie Minister Zdrowia. Wykres poniżej obrazuje zmiany w liczbie absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni ostatnich lat⁶².

Wykres 4. 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 oraz znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo w latach 2005-2011, a następnie gwałtowny ich spadek w 2012 r. W przypadku grupy zawodowej pielęgniarek i położnych na dynamikę liczby absolwentów miało wpływ kilka czynników. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskała najpierw licencjat, w jednym roku a np. 2 lata później magisterium, była liczona dwukrotnie (w różnych latach). Po wprowadzeniu w Polsce standardów Unii Europejskiej dyplom, który pielęgniarki i położne uzyskiwały kończąc średnie szkoły medyczne nie stanowi już wystarczającego potwierdzenia kwalifikacji zawodowych polskich pielęgniarek i położnych w Unii Europejskiej. Obecnie muszą one mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw.

⁶² Dane GUS – formularz S-10.

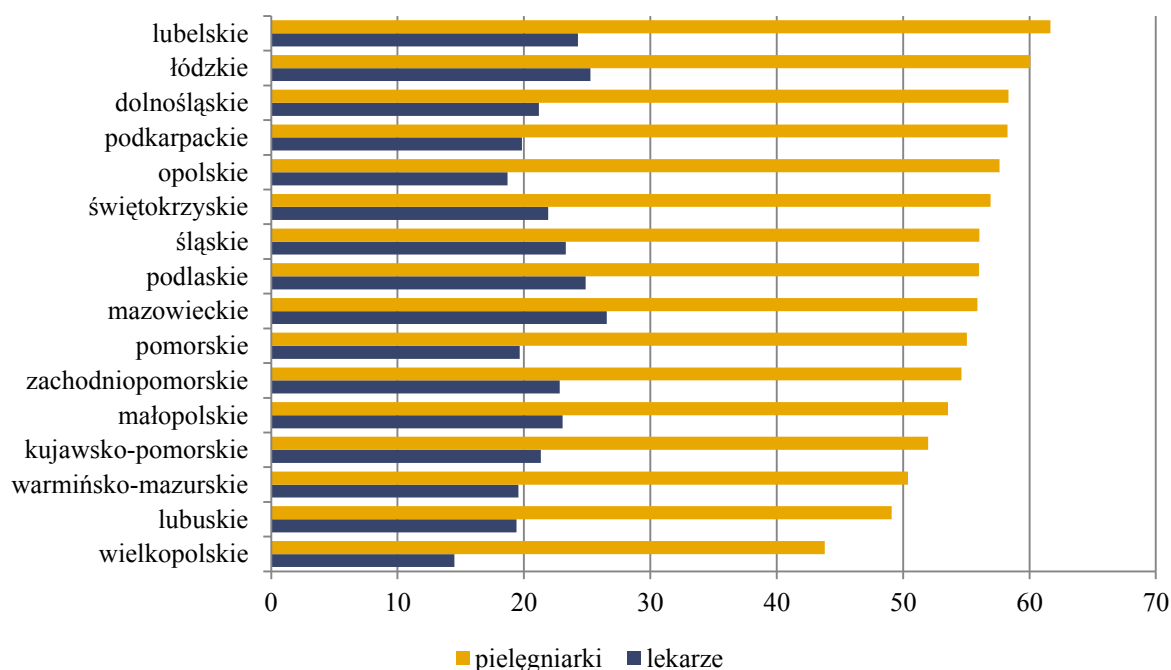
pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe miał odbyć się w roku 2010/2011. Wiąże się z tym wyraźny wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa widoczny na wykresie w latach 2003 – 2011 (z niewielką korektą w 2009 r.). Spadek odnotowany w 2012 r. roku (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.

Wzrost wymogów, jeśli chodzi o poziom wykształcenia, dotyczy również fizjoterapeutów - obecnie nie kształcą już fizjoterapeutów na poziomie średnim.

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 również była najmniejsza w województwie wielkopolskim – 43, natomiast największa w województwie lubelskim - niemal 65.

Wykres 5. Lekarze i pielęgniarki pracujący bezpośrednio z pacjentem 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 dentystów jest odsetek specjalistów⁶³, a w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

W roku 2012 wśród lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem było 58,4 tys. specjalistów (68,7%), a wśród lekarzy dentystów specjalizację miało 2,5 tys. (20,3%) osób.

Warto dodać, że w systemie opieki zdrowotnej pracowało także ok. 11 tys. lekarzy i 4,8 tys. dentystów z I stopniem specjalizacji, którzy obecnie nie są zaliczani do grona specjalistów. 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 specjalizacji⁶⁴
- migracje zagraniczne lekarzy specjalistów do innych krajów,
- zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz starzenie się ludności.

W ramach podejmowanych działań mających zachęcić młodych lekarzy do wybierania danych specjalności w 2003 r. sześć dziedzin medycyny zostało uznane za priorytetowe (epidemiologia, geriatraia, medycyna rodzinna, onkologia kliniczna, patomorfologia, rehabilitacja medyczna). W latach 2009 i 2012 lista specjalizacji priorytetowych była już znacznie dłuższa (obejmowała odpowiednio 21 i 16 specjalizacji)⁶⁴. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego organizuje i koordynuje projekt „Kształcenie w ramach procesu specjalizacji lekarzy deficytowych”. Projektem zostały objęte następujące specjalizacje deficytowe: kardiologia, medycyna pracy, onkologia kliniczna, radioterapia onkologiczna, chirurgia onkologiczna, onkologia i hematologia dziecięca, ginekologia onkologiczna, kardiologia dziecięca oraz patomorfologia.

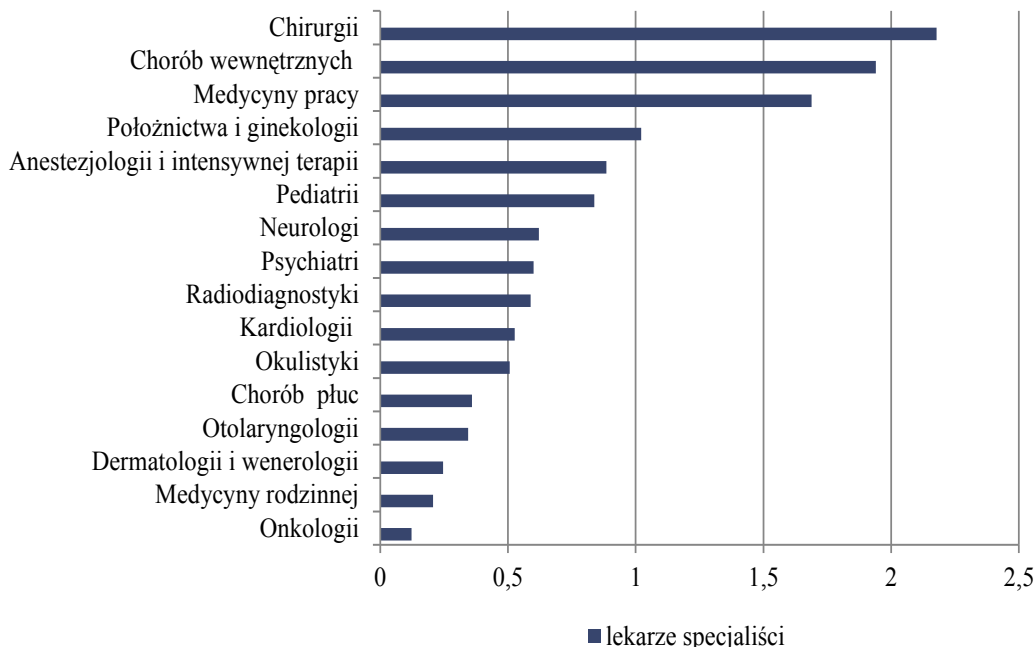
Na koniec 2012 roku najwięcej lekarzy posiadało specjalizację z zakresu chirurgii, chorób wewnętrznych oraz medycyny pracy - średnio na 10 tysięcy ludności przypadało ok. 2 lekarzy z wymienionych specjalizacji. Spośród pracujących lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: choroby płuc, otolaryngologia,

⁶³ Patrz „Uwagi metodologiczne” str 35 i 36, definicja o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

⁶⁴ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012r. dziedziny medycyny uznane za priorytetowe są obecnie: anestezjologia i intensywne terapię, chirurgia onkologiczna, geriatraia, 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.

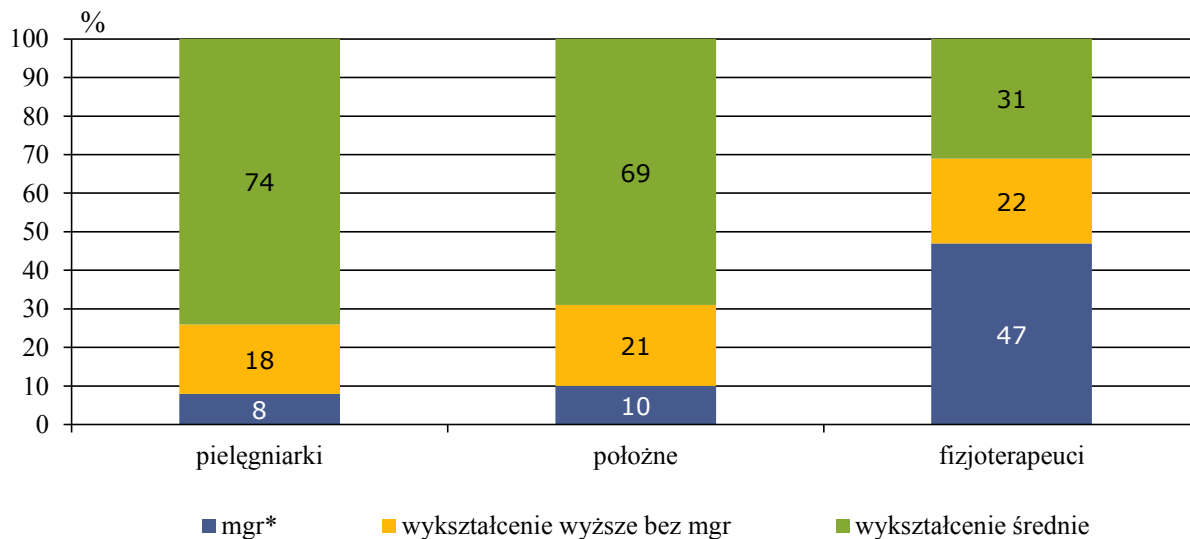
dermatologia i wenerologia, medycyna rodzinna oraz onkologia. Jak widać z poniższego wykresu liczba lekarzy specjalistów tych deficytowych dziedzin wyniosła niespełna 0,5 osoby.

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



Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem 26% posiadało wyższe wykształcenie, 8% ogółu - tytuł magistra pielęgniarstwa.

Wykres 7. Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w 2012 r.



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

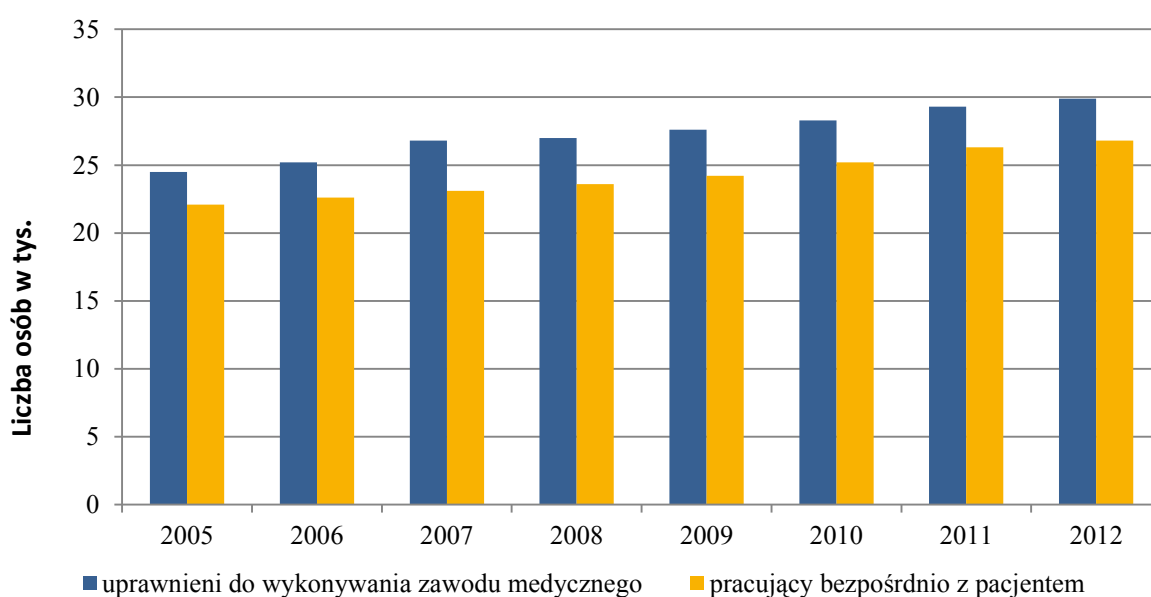
Najwyższy odsetek osób z wyższym wykształceniem w wybranych zawodach medycznych wystąpił w grupie fizjoterapeutów i wyniósł 68%, przy czym 47% pracujących w tej grupie posiadało tytuł magistra fizjoterapii lub rehabilitacji.

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 2012 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8 822 ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników z wyższym wykształceniem (licencjat w zakresie ratownictwa) było 2 965.

W roku 2012 uprawnionych do wykonywania zawodu było – 29,3 tys. farmaceutów, natomiast w zbadanych aptekach i punktach aptecznych były zatrudnione 26,8 tys. osób, czyli 92% wszystkich uprawnionych pracowało bezpośrednio z pacjentem.

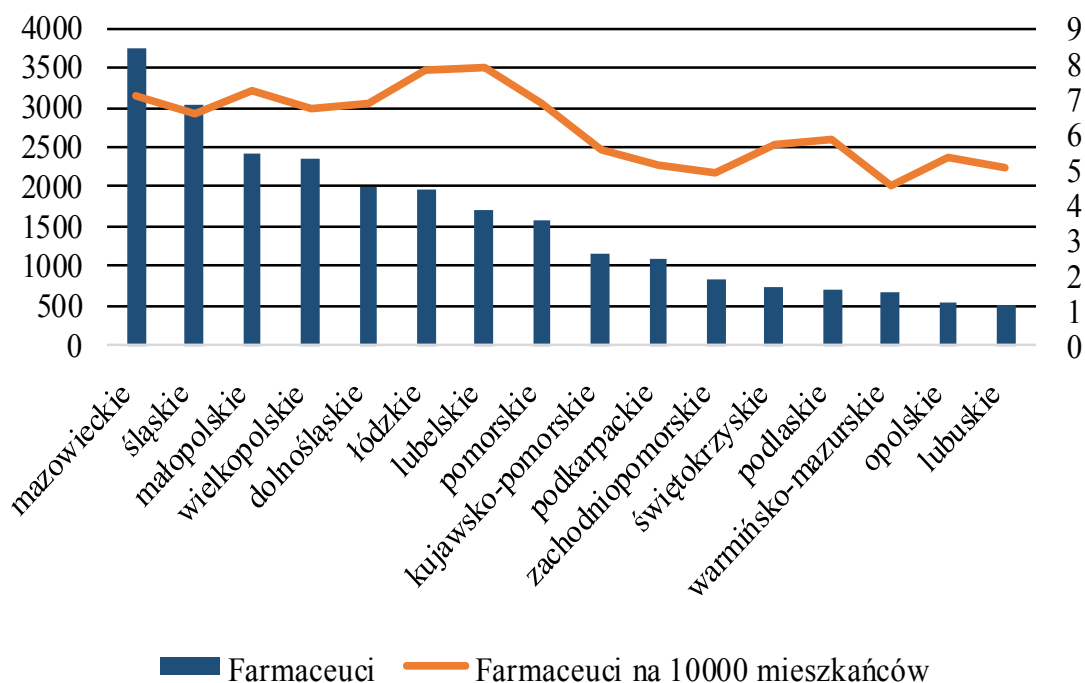
Wykres 8. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu



Biorąc pod uwagę pracujących i uprawnionych do wykonywania zawodu, można zauważyć stałą tendencję wzrostową liczby farmaceutów w skali kraju.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 24,9 tys. magistrów farmacji oraz 26,2 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.



W roku 2012 najwięcej farmaceutów pracowało w aptekach i punktach aptecznych województwa mazowieckiego – 376 osób, natomiast najmniej w województwie lubuskim – 513 osób.

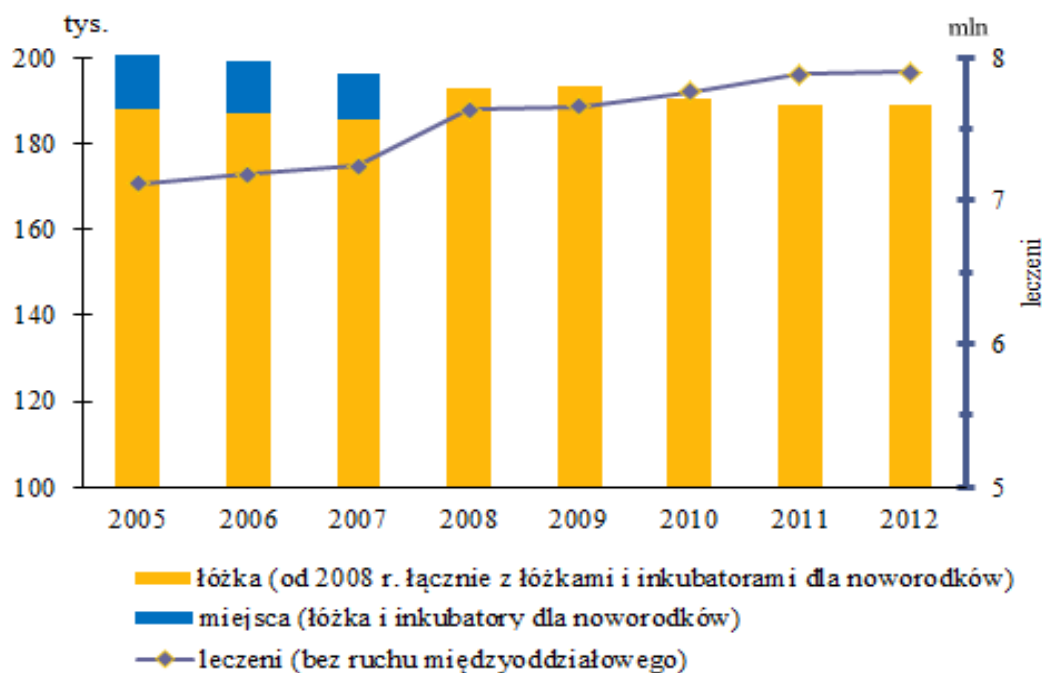
Nieco inaczej wyglądał wskaźnik liczby farmaceutów przypadających na 10 tys. ludności. Najwyższy był w województwie łódzkim i lubelskim – 8 farmaceutów, najniższy – w województwach: lubuskim, opolskim, warmińsko-mazurskim, podkarpackim oraz kujawsko-pomorskim – 5 farmaceutów.

2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna

Szpitala ogólne

W Polsce na koniec 2012 r. odnotowano łącznie 913 szpitali⁶⁵ ogólnych dysponujących 188,8 tys. łóżek⁶⁶, z których w ciągu roku skorzystało blisko 7,9 mln pacjentów. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wyniósł 49,0 co oznacza, że na jedno łóżko - podobnie jak przed rokiem - przypadały przeciętnie 204 osoby. W porównaniu do 2011 r. nie odnotowano istotnych zmian w zakresie liczby łóżek czy liczby pacjentów. Liczba łóżek spadła w skali kraju o 176 łóżek tj. o 0,1%, natomiast liczba osób hospitalizowanych wzrosła o 0,2% tj. 14,8 tys. Na przestrzeni ostatnich ośmiu lat utrzymywała się tendencja wzrostowa w zakresie liczby pacjentów oraz trend spadkowy w zakresie liczby łóżek. W stosunku do 2005 r. liczba pacjentów wzrosła o 11% zaś liczba łóżek spadła o 5,1% uwzględniając miejsca i inkubatory dla noworodków, które do 2007 nie były wliczane do liczby łóżek⁶⁷.

Wykres 10. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych i leczenia w latach 2005 – 2012



Najwięcej łóżek szpitalnych było w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim - 26,3 tys. tj. 13,9% wszystkich łóżek i śląskim (26,0 tys. tj. 13,8%), a najmniej - w lubuskim (4,5 tys. tj. 2,4 %) oraz opolskim (5,0 tys. tj. 2,6%). Podobnie przedstawiała

⁶⁵ Z uwagi na zmiany prawne (ustawa o działalności leczniczej) mające wpływ na sposób wyodrębniania i rejestracji placówek (w tym szpitali) dane dotyczące liczby szpitali są nieporównywalne z danymi z lat poprzednich.

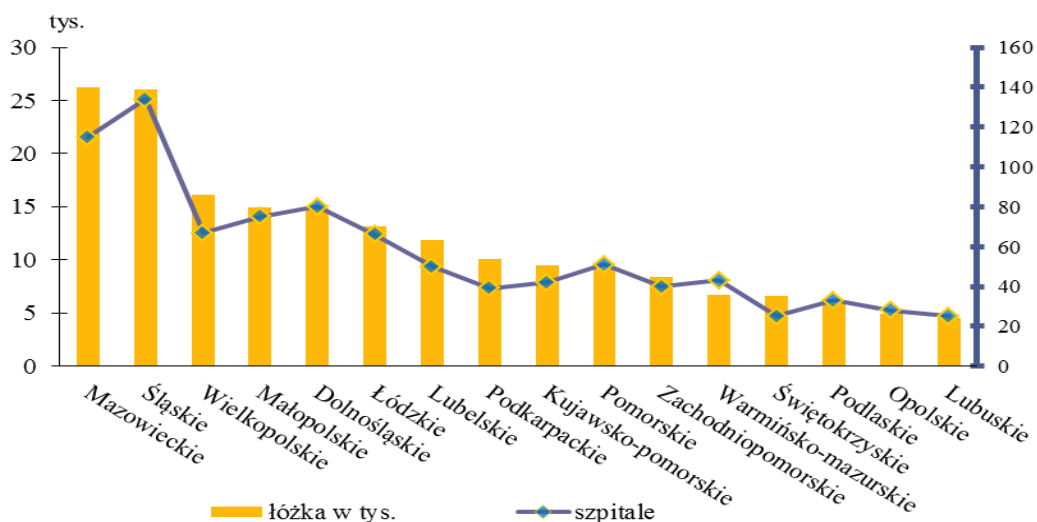
liczba szpitali odnosi się do przedsiębiorstw albo wydzielonych jednostek organizacyjnych przedsiębiorstw, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych udzielających wyłącznie świadczeń z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne) nie zostały uwzględnione. Dane nie obejmują szpitali w zakładach karnych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

⁶⁶ Łącznie z inkubatorami i łóżkami dla noworodków; bez miejsc dziennych.

⁶⁷ W 2008 r. Ministerstwo Zdrowia przyjęło nową metodologię liczenia łóżek szpitalnych, zgodnie z którą miejsca (inkubatory i łóżka dla dzieci w oddziałach neonatologicznych) włączono do liczby łóżek.

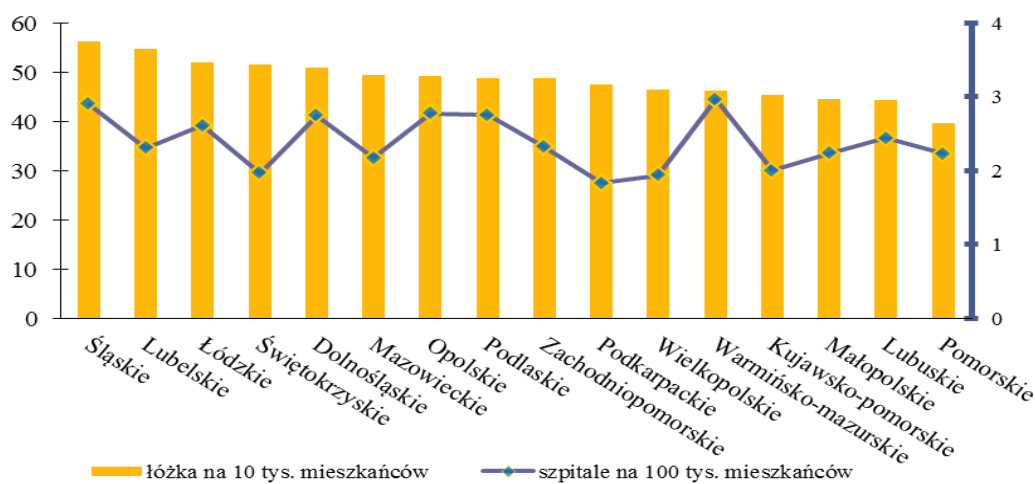
się struktura liczebności szpitali. Także w tym przypadku najczęściej odnotowano ich w województwie śląskim (134 tj. 14,7%) i mazowieckim (115 tj. 12,6%), a najmniej w lubuskim oraz świętokrzyskim (po 25 tj. 2,7%). W sumie szpitale w tych dwóch województwach dysponowały ponad ¼ wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce⁶⁸.

Wykres 11. Liczba szpitali i łóżek w szpitalach ogólnych według województw w 2012 r.



W przeliczeniu na liczbę mieszkańców liczba szpitali w kraju wyniosła 2,4 szpitale na 100 tys. mieszkańców i 49,0 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Biorąc pod uwagę liczbę łóżek na 10 tys. mieszkańców wskaźnik ten był największy w województwie śląskim (56,3) oraz lubelskim (54,7) a najmniejszy w województwie pomorskim (39,6). Analizując dostępność łóżek szpitalnych w poszczególnych województwach należy uwzględnić możliwość wyboru szpitala przez pacjenta.

Wykres 12. Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. mieszkańców oraz liczba łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców w 2012 r. według województw



⁶⁸ Bez szpitali w zakładach karnych.

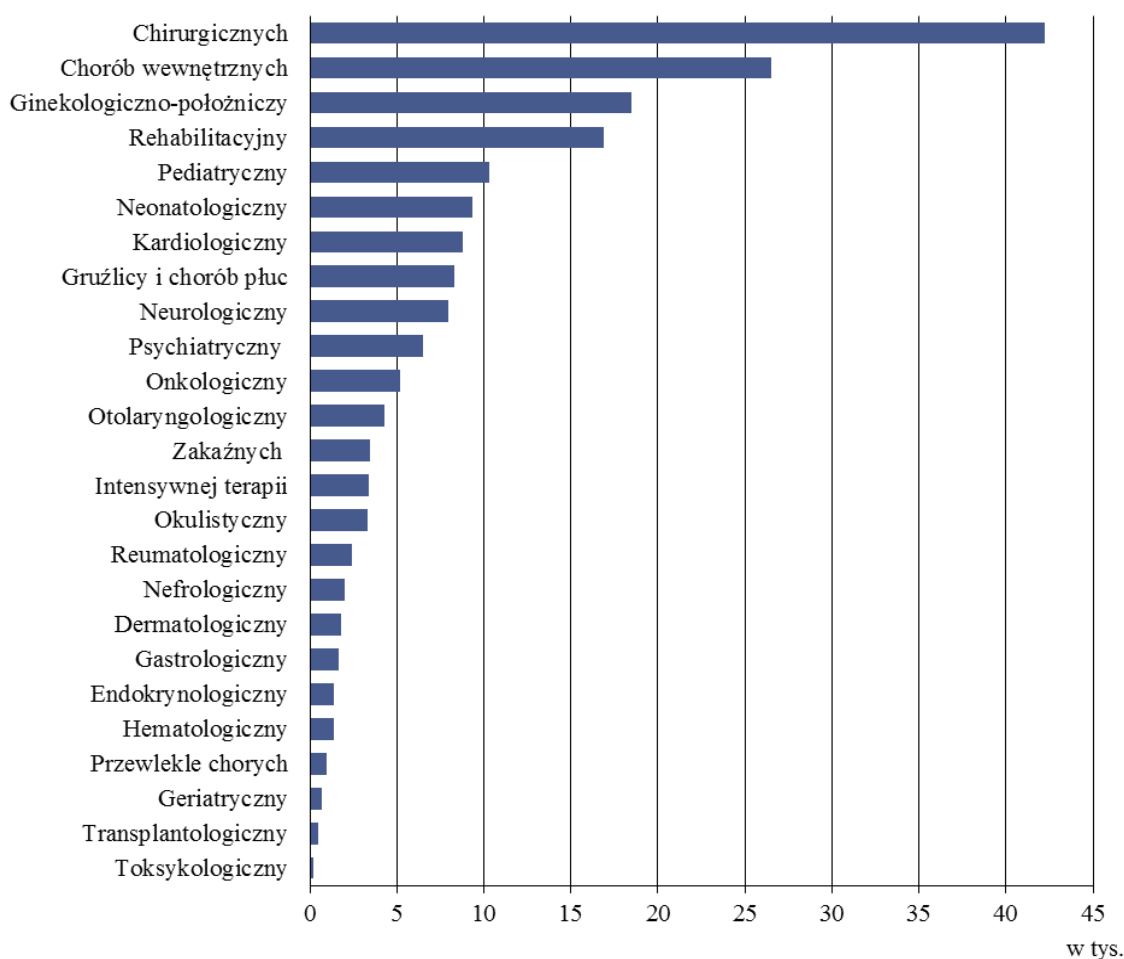
Struktura łóżek w szpitalach ogólnych nie uległa zmianie. W 2012 r. podobnie jak w latach poprzednich największą liczbą łóżek dysponowały oddziały o specjalnościach chirurgicznych⁶⁹ -22,4% wszystkich łóżek (tj. 42,2 tys.) z czego ponad połowa to łóżka na oddziałach chirurgii ogólnej (21,8 tys.) a prawie ¼ to łóżka chirurgii urazowo-ortopedycznej (11.0 tys. łóżek). Najmniej łóżek o specjalności chirurgicznej odnotowuje się na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (0,5 tys.).

Poza omówioną grupą oddziałów chirurgicznych największą liczbą łóżek dysponowały jak co roku oddziały chorób wewnętrznych – 26,5 tys. (14,0%), a następnie ginekologiczno-położnicze – 18,5 tys. (9,8%) i rehabilitacyjne - 16,9 tys. (8,9%).

Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały toksykologiczne (0,2 tys.) transplantologiczne (0,5 tys.) oraz geriatryczne (0,7 tys.), które łącznie stanowiły 0,7% wszystkich łóżek w szpitalach.

Łóżka na oddziałach neonatologicznych przeznaczone dla najmłodszych pacjentów stanowiły blisko 5% ogółu łóżek szpitalnych.

Wykres 13. Łóżka w szpitalach ogólnych według oddziałów⁶⁹ w 2012 r.

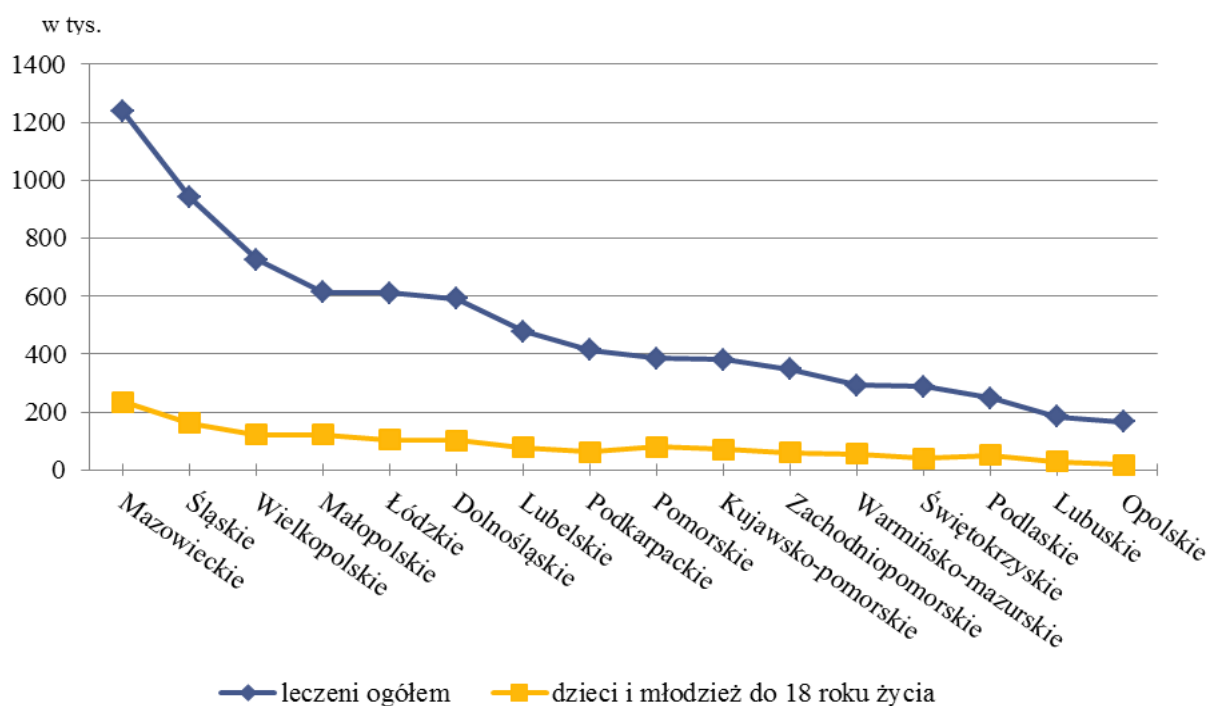


⁶⁹ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym; do oddziałów zakaźnych – oddziały obserwacyjno-zakaźne; do oddziałów gruźlicy i chorób płuc – oddziały pulmonologiczne; do oddziałów psychiatrycznych – oddziały odwykowe.

Łącznie w szpitalach ogólnych w 2012 r. przyjęto 7,9 mln pacjentów⁷⁰, co oznacza że na 10 tys. ludności przypadało 2050 osób leczonych w trybie stacjonarnym.

Liczba leczonych dzieci i młodzieży (do 18 roku życia) wyniosła 1,4 mln. Udział dzieci w liczbie ogółem leczonych wyniósł 17,6% i był zbliżony do roku poprzedniego. W poszczególnych województwach młodzi pacjenci stanowili od 13,8% w województwie świętokrzyskim do 21,0% w województwie pomorskim.

Wykres 14. Dzieci i młodzież na tle ogólnej liczby leczonych⁷⁰ w szpitalach ogólnych według województw w 2012 r.



Miernikiem opisującym działalność oddziałów szpitalnych jest liczba osób leczonych na poszczególnych oddziałach. Łącznie w skali kraju wyniosła ona 8,3 mln osób⁷¹.

Podobnie jak w latach poprzednich najliczniejszą grupę pacjentów - 24,8%, prawie 2,1 mln, stanowili pacjenci oddziałów o specjalnościach chirurgicznych, do których zalicza się chirurgię ogólną, na której przebywało więcej niż połowa pacjentów tej specjalności (52,2%) oraz chirurgię urazowo-ortopedyczną (22,2%) a także chirurgię dziecięcą, neurochirurgię, kardiologię, urologię, chirurgię szczękową oraz inne o charakterze chirurgicznym. Na oddziałach chorób wewnętrznych przebywało blisko 1,2 mln pacjentów (13,8%), na oddziałach ginekologiczno-położniczych - 1,1 mln (13,4%), a na kardiologicznych 575,9 tys. (6,9%).

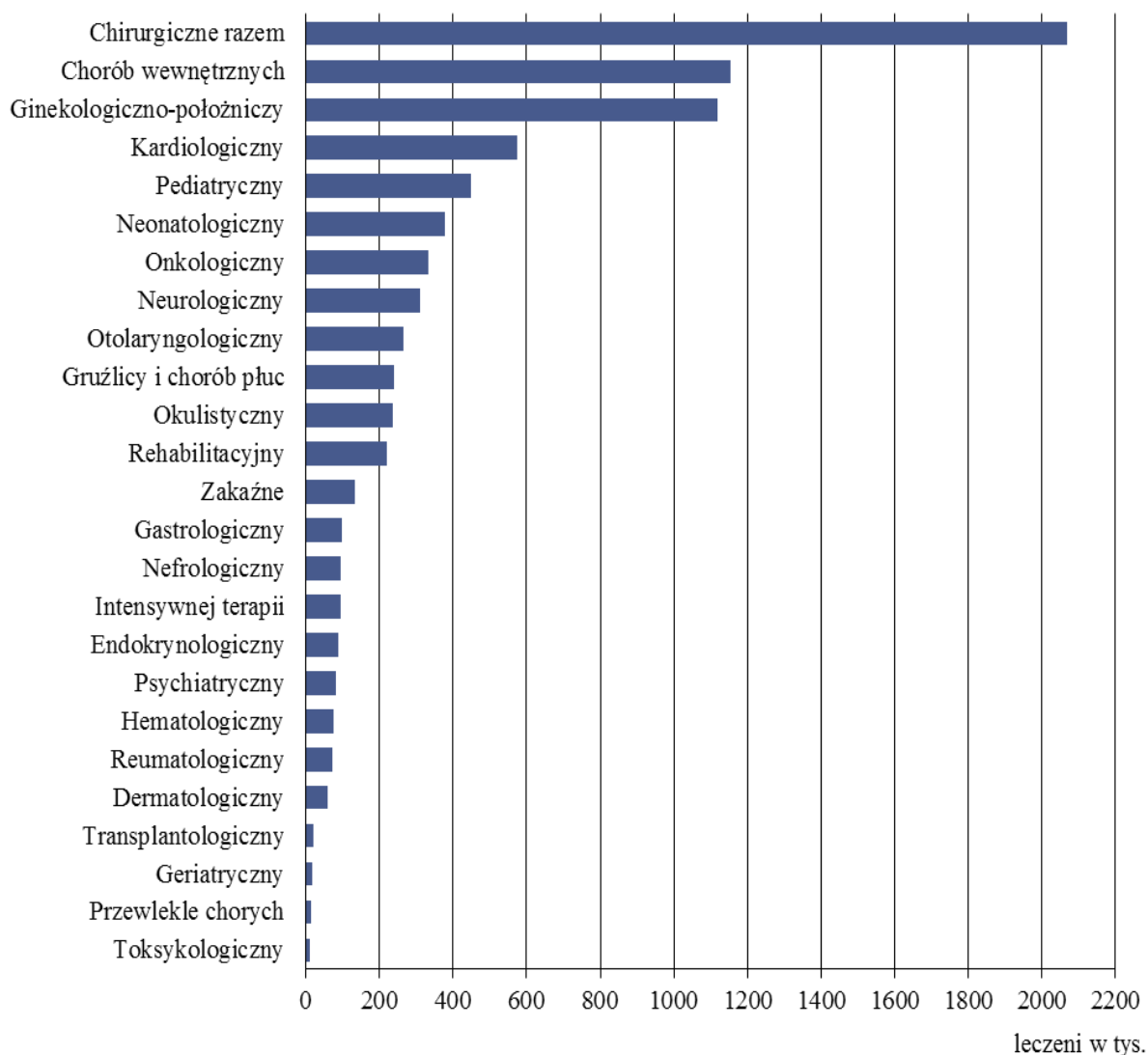
⁷⁰ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).

⁷¹ Łącznie z ruchem międzyoddziałowym co oznacza że pacjent przebywający na kilku oddziałach szpitalnych podczas jednego pobytu w szpitalu na każdym oddziale liczony był oddzielnie.

Pacjenci oddziałów onkologicznych stanowili 4,0% (333,2 tys.) ogółem leczonych a oddziały o profilu psychiatrycznym (psychiatryczne i odwykowe,) na których pacjenci przebywają najdłużej, odnotowały około 80,3 tys. pacjentów co stanowi 1,0% ogółem leczonych na oddziałach.

Liczbę osób korzystających z pomocy na poszczególnych rodzajach oddziałów przedstawia poniższy wykres.

Wykres 15. Pacjenci leczeni na poszczególnych oddziałach⁷² w szpitalach ogólnych w 2012 r.

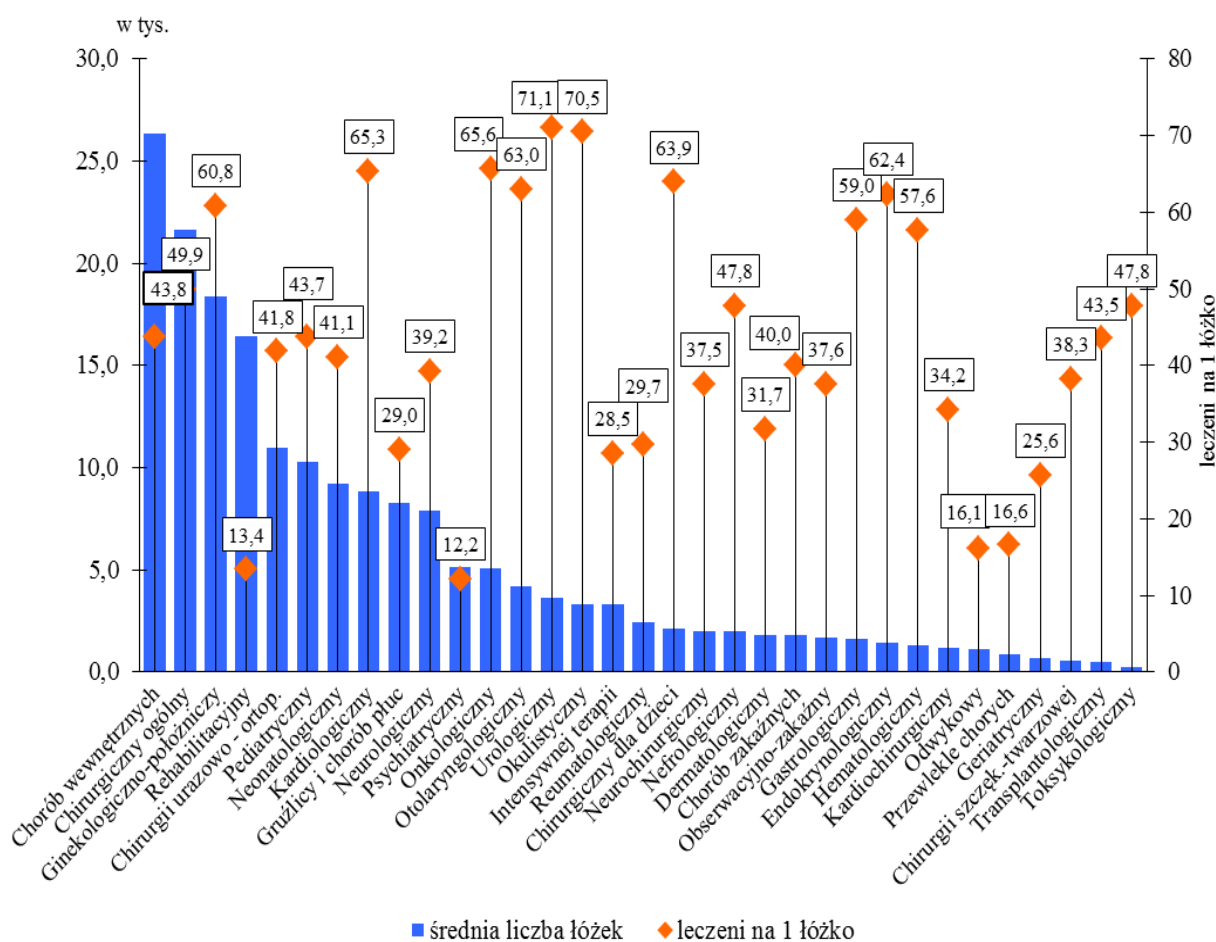


⁷² Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala. Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym; do oddziałów zakaźnych – oddziały obserwacyjno-zakaźne; do oddziałów gruźlicy i chorób płuc – oddziały pulmonologiczne; do oddziałów psychiatrycznych - oddziały odwykowe.

Innym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest liczba leczonych na oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na oddziałach⁷³ (wykres 16). Wskaźnik ten łącznie dla wszystkich rodzajów oddziałów wyniósł 44,6 osób na jedno łóżko.

Największą liczbę pacjentów przypadających na jedno łóżko odnotowano na oddziałach: urologicznych (71,1), okulistycznych (70,5), onkologicznych (65,6), kardiologicznych (65,3) i chirurgicznych dla dzieci (63,9) a najmniejszą - na oddziałach psychiatrycznych (12,2), rehabilitacyjnych (13,4), odwykowych (16,1) i dla przewlekle chorych (16,6), czyli na oddziałach gdzie pobyty są dłuższe.

Wykres 16. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2012 r.



Wskaźnik ten zróżnicowany był także pomiędzy województwami. Najwięcej pacjentów na jedno łóżko w szpitalu odnotowano w województwie mazowieckim (50,4), wielkopolskim (50,3), warmińsko-mazurskim (49,0) i łódzkim (48,4) natomiast najmniej - w województwie śląskim (36,5), opolskim (38,4), lubuskim i kujawsko-pomorskim (po 42,6).

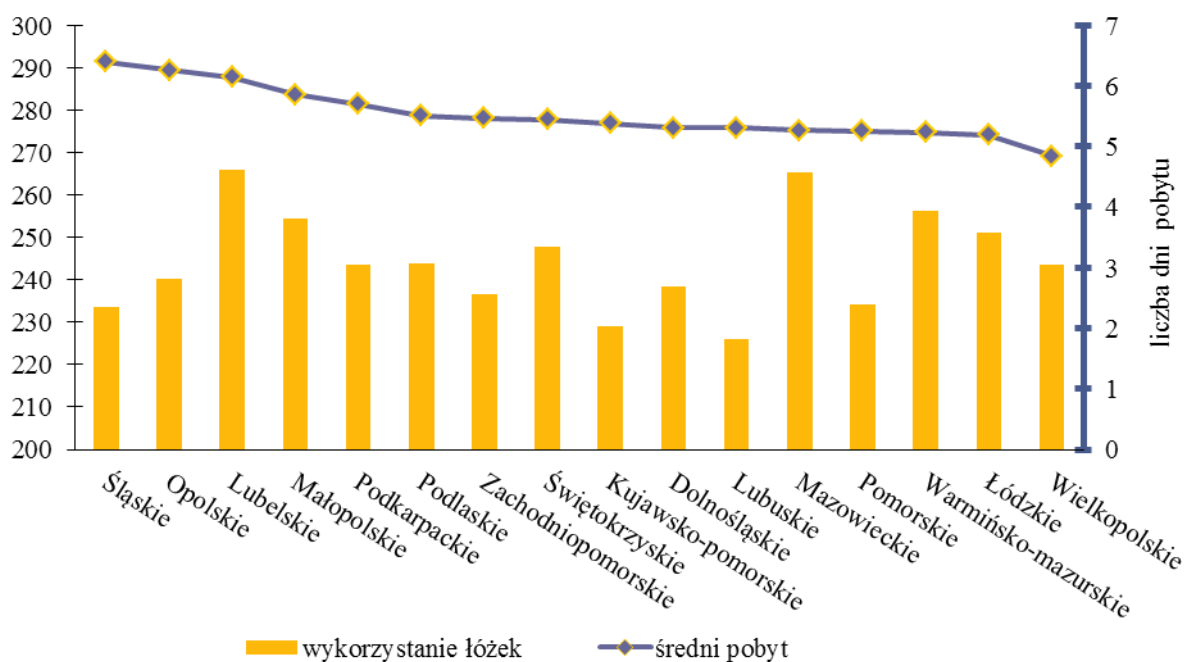
⁷³ Wskaźnik tzw. przelotowości - iloraz liczby pacjentów na oddziale i średniej liczby łóżek na oddziale.

Średni pobyt chorego na oddziale trwał przeciętnie 5,5 dnia. Krótsze przeciętne pobyty (poniżej 4 dni) odnotowano na oddziałach: okulistycznych (2,3 dnia), urologicznych (3,2 dnia) otolaryngologicznych i chirurgicznych dla dzieci (po 3,1 dnia), toksykologicznych (3,5 dnia) i ginekologiczno-położniczych (po 3,6 dnia). Najdłuższe pobyty miały miejsce na oddziałach: psychiatrycznych (28,0 dna), rehabilitacyjnych (23,3 dnia), odwykowych (19,8 dnia) i przewlekłe chorych (17,7 dnia).

Średnio najdłużej trwał pobyt pacjenta na oddziałach szpitalnych na terenie województwa śląskiego (6,4 dnia), opolskiego (6,3 dnia) i lubelskiego (6,1 dnia), natomiast najkrócej w województwie wielkopolskim (4,8) oraz łódzkim i warmińsko-mazurskim (po 5,2).

Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie⁷⁴ łóżka. Wskaźnik ten liczony ogółem dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 246 dni. Był on najwyższy w województwie - lubelskim (266), mazowieckim (265) i warmińsko-mazurskim (256) a najniższy w województwach: lubuskim (226), kujawsko-pomorskim (229) i śląskim (233).

Wykres 17. Wykorzystanie łóżek i średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale w szpitalu⁷⁵ według województw w 2012 r.



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.)

⁷⁴ Iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

⁷⁵ Średni pobyt na oddziale szpitalnym (iloraz osobodni pobytów pacjentów i leczonej liczby pacjentów na oddziałach)

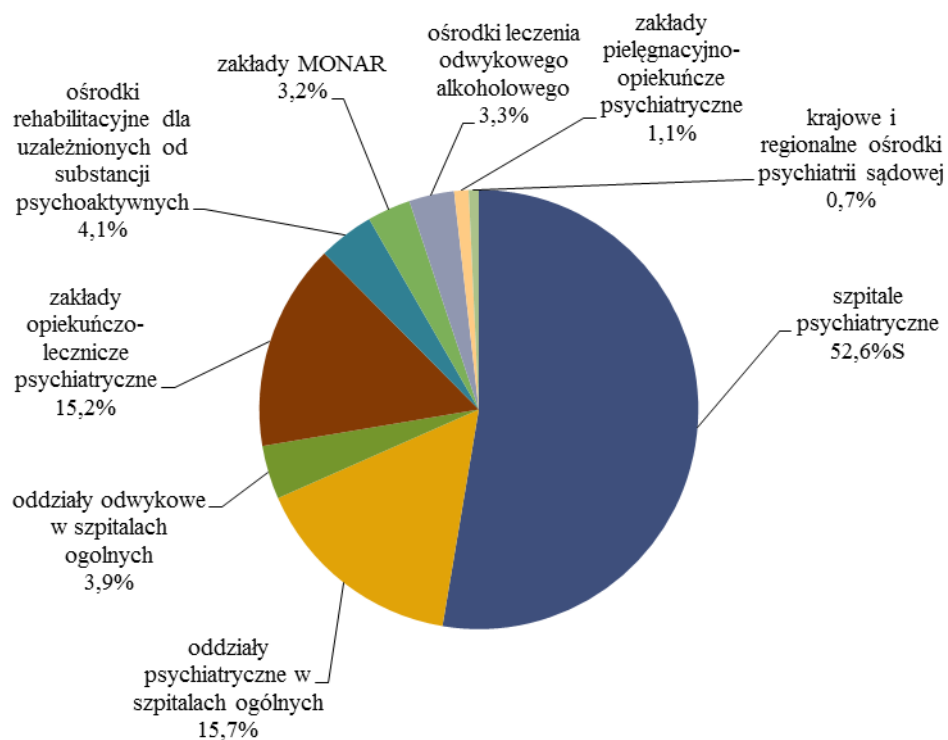
w stanach zagrożenia życia lub gdy istnieje potrzeba ciągłego monitorowania podstawowych funkcji życiowych chorego a inny zakres zadań mają np. oddziały kardiochirurgiczne, w których prowadzona jest diagnostyka, przeprowadzane są operacje, leczone są powikłania po operacjach kardiochirurgicznych a także 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 2012 r.



Na koniec 2012 r. w Polsce było 49 **szpitali psychiatrycznych** dysponujących razem 17,5 tys. łóżek, tj. o 1,3% (232 łóżka) mniej niż przed rokiem. Przebywało w nich 197,1 tys. pacjentów, o 2,0% (4,1 tys.) mniej niż przed rokiem.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (2,8 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: podkarpackim (5,4 tys.), kujawsko-pomorskim (7,6 tys.) i lubuskim (7,4 tys.). Są to także województwa należące do grupy o najmniejszej liczbie łóżek (poniżej 850 łóżek).

Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym wyniósł 30,2 dnia i był o dwa dni dłuższy niż średni pobyt pacjenta na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (28,0 dni). Długość pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych była zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najdłuższe pobyty odnotowano w województwie podkarpackim (45 dni) i pomorskim (40 dni), a najkrótsze - w szpitalach psychiatrycznych w województwie opolskim (19 dni) i wielkopolskim (23 dni).

W 2012 r. w szpitalach ogólnych funkcjonowało 179 oddziałów psychiatrycznych i odwykowych, w których dostępnych było łącznie 6,6 tys. łóżek. Największą liczbą łóżek na tych oddziałach dysponowały szpitale ogólne w województwie lubelskim (790 łóżek), ale najwięcej pacjentów przebywało na oddziałach psychiatrycznych w województwie mazowieckim (9,9 tys.), następnie łódzkim (8,5 tys.) oraz zachodnio-pomorskim (8,0 tys.). Łącznie w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych przebywało w ciągu 2012 r. – 81,9 tys. pacjentów. Najmniej osób skorzystało z opieki psychiatrycznej w szpitalach ogólnych w województwie opolskim (1,0 tys.), podlaskim (2,1 tys.), lubuskim i pomorskim (po 2,2 tys.).

Innym rodzajem psychiatrycznych placówek całodobowych są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. W 2012 r. podobnie jak przed rokiem, dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku 8,2 tys. pacjentów (o 1,1% mniej niż w 2011 r.).

W 2012 r. działały 32 **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. Dysponowały one łącznie 1,4 tys. łóżek, z których skorzystało 3,8 tys. osób uzależnionych (o 2,7% więcej niż rok temu). Najwięcej łóżek tego typu, było w województwach: pomorskim (350), lubuskim (245) śląskim (217) i mazowieckim (195) czyli łącznie 73,7% wszystkich łóżek. W związku z tym, ponad 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 (1,1 tys. łóżek) utrzymała się na poziomie zbliżonym do poprzedniego

roku a pomocy udzielono 4,4 tys. osób i jest to o 4,2% mniej niż w 2011 r. Najwięcej placówek tego typu działało w województwie mazowieckim (6), zachodniopomorskim (4), wielkopolskim (3) i łódzkim (3).

Podobnie jak w latach ubiegłych na terenie kraju funkcjonowały 4 **regionalne ośrodki psychiatrii sądowej** dysponujące 245 łózkami oraz 21 **ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego** dysponujących 1106 łózkami. Baza łózkowa tych zakładów oraz liczba leczonych pacjentów utrzymała się na poziomie zbliżonym do roku poprzedniego. W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego odnotowano 12,4 tys. pacjentów (o 0,8% mniej), z czego blisko 33% (4,1 tys.) leczonych było w placówkach województwa śląskiego, dysponujących ponad ¼ (266 łózek) wszystkich łózek ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego.

Opieka długoterminowa i hospicyjna

Kolejną formą stacjonarnej opieki zdrowotnej jest 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 2012 roku funkcjonowało łącznie 516 tego typu zakładów, tj. o 2,2% więcej niż w 2011 roku. Hospicjów odnotowano 83 czyli o 5,1% więcej niż przed rokiem.

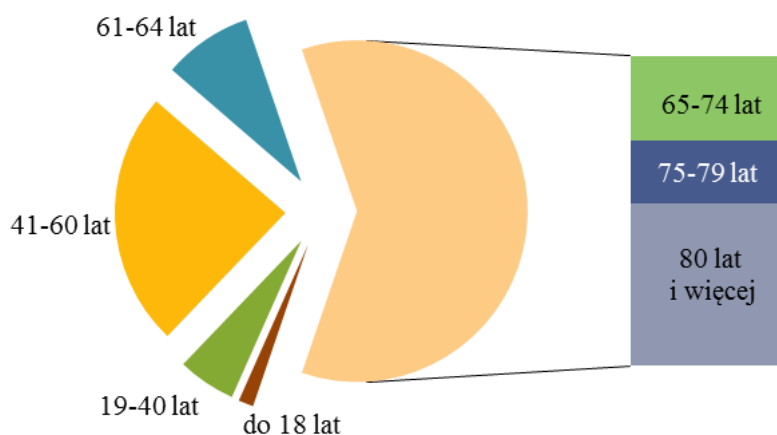
Placówki opieki długoterminowej i hospicja dysponowały łącznie 29,2 tys. łózek, czyli o 4,2% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 76,6 tys. osób, co stanowi blisko 7% wzrost w stosunku do 2011 r.

Oprócz działalności stacjonarnej niektóre zakłady prowadzą także działalność domową i/lub dzienną. Opieką w domu pacjenta objęto łącznie 5,5 tys. osób (7,8% więcej niż przed rokiem) głównie w ramach działalności hospicjów z pomocy których skorzystało 3,1 tys. osób, o ponad 1,0 tys. osób więcej niż przed rokiem. Taką formę opieki świadczą także zespoły opieki domowej, funkcjonujące przy zakładach opieki długoterminowej⁷⁶, które udzieliły pomocy 2,2 tys. osób i było to prawie o 1/5 mniej niż w 2011r. Z działalności dziennej tych placówek podobnie jak w roku poprzednim łącznie skorzystało 0,6 tys. osób.

Struktura wieku pacjentów stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (łącznie z hospicjami) wskazuje że ponad 60% stanowiły osoby w wieku powyżej 65 lat (o 12 p. proc. mniej niż przed rokiem), z tego ponad połowa to osoby 80 - letnie i starsze. Pacjenci w wieku 41-64 lat stanowili blisko 1/4 wszystkich leczonych a osoby do 40 roku życia –niespełna 7% pacjentów.

⁷⁶ Opieka domowa była prowadzona także przy poradniach specjalistycznych.

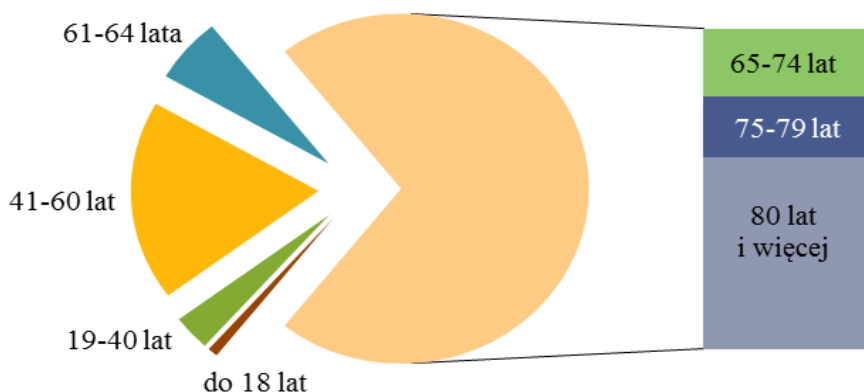
Wykres 19. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2012 r.



W zakładach opieki długoterminowej⁷⁷ przebywało więcej kobiet (63%) niż mężczyzn. Struktura wieku kobiet wskazuje że udział procentowy kobiet w wieku 65 lat i więcej wyniósł około 71% i był większy o blisko 29 p. proc. niż mężczyzn w tej samej grupie wiekowej.

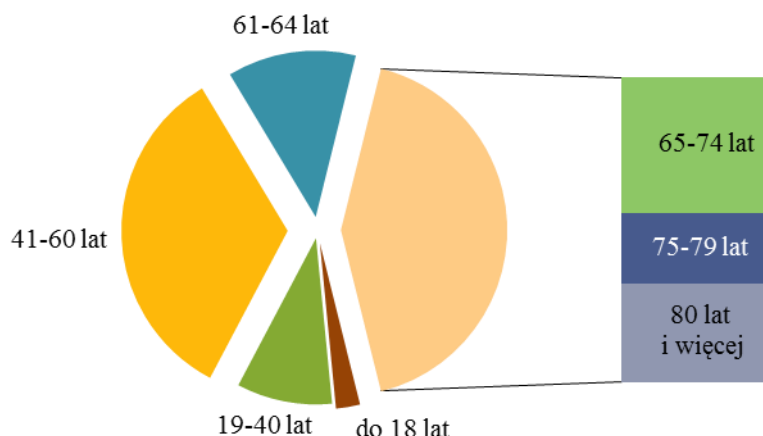
Mężczyźni stanowili 37% ogółu pacjentów tych placówek i więcej ich było w młodszych grupach wiekowych 19-64 lat (o 1,2 tys. więcej). Mężczyźni w tym wieku stanowili ponad połowę (55,4%) przebywających w tych placówkach.

Wykres 20. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2012 r.



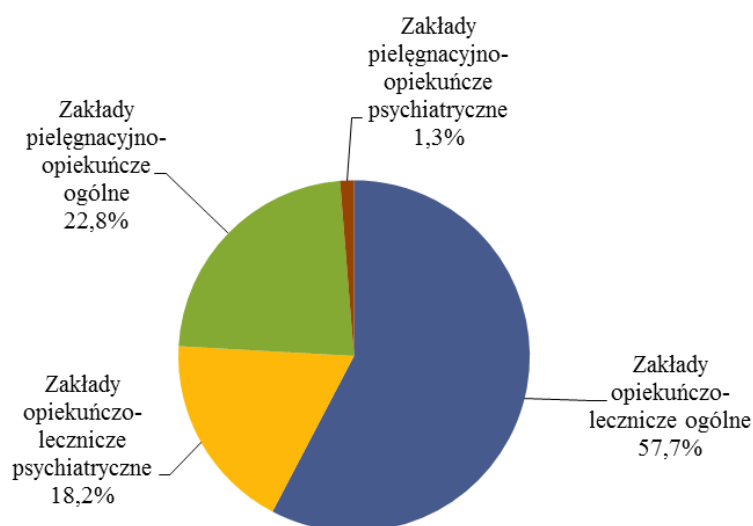
⁷⁷ Łącznie z hospicjami.

Wykres 21. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjnej w 2012 r.



Baza łóżkowa **zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym** wyniosła na koniec roku 27,9 tys. łóżek (1,0 tys. więcej niż w 2011 r.). Opieką stacjonarną, objęto łącznie 58,1 tys. osób, o 3,6 tys. 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 2012 r. (w %)

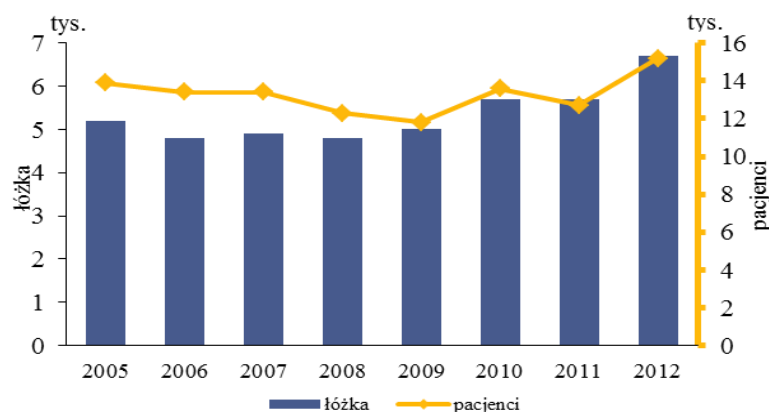


Zdecydowana większość (90%) placówek opieki długoterminowej to **zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym**. Zakłady te dysponowały 80,5% wszystkich łóżek opieki długoterminowej, tj. 22,4 tys. łóżek. Było to o 2,8% więcej niż w 2011 roku. Łącznie w placówkach o profilu ogólnym odnotowano 51,1 tys. pacjentów, o 7,0% więcej niż przed rokiem.

Liczba osób leczonych w ciągu roku zwiększyła się w obu typach zakładów, ale zdecydowanie większy wzrost blisko o 1/5 (tj. 2,4 tys.) wystąpił w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych.

Na koniec 2012 r. funkcjonowało 151 **zakładów pielęgnacyjno – opiekuńczych o profilu ogólnym**. Było to o 14,4% (19 zakładów) więcej niż przed rokiem. Baza łóżkowa tych placówek wynosiła 6,4 tys. i jest to więcej o 18,5% w stosunku do roku poprzedniego. Najwięcej takich zakładów a zarazem i łóżek zarejestrowano w trzech województwach: mazowieckim (26 zakładów i 1,4 tys. łóżek), śląskim (24 zakłady i 1,2 tys. łóżek) oraz dolnośląskim (22 zakłady i 0,9 tys. łóżek). Łącznie w placówkach tych trzech województw zapewniono opiekę 3,5 tys. osób, co stanowiło ponad połowę (55,2%) wszystkich osób leczonych w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym. Średni pobyt pacjenta trwał 139 dni. Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów na przestrzeni ostatnich kilku lat przedstawia poniższy wykres.

Wykres 23. Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych⁷⁸ w latach 2005-2012

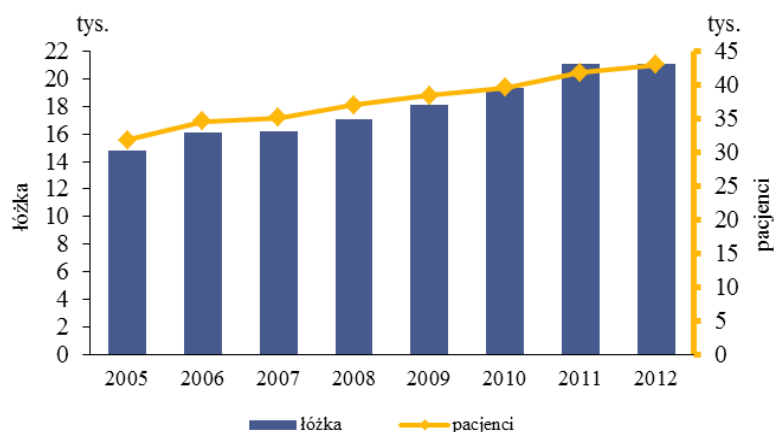


Odnotowano mniejszą liczbę placówek **opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym**. Na koniec 2012 roku było ich 310, o 10 mniej niż przed rokiem. Baza łóżkowa zmniejszyła się o 2,2% osiągając na koniec roku 16,1 tys. łóżek.

Najwięcej łóżek tego typu było w województwie mazowieckim (2,7 tys.) a następnie w województwach – małopolskim (2,3 tys.), śląskim (1,8 tys.) i dolnośląskim (1,7 tys.). Łącznie w tych czterech województwach odnotowano ponad połowę (53,6 %) wszystkich łóżek tej formy opieki. Niemal co drugi pacjent tych zakładów (49,3%) przebywał na leczeniu w jednym z czterech ww. województw. Ogółem opieką w trybie stacjonarnym otoczono 36,4 tys. osób, o 2,5% więcej niż przed rokiem. Średni pobyt pacjenta w placówce opiekuńczo-leczniczej o profilu ogólnym trwał 152 dni. Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów na przestrzeni ostatnich kilku lat przedstawia poniższy wykres.

⁷⁸ Łącznie z zakładami o profilu psychiatrycznym

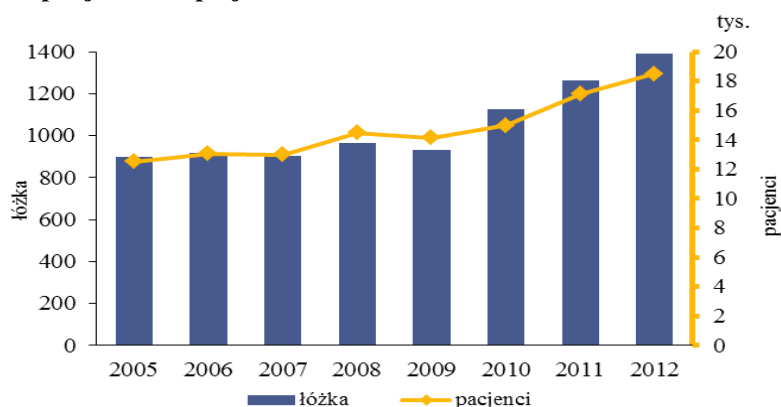
Wykres 24. Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych⁷⁹ w latach 2005-2012



Rok 2012 był kolejnym, w którym odnotowano wzrost liczby łóżek w **zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego**. Razem łóżek takich było 5,4 tys., o 8,3% więcej niż w poprzednim roku. Zwiększenie liczby łóżek (o 417) wiąże się z większą liczbą zakładów opiekuńczo-leczniczych, których było o 3 więcej. W obu rodzajach zakładów, łącznie przebywało około 7,0 tys. osób, o 4,4% więcej niż przed rokiem. Pobyty pacjentów w zakładach o profilu psychiatrycznym są dłuższe niż w zakładach o profilu ogólnym. W zakładach opiekuńczo-leczniczych pacjenci przebywali średnio 268 dni, a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych - 242 dni.

Inną formę opieki stanowią **hospicja**, przeznaczone przede wszystkim dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, często w schyłkowym okresie życia. Zmiany liczby łóżek i pacjentów od 2005 r. prezentuje wykres 25.

Wykres 25. Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2012



W 2012 r. placówek tego typu odnotowano 83, o 4 więcej niż przed rokiem. Dysponowały one 1,4 tys. łóżek, o 10,0% więcej niż rok wcześniej. Najwięcej tego typu placówek a zarazem łóżek było

⁷⁹ Łącznie z zakładami o profilu psychiatrycznym

w województwie mazowieckim (13 placówek, 216 łóżek), następnie - kierując się liczbą łóżek - w województwach: małopolskim (8 placówek, 179 łóżek), pomorskim (9 placówek, 153 łóżka) i dolnośląskim (7 placówek, 135 łóżka). Ogółem z tej formy opieki skorzystało 18,5 tys. osób, o 8,0% (tj. 1,4 tys.) więcej niż w 2011 r. W dłuższej perspektywie czasu, w odniesieniu do 2005 r., liczba łóżek wzrosła o blisko 0,5 tys. łóżek, tj. o 54,8%, a liczba pacjentów o 5,9 tys. tj. o 47,5%.

Lecznictwo uzdrowiskowe⁸⁰

Inną formą opieki stacjonarnej jest lecznictwo uzdrowiskowe. Na terenie kraju na koniec 2012 r. funkcjonowało łącznie 285 **zakładów lecznictwa uzdrowiskowego⁸¹** o 0,7% mniej niż przed rokiem. Wśród placówek lecznictwa uzdrowiskowego, były 63 szpitale uzdrowiskowe (w tym 9 szpitali dziecięcych), 190 sanatoriów (w tym 5 sanatoriów dziecięcych), 19 przychodni uzdrowiskowych oraz 13 samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych, obsługujących kompleksy uzdrowiskowe. Ponadto działało 85 zakładów przyrodoleczniczych funkcjonujących jako komórki szpitali uzdrowiskowych, przychodni uzdrowiskowych lub sanatoriów.

Rozmieszczenie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w kraju jest nierównomierne i wynika z lokalizacji zakładów na terenach charakteryzujących się szczególnymi uwarunkowaniami geologiczno-klimatycznymi.

Według stanu na dzień 31 grudnia 2012 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego występowały w 13 województwach. Większość placówek – 58,6% (167) odnotowano w trzech województwach: dolnośląskim (64), zachodniopomorskim (55) i małopolskim (48). Natomiast największą liczbę łóżek (sanatoryjnych i szpitalnych łącznie), odnotowano w województwach zachodniopomorskim (9,8 tys.), kujawsko-pomorskim i dolnośląskim (po 6,4 tys.). Znajduje to odzwierciedlenie w liczbie kuracjuszy przybywających na leczeniu stacjonarnym, których było najwięcej w tych trzech województwach - łącznie stanowili oni 57,3% osób leczonych stacjonarnie.

Z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym łącznie skorzystało 741,6 tys. osób. Podobnie jak w latach ubiegłych większość pacjentów (89,7% tj. 671,3 tys.) to kuracjusze korzystający ze stacjonarnej formy leczenia i było ich o 6,5% więcej niż przed rokiem.

Największą liczbę kuracjuszy przebywających na leczeniu w tym trybie odnotowano w powiecie kołobrzeskim (106,5 tys. osób i 6,8 tys. łóżek - teren uzdrowiska Kołobrzeg), następnie w powiatach: aleksandrowskim (76,6 tys. osób i 4,4 tys. łóżek - teren uzdrowiska Ciechocinek) i powiecie kłodzkim

⁸⁰ Analiza dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi MON oraz sanatoriami MSW).

⁸¹ W rozumieniu ustawy z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. z 2012 poz. 651, 742) zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze oraz szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

(61,2 tys. osób i 3,6 tys. łóżek na obszarze uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa Zdrój, Polanica Zdrój i Łądek –Zdrój).

W 2012 r. w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych odnotowano 196,7 tys. kuracjuszy pełnopłatnych tj. 29,3% ogółu leczonych stacjonarnie. Najwięcej pacjentów pełnopłatnych było w uzdrowiskach w województwie zachodniopomorskim (67,6 tys.) a następnie dolnośląskim (33,4 tys.) i kujawsko-pomorskim (31,5 tys.). Są to też najliczniej odwiedzane tereny uzdrowiskowe.

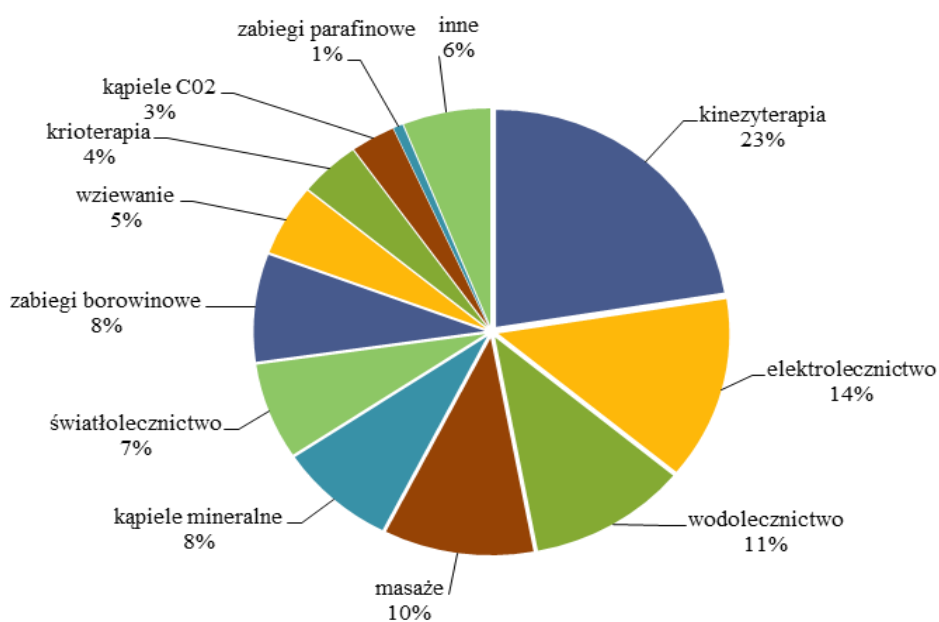
Dofinansowanie z Narodowego Funduszu Zdrowia do pobytu w uzdrowisku otrzymało 59,0% kuracjuszy (tj. 396,1 tys. osób) przebywających na leczeniu stacjonarnym a z pozostałych źródeł (z ZUS, KRUS, PFRON i innych) łącznie - 11,7% kuracjuszy (tj. 78,5 tys. osób).

W 2012 r. z polskich uzdrowisk korzystało 40,4 tys. cudzoziemców tj. 6,0% ogółu kuracjuszy stacjonarnych. Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej cudzoziemców - blisko 33,4 tys. przebywało w województwie zachodniopomorskim.

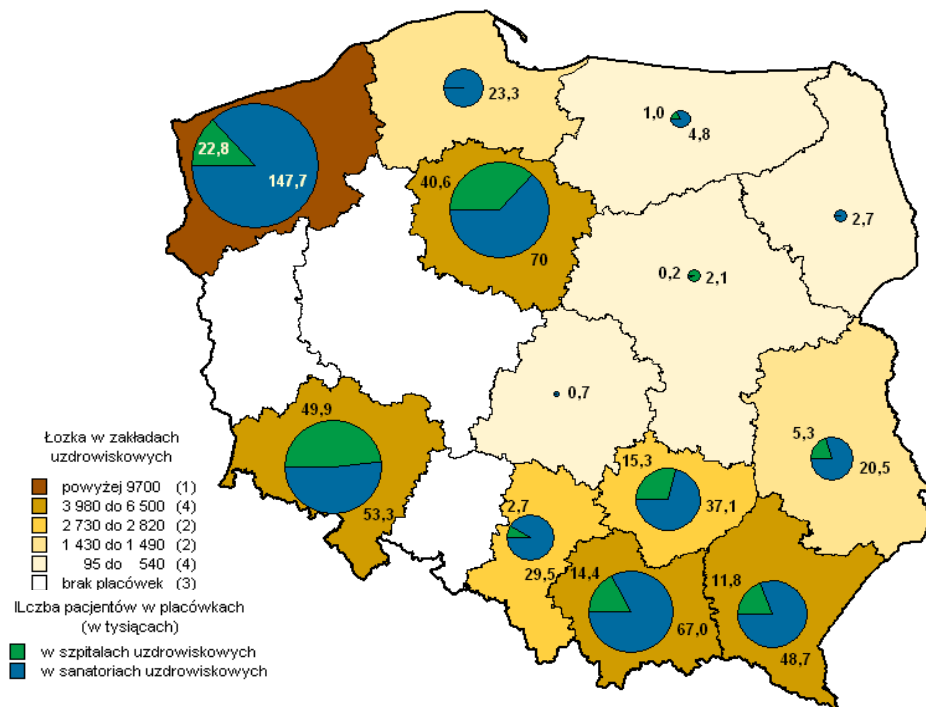
Poza leczeniem stacjonarnym prowadzonym w uzdrowiskach znaczną grupę kuracjuszy – 9,5% (70,2 tys.) ogółu leczonych stanowili kuracjusze ambulatoryjni.

Łącznie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono kuracjom stacjonarnym i ambulatoryjnym około 86,3 tys. porad oraz 34,7 mln zabiegów. Średnio wykonano blisko 47 zabiegów na osobę. Struktura udzielonych zabiegów nie zmieniła się istotnie. Najwięcej było zabiegów z zakresu 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 24,5% wszystkich wykonanych zabiegów i skorzystało z nich 90,2% kuracjuszy leczonych stacjonarnie i ambulatoryjnie (tj. 669,3 tys. osób).

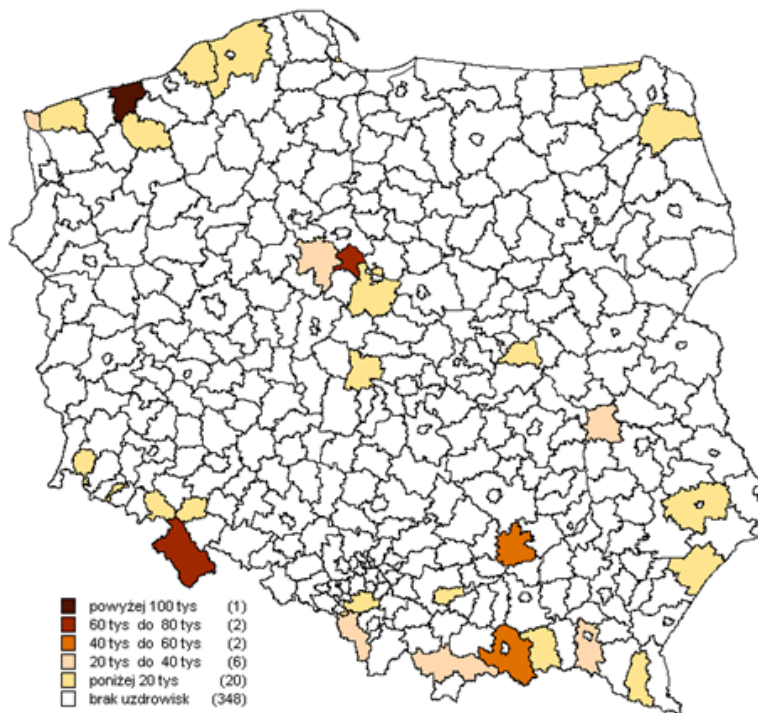
Wykres 26. Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2012 r. (w %)



Mapa 2. Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie⁸² według województw w 2012 r.



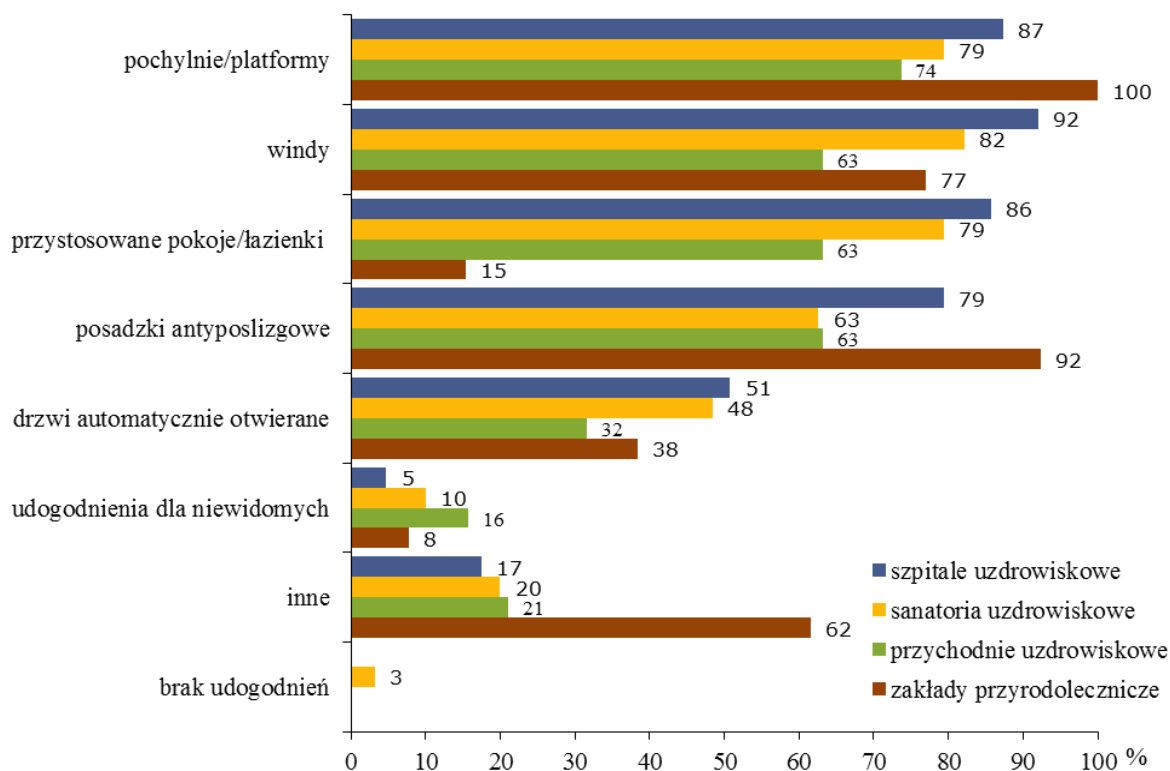
Mapa 3. Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych¹⁹ według powiatów w 2012 r.



⁸² Łącznie z zakładami lecznictwa uzdrowiskowego resortów obrony narodowej i spraw wewnętrznych.

Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych jest zróżnicowany. W 2012 r. najlepiej przystosowane były szpitale uzdrowiskowe, spośród których 92% dysponowało windą, 87% posiadało pochylnię, podjazd czy platformę, 86% miało przystosowane pokoje i łazienki, a 51% zadeklarowało, że posiadają automatycznie otwierane drzwi.

Wykres 27. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2012 r. (w %)



W przypadku sanatoriów - 82% posiadało windy, 79% - pochylnie i platformy, a 79% dysponowało przystosowanymi pokojami i łazienkami. Natomiast udogodnienia dla niewidomych wykazał niewielki procent szpitali (5%) i sanatoriów (10%).

Szpitale uzdrowiskowe w 2012 r. dysponowały 11,1 tys. łóżek. Prawie 65% łóżek zlokalizowanych było w trzech województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim a w samym województwie dolnośląskim odnotowano 31,2% wszystkich łóżek w szpitalach uzdrowiskowych. W placówkach tych leczonych było w trybie stacjonarnym 165,7 tys. kuracjuszy z czego blisko 69% leczyło się w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia a nieco ponad 10% pacjentów skorzystało z dofinansowania ZUS. Odnotowano 30,7 tys. pacjentów pełnopłatnych z czego najwięcej w dwóch województwach (65,5%): kujawsko-pomorskim i dolnośląskim. Udział kuracjuszy pełnopłatnych w ogólnej liczbie leczonych w szpitalach uzdrowiskowych wyniósł 18,5%.

Pacjent w szpitalu uzdrowiskowym przebywał średnio 19 dni. Natomiast leczenie dzieci było dłuższe i średnio trwało 24 dni. Liczba kuracjuszy cudzoziemców wyniosła 1,4 tys. (tj. 0,8% ogółu pacjentów szpitali uzdrowiskowych), z czego blisko $\frac{3}{4}$ korzystało ze szpitali uzdrowiskowych na terenie województwa dolnośląskiego.

Powszechną formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**, które na koniec 2012 r. dysponowały 30,7 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia 2012 r.). Sanatoria podobnie jak w latach poprzednich miały w swych zasobach ponad $\frac{3}{4}$ łóżek leczenia uzdrowiskowego, ale mimo zmniejszenia liczby łóżek o 2,4% z leczenia stacjonarnego skorzystało blisko o 7,6% więcej kuracjuszy niż w roku 2011. Zatem liczba osób objętych leczeniem stacjonarnym w sanatoriach wzrosła o 35,7 tys. i przekroczyła pół miliona (505,6 tys.).

Najwięcej łóżek wykazały sanatoria w województwach: zachodniopomorskim 27,6% (tj. 8,5 tys.), małopolskim 14,4% (tj. 4,4 tys.) oraz kujawsko-pomorskim 13,0% (4,0 tys.). Także najwięcej kuracjuszy przebywało na leczeniu stacjonarnym w tych trzech województwach – łącznie 56,3%. Średni pobyt w sanatorium trwał 16,6 dnia, a w przypadku pobytu dzieci nieco dłużej – 17 dni.

Z polskich sanatoriów korzystało 39,0 tys. cudzoziemców, którzy stanowili 7,7% kuracjuszy leczonych stacjonarnie. Zdecydowaną większość zagranicznych kuracjuszy odnotowano w województwie zachodniopomorskim – 85,0% (33,2 tys.) a następnie w dolnośląskim - 10,5% (4,1 tys.). Średni pobyt cudzoziemca na leczeniu uzdrowiskowym trwał 11,6 dnia.

Blisko co trzeci kuracjusz korzystający z leczenia stacjonarnego w sanatorium był pacjentem pełnopłatnym (32,8%, tj. 166,0 tys.). Podobnie jak w latach ubiegłych najwięcej takich pacjentów odnotowano w województwie zachodniopomorskim (63,0 tys.) a następnie w województwach: dolnośląskim (23,3 tys.), kujawsko-pomorskim (21,6 tys.) i małopolskim (21,4 tys.). Stanowili oni 65,7% wszystkich kuracjuszy pełnopłatnych przebywających w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach w Polsce. Dofinansowanie z NFZ do pobytu stacjonarnego uzyskało 281,5 tys. osób, co stanowi 55,7% ogółu leczonych w tym trybie. Największy udział pacjentów dofinansowanych z NFZ w ogólnej liczbie przebywających w sanatoriach na leczeniu stacjonarnym odnotowano w województwach: lubelskim (80,2%), śląskim (75,4%) i pomorskim (74,6%). W ramach rehabilitacji ZUS, dofinansowanie otrzymało 5,8% (29,2 tys.) kuracjuszy stacjonarnych, z KRUS – 1,5% (tj. 7,6 tys.), a z PFRON – 3,6% (tj. 18,3 tys.). Stosunkowo niewielką grupę (0,7%) wśród leczonych stacjonarnie stanowili kuracjusze, których leczenie dofinansowali pracodawcy.

Oprócz zakładów lecznictwa uzdrowiskowego działających na terenach uzdrowiskowych, zbadano 16 samodzielnych **zakładów rehabilitacji leczniczej**, których profil działania zbliżony jest do działalności sanatoryjnej.

Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą⁸³ są grupą placówek zróżnicowaną funkcjonalnie. Są to zarówno zakłady, których profil działania zbliżony jest do działalności sanatoryjnej jak i zakłady zbliżone działalnością do szpitalnych oddziałów rehabilitacyjnych.

Spośród 16 zbadanych placówek aż 9 znajdowało się w województwie zachodniopomorskim, w którym także odnotowano najwięcej łóżek (2/3 ogólnej liczby łóżek badanych zakładów).

Na koniec 2012 r. stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej dysponowały 3,2 tys. łóżek, z których skorzystało blisko 44,2 tys. osób (o 8,0% więcej niż w 2011 r.) a średni pobyt trwał 15,7 dnia. W trybie ambulatoryjnym przyjęto 2,9 tys. osób. Łącznie wykonano blisko 1,2 mln zabiegów (o 15,0% mniej), z czego większość (74%) stanowiły zabiegi fizjoterapeutyczne z zakresu elektrolleczenia, światłoleczenia, wodoleczenia, masaży i kinezyterapii. Niecałe 8% stanowiły zabiegi przyrodolecznictwa (zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje), z których skorzystało 54,2% (tj. 25,5 tys.) ogółem leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (wzrost o 13 p. proc. w stosunku do roku 2011). Blisko 56% (24,7 tys.) ogółem leczonych stacjonarnie stanowili pacjenci pełnopłatni, z czego 77,1% (19,1 tys.) to pacjenci przebywający w placówkach województwa zachodniopomorskiego, spośród których 1/3 to cudzoziemcy.

Według danych otrzymanych z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej w 2012 roku odbyło się około 4,4 tys. **turnusów rehabilitacyjnych**⁸⁴ dla osób niepełnosprawnych, o 27,5% (948) więcej niż w poprzednim roku. Turnusy takie organizowane były zarówno w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, jak też w ośrodkach wypoczynkowych, pensjonatach i hotelach. Podobnie jak w latach ubiegłych zdecydowaną większość stanowiły turnusy usprawniająco - rekreacyjne (97,1%), a następnie kolejno, obejmujące programy: nauki niezależnego funkcjonowania z niepełnosprawnością (1,6%), psychoterapeutyczne (0,5%), rekreacyjno-sportowe (0,5%) oraz programy szkoleniowe (0,2%).

Dofinansowanie do uczestnictwa w tych turnusach otrzymało łącznie 136,0 tys. osób i było to ponad 2,5 krotnie więcej (osoby niepełnosprawne i ich opiekunowie) niż przed rokiem. W grupie tej osoby niepełnosprawne stanowiły 73,1% (99,5 tys.), z czego 14,9 tys. tj. 15% to dzieci, a pozostałe 36,6 tys. osób to opiekunowie.

⁸³ Stan na dzień 31.12.2012 r.

⁸⁴ 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).

2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

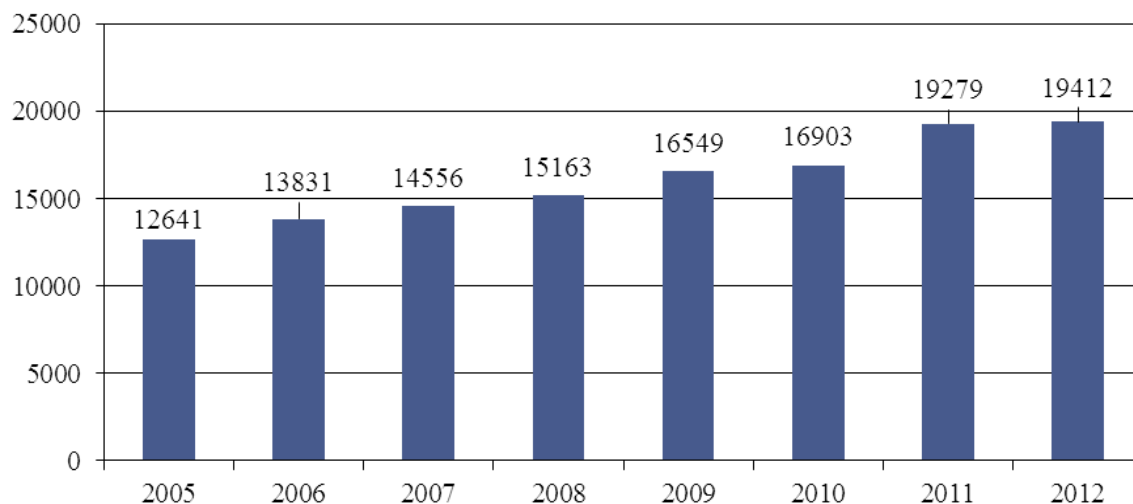
Przychodnie i praktyki lekarskie

Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane są przez przychodnie i praktyki lekarskie. W niniejszej publikacji po raz pierwszy 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 dane za 2012 r. podaje się łącznie z danymi o placówkach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych. Jednak ani zmiany ustawowe ani włączenie placówek MON i MSW nie spowodowały znacznych zmian w danych z zakresu liczby przychodni, jak też liczby porad ambulatoryjnych.

W końcu 2012 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 19,4 tys. przychodni⁸⁵ (o 133 przychodni więcej niż w roku poprzednim).

Wykres 28. Przychodnie w latach 2005 – 2012



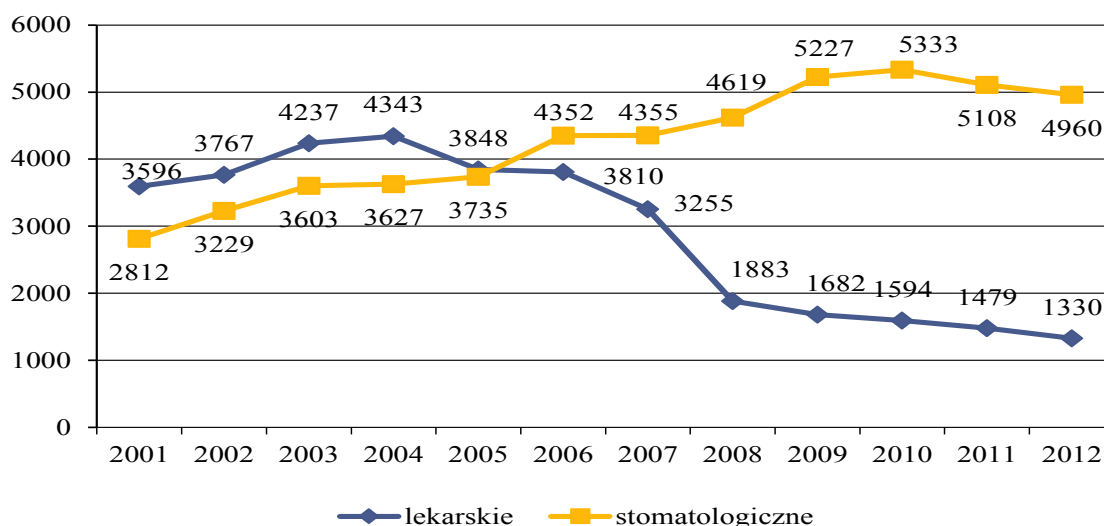
Nieco odmienne tendencje można było zauważyć w przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych realizujących (obok przychodni) świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w ramach środków publicznych. W latach 2001 – 2010 systematycznemu wzrostowi liczby praktyk

⁸⁵ 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.

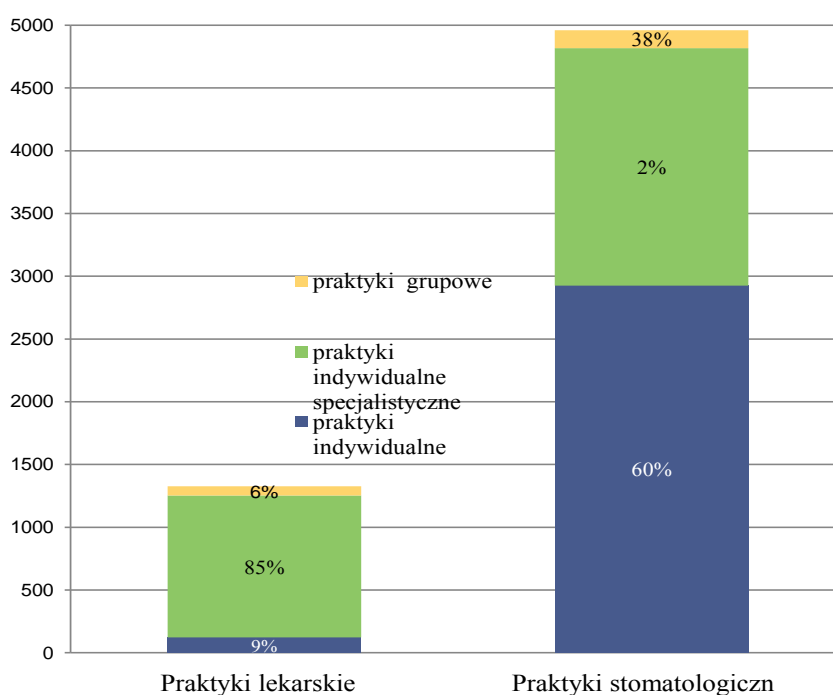
stomatologicznych, towarzyszył trwający od 2004 roku coroczny spadek liczby praktyk lekarskich realizujących świadczenia w ramach NFZ.

Jednak w 2011 i 2012 roku, po 10 latach wzrostu, zaczęła się kształtować tendencja spadkowa w zakresie liczby praktyk stomatologicznych. Zatem w 2012 r., zmalała zarówno liczba praktyk stomatologicznych jak i lekarskich, odpowiednio o 3% i 10% w porównaniu z ubiegłym rokiem.

Wykres 29. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001 - 2012



Wykres 30. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2012 r.



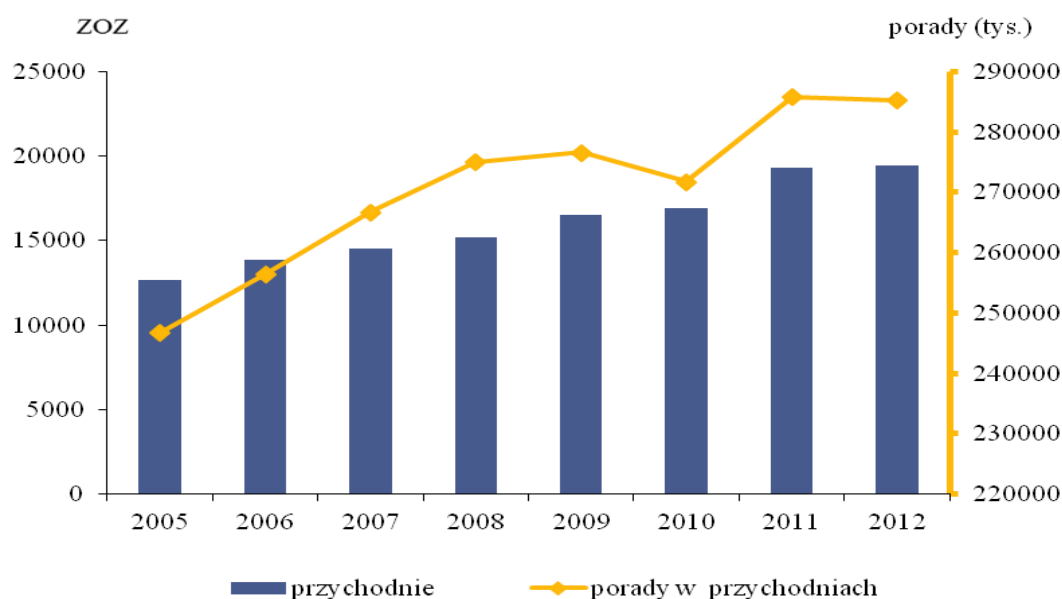
W 2012 roku odnotowano łącznie 6,3 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych (o 4 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 79% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

W omawianej grupie praktyk lekarskich przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (85%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 9% i 6%). Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (60%). Ta forma ambulatoryjnej opieki była zdecydowanie bardziej popularna w miastach (40% ogółu) niż na wsi (30% praktyk).

Porady udzielone w 2012 r. i w latach poprzednich

Ogółem w ciągu 2012 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 300 mln porad⁸⁶. Spośród porad udzielonych przez lekarzy - 52% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 48% - w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych utrzymała się na tym samym poziomie co w roku ubiegłym i wyniosła - 33 mln. Porady udzielone w przychodniach stanowiły 94% wszystkich porad.

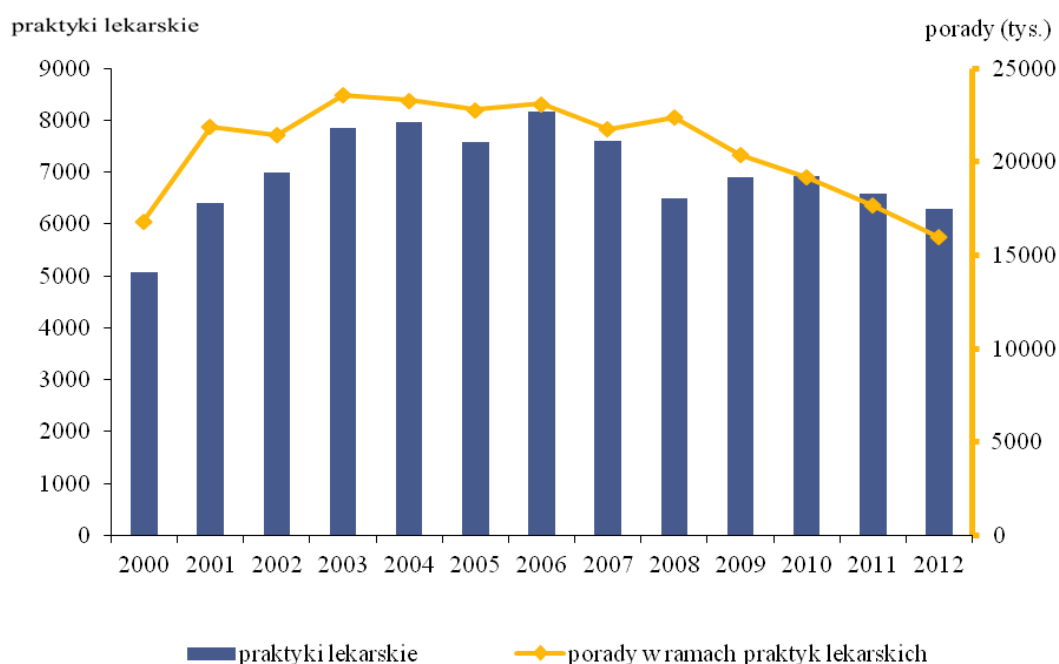
Wykres 31. Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005 – 2012



Zmalała natomiast o prawie 10% liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o ponad 10%) jak i miast (o 9%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2012 r. wyniosła 7,9 porady.

⁸⁶ 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 – 2012



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

Struktura udzielonych porad

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przeanalizowano również ze względu na wiek i płeć pacjentów, a także ze względu na rodzaj miejscowości, w której udzielono porad (miasto – wieś). Wśród porad udzielonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy rodzinnych w miastach, 56% stanowiły porady udzielone kobietom, 23,5% to porady udzielone dzieciom i młodzieży do lat 18, a 29% - osobom w wieku 65 lat i więcej.

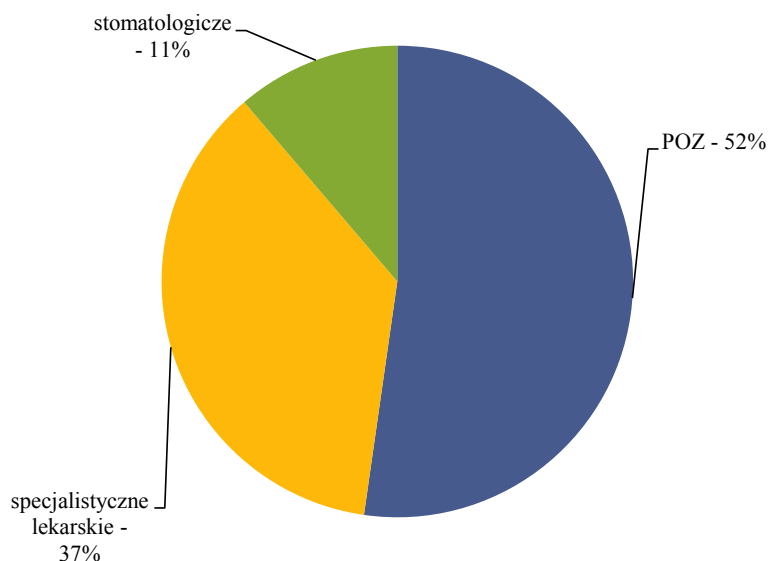
Tabl. 2A. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2012 r.

Wyszczególnienie	Ludność (Stan 30 VI)	Porady		
		POZ	specjalistyczne lekarskie	stomatolo- giczne
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
0-18 lat	19,7	22,9	13,7	29,3
19-64	66,3	48,0	62,0	57,4
65 +	14,0	29,1	24,3	13,3

Analizując strukturę udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski za 2012 r. można zauważyć 15 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 do lat 18 miały natomiast najwyższy wskaźnik udzielonych porad stomatologicznych w odniesieniu do udziału w populacji tej grupy wiekowej.

Wykres 33. Struktura porad ambulatoryjnych

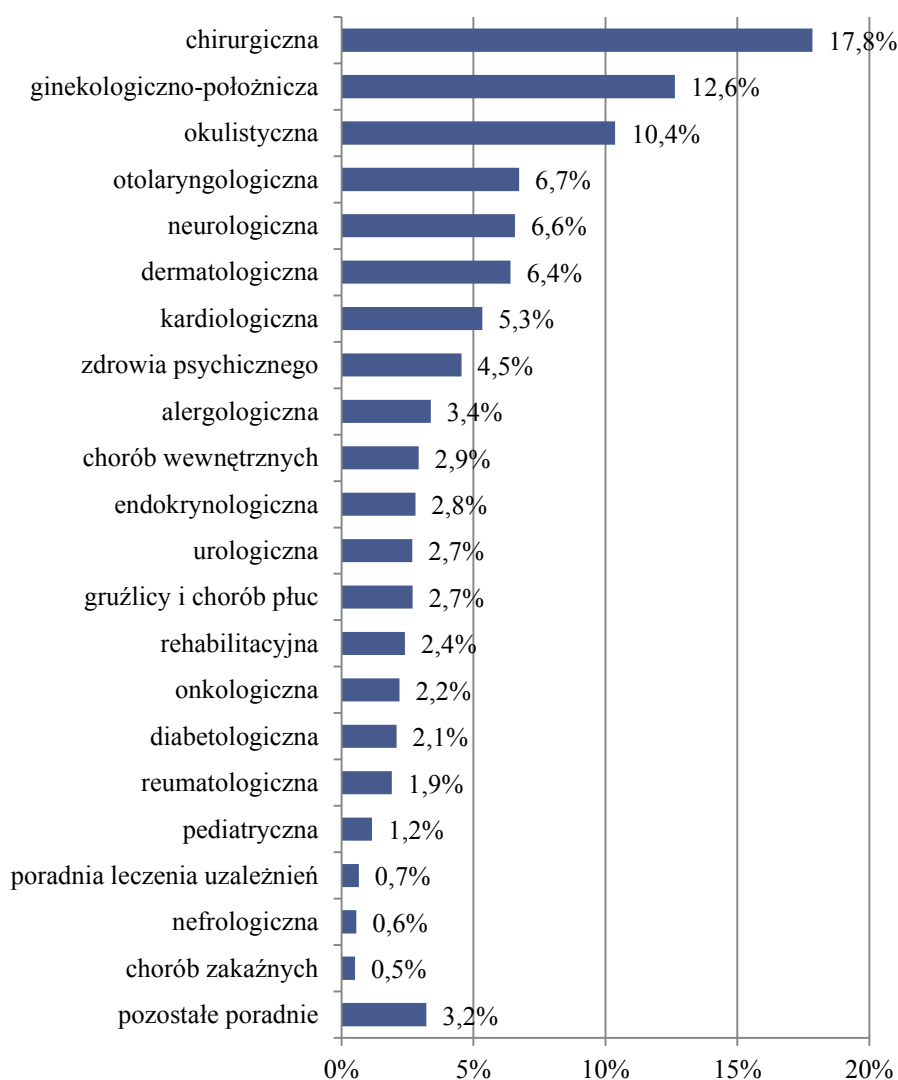


W podstawowej opiece zdrowotnej struktura porad udzielonych na wsi niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 56%, 21% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży do lat 18, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 31%.

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentkami były kobiety (61%). Porady udzielone kobietom stanowiły 61% porad w miastach i 70% na wsi. Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z takich porad, stanowiły one 13,7% porad w miastach i 13% na wsi. Na uwagę zasługuje odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym. Wyniósł on 24% w miastach i 18% na wsi i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

Porady udzielone kobietom przeważały również w przypadku porad stomatologicznych. Zarówno w miastach jak też na wsi stanowiły one 55% ogółu porad stomatologicznych. Niespełna 30% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży do lat 18 (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 29%, a w przypadku wsi odsetek ten był o 3 p. proc. wyższy). Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 14% porad stomatologicznych; na wsi zaobserwowano tych porad o 3 p. proc. mniej.

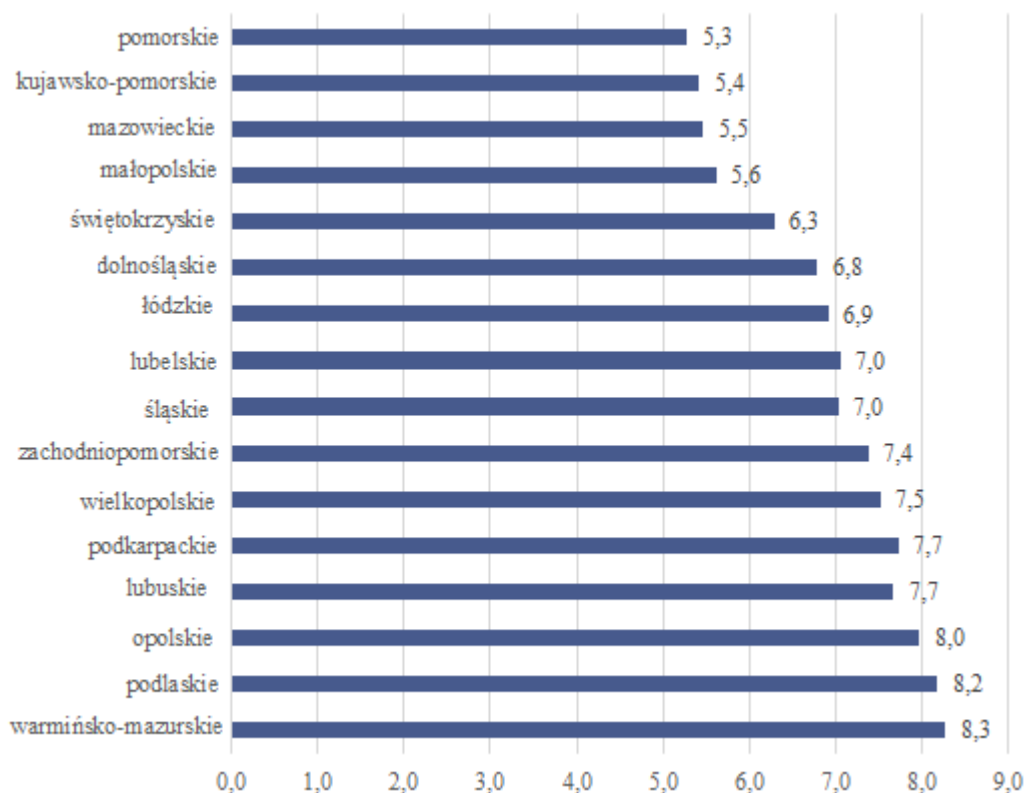
Wykres 34. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2012 r.



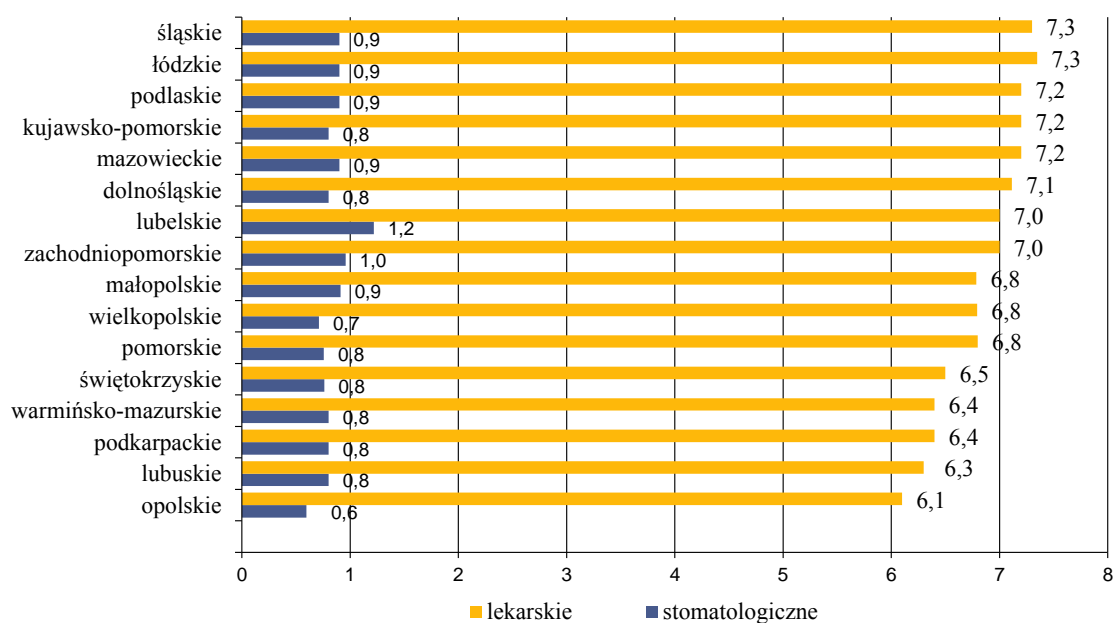
Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach i powiatach

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 6,3 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (799), czyli 13% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa lubuskiego (222, tj. 3,5%).

Wykres 35. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 000 tys. mieszkańców w 2012r. 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 mln, czyli 14% wszystkich porad), a najniższą - w województwie opolskim (6,7 mln, czyli 2,2%). Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 6,7 w opolskim do 8,3 w lubelskim.

Wśród wszystkich porad lekarskich i stomatologicznych udział porad udzielonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w poszczególnych województwach wyniósł od 43% (województwo mazowieckie) do 60% (województwo opolskie).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży do lat 18 stanowiły średnio 23% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 20% do 25% (wartość maksymalną odnotowano w województwie pomorskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób starszych, odsetek ten wyniósł średnio 28% i wahał się od 26% w województwie pomorskim do 32% w województwie opolskim.

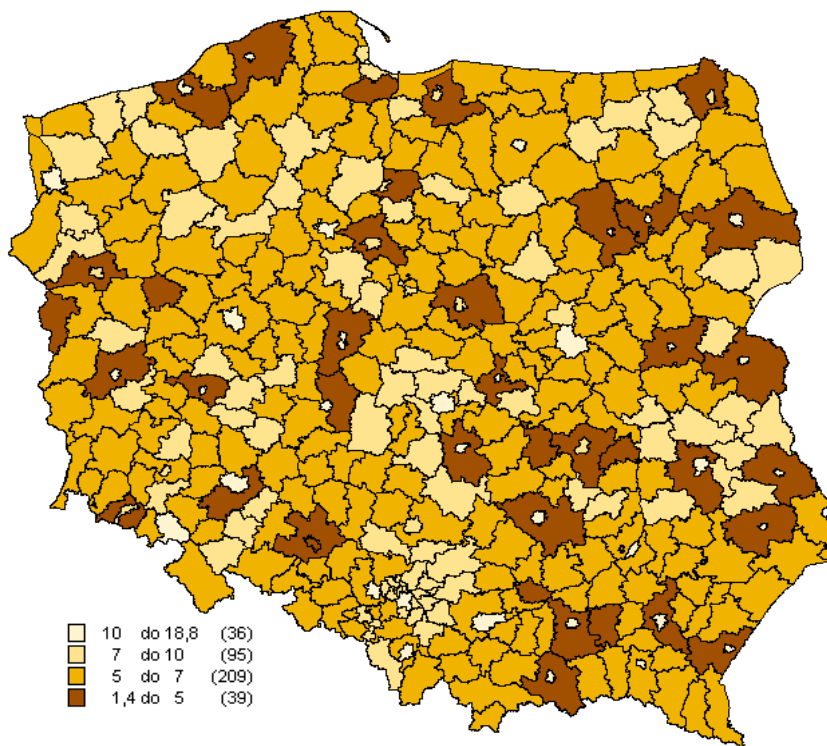
W specjalistycznej opiece zdrowotnej porady dotyczące dzieci i młodzieży stanowiły średnio 14%. Odsetek tej grupy porad kształtował się od 12% w województwie zachodniopomorskim do 16% w województwie warmińsko-mazurskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 24% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 21% (województwo warmińsko-mazurskie) do 27% (województwo śląskie).

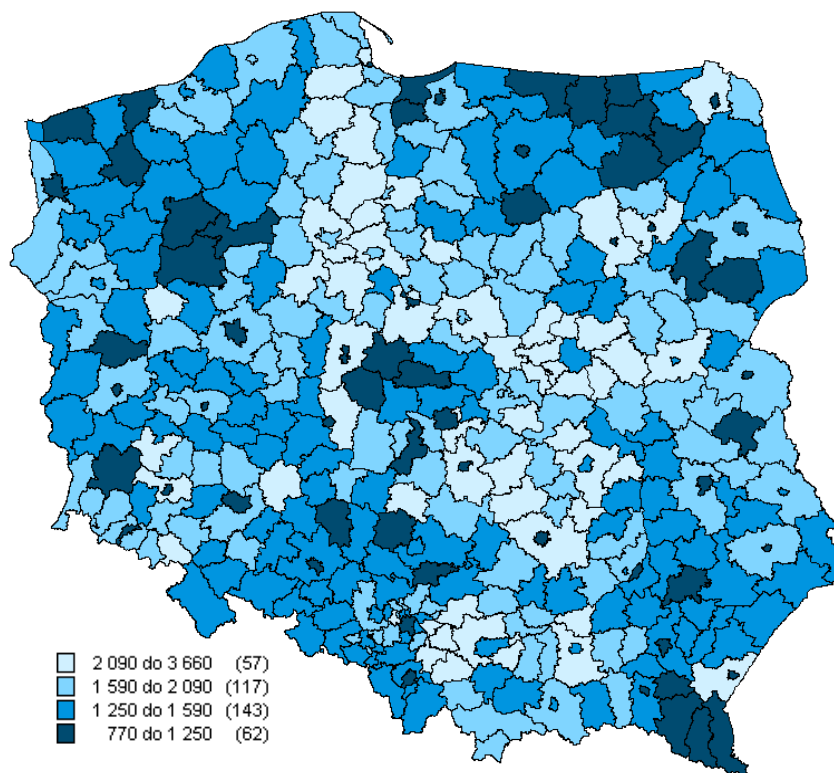
Dane na temat dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie) **w powiatach** zaprezentowane w mapie 4 pokazują, że największa liczba mieszkańców przypadająca na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej występowała w 2012 r. w powiatach województwa pomorskiego (powiat kartuski, starogardzki, kościerski, wejherowski), kujawsko-pomorskiego (powiat grudziądzki, rypiński, żniński), mazowieckiego (powiat miński, wołomiński, otwocki, radomski, warszawski zachodni), małopolskiego (powiat dąbrowski, wielicki, chrzanowski, wadowicki, olkuski, oświęcimski).

Natomiast największą liczbę porad na 1 mieszkańca (mapa 5) zaobserwowano w powiatach: puławskim, parczewskim, ryckim (woj. lubelskie), sieradzkim, bełchatowskim, rawskim, radomszczańskim, pabianickim, brzezińskim (woj. łódzkie), lublinieckim, myszkowskim, zawierciańskim, bieruńsko-lędzińskim (woj. śląskie), bielskim, hajnowskim, sokólskim (woj. podlaskie) oraz łosickim, legionowskim, ciechanowskim (woj. mazowieckie).

Mapa 4. Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów



Mapa 5. 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 16% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych.

W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnia/podjazd/platforma (68%), windy (26%) oraz drzwi automatycznie otwierane (8%). Udogodnienia dla osób niewidomych miało tylko 4% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 13% przychodni.

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, ponad 70% z nich deklarowało posiadanie jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych. Najczęściej była to pochylnia/podjazd/platforma, którą posiadało 54% praktyk.

2.4. Ratownictwo medyczne

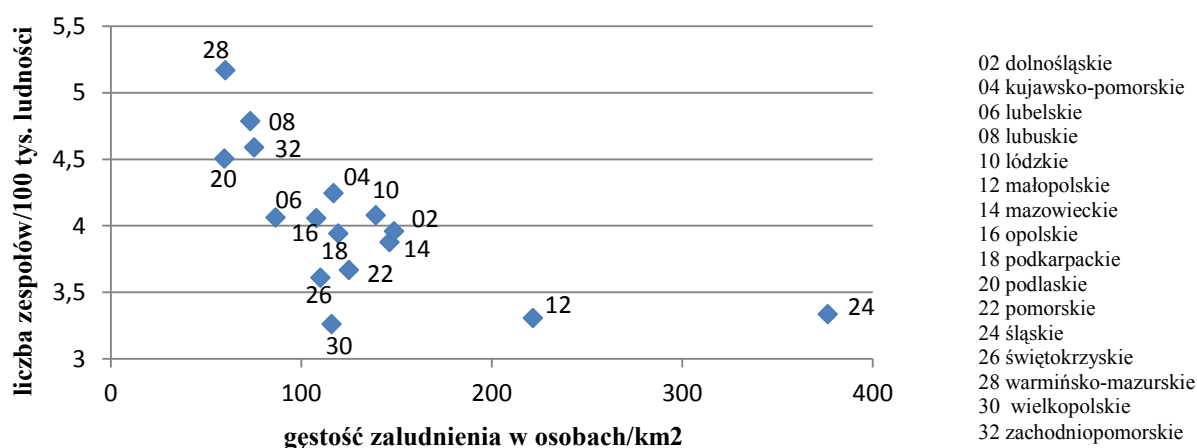
Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)⁸⁷. Z systemem współpracują jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM (izby przyjęć, wyspecjalizowane oddziały szpitalne, centra urazowe).

Zespoły ratownictwa medycznego

W 2012 r. w ramach ratownictwa medycznego pomoc medyczną w razie nagłego wypadku świadczyło 1493 zespołów ratownictwa medycznego (o 44 więcej niż przed rokiem), w tym 879 (59%) zespołów podstawowych i 614 (41%) specjalistycznych. Zgodnie z przepisami, w składzie zespołu podstawowego znajdują się co najmniej 2 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny. Natomiast skład zespołu specjalistycznego obejmuje co najmniej 3 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarza systemu oraz pielęgniarkę systemu lub ratownika medycznego.

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie podlaskim, zachodniopomorskim, lubuskim i warmińsko-mazurskim – od 4,5 do 5,2 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w małopolskim, śląskim, wielkopolskim - 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 2012 r.

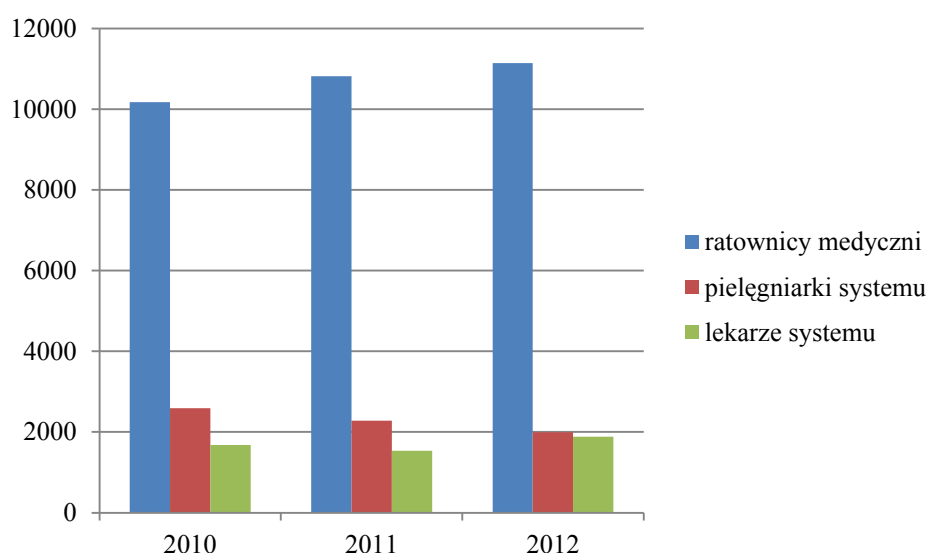


⁸⁷ System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

Oprócz opisanych zespołów wyjazdowych, jednostkami systemu PRM są również lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2012 r. w Polsce działało 19 takich zespołów, w tym 17 zaopatrzonych 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 medycznego⁸⁸ wykazały, że w 2012 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁸⁹ stanowiło 11141 ratowników medycznych, 1998 pielęgniarek systemu i 1884 lekarzy systemu. Wykres poniżej pokazuje, że w latach 2010 – 2012 rosła liczba ratowników medycznych, malała natomiast liczba pielęgniarek systemu zaś liczba lekarzy systemu zmalała w 2011 r., ale w 2012 straty te zostały nadrobione z nawiązką.

Wykres 38. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2010 – 2012



Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

W ramach ratownictwa medycznego w 2012 r. zrealizowano ok. 2,8 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, co było bliskie liczby wyjazdów sprzed roku.

Zdecydowaną większość, bo ok. 72% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów PRM, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta, podobnie jak przed rokiem. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły ok. 6%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1%. Miejsca

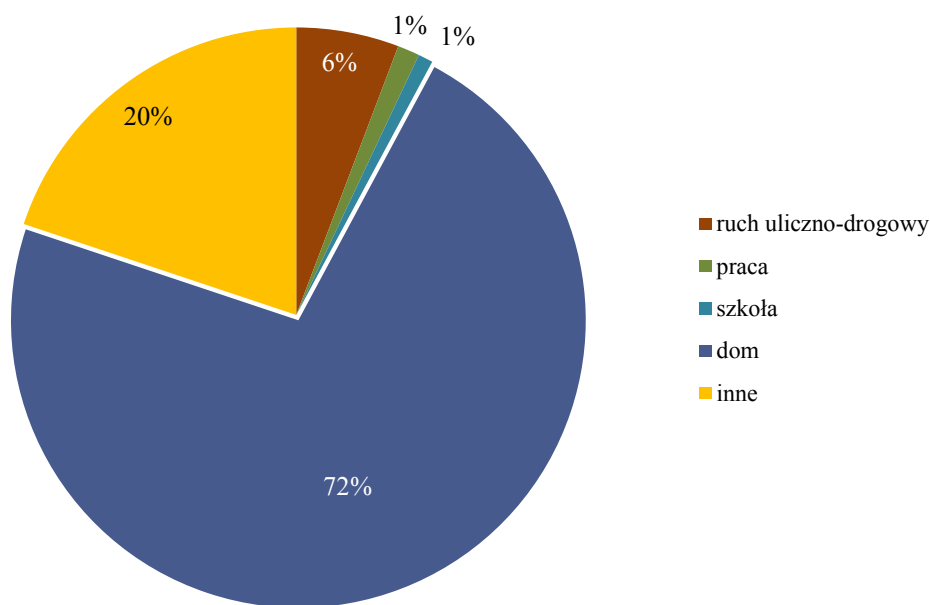
⁸⁸ Dane GUS – formularz ZD-4.

⁸⁹ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 20%.

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

Wykres 39. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2012 r.

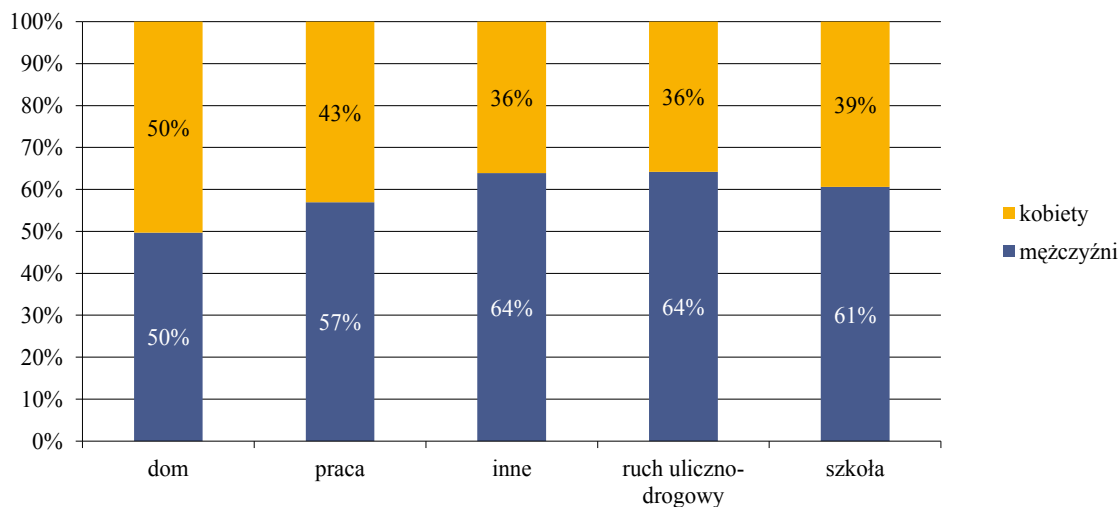


Liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów (w trakcie jednego wyjazdu mogła zostać udzielona pomoc więcej niż jednej osobie) i wyniosła 2,8 mln. Wskaźnik na 1 tys. ludności, wyniósł 74,1 - tak jak przed rokiem. Podobnie jak w roku 2011, najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (94), a najmniej w wielkopolskim (54).

Struktura płci i wieku osób, którym udzielono świadczenia, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: prawie 6% stanowiły dzieci i młodzież do 18 lat, 54% - osoby w wieku od 18 do 64 lat, a 40% - osoby w wieku 65 lat lub więcej.

Wśród osób, którym udzielono pomocy, większość stanowili mężczyźni (55% - tak jak przed rokiem). Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia i wynosił ponad 60% w większości kategorii.

Wykres 40. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2012 r.

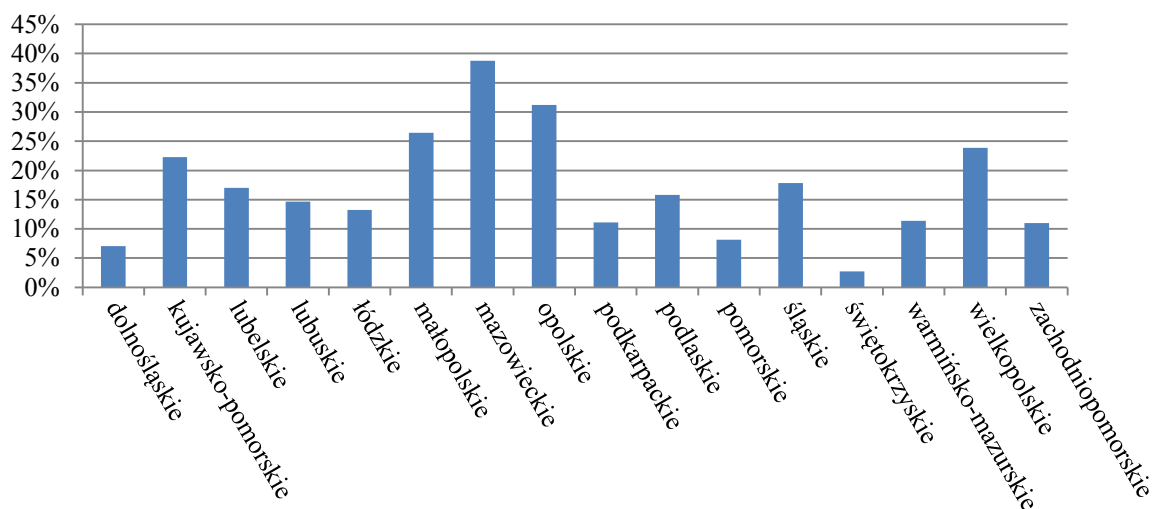


Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany oraz trzeciego kwartyła. 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 2012 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 i opolskim było najwięcej takich wyjazdów, a w świętokrzyskim, dolnośląskim i pomorskim - najmniej.

Wykres 41. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego w 2012 r.



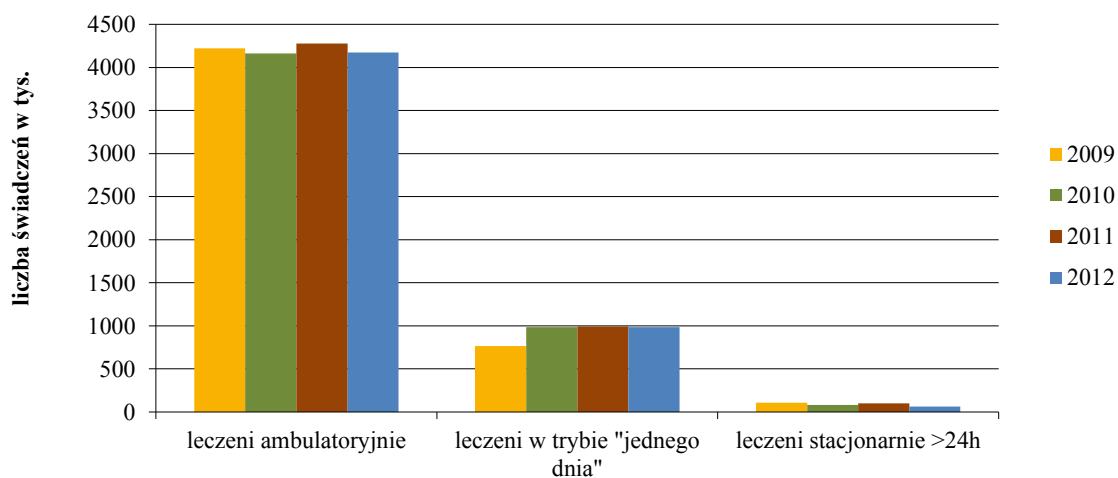
Szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć

W końcu 2012 roku w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowały 208 **szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)**. Ich liczba zmalała w porównaniu z rokiem 2011.

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).

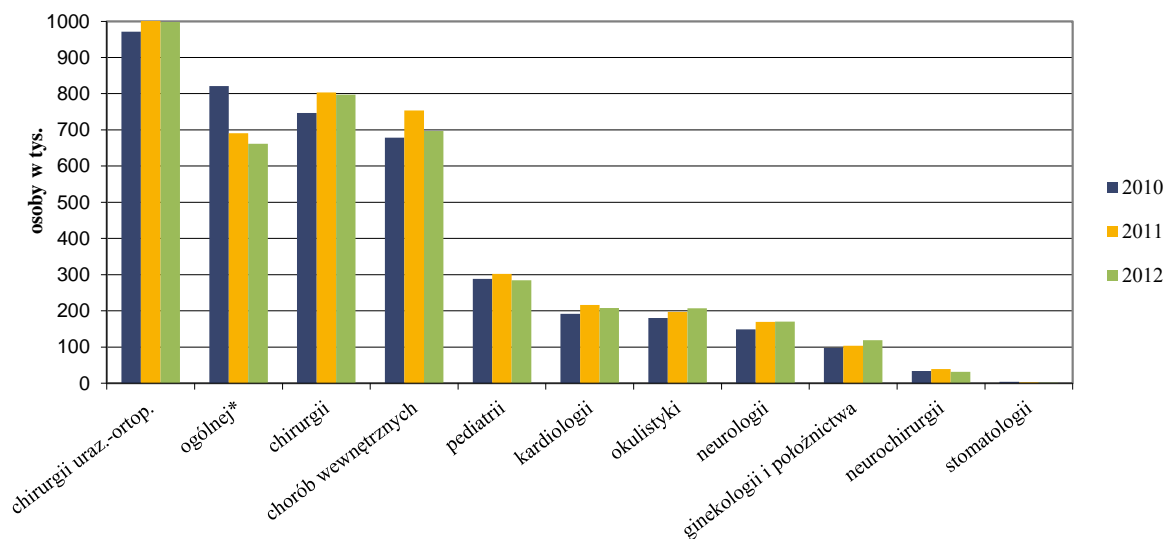
Wykres 42. Pacjenci szpitalnych oddziałów ratunkowych i izb przyjęć w latach 2009-2012 według udzielonych świadczeń



Ponadto z systemem PRM współpracowały 154 **izby przyjęć w szpitalach**.

W 2012 roku w izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym 4,2 mln osób, o ponad 100 tys. mniej niż w roku 2011. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 55%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 20%, a osoby powyżej 65 roku życia - 22%. 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 642 łózkami (o 9% mniej niż w 2011 r.) oraz 926 miejscami dziennymi (przeznaczonymi do udzielania świadczeń w trybie „jednego dnia”).

SOR w trybie stacjonarnym powyżej 24 godzin udzieliły pomocy 61,9 tys. osób. Było to o 36% mniej niż w roku 2011. Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 6% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby powyżej 65 roku życia stanowiły 40% wszystkich pacjentów. Zmalała również liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia”: wyniosła ona 983,7 i było to o 0,7% mniej niż w 2011 roku.

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)⁹⁰

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.

W 2012 roku w GOPR i TOPR⁹¹ pracowało łącznie 1712 ratowników. Odnotowano 3569 działań (interwencji, akcji ratunkowych i wypraw ratunkowych)⁹². Liczba ratowanych osób wynosiła 2496.

W 2012 r. WOPR⁹³ w swoich szeregach zrzeszało 85,8 tys. członków, o 3,7 tys. więcej niż w 2011 r. Wśród członków WOPR niemal 96% stanowili ratownicy wodni (osoby posiadające uprawnienia ratownika), którzy strzegli bezpieczeństwa osób korzystających z kąpielni lub przebywających nad wodą. WOPR obejmowało ochroną łącznie 1551 kąpielisk, pływalni krytych i otwartych. Ponadto przeprowadziło akcje ratownicze, w trakcie których uratowano 3498 osób, a 449 osób utonęło.

⁹⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

⁹¹ Dane pozyskane ze sprawozdań z działalności Górskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego i Tatrzańskiego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego.

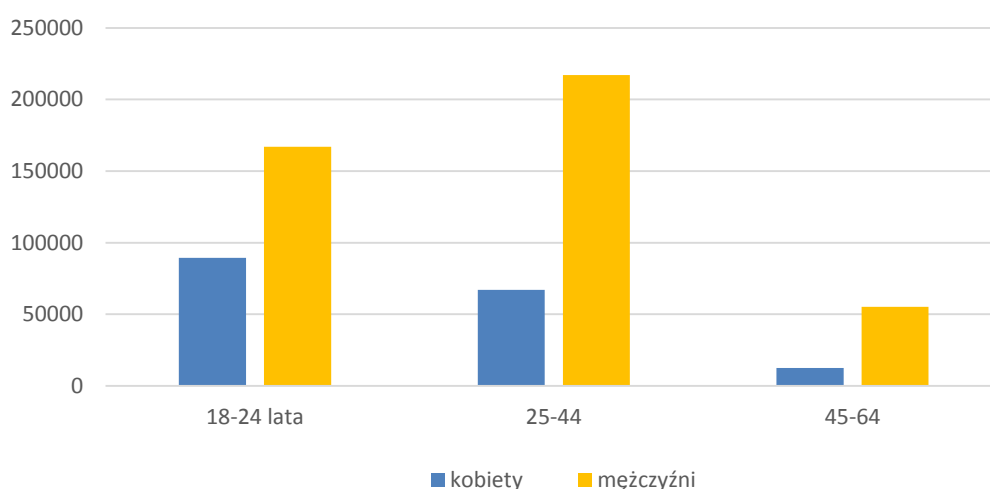
⁹² Statystyki nie obejmują wypadków na zorganizowanych terenach narciarskich, które w zeszłym roku stanowiły 46% ogólnej liczby działań.

⁹³ Dane pozyskane z Zarządu Głównego Wodnego Ochotniczego Pogotowia Ratunkowego.

2.5. Krwiodawstwo

W 2012 roku obraz krwiodawstwa w Polsce niewiele się zmienił. Funkcjonowały 23 regionalne centra **krwiodawstwa** oraz 147 oddziałów terenowych, łącznie z resortowymi. Zbiorowość krwiodawców liczyła 638 tys. osób. Niemal 73% spośród nich stanowili dawcy, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Przekazali oni łącznie 1,2 mln donacji krwi pełnej, czyli ok. 540 tys. litrów.

Wykres 44. Krwiodawcy według płci i wieku w 2012 r.



Źródło: Narodowe Centrum Krwi

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

Wyszczególnienie	2007	2011	2012
Krwiodawcy	604 074	634 955	638 079
Pobrana krew pełna w donacjach	982 482	1 180 884	1 181 309
Wyprodukowano w jednostkach:			
koncentrat krwinek czerwonych	974 574	1 160 729	1 222 106
świeżo mrożone osocze	1 051 395	1 159 711	1 219 413

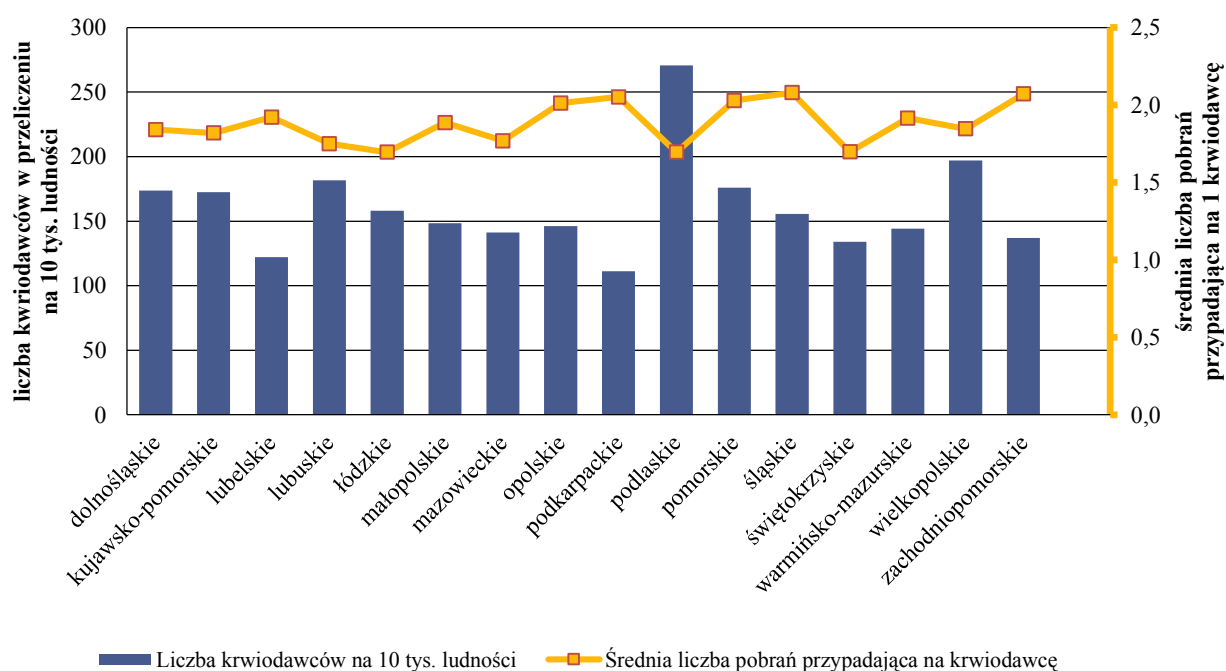
Źródło: Instytutu Hematologii i Transfuzjologii oraz Narodowego Centrum Krwi

Najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 214,9 tys. krwiodawców i pobrano łącznie 407,6 tys. donacji krwi pełnej. Krwiodawcy z tych województw stanowili 34% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców i oddali 34% krwi pełnej pobranej w całej Polsce. Odsetek krwiodawców był zbliżony do udziału mieszkańców trzech województw w liczbie ludności Polski.

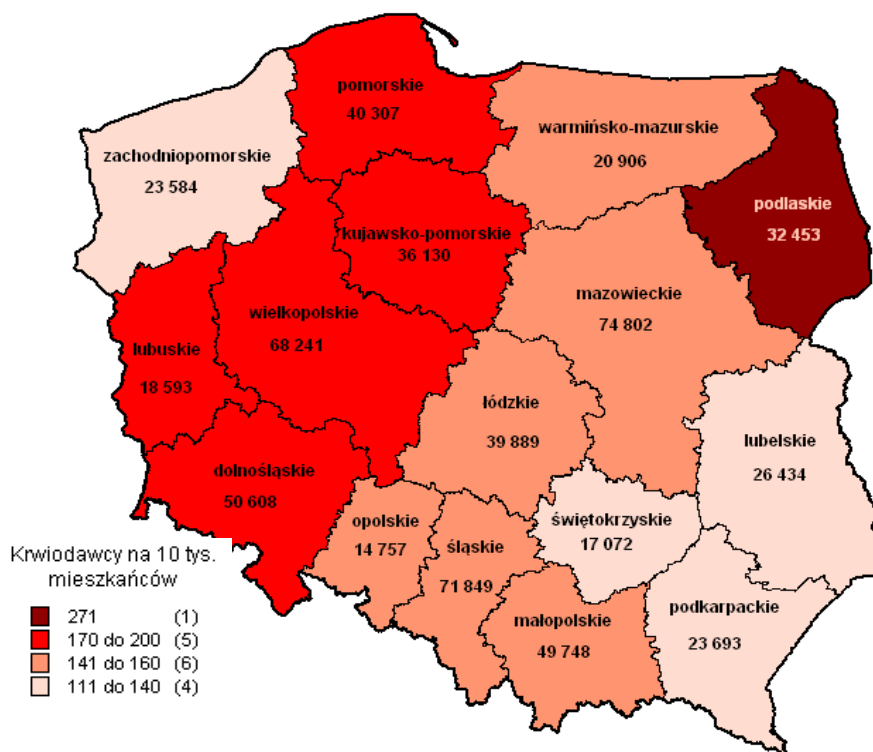
Aktywność mieszkańców poszczególnych województw w tym względzie dokładniej obrazują wskaźniki: liczba krwiodawców na 10 tys. ludności i liczba pobrań na 1 krwiodawcę przedstawione na wykresie 45 oraz mapie 6.

Niedobory krwi i jej składników występują okresowo w ciągu roku, a najdłużej utrzymują się w okresie wakacyjnym. Jest to spowodowane między innymi większą liczbą wypadków i faktem, iż krwiodawcy przebywają w tym okresie na urloпах. Zapotrzebowanie na krew występuje przez cały rok. Wszystkie grupy krwi są pożądane, ale najbardziej oczekiwana jest krew zero mająca ujemne RH, jest to jedna z rzadziej występujących grup - posiada ją zaledwie ok. 6% Polaków. (<http://www.nck.gov.pl/uploads/Media/BCKGROUND.pdf>)

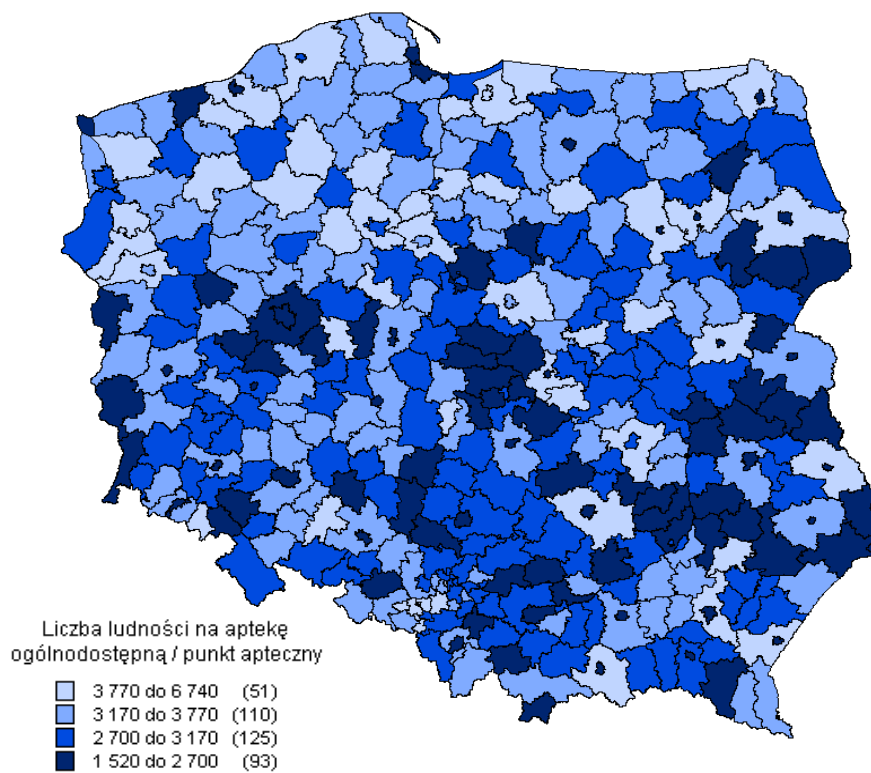
Wykres 45. Krwiodawcy według województw w 2012 r.



Mapa 6. Krwiodawcy według województw



Mapa 7. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny według powiatów

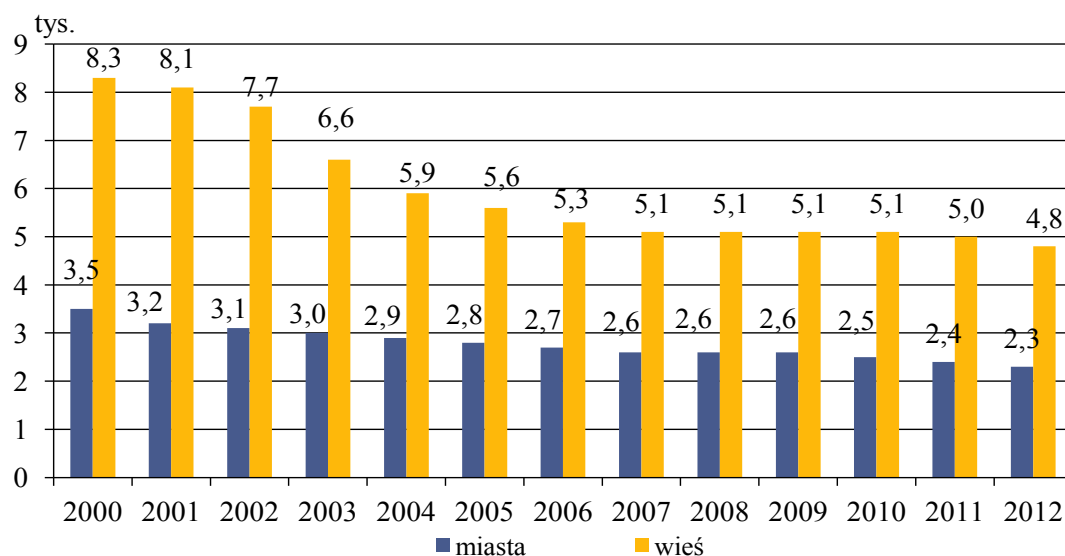


2.6. Apteki

Istotnym elementem systemu ochrony zdrowia są **apteki i punkty apteczne** zaopatrujące ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne, zgodnie z zamiarem ustawodawcy, 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 2012 r. na terenie Polski zbadano łącznie 12 tys. aptek ogólnodostępnych, 39 aptek zakładowych⁹⁴ i 1,2 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 2012 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,2 tys. osób. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,7 tys. (dla województwa lubelskiego) do 3,7 tys. (dla województwa warmińsko-mazurskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,9 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w 2012 r. wyniosła przeciętnie 4,8 tys.

Wykres 46. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny w latach 2000-2012



⁹⁴ 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 całonocne świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne. art. 87, Dz.U. 2008 nr 45 poz. 271).

Najwięcej aptek zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13% wszystkich aptek ogólnodostępnych i 12% wszystkich punktów aptecznych). Na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego znajdowała się najmniejsza liczba aptek ogólnodostępnych – po ok. 2-3% ogółu, a w województwie zachodniopomorskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (37, tj. 3% punktów aptecznych ogółem). Województwo mazowieckie i wielkopolskie charakteryzowało się największym wzrostem liczby aptek ogólnodostępnych – odpowiednio o 6% i 8% w stosunku do roku 2011. Z kolei najwięcej punktów aptecznych ubyło w województwie lubuskim (spadek o 9%) oraz świętokrzyskim (spadek o 7%), a najwyższy wzrost odnotowano na terenie województwa pomorskiego (o 40%) oraz małopolskiego (o 14%, podobnie jak przed rokiem) i wielkopolskiego (o 13%).

Utrzymał się trwający od kilku lat trend spadkowy w zakresie liczby aptek i punktów aptecznych pełniących dyżury nocne. W omawianym roku niecałe 4% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne, a 23% placówek pełniło je okresowo.

Analiza liczby ludności przypadającej na 1 aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w poszczególnych powiatach wykazała, że najwyższą liczbę ludności na placówkę zanotowano w powiecie przemyskim, a najniższą w miastach na prawach powiatu - Krosno i Zamość. Szczegółową sytuację przedstawia mapa 7. Podobnie jak przed rokiem najmniejszą dostępność aptek stwierdzono w powiatach na północy kraju, gdzie liczba osób przypadających na 1 aptekę ogólnodostępną bądź punkt apteczny była najwyższa.

Od 2009 r. w badaniu aptek znajduje się pytanie o dostosowanie placówek do potrzeb osób niepełnosprawnych. W 2012 r. 76% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia. Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (50% aptek). W przypadku punktów aptecznych na wsi analogiczny wskaźnik wyniósł 79%, a większość udogodnień to również pochylnie, podjazdy, platformy. Stopień dostosowania aptek i punktów aptecznych do potrzeb osób niepełnosprawnych nie zmienił się istotnie od 2009 r.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 24,9 tys. magistrów farmacji oraz 26,2 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio – 84% i 94%).

2.7. Służba medycyny pracy w 2012 r.

Zgodnie z ustawą⁹⁵, jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są wojewódzkie ośrodki medycyny pracy oraz podstawowe jednostki służby medycyny pracy, którymi 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).

W 2012 r. w Polsce zarejestrowanych było 6644 jednostek podstawowych służby medycyny pracy (smp), w tym 3038 praktyk lekarskich. W porównaniu do 2011 r., liczba jednostek podstawowych zmniejszyła się nieznacznie - o 0,5%.

Od wielu lat w Polsce funkcjonuje 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Zapis w ustawie o służbie medycyny pracy wskazuje, że w każdym z województw musi funkcjonować przynajmniej jeden ośrodek rangi wojewódzkiej, który może mieć swoje oddziały terenowe. W dwóch województwach funkcjonują po 2 ośrodki rangi wojewódzkiej (lubuskie, zachodniopomorskie), a w kujawsko-pomorskim działają trzy ośrodki szczebla wojewódzkiego. Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP) prowadzą swoją działalność w dwóch formach organizacyjno-finansowych: jako jednostki budżetowe (Gdańsk, Zielona Góra i Gorzów Wielkopolski) 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 kwalifikacyjne⁹⁶.

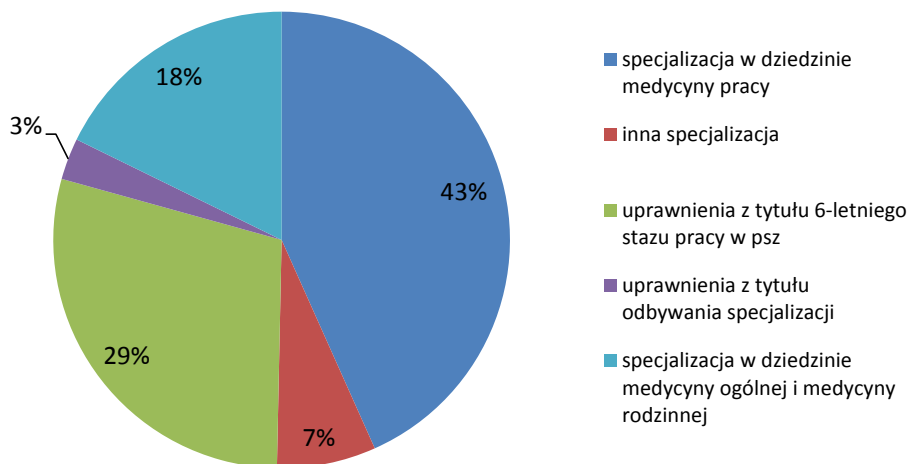
W 2012 r. liczba lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi wynosiła 6834 lekarzy⁹⁷. Chociaż nie wszyscy ci lekarze dopełnili obowiązku sprawozdawczego, z pozyskanych danych można wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich pracowników i przedstawia ją poniższy wykres.

⁹⁵ art. 2 ust. 2 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2004.125.1317 z późn. zm.).

⁹⁶ 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.).

⁹⁷ Dane na podstawie rejestrów prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy – womp.).

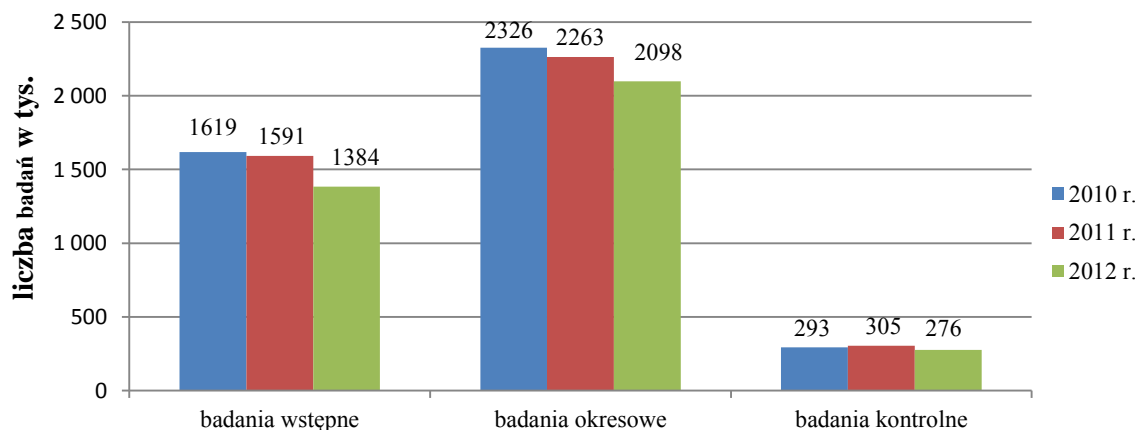
Wykres 47. Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych według wymogów kwalifikacyjnych w 2012 r.



Spośród lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań pracowników dodatkowe kwalifikacje posiadało 1225 lekarzy. Te dodatkowe kwalifikacje dotyczyły wykonywania badań profilaktycznych 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 uprawnienia do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich są lekarze odbywający w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Lekarzy takich w roku 2012 było 129.

W 2012 r. wykonano ponad 3,7 mln badań lekarskich dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w tym: ponad 1,3 mln badań wstępnych, blisko 2,1 mln badań okresowych i ponad 276 tys. badań kontrolnych.

Wykres 48. Liczba profilaktycznych badań lekarskich według rodzaju, w latach 2010-2012



Od wielu lat struktura wydawanych orzeczeń jest mało zróżnicowana. Także w 2012 r. zaświadczenia stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku stanowiły ponad 99 % wszystkich wydanych orzeczeń.

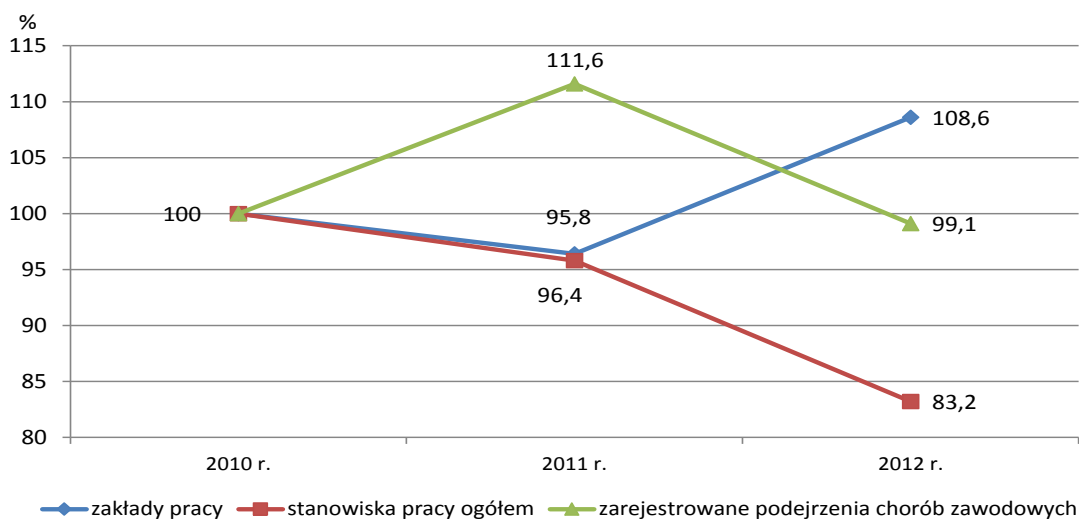
Jedną z działalności lekarzy medycyny pracy jest wizytowanie zakładów i stanowisk pracy.

W 2012 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację w 12,8 tys. zakładów i skontrolowali 60,9 tys. stanowisk pracy. Zgodnie z obowiązującym prawem są to zadania fakultatywne dla lekarzy służby medycyny pracy, jednak niezwykle istotne w kontekście jakości oceny warunków pracy.

W porównaniu do roku 2011 odnotowano spadek o 11,2% liczby osób skierowanych przez lekarzy smp do wojewódzkich ośrodków medycyny pracy z podejrzeniem choroby zawodowej.

W 2012 r. zarejestrowano 1381 takich podejrzeń.

Wykres 49. Dynamika liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych

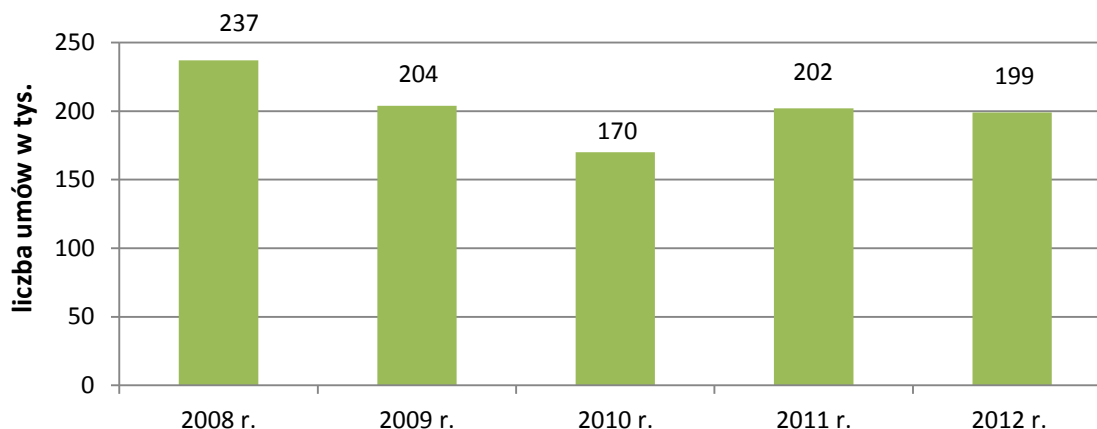


Ustawa o służbie medycyny pracy określa, w jaki sposób pracodawcy powinni realizować swoje zobowiązania z zakresu zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznych badań lekarskich oraz innych form profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy⁹⁸. Badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy.

Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie niespełna 200 tys.

⁹⁸ Artykuł 12 ustawy o służbie medycyny pracy.

Wykres 50. Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2008-2012



Jednym z zadań wojewódzkich ośrodków medycyny pracy jest rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. W 2012 r. ośrodki wojewódzkie rozpatrzyły 1390 odwołań, w tym 616 przypadków, w których po ponownym przeprowadzeniu badania lekarskiego, lekarze womp utrzymali w mocy orzeczenia wydane przez jednostki podstawowe smp.

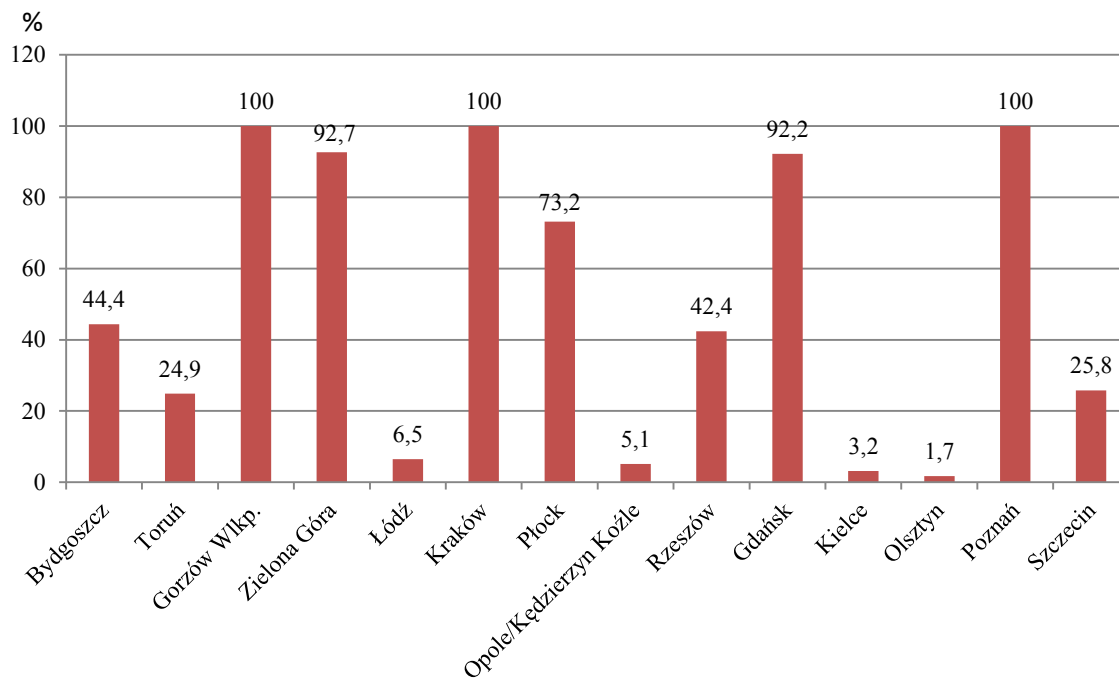
W porównaniu do 2011 r. odnotowano spadek o blisko 6% przypadków utrzymania w mocy wydanego wcześniej orzeczenia.

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa⁹⁹ „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 2012 r. ośrodki wojewódzkie łącznie objęły ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową 14 144 osoby (wzrost o 59,3% w porównaniu do 2011 r.) i wykonały 282 291 zabiegów (wzrost o 4%).

W 2012 r. świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową wykonywane były w 14 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Odnotowano, iż ośrodki wojewódzkie w Gorzowie Wlkp., Krakowie oraz w Poznaniu realizowały wyłącznie świadczenia mające na celu zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszające powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegające dalszemu rozwojowi choroby.

⁹⁹ 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 pozostałych womp, udział tych świadczeń w stosunku do zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych na podstawie kontraktów z NFZ i ZUS wahał się w przedziale od 93% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Zielonej Górze do 2% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Olsztynie.

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia

Narodowy Rachunek Zdrowia¹⁰⁰ (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 2011 r. oraz zasygnalizowano zmiany, jakie zaszły w strukturze wydatków w porównaniu z poprzednim rokiem, jak również w ostatnich latach (2003-2011). Ze względu na walidację¹⁰¹ NRZ za lata 2010, 2009 i 2008, niektóre wielkości mogą się nieznacznie różnić od publikowanych wcześniej.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2011 rok.

Wydatki ogółem na ochronę zdrowia tj. wydatki bieżące i inwestycyjne wyniosły w 2011 r. 105 mld zł i stanowiły 6,9% Produktu Krajowego Brutto (7,0% PKB w 2010 r.). Z kolei bieżące wydatki publiczne w zakresie ochrony zdrowia wyniosły 69,2 mld zł i stanowiły 4,5% PKB (4,7% PKB w 2010 r.). Wartości podstawowych kategorii Narodowego Rachunku Zdrowia przedstawia poniższa tablica.

Tabl. 3A. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2010 i 2011 r.^{a)}

Wyszczególnienie	2010		2011	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 416 585	100,00	1 528 127	100,00
Publiczne wydatki bieżące	66 500	4,69	69 224	4,53
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	1 880	0,13	1 973	0,13
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	3 547	0,25	4 220	0,28
Fundusze ubezpieczeń społecznych	61 074	4,31	63 031	4,12
Prywatne wydatki bieżące	26 274	1,85	28 450	1,86
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych	22 001	1,55	23 397	1,53
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	4 273	0,30	5 052	0,33
Razem wydatki bieżące	92 775	6,55	97 673	6,39
Inwestycje	6 710	0,47	7 323	0,48
Wydatki ogółem na ochronę zdrowia	99 485	7,02	104 997	6,87

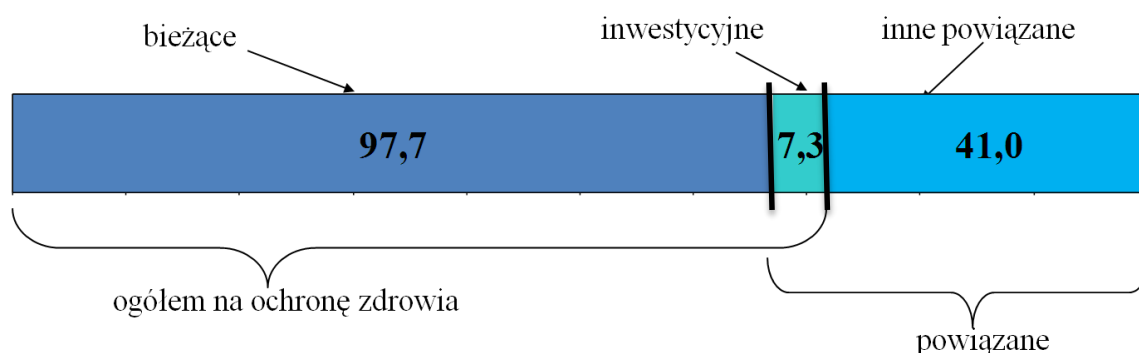
a) Łącznie z wydatkami sektora Zagranica

¹⁰⁰ 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.

¹⁰¹ Patrz uwagi ogólne, str. 32

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

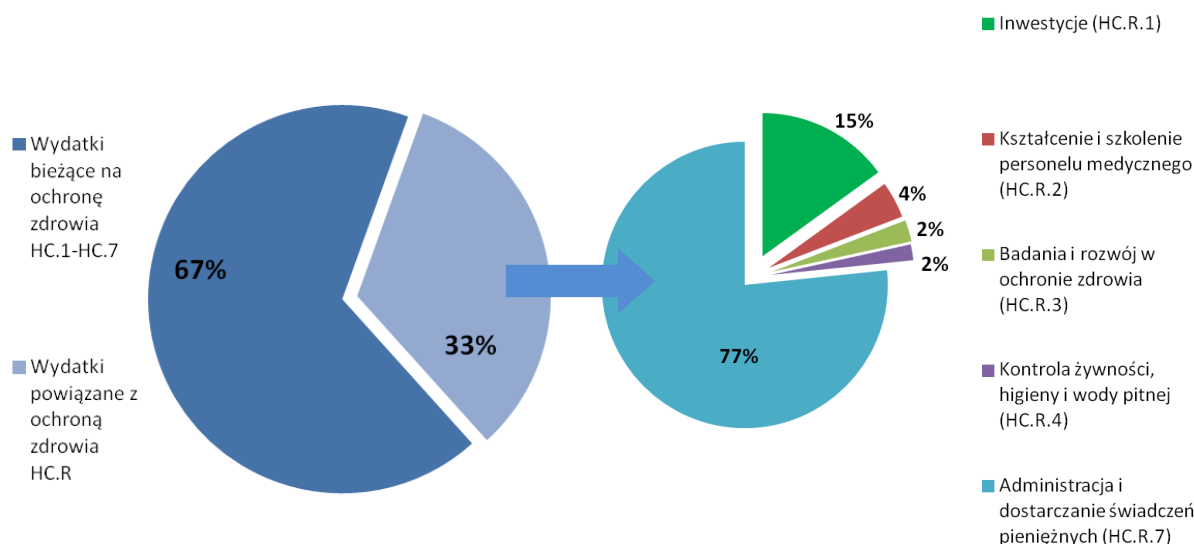
Schemat głównych agregatów wydatków w Narodowym Rachunku Zdrowia (w mld zł)



Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2011 r. wyniosły 97,7 mld zł (6,4% PKB). W relacji do PKB bieżące wydatki prywatne były w 2011 r. na podobnym poziomie jak w roku 2010, natomiast udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia zmniejszył się z 4,69% na 4,53%.

Wydatki powiązane z ochroną zdrowia wyniosły w 2011 roku 48,3 mld zł, co stanowiło 3,16% PKB. Wydatki powiązane z ochroną zdrowia dodane do wydatków bieżących na ochronę zdrowia tj. **wydatki łączne**, osiągnęły w 2011 r. wartość 146 mld zł czyli 9,6% PKB (9,8% PKB w 2010 r.).

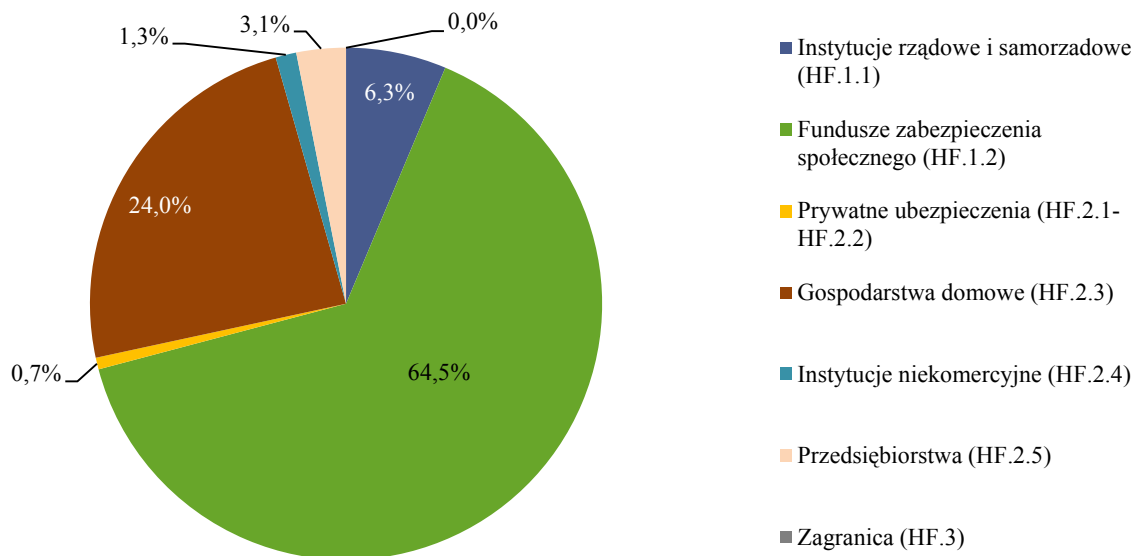
Wykres 52. Wydatki łączne na ochronę zdrowia w 2011 r. według funkcji



Przytłaczającą większość nakładów ogółem na ochronę zdrowia (wydatki bieżące i inwestycyjne) stanowią wydatki bieżące, których udział w 2011 r. wyniósł 93%.

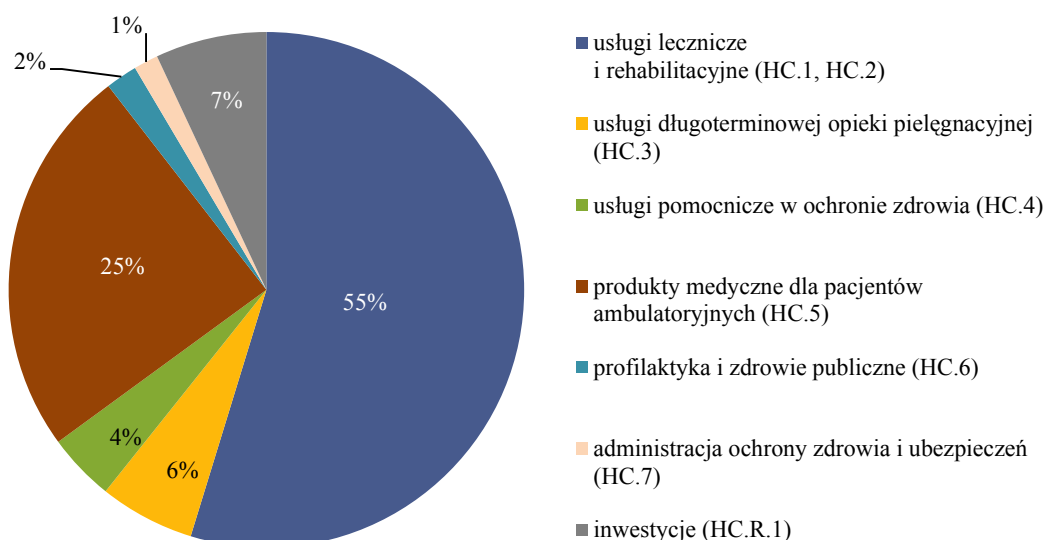
Przedstawiona na wykresie 51 struktura wydatków bieżących ponoszonych przez poszczególnych płatników nie zmieniła się zasadniczo w stosunku do lat ubiegłych. Nadal ponad 70% wydatków stanowiły wydatki instytucji rządowych i samorządowych (łącznie z NFZ), chociaż ich udział zmalał w porównaniu z 2010 r. o 1,3 p. proc. na korzyść wydatków prywatnych, które osiągnęły 29,1% wydatków bieżących na zdrowie.

Wykres 53. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według płatników w 2011 r.



W ramach wydatków publicznych 87,6% stanowiły wydatki ponoszone przez NFZ, natomiast w sektorze prywatnym największy strumień wydatków pochodził z gospodarstw domowych (82,2%), przy czym proporcje te układały się różnie, w zależności od realizowanych funkcji. I tak na przykład, nakłady na „indywidualną opiekę zdrowotną”¹⁰² w 70,5% były ponoszone przez płatników publicznych, a w 29,5% - przez sektor prywatny. Płatnicy publiczni finansowali 94% „długoterminowej opieki pielęgnacyjnej”, a tylko 39% wydatków w kategorii „leki i produkty medyczne dla pacjentów ambulatoryjnych”.

Wykres 54. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według funkcji w 2011 r

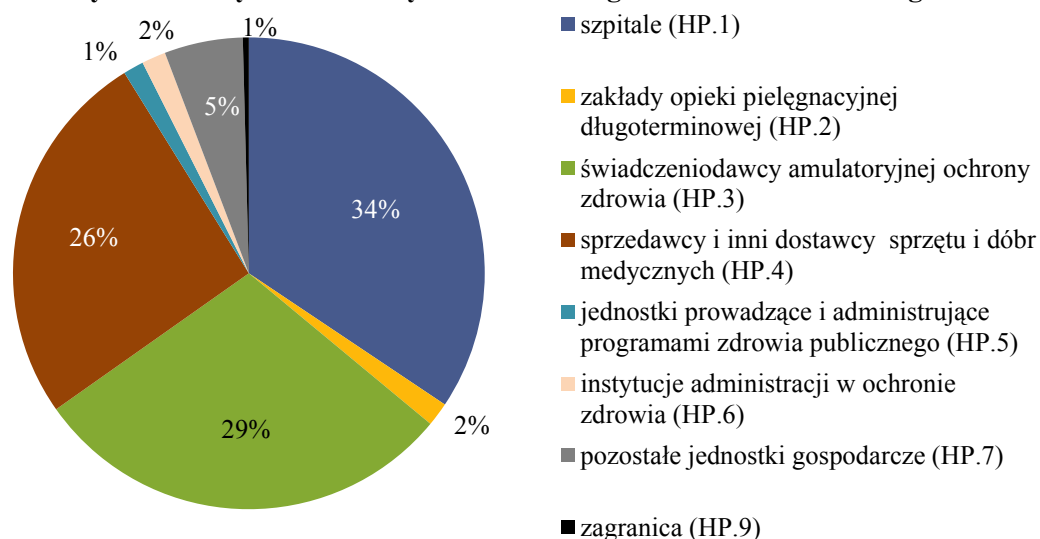


¹⁰² Indywidualna opieka zdrowotna obejmuje usługi lecznicze i usługi rehabilitacyjne, długotrwałą opiekę pielęgnacyjną, usługi pomocnicze oraz leki i inne produkty medyczne.

Biorąc pod uwagę funkcjonalne przeznaczenie poniesionych wydatków ogółem (wykres. 54), można stwierdzić, że zdecydowana większość (90%) to nakłady przeznaczone na „indywidualną opiekę zdrowotną”, zaś pozostałe wydatki zostały przeznaczone na działania związane z profilaktyką i zdrowiem publicznym, funkcje administracyjne oraz inwestycje.

W porównaniu z rokiem 2010 wydatki ogółem zwiększyły się nominalnie o 5,5%. Ze względu na większościowy udział w strukturze wydatków ogółem „wydatki na usługi lecznicze” (kategoria HC.1 - 51,4 pkt. proc.), miały największy udział we wzroście kwotowym chociaż dynamika wydatków w tym zakresie wynosiła tylko 4,5%. Największą dynamikę odnotowano natomiast w kategorii „administracja ochrony zdrowia i ubezpieczeń” (HC.7) o 27,9%.

Wykres 55. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2011 r.



Środki na ochronę zdrowia od różnego rodzaju płatników trafiają do dostawców dóbr i usług medycznych (wykres 55), realizujących poszczególne funkcje opieki zdrowotnej. I tak 95,7% nakładów przeznaczonych na szpitale stanowiły środki publiczne, zaś 4,3% stanowiły środki pochodzące ze źródeł prywatnych. W przypadku opieki ambulatoryjnej proporcje te wynosiły odpowiednio – 64,1% i 35,9%, natomiast dla praktyk stomatologicznych – 14,3% i 85,7%. W porównaniu z 2010 r., zwiększyły się nakłady trafiające do wszystkich wyróżnianych w NRZ grup świadczeniodawców. Najbardziej znaczący kwotowo wzrost odnotowano w przypadku szpitali (o 3%), natomiast największą dynamikę wzrostu (o 27,9%) – w grupie jednostek administrujących ochroną zdrowia.

W stosunku do lat poprzednich nie zmieniła się natomiast istotnie struktura dostawców usług opieki zdrowotnej. Nadal największy udział w wydatkach miały szpitale – 34,3% (o 1 pkt. proc. mniej niż przed rokiem). Drugą co do wielkości pozycję w wydatkach według dostawców stanowili świadczeniodawcy ambulatoryjni (29,2%). Natomiast udział grupy sprzedawców i innych dostawców dóbr medycznych (w tym leków) wynosił 25,9% i był mniejszy niż przed rokiem o 0,2 pkt. proc.

Obok wydatków bezpośrednich na ochronę zdrowia występuje grupa wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Należą do nich wydatki inwestycyjne¹⁰³, 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 2010 i 2011 r.

Wyszczególnienie	2010		2011	
	mln zł	%	mln zł	%
WYDATKI POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA	46 404	100,00	48 337	100,00
w tym:				
Inwestycje (HC.R.1)	6 710	14,46	7 323	15,15
Kształcenie i szkolenie personelu medycznego (HC.R.2)	1 845	3,98	1 916	3,96
Badania i rozwój w ochronie zdrowia (HC.R.3)	1 082	2,33	1 331	2,75
Kontrola żywności, higieny i wody pitnej (HC.R.4)	795	1,71	851	1,76
Administracja i dostarczanie świadczeń pieniężnych (HC.R.7)	35 609	76,74	36 560	75,64

W wydatkach powiązanych z ochroną zdrowia dominująca jest grupa nakładów na administrację i dostarczanie świadczeń pieniężnych (75,6%). 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.

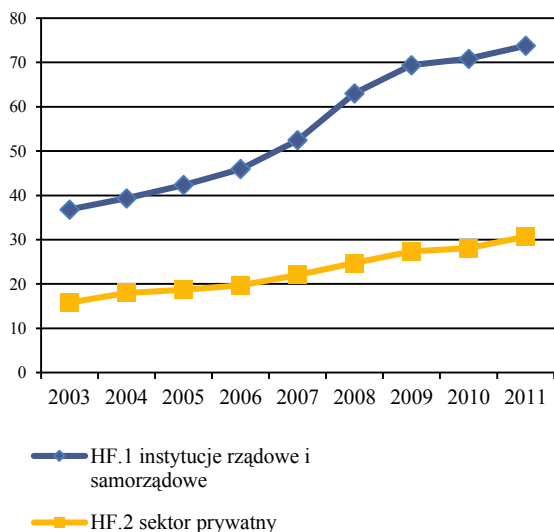
Porównanie wyników za lata 2003-2011

Sporządzenie przez 9 kolejnych lat Narodowego Rachunku Zdrowia według niezmiennych reguł, zgodnie z przyjętą międzynarodową metodologią, pozwala na obserwację dynamiki wielkości przypisanych poszczególnym kategoriom wydatków (patrz wykresy 56-62), jak również zmian występujących w ich strukturze.

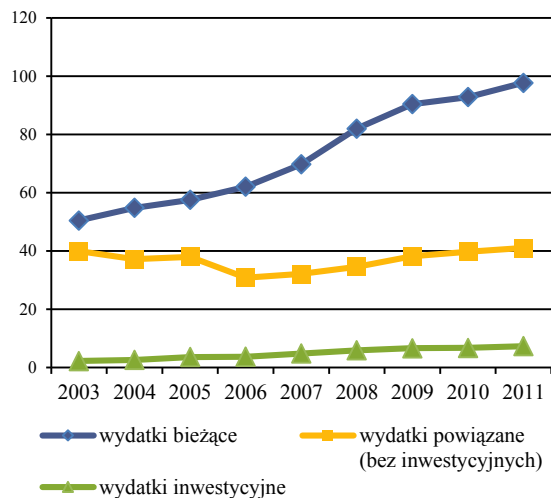
W latach **2003-2011** wydatki ogółem (bieżące z inwestycyjnymi) na ochronę zdrowia systematycznie rosły z roku na rok, z zachowaniem podstawowej struktury podziału na wydatki publiczne i prywatne (odpowiednio: ok. 70% i 30%). W 2011 r., były one odpowiednio o 37 mld i 16 mld wyższe w porównaniu z 2003 r. Nieco szybsze średnioroczne tempo wzrostu odnotowano w grupie wydatków publicznych – 8,9%, zaś w grupie wydatków prywatnych wskaźnik ten wyniósł 8,7%. Zmiany w czasie przedstawiono na rysunkach 56 i 67.

¹⁰³ Wydatki inwestycyjne - jedyna kategoria spośród wydatków powiązanych wchodząca w skład wydatków ogółem na opiekę zdrowotną.

Wykres 56. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2011 w według grup płatników

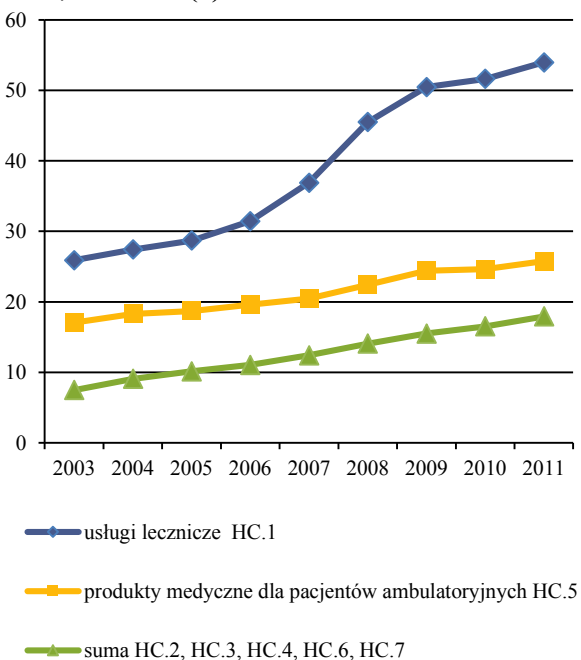


Wykres 57. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2003-2011 według głównych rodzajów wydatków

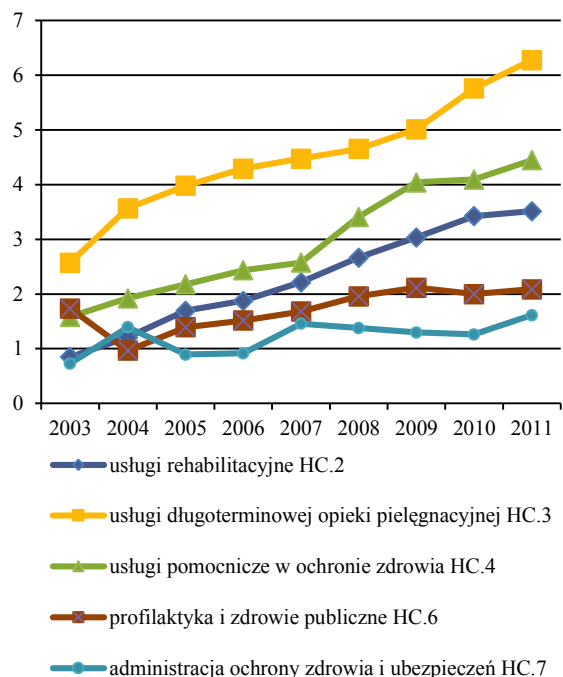


Wydatki według **klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia** w większości grup systematycznie wzrastały w okresie 2003-2011. Największą kwotowo pozycję stanowiły wydatki na usługi lecznicze, które wzrosły z 25,9 mld zł w 2003 r. do 54 mld zł w 2011r., tj. o 108%. Ich udział w bieżących wydatkach na ochronę zdrowia wzrósł z 49% w 2003 r. do 56% roku 2011 (o 4,6 p. proc.).

Wykres 58. Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003 – 2011, w mld zł (1)



Wykres 59. Wydatki na ochronę zdrowia według wybranych funkcji w latach 2003 – 2011, w mld zł (2)

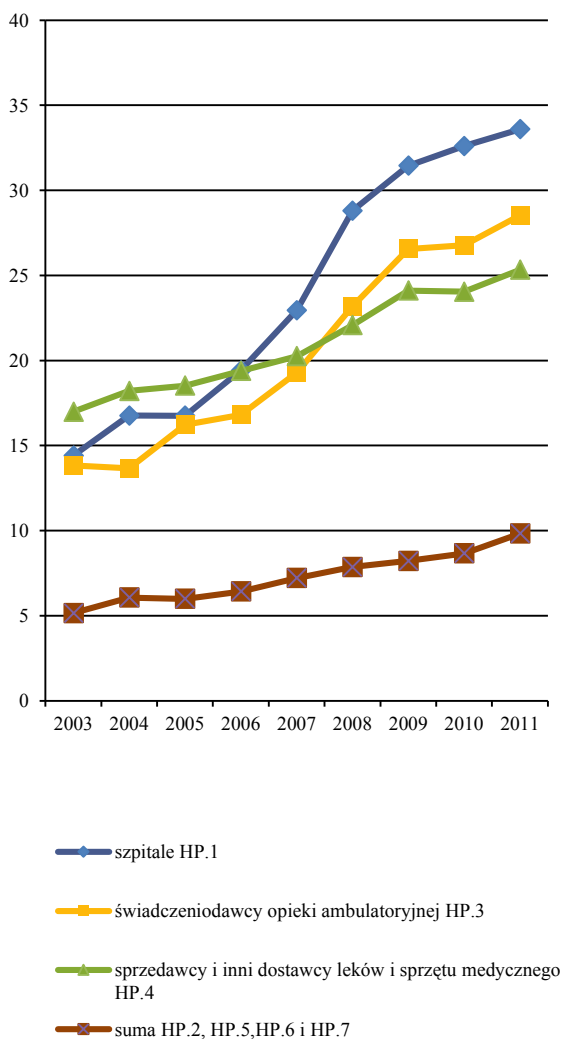


Najwyższy wzrost odnotowano w grupie wydatków na „usługi pomocnicze w ochronie zdrowia” (HC.4), które zwiększyły się o 281% w okresie od roku 2003 i wyniosły w 2011 roku 4,4 mld zł. Ich udział w wydatkach bieżących zwiększył się z 3,4% w roku 2003 do 4,6% (o 1,2 p. proc.).

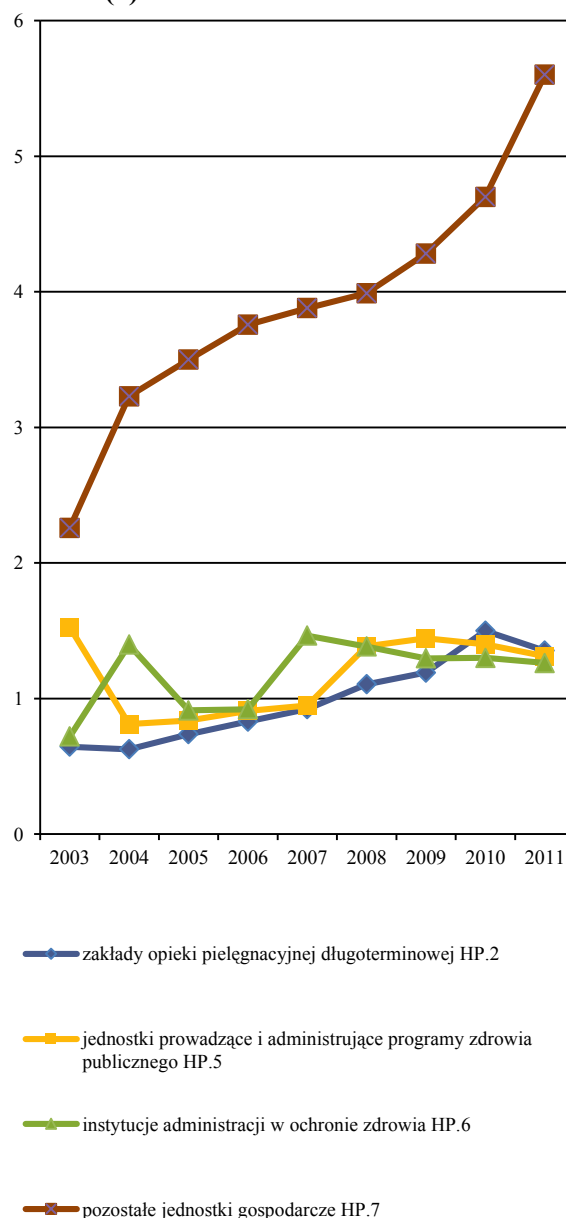
Pomiędzy rokiem 2003 a 2011 (wykres 59) odnotowano wzrost wydatków na „profilaktykę i zdrowie publiczne” oraz na „administrację ochrony zdrowia i ubezpieczeń” (odpowiednio o 20% i 121%). Obie te funkcje mają jednak niewielki udział w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia – w roku 2011 odpowiednio: 2,1% i 1,4%.

W klasyfikacji dostawców dóbr i usług w latach 2003 – 2011 (wykres 60) największy wzrost można zaobserwować w kategorii szpitale (HP.1) o 133%. Duży wzrost wydatków dotyczy też świadczeniodawców opieki ambulatoryjnej (HP.3) – o 106%. W grupie sprzedawców i innych dostawców leków i sprzętu medycznego (HP.4) odnotowano wzrost o 49% w stosunku do 2003 r.

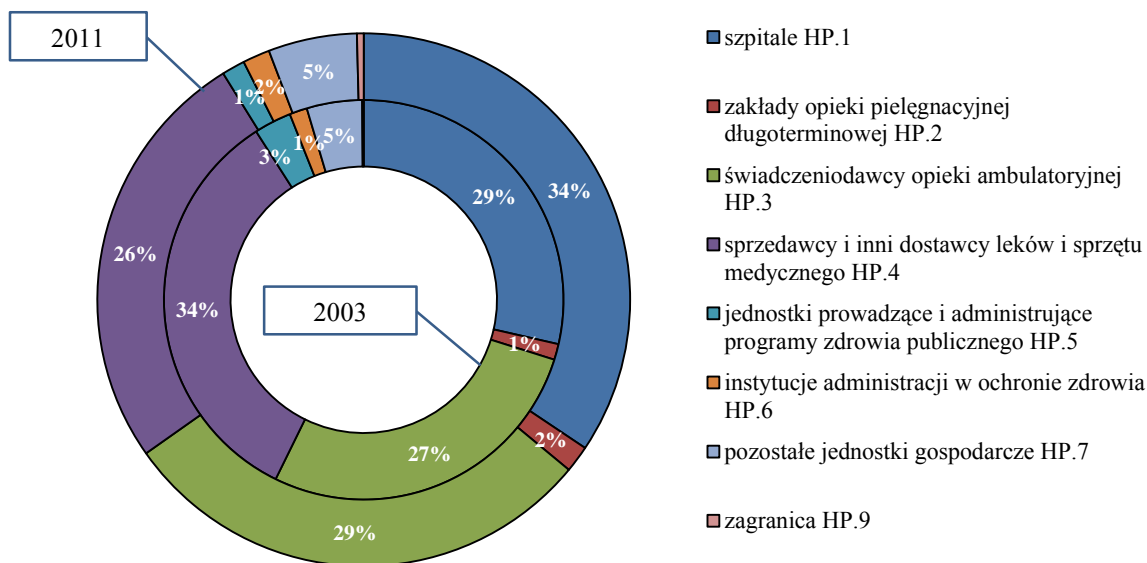
Wykres 60. Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2011, w mld zł(1)



Wykres 61. Wydatki na ochronę zdrowia według dostawców usług w latach 2003-2011, w mld zł (2)



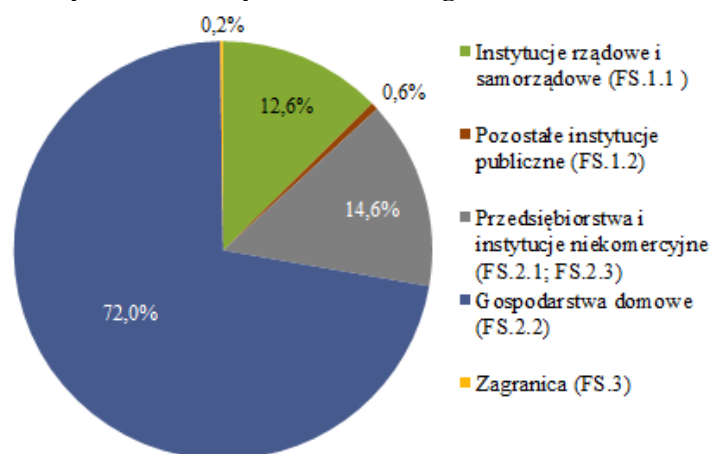
Wykres 62. Struktura wydatków na ochronę zdrowia według dostawców w latach 2003 i 2011



Przedstawione trzy 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) i (3) jakiego typu usługi ochrony zdrowia są nabywane (według grupowania HC - funkcje ochrony zdrowia).

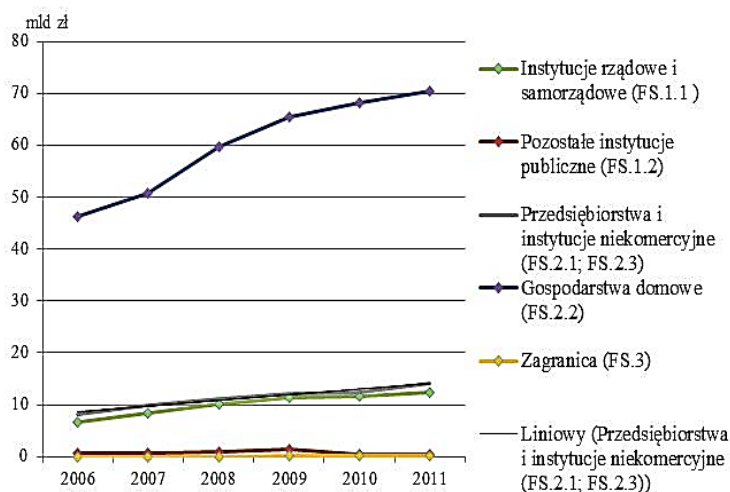
Począwszy od Narodowego Rachunku Zdrowia za 2006 r., (oprócz przekrojów według rodzaju płatnika (HF), typu świadczeniodawcy (HP) i funkcjonalnego grupowania usług (HC), kwoty ujęte w rachunku dodatkowo przyporządkowywane są do **źródeł finansowania** (FS), co pozwala szacunkowo odpowiedzieć na pytanie, skąd pochodzą pieniądze trafiające do systemu opieki zdrowotnej (4). Klasyfikacja ta identyfikuje pierwotne źródła finansowania, wskazujące grupy podmiotów ponoszących ostateczne obciążenia kosztami opieki zdrowotnej. Środki, którymi dysponują instytucje pośredniczące (np. fundusze ubezpieczeń społecznych, instytucje ubezpieczeniowe) są rejestrowane według pierwotnych źródeł ich pochodzenia.

Wykres 63. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według źródeł finansowania w 2011 r.



W wydatkach bieżących na ochronę zdrowia dominowały środki, których pierwotnym źródłem finansowania były gospodarstwa domowe - stanowiły one 72,0% wydatków przekazywanych poprzez płatników dostawcom dóbr i usług medycznych (w 2010 r. udział ten wynosił 73,5%). Wydatki finansowane przez przedsiębiorstwa i instytucje niekomercyjne stanowiły 14,6%, zaś udziały funduszy instytucji rządowych i samorządowych w finansowaniu wydatków bieżących ochrony zdrowia wyniosły 12,6%.

Wykres 64. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w latach 2006 - 2011 według źródeł finansowania



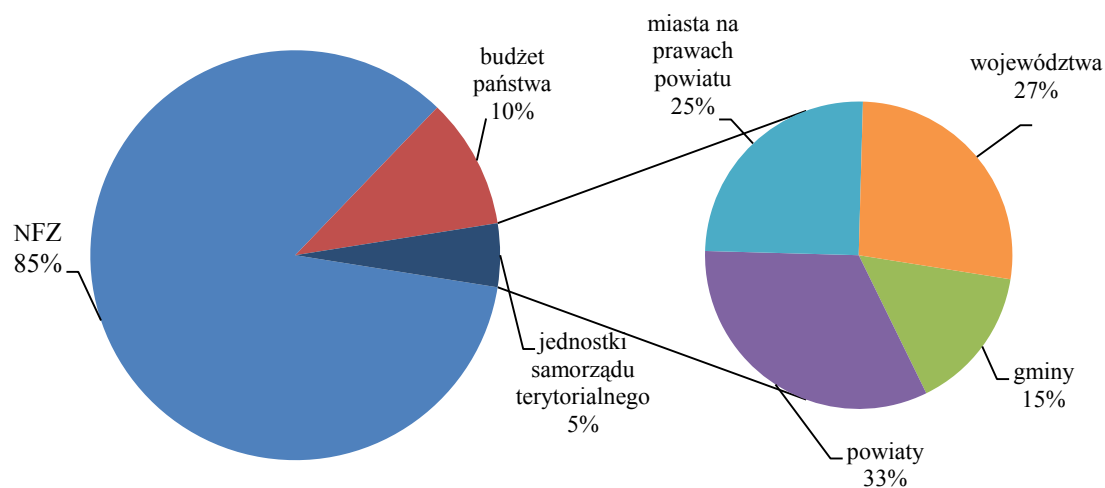
Szacunki wydatków według źródeł finansowania za lata 2006-2011 wskazują, że największy kwotowo wzrost finansowania pochodził ze środków gospodarstw domowych. Wzrosły one z 46,3 mld zł w 2006 r. do 70,4 mld zł w 2011 r., tj. o 52,0%. Jednakże ich udział w finansowaniu bieżących

wydatków na zdrowie spadł w tym okresie o 2,6 p. proc. (z 74,6% do 72,0%). Wzrost udziału odnotowano natomiast w przypadku środków instytucji rządowych i samorządowych – o 1,7 p. proc. (z 10,9% do 12,6%) oraz przedsiębiorstw i instytucji niekomercyjnych – o 1,3 p. proc. (z 13,3% do 14,6%). Fundusze instytucji rządowych i samorządowych przekazywane na ochronę zdrowia w latach 2006-2011 zwiększyły się z 6,8 mld zł do 12,3 mld zł tj. - o 82,3 %. Środki pochodzące od przedsiębiorstw i instytucji niekomercyjnych wzrosły o 8,2% w okresie od 2006 r. i wyniosły 14,2 mld zł w 2011 r.

3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

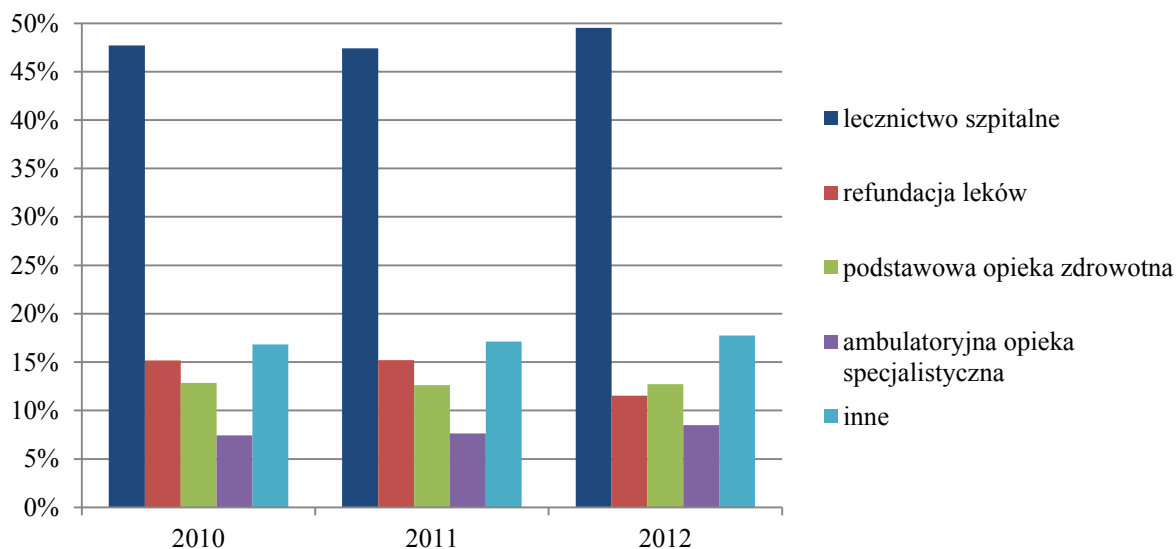
Wyniki badań¹⁰⁴ wydatków publicznych pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2012 r.

Wykres 65. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2012 r.



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ¹⁰⁵ wyniosły 59 458 mln zł (o 2,3% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na leczenie szpitalne (49,5%), podstawową opiekę zdrowotną (12,7%) oraz refundację leków (11,5%).

Wykres 66. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w latach 2010-2012



¹⁰⁴ 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).

¹⁰⁵ Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2012 r.

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

Dane zamieszczone w tablicy 3C pokazują, że wydatki na opiekę zdrowotną w 2012 r. miały mniejszy niż w roku poprzednim udział w budżetach wszystkich szczebli administracji państwowej. Ponadto zarówno wydatki budżetu państwa, jak i wszystkich szczebli samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia obniżyły się także nominalnie (redukcja sięgała od 3 do 24%). Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków nie zmieniła się znacznie: 67,3% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2011 r. – 64,7%), powiaty – 10,7% (w 2011 r. – 13,1%), województwa i miasta na prawach powiatu odpowiednio 8,8% i 8,2%, a gminy – niespełna 5%.

TABL. 3C. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2010 – 2012

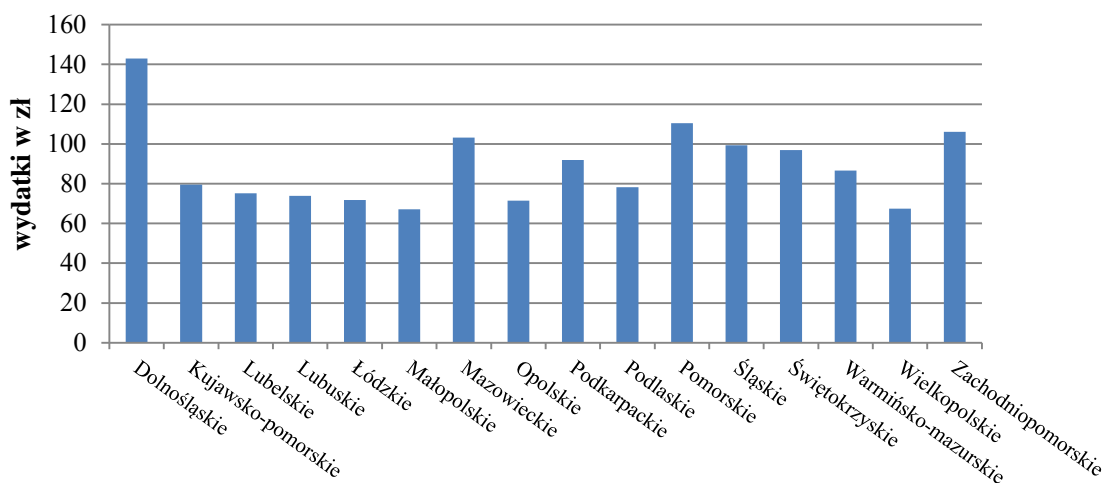
Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2010	2011	2012	
	w mln złotych			w procentach			2011 =100
Budżet państwa							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓŁEM	294893,9	302681,6	318001,9	100,00	100,00	100,00	105,1
w tym ochrona zdrowia.....	6864,3	7 492,4	7 242,0	2,33	2,48	2,28	96,7
Budżety samorządów terytorialnych							
Województwa ogółem.....	15245,0	16338,6	15760,5	100,00	100,00	100,00	96,5
w tym ochrona zdrowia.....	942,8	984,1	951,1	6,18	6,02	6,03	96,6
Miasta na pr. powiatu ogółem.....	58954,1	61510,5	63730,8	100,00	100,00	100,00	103,6
w tym ochrona zdrowia.....	1061,8	983,1	878,6	1,80	1,60	1,38	89,4
Powiaty ogółem.....	23826,4	24058,8	22476,5	100,00	100,00	100,00	93,4
w tym ochrona zdrowia.....	1394,7	1516,7	1149,0	5,85	6,30	5,11	96,5
Gminy ogółem.....	79740,6	79686,9	78491,4	100,00	100,00	100,00	96,6
w tym ochrona zdrowia.....	562,7	605,6	535,9	0,70	0,76	0,68	103,6

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

Wydatki z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia (dział 851 klasyfikacji budżetowej) wyniosły w 2012 r. 7 241,9 mln. Stanowiły one 2,3% łącznych wydatków z budżetu, podczas gdy w roku poprzednim wyniosły one 2,5%. Oprócz spadku udziału ochrony zdrowia w budżecie państwa, nastąpiło też znaczne obniżenie nominalnej sumy środków przeznaczanych z budżetu na te wydatki.

Natomiast **samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3 514,6 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,9% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (w roku poprzednim wynosiły one 2,5%).

Wykres 67. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2012 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 medyczne¹⁰⁶ (26,5%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (23,4%). Istotny był również udział wydatków na inspekcję sanitarną (12,6%), programy polityki zdrowotnej (12,5%) i funkcjonowanie szpitali (7,6%).

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (535,9 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (71,6%) i leczenia ambulatoryjnego (6,7%).

Spośród jednostek terytorialnych, **powiaty** dysponowały największym budżetem (łącznie 1 148,9 mln zł), który w dominującej części przeznaczony był na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 79,5%) oraz na szpitale (15,8%).

Miasta na prawach powiatu rozdysonowały swoje środki (878,6 mln zł) głównie na 3 rozdziały budżetowe: składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, na przeciwdziałanie alkoholizmowi oraz szpitale (odpowiednio: 31,6%; 27,6%; 23%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (951,1 mln zł) dominowały wydatki na szpitale (729,5 mln zł, czyli 76,7% budżetu województw). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (8,6%) i na leczenie psychiatryczne (4,4%).

¹⁰⁶ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. nr 191, poz. 1410, z późn. zm.) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

4. WYBRANE PROBLEMY

4.1. Opieka zdrowotna w Polsce na tle krajów OECD

Stan opieki zdrowotnej w Polsce na tle krajów OECD został przedstawiony poprzez porównanie wybranych wskaźników charakteryzujących zasoby kadrowe i materialne, korzystanie ze świadczeń opieki zdrowotnej oraz wydatki na ochronę zdrowia. Informacje służące do ich opracowania zaczerpnięto z bazy danych *OECD Health Data 2013*, która opracowywana jest na podstawie wypełnianych corocznie przez poszczególne kraje Wspólnych Kwestionariuszy OECD, Eurostat i WHO dla danych niefinansowych (*Joint OECD/Eurostat/WHO (Europe) questionnaire on non-monetary health care statistics*) i dla danych finansowych w zakresie Narodowych Rachunków Zdrowia (*Joint OECD/Eurostat/WHO Health Accounts Questionnaire*). Analizując sytuację w wybranych obszarach opieki zdrowotnej należy podkreślić, że ze względu na różnice metodologiczne występujące w opracowaniach statystycznych poszczególnych krajów prezentowane dane nie zawsze są w pełni porównywalne.

Kadra medyczna

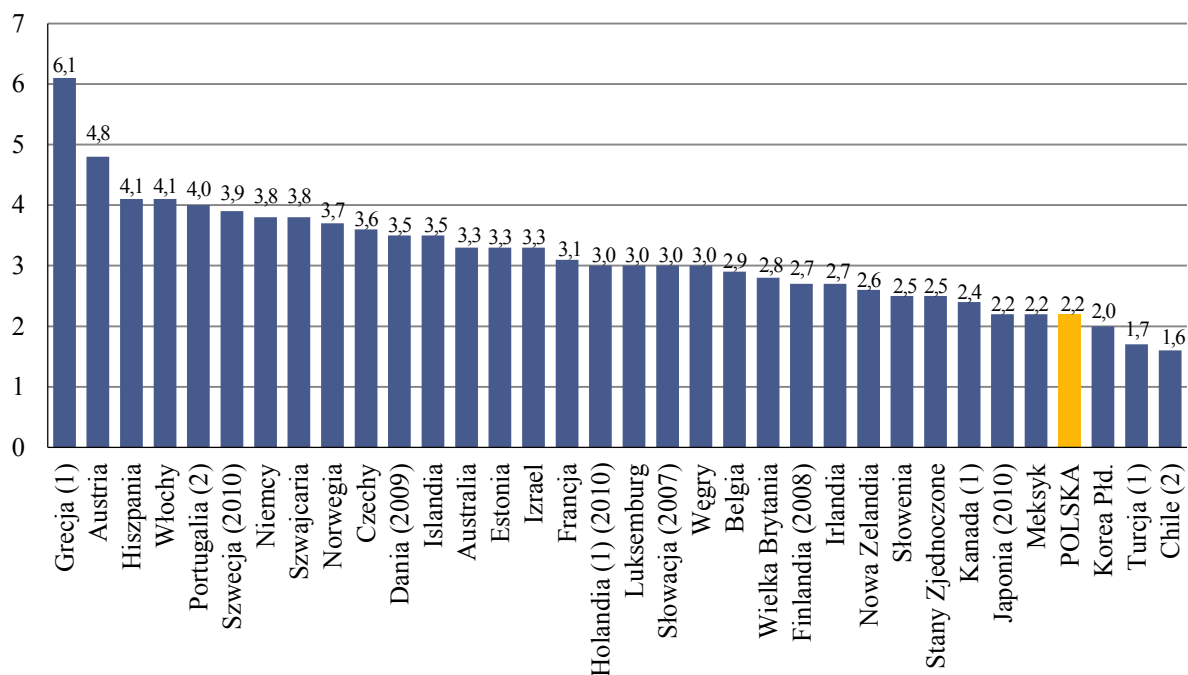
W części metodologicznej dołączanej corocznie do Wspólnego Kwestionariusza wyróżnia się 3 kategorie osób opisujące **zasoby kadrowe opieki zdrowotnej**:

- pracujący bezpośrednio z pacjentem¹⁰⁷ (*practising*),
- pracujący zawodowo (*professionally active*) - pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz inni pracownicy, których wykonywana praca wymaga wykształcenia medycznego np. prowadzenie prac badawczych, promocji zdrowia, nauczanie zawodu),
- uprawnieni do wykonywania zawodów medycznych (*licensed to practice*).

Rekomendowaną przez organizacje międzynarodowe kategorią opisującą kadrę medyczną jest grupa osób „pracujących bezpośrednio z pacjentem”. Ponadto na potrzeby organizacji międzynarodowych przekazywana jest również informacja o liczbie osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego. Porównując dane o kadrze medycznej należy zwrócić uwagę na odstępstwa od tego zalecenia występujące w poszczególnych krajach, a także na różne systemy kształcenia pracowników medycznych. Dane o lekarzach w Holandii, Grecji, Kanadzie i Turcji dotyczą lekarzy pracujących zawodowo, natomiast w Chile, Irlandii i w Portugalii liczba lekarzy odnosi się do wszystkich osób uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza.

¹⁰⁷ Patrz „Uwagi metodologiczne”, str. 37

Wykres 68. Lekarze na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.



- (1) Lekarze pracujący zawodowo.
 (2) Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu.

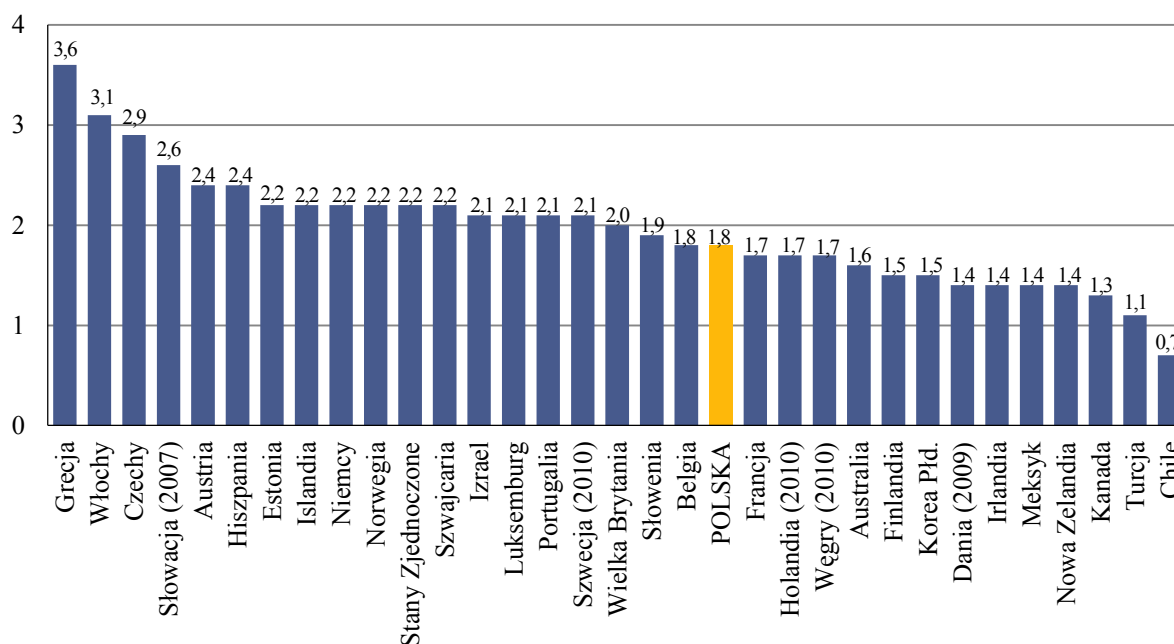
W 2011 r. spośród 34 porównanych krajów OECD liczba lekarzy przypadających na 1000 ludności była w Polsce jedną z najniższych (2,2). Niższe wartości tego wskaźnika odnotowano jedynie w Korei Płd. (2,0), Turcji (1,7) i Chile (1,6). Największą liczbę lekarzy na 1000 ludności odnotowano w Grecji (6,1), gdzie wskaźnik, jak wspomniano, jest nieco zawyżony, następnie w Austrii (4,8) oraz we Włoszech i Hiszpanii (po 4,1). Średnia dla krajów OECD wyniosła 3,1. W większości krajów, które zaprezentowały dane o lekarzach dla lat 2005-2011, wystąpiła tendencja wzrostowa. Odnotowano ją także w Polsce, gdzie między rokiem 2005 a 2011 omawiany wskaźnik wzrósł o 0,1. Jedynie w Islandii w 2011 r. na 1000 ludności przypadało mniej lekarzy w porównaniu z 2005 r. (spadek z 3,6 na 3,5), natomiast w Belgii i Czechach wskaźnik ten pozostał na tym samym poziomie.

Prezentowane przez OECD dane o lekarzach ze specjalizacją dotyczą lekarzy posiadających specjalizację lub będących w trakcie¹⁰⁸ uzyskiwania jej w takich dziedzinach medycyny jak: pediatria, położnictwo i ginekologia, psychiatria, lekarskie specjalności zachowawcze i zabiegowe. W przypadku Japonii dane o lekarzach specjalistach nie są dostępne, ze względu na brak możliwości ich wyodrębnienia.

¹⁰⁸ Definicja ta różni się od pojęcia lekarz specjalista zgodnie z art. 16 ustawy z 5 XII 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz.U. z 2005 roku Nr 226, poz. 1943), z późn. zm. Patrz „Uwagi metodologiczne” str. 36

W 2011 r. w większości krajów OECD lekarze ze specjalizacją stanowili ponad połowę wszystkich lekarzy; wyjątkiem była Australia (49,5%), Chile (45,6%), Finlandia (44,4%) i Irlandia (33,6%). W Polsce udział ten wyniósł 81,2% i był jednym z najwyższych wskaźników. Większy odsetek lekarzy ze specjalizacją odnotowano jedynie w Stanach Zjednoczonych (87,9% w 2011 r.) oraz na Słowacji (85,5% w 2007 r.).

Wykres 69. Lekarze ze specjalizacją na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r

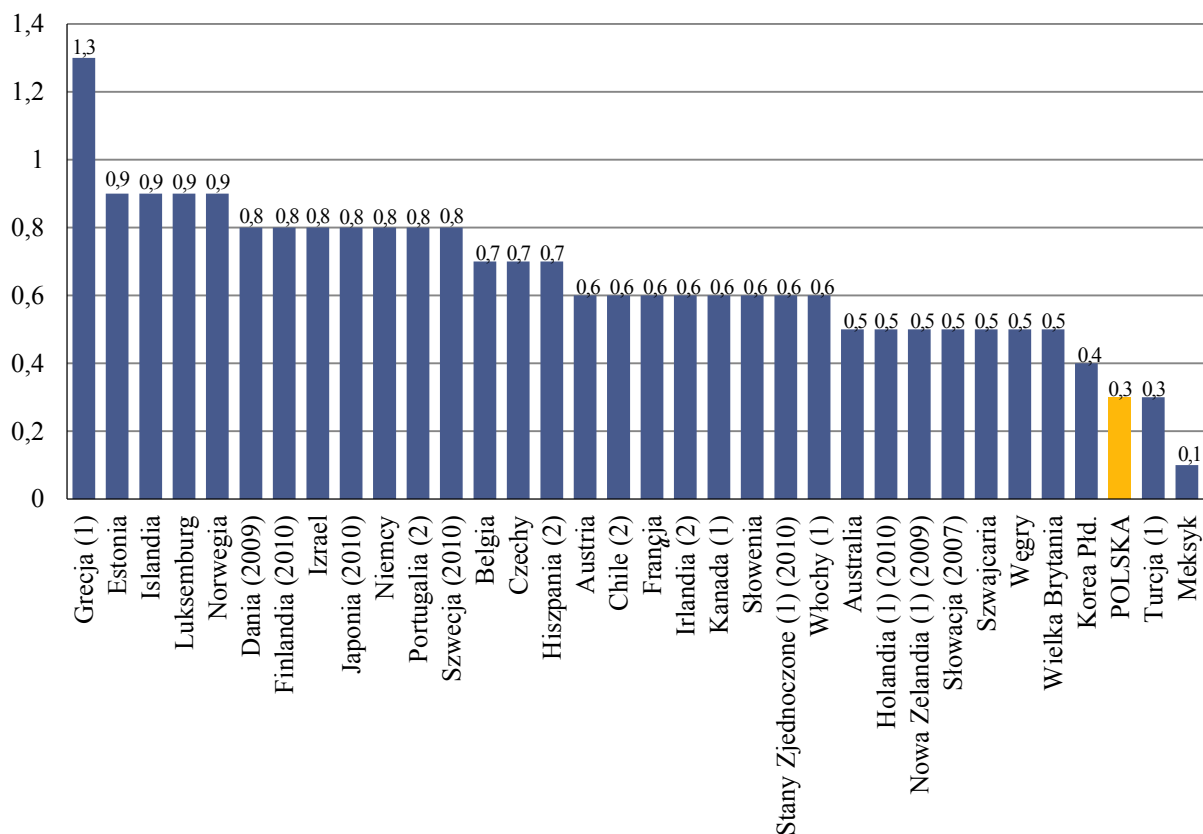


Wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją w przeliczeniu na 1000 ludności wyniósł w Polsce 1,8 i był niższy od średniej OECD (1,9). Najwyższe jego wartości odnotowano w Grecji (3,6) oraz we Włoszech (3,1) i w Czechach (2,9). Najmniej lekarzy ze specjalizacją przypadało na 1000 ludności w Chile (0,7). Większość krajów, która prezentowała dane dla lat 2005-2011, charakteryzowała się wzrostem omawianego wskaźnika w tym okresie. W porównaniu z 2005 r. szczególnie wysoki wzrost liczby lekarzy ze specjalizacją na 1000 ludności zaobserwowano w Irlandii (z 0,6 do 1,4) i Norwegii (z 1,5 do 2,2), natomiast niewielki spadek wystąpił w Islandii (z 2,3 do 2,2).

W przypadku lekarzy dentyków również występują różnice metodologiczne odnośnie zakresu prezentowanych danych. W niektórych krajach dane dotyczące dentyków obejmują lekarzy pracujących zawodowo, np. w Grecji, Holandii, Kanadzie, Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych, Turcji, Włoszech. Natomiast w Chile, Hiszpanii, Irlandii i Portugalii liczba ta odnosi się do wszystkich lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza dentystry. W 2011 r. najwięcej lekarzy dentyków na 1000 ludności miała Grecja (1,3), jednakże należy podkreślić, że wskaźnik ten jest znacznie zawyżony, gdyż dane z tego zakresu obejmują nie tylko pracujących zawodowo, ale także bezrobotnych lekarzy dentyków. Krajami OECD, w których odnotowano wysoką liczbę lekarzy dentyków na 1000 ludności, były Estonia, Islandia, Luksemburg i Norwegia (po 0,9). Dla większości

krajów wskaźniki były wyższe lub równe średniej OECD (0,6). Liczba lekarzy dentyistów na 1000 ludności w Polsce była jedną z najniższych (0,3)¹⁰⁹, podobnie jak w Turcji. Niższy wskaźnik odnotowano jedynie w Meksyku (0,1).

Wykres 70. Lekarze dentyści na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.



(1) Lekarze dentyści pracujący zawodowo.

(2) Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu.

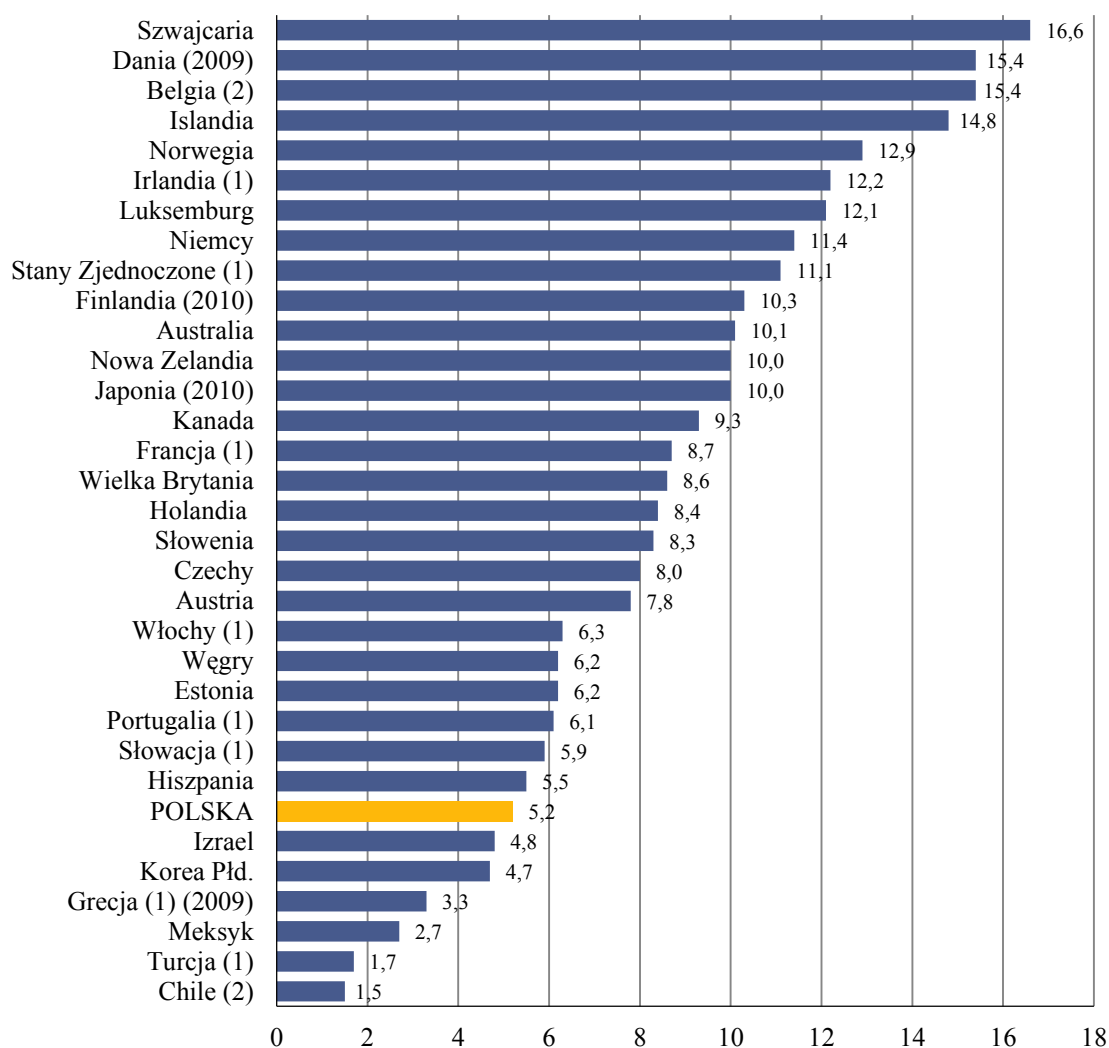
W przypadku zawodów pielęgniarki i położnej dane z większości krajów obejmują osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem. Pracujących zawodowo prezentują: dla pielęgniarek - Francja, Grecja, Irlandia, Portugalia, Słowacja, Stany Zjednoczone, Turcja i Włochy, zaś w odniesieniu do położnych - Belgia, Grecja, Irlandia, Izrael, Kanada, Portugalia, Słowacja, Turcja i Włochy. Z kolei liczba pielęgniarek w Belgii i Chile dotyczy wszystkich uprawnionych do wykonywania zawodu (w Chile taką definicję stosuje się także w odniesieniu do położnych). Brak jest danych o liczbie pielęgniarek w Szwecji oraz o liczbie położnych w Meksyku i Stanach Zjednoczonych. Dla Irlandii dane o położnych są podawane szacunkowo, ze względu na brak możliwości rozdzielania danych o pielęgniarkach i położnych.

W 2011 r. najwięcej pielęgniarek na 1000 ludności pracowało w Szwajcarii (16,6), Belgii (15,4) i Danii (15,4 w 2009 r.). W Polsce wskaźnik ten był raczej niski i wyniósł 5,2, a krajami, w których

¹⁰⁹ Dane dotyczące prywatnych praktyk stomatologicznych mogą być niższe niż stan faktyczny z powodu problemów z realizacją obowiązku sprawozdawczego; patrz „Uwagi metodologiczne”, str. 36

odnotowano najniższe jego wartości były: Chile (1,5), Turcja (1,7), Grecja (3,3 w 2009 r.), Korea Płd. (4,7) i Izrael (4,8).

Wykres 71. Pielęgniarki na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.



(1) Pielęgniarki pracujące zawodowo.

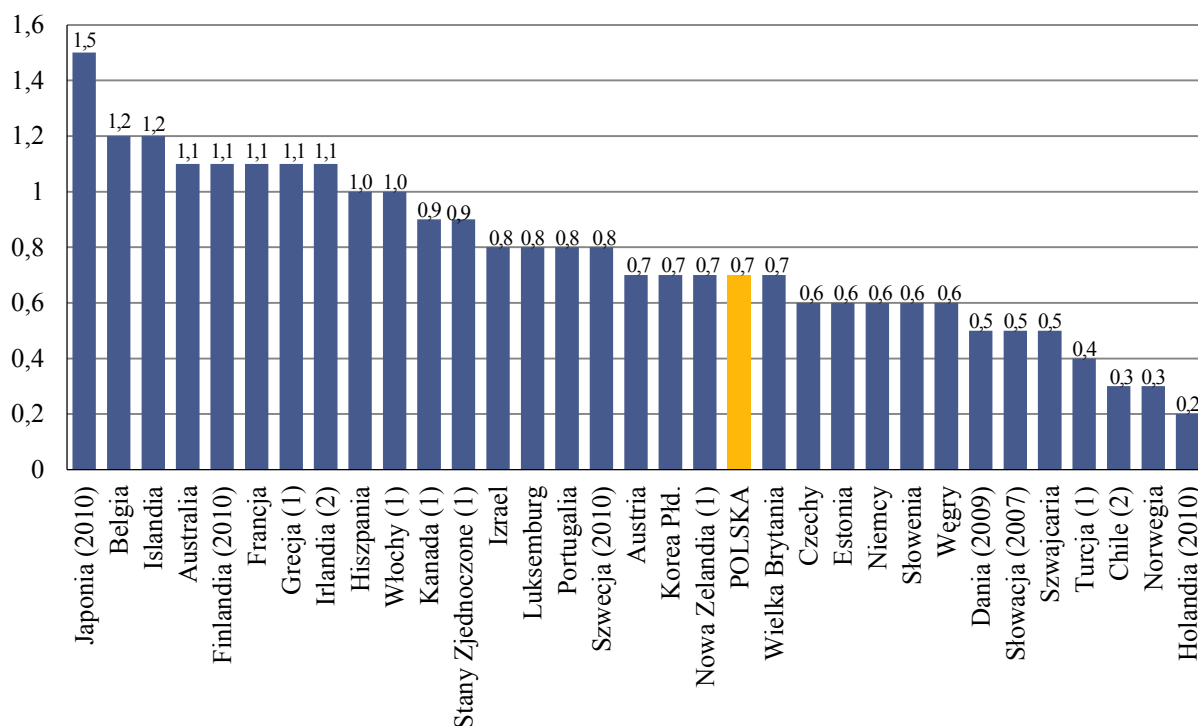
(2) Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu.

W przypadku położnych najwyższe wskaźniki wystąpiły w Islandii (0,9), Szwecji (0,8 w 2010 r.), Australii i Turcji (po 0,7) oraz Polsce i Nowej Zelandii (po 0,6). Natomiast Korea Płd. i Kanada charakteryzowały się najniższymi jego wartościami na tle innych krajów (odpowiednio 0,02 i 0,03).

Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem według definicji OECD to osoby przygotowujące, sporządzające lub sprzedające leki bezpośrednio pacjentom (klientom) i udzielające porad w tym zakresie. Dane o farmaceutach nie są dostępne dla Meksyku. W przypadku Grecji, Kanady, Nowej Zelandii, Turcji, Włoch oraz Stanów Zjednoczonych dane obejmują farmaceutów pracujących zawodowo. W Chile i w Irlandii liczba ta dotyczy wszystkich farmaceutów uprawnionych do wykonywania zawodu.

W 2011 r. największą liczbę farmaceutów w przeliczeniu na 1000 ludności odnotowano w Japonii (1,5 w 2010 r.) oraz Belgii i Islandii (po 1,2). Najmniej farmaceutów przypadało na 1000 ludności Holandii (0,2) oraz Chile i Norwegii (po 0,3). W większości krajów w latach 2005-2011 wskaźnik ten nie zmienił się istotnie, z wyjątkiem Australii, dla której odnotowano wzrost z 0,7 do 1,1. W Polsce wskaźnik ten utrzymywał się na poziomie średniej dla krajów OECD.

Wykres 72. Farmaceuci na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r.



- (1) Farmaceuci pracujący zawodowo.
 (2) Farmaceuci uprawnieni do wykonywania zawodu.

Stacjonarna opieka zdrowotna

Istotnym miernikiem zasobów opieki zdrowotnej jest wskaźnik liczby **łóżek szpitalnych w stacjonarnej opiece zdrowotnej**¹¹⁰ na 1000 ludności. Wśród łóżek szpitalnych wyróżnia się łóżka lecznicze¹¹¹ (*curative/acute care beds*), długoterminowe (*long-term care beds*), psychiatryczne (*psychiatric care beds*) i inne (*other hospital beds*).

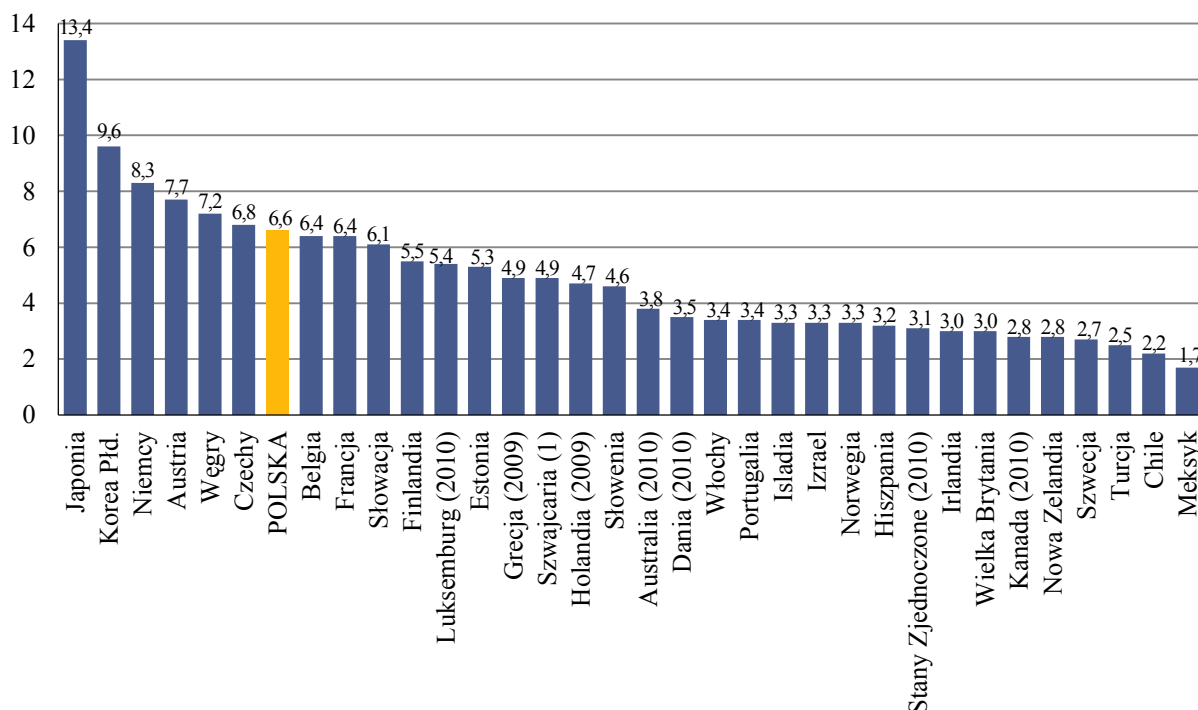
W 2011 r. najwięcej łóżek szpitalnych na 1000 ludności odnotowano w Japonii (13,4), Korei Płd. (9,6) i Niemczech (8,3). Najniższe wartości tego wskaźnika wystąpiły w Meksyku (1,7), Chile (2,2) i Turcji (2,5). W Polsce wskaźnik liczby łóżek szpitalnych na 1000 ludności wyniósł 6,6 - znacznie powyżej średniej dla krajów OECD (4,8). W porównaniu z 2005 r. w większości krajów zanotowano

¹¹⁰ Patrz „Uwagi metodologiczne”, str. 29

¹¹¹ Nazywane są także krótkoterminowymi/ostrymi.

spadek wartości tego wskaźnika, przy czym najbardziej znaczący wystąpił w Irlandii (o 2,5), Finlandii (o 1,6) i Belgii (o 1,0). Tylko w 5 krajach przybyło łóżek szpitalnych w przeliczeniu na 1000 ludności – najczęściej w Korei Płd. (wzrost o 3,7).

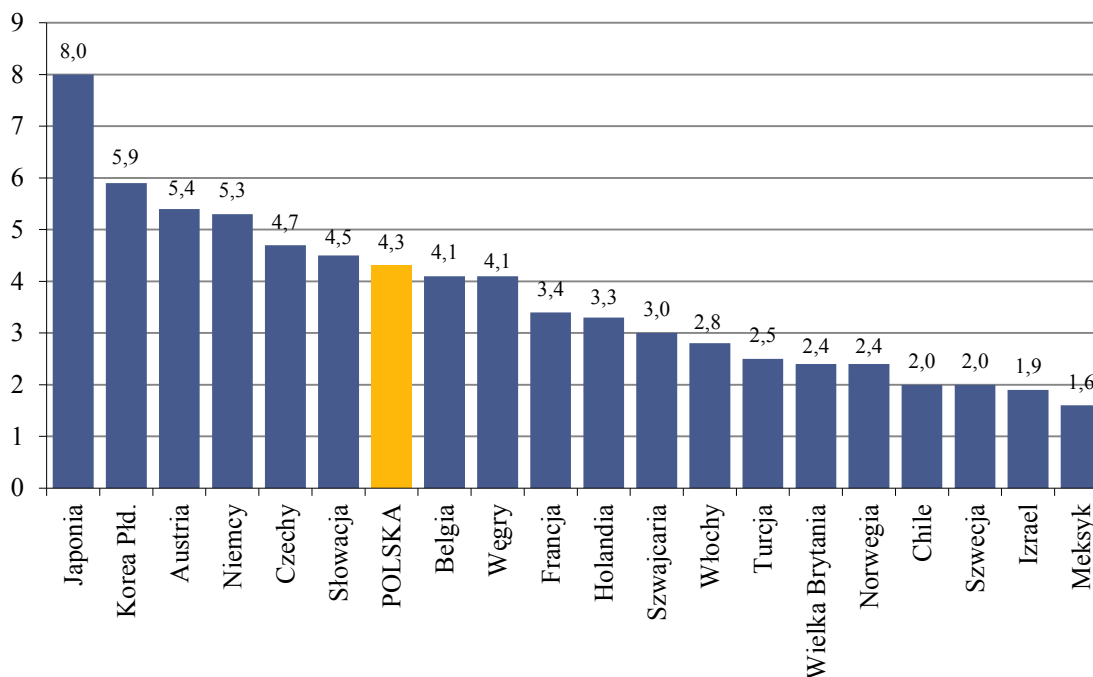
Wykres 73. Łóżka szpitalne na 1000 ludności w krajach OECD w 2011 r



(1) Średnia roczna liczba łóżek.

Oprócz ogólnej liczby łóżek szpitalnych na 1000 ludności stacjonarną opiekę szpitalną charakteryzują takie wskaźniki jak: liczba łóżek leczniczych na 1000 ludności oraz średni czas pobytu pacjenta (*curative care average length of stay*) na tych łóżkach. Stosowana przez OECD definicja łóżek leczniczych obejmuje łóżka przeznaczone dla pacjentów w sytuacji, gdy głównym celem klinicznym jest jedno lub więcej z następujących działań: zapewnienie opieki położniczej, leczenie chorób innych niż psychiczne lub leczenie wyraźnie ukierunkowane na urazy, leczenie chirurgiczne, łagodzenie objawów chorób innych niż psychiczne oraz urazów, zapobieganie zaostrzeniom i/lub komplikacjom urazów oraz chorób innych niż psychiczne, które mogą stanowić zagrożenie dla życia lub normalnego funkcjonowania organizmu, a także wykonywanie badań diagnostycznych lub procedur leczniczych. Nie wszystkie kraje przekazują dane dotyczące łóżek szpitalnych zgodnie z wymaganiami OECD. Przykładowo, do łóżek leczniczych w Australii zalicza się łóżka opieki dziennej, długoterminowe i inne rodzaje łóżek, natomiast dane dla Austrii obejmują również niektóre łóżka psychiatryczne i opieki dziennej.

Wykres 74. Łóżka lecznicze na 1000 ludności w wybranych krajach OECD w 2011 r.

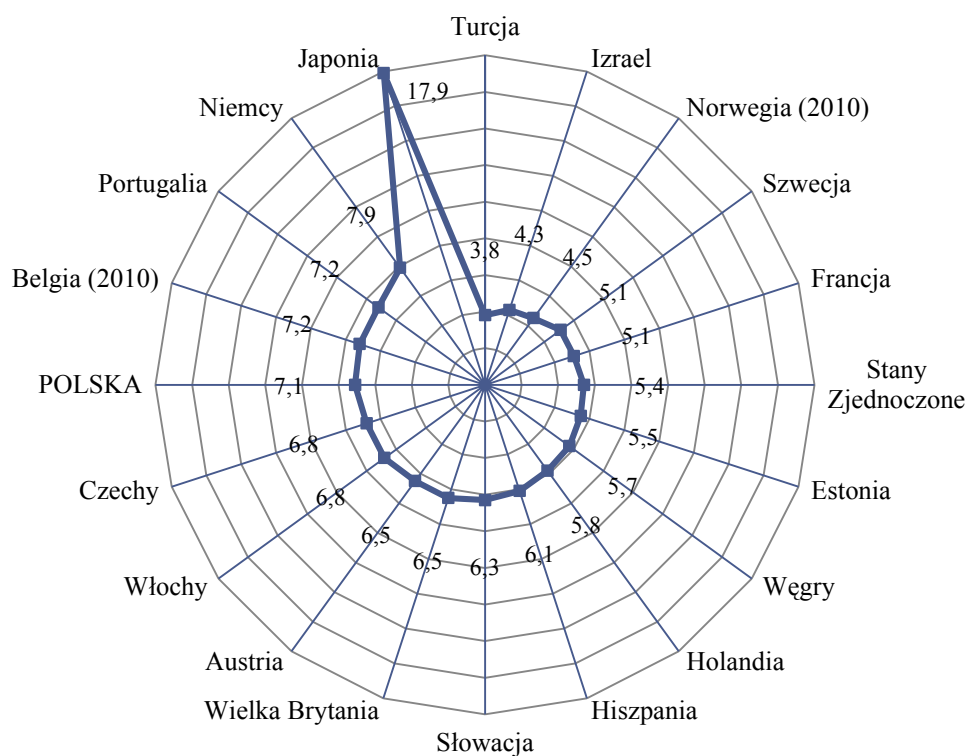


W 2011 r. wskaźnik liczby łóżek leczniczych na 1000 ludności osiągnął najniższe wartości w Meksyku (1,6), Izraelu (1,9) oraz Chile i Szwecji (po 2,0), a najwyższe w Japonii (8,0), Korei Płd. (5,9) i Austrii (5,4). W Polsce wskaźnik ten wyniósł 4,3 i w porównaniu z 2005 r. zmniejszył się o 0,4. W latach 2005-2011 spadek wskaźnika łóżek leczniczych na 1000 ludności odnotowano także w większości krajów OECD - największy na Węgrzech (o 1,4) oraz w Czechach, Irlandii, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii i Włoszech (o 0,6). Dostępne dane wskazują, że w analizowanym okresie tylko 3 kraje zdecydowały się na rozszerzenie bazy szpitalnych łóżek leczniczych: Korea Płd., Holandia i Turcja (wzrost wskaźnika odpowiednio o 1,5, 0,5 i 0,3).

Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych według definicji OECD stanowi iloraz łącznej liczby dni pobytu (od daty przyjęcia do szpitala) i liczby pacjentów wypisanych, zmarłych i przeniesionych do innych szpitali w danym roku.

W 2011 r. średnia długość hospitalizacji w Polsce wyniosła 7,1 dnia (o 0,8 dnia krócej w porównaniu z 2005 r.). Przeciętnie najkrócej hospitalizowano pacjentów w Turcji (3,8 dnia) i Izraelu (4,3 dnia), natomiast najdłużej w Japonii (aż 17,9 dni) i w Niemczech (7,9 dnia). W latach 2005-2011 w większości krajów OECD zmniejszył się średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych – najwięcej w Japonii (o 1,9 dnia) i Holandii (o 1,4 dnia). Tylko w 3 krajach OECD przeciętna długość hospitalizacji nieznacznie się zwiększyła: we Włoszech (o 0,1 dnia), Portugalii (o 0,2 dnia) i Słowenii (0,9 dnia).

Wykres 75. Średni czas pobytu pacjenta na łóżkach leczniczych w wybranych krajach OECD w 2011 r. (w dniach)



Do łóżek długoterminowych w szpitalach, zgodnie z definicją OECD, zalicza się łóżka na oddziałach opieki długoterminowej szpitali ogólnych, łóżka opieki długoterminowej w szpitalach specjalistycznych, w tym w szpitalach uzdrowiskowych, oraz łóżka opieki paliatywnej. Łóżka długoterminowe nie obejmują łóżek w szpitalach psychiatrycznych i łóżek rehabilitacyjnych.

W 2011 r. wskaźnik liczby łóżek długoterminowych na 1000 ludności osiągnął najwyższe wartości w Japonii i Korei Płd. (po 2,7). Było to znacznie więcej niż w Polsce (0,3), jednak nasz kraj znajdował się dokładnie pośrodku porównywanych 17 krajów OECD. Najmniej łóżek długoterminowych w przeliczeniu na 1000 ludności odnotowano w Chile, Irlandii, Słowenii, Belgii i Włoszech (od mniej niż 0,05 do 0,2).

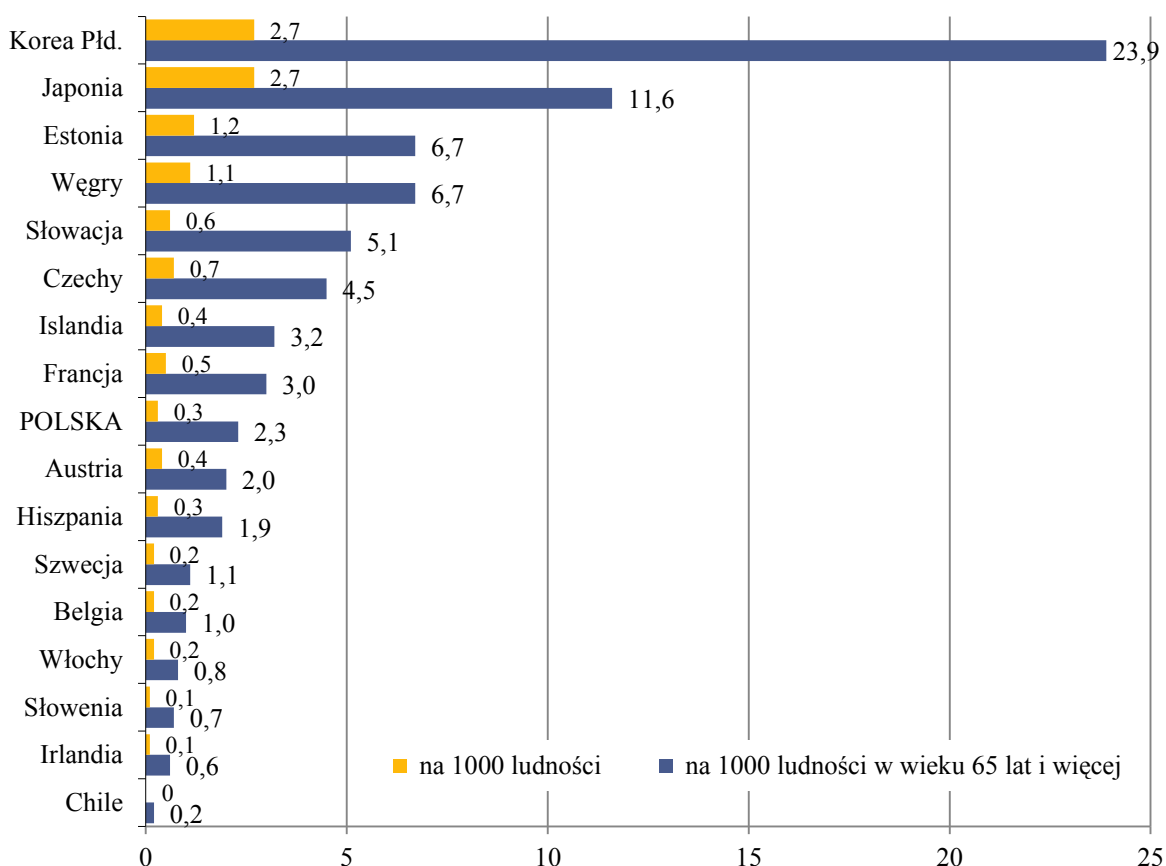
Zestawienie liczby łóżek długoterminowych w szpitalach z liczbą ludności w wieku 65 lat i więcej nie powoduje zmiany kolejności w rankingu dostępności tej formy opieki, jednak różnice w stopniu zaspokojenia potrzeb stają się bardziej wyraziste.

Należy zauważyć, że dane dotyczące łóżek długoterminowych w szpitalach nie odzwierciedlają w pełni stanu stacjonarnej opieki długoterminowej, która realizowana jest przede wszystkim w zakładach opiekuńczych i domach opieki przeznaczonych na opiekę długoterminową (HP.2)¹¹².

¹¹² Patrz definicja łóżek opieki długoterminowej „Uwagi metodologiczne”, str. 29

W Polsce od 2010 r. liczba łóżek opieki długoterminowej w placówkach tego typu systematycznie rośnie - w 2011 r. dysponowały 92,1 tys. łóżek (wzrost o 2,7% w stosunku do roku poprzedniego).

Wykres 76. Łóżka długoterminowe w szpitalach na 1000 ludności w wybranych krajach OECD w 2011 r.



Wysokospecjalistyczny sprzęt medyczny

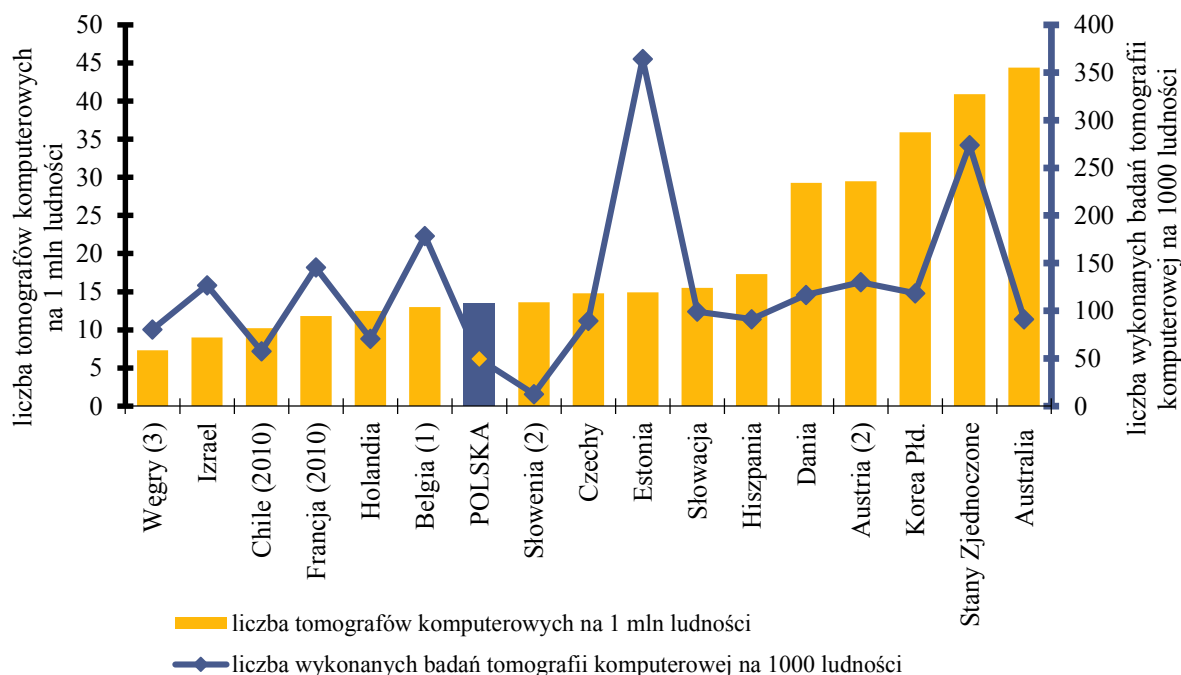
Statystyczny opis infrastruktury opieki zdrowotnej warto uzupełnić danymi o **wyposażeniu placówek w aparaturę medyczną**. Do istotnych dla diagnostyki schorzeń przykładów aparatury medycznej zaliczyć można tomografy komputerowe (*Computed Tomography Scanners - CT*) i aparaty do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (*Magnetic Resonance Imaging - MRI*).

Tomografy to urządzenia, które przy pomocy komputera dokonują złożenia projekcji obiektu wykonanych z różnych kierunków do utworzenia obrazów przekrojowych (2D) lub, w razie potrzeby, obrazów przestrzennych (3D) organów i struktur ciała. Dane na temat tomografów obejmują aparaturę wykorzystywaną w szpitalach i opiece ambulatoryjnej, chociaż w niektórych krajach odnoszą się tylko do aparatury dostępnej w szpitalach (Belgia). Natomiast dane dotyczące liczby wykonanych badań tomografii komputerowej w Austrii i Słowenii obejmują badania przeprowadzone wyłącznie w opiece szpitalnej, podczas gdy na Węgrzech podaje się liczbę badań wykonanych poza szpitalami.

W 2011 r. liczba tomografów w przeliczeniu na 1 mln ludności w poszczególnych krajach OECD była bardzo zróżnicowana. W 15 krajach na 1 mln ludności przypadało mniej niż 15 urządzeń, przy czym najniższymi wartościami charakteryzowały się Meksyk (4,8) i Węgry (7,3). Natomiast w przypadku 7 krajów wartość tego wskaźnika wyniosła powyżej 30 tomografów, z największym nasyeniem tymi urządzeniami w Japonii (101,3) i Australii (44,4).

Co ciekawe wskaźnik wykonanych badań tomografii komputerowej w przeliczeniu na 1000 ludności w niektórych krajach kształtował się odmiennie od wskaźnika liczby tomografów (np. Estonia, Słowenia, Belgia, Australia, Francja, Izrael). W 2011 r. wysokie wskaźniki przeprowadzonych badań tomograficznych odnotowano w Estonii (364,3), Stanach Zjednoczonych (273,8) oraz Luksemburgu (198,8). W Polsce w przeliczeniu na 1000 ludności wykonano ponad 49 badań. Sposobem oceny stopnia wykorzystania tomografów komputerowych jest przedstawienie wskaźnika liczby wykonanych badań w przeliczeniu na 1 tomograf. Pod tym względem zdecydowanie przeważała Estonia (24,4 tys. badań na 1 skaner), następnie Izrael (14 tys.) i Francja (12,3 tys.). Najmniej wykorzystywane były tomografy w Korei Płd. (3,3 tys.), Polsce (3,7 tys.) i Danii (4,0 tys.).

Wykres 77. Tomografy komputerowe i liczba przeprowadzonych badań w wybranych krajach OECD w 2011 r.



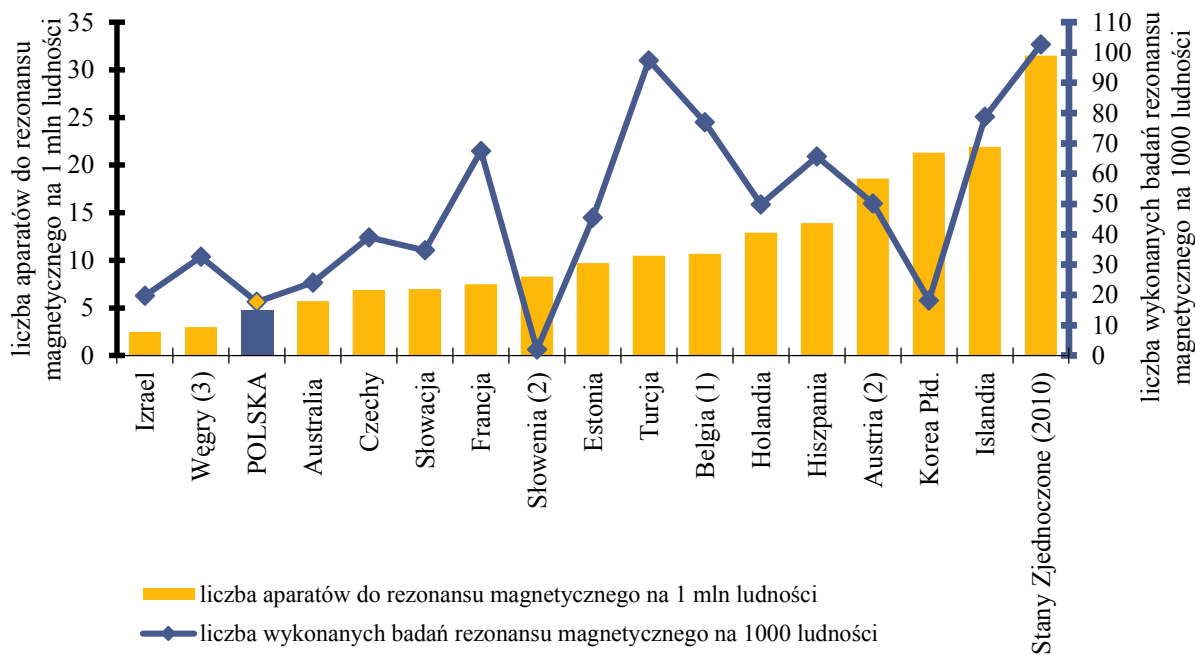
- (1) Tomografy komputerowe dostępne w szpitalach.
- (2) Badania wykonane w szpitalach.
- (3) Badania wykonane poza szpitalami.

Aparaty do obrazowania metodą rezonansu magnetycznego (MRI) służą do uzyskania obrazów wewnętrznych struktur ciała przy użyciu pola magnetycznego lub elektromagnetycznego indukującego zjawisko jądrowego rezonansu magnetycznego. Różnice między krajami dotyczące zakresu

prezentowanych danych są analogiczne jak w przypadku opisanych powyżej danych na temat tomografii komputerowej.

Skala zróżnicowania dostępności aparatów do rezonansu magnetycznego była – w świetle danych za 2011 r. - podobna jak w przypadku tomografów komputerowych. Polska, dla której liczba aparatów do rezonansu magnetycznego na 1 mln ludności była jedną z najniższych (4,8), należała do grupy 13 krajów, w których wskaźnik ten nie przekroczył wartości 10. Najwyższe wartości tego wskaźnika (powyżej 20) odnotowano w Japonii (46,9), we Włoszech (23,7), w Islandii (21,9), Korei Płd. (21,3) i Finlandii (20,2). Najwięcej badań w przeliczeniu na 1000 ludności wykonano w Stanach Zjednoczonych (102,7 w 2010 r.), Turcji (97,4) i Luksemburgu (81,1), W Polsce wskaźnik ten wyniósł 17,7. Najefektywniej wykorzystywano urządzenia do rezonansu magnetycznego w Turcji (9,2 tys. badań na 1 skaner), Francji (9,0 tys.) i Izraelu (8,0 tys.).

Wykres 78. Aparaty do rezonansu magnetycznego i liczba przeprowadzonych badań



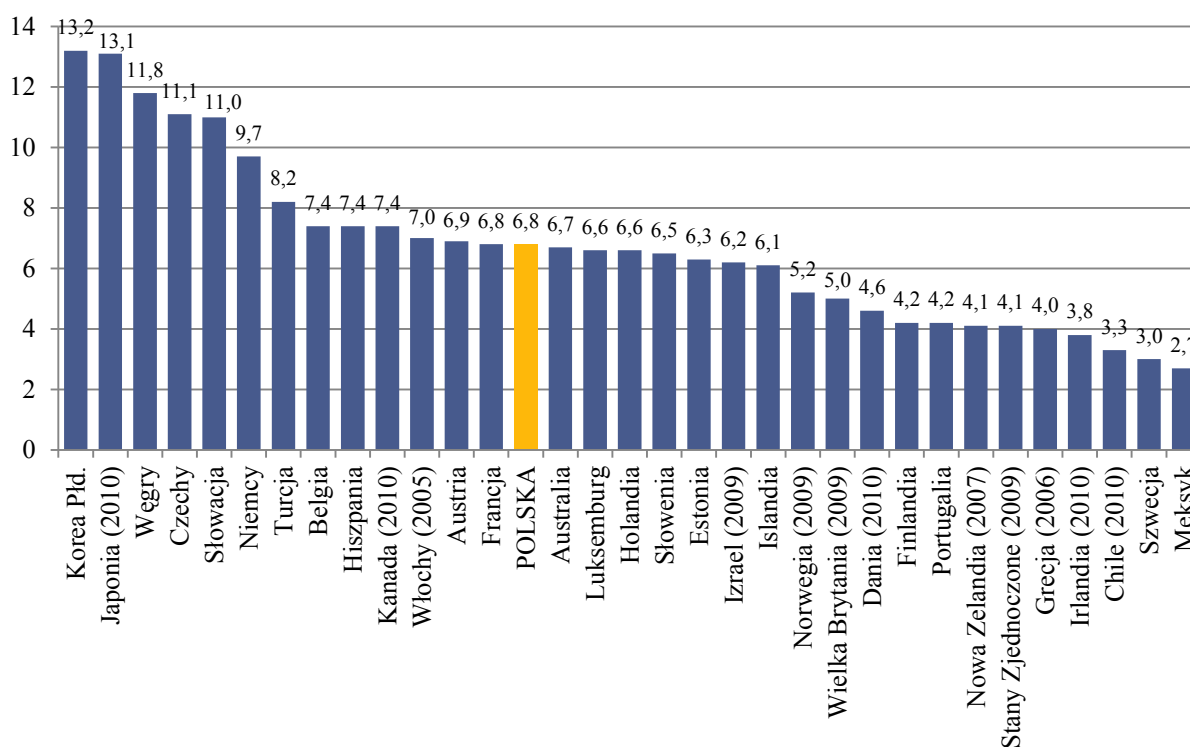
- (1) Aparaty do rezonansu magnetycznego dostępne w szpitalach.
- (2) Badania wykonane w szpitalach.
- (3) Badania wykonane poza szpitalami.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Miernikiem opisującym **korzystanie z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej** jest wskaźnik udzielonych porad lekarskich w przeliczeniu na 1 mieszkańca. Do porad lekarskich zaliczane są konsultacje/wizyty w gabinetach lekarskich lub przychodniach, w domach pacjentów oraz w przychodniach przyszpitalnych. Kategoria ta nie obejmuje natomiast takich porad jak: kontakty telefoniczne, wizyty w celu wykonania zleconych badań laboratoryjnych, zleconych i zaplanowanych procedur leczniczych (np. zastrzyki, fizjoterapia itp.), a także wizyt u dentystów i pielęgniarek. Dane dotyczące liczby porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w niektórych krajach nie obejmują porad finansowanych wyłącznie ze środków niepublicznych (np. Grecja, Portugalia, w przypadku Polski brak danych nt. porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich, które nie miały podpisanej umowy z NFZ na świadczenie usług w ramach środków publicznych).

Spośród krajów OECD w 2011 r. najczęściej z porad lekarskich w opiece ambulatoryjnej korzystali mieszkańcy Korei Płd. i Japonii (ponad 13 porad na 1 mieszkańca w ciągu roku), w dalszej kolejności mieszkańcy krajów Europy Środkowej, tj. Węgier, Czech i Słowacji (po około 11 porad), z wyjątkiem Polski, która ze wskaźnikiem 6,8 porad lekarskich na 1 mieszkańca znajdowała się nieco powyżej średniej OECD (6,7). Najrzadziej z porad lekarskich korzystali mieszkańcy Meksyku (2,7), Szwecji (3,0) i Chile (3,3).

Wykres 79. Porady lekarskie na 1 mieszkańca w krajach OECD w 2011 r.



W latach 2005-2011 zanotowano niewielki wzrost wskaźnika liczby porad lekarskich w przeliczeniu na 1 mieszkańca w Polsce (z 6,3 do 6,8). Do krajów, w których zaobserwowano znaczące zmiany wartości tego wskaźnika, należały: Turcja (wzrost z 4,7 do 8,2), Niemcy (wzrost z 8,1 do 9,7) oraz Czechy (spadek z 13,2 do 11,1). W Czechach w 2008 r. wprowadzono współpłacenie pacjentów za wizyty lekarskie oraz leczenie szpitalne, co mogło mieć wpływ na spadek częstości korzystania z ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. W porównaniu z 2005 r. liczba udzielonych porad lekarskich na 1 mieszkańca zmalała także na Węgrzech (w latach 2005-2006 wskaźnik wynosił prawie 13 porad na 1 mieszkańca, w 2007 r. spadł do 10,8, a w latach kolejnych wzrósł do 11,8). Zmiany te tłumaczy się również wprowadzeniem współpłacenia za wizyty lekarskie pod koniec 2006 r.

Tabl. 4A. Porady lekarskie i stomatologiczne na 1 mieszkańca w krajach OECD w latach 2005, 2010 i 2011.

Państwo	Porady lekarskie			Porady stomatologiczne		
	2005	2010	2011	2005	2010	2011
Australia.....	6,1	6,6	6,7	1,5	1,5	-
Austria.....	6,7	6,9	6,9	1,3	1,2	1,2
Belgia.....	7,2	7,4	7,4	2,0	-	-
Chile.....	2,8	3,3	-	-	0,7	-
Czechy.....	13,2	11,0	11,1	2,1	1,9	1,9
Dania.....	4,5	4,6	-	0,9	0,9	-
Estonia.....	6,4	6,0	6,3	1,5	1,3	1,3
Finlandia.....	4,3	4,3	4,2	1,2	1,2	1
Francja.....	7,0	6,7	6,8	1,7	1,7	1,7
Grecja.....	3,9	-	-	-	-	-
Hiszpania.....	-	-	7,4	-	-	1,2
Holandia.....	5,4	6,6	6,6	2,3	2,3	2,3
Irlandia.....	-	3,8	-	-	0,7	-
Islandia.....	6,5	6,1	6,1	-	-	-
Japonia.....	13,7	13,1	-	3,3	3,1	-
Kanada.....	7,8	7,4	-	-	-	-
Korea Płd.....	11,8	12,9	13,2	1,4	1,6	2,0
Luksemburg.....	6,5	6,4	6,6	0,6	0,6	0,7
Meksyk.....	2,7	2,9	2,7	0,1	0,2	0,2
Niemcy.....	8,1	9,9	9,7	1,3	1,4	1,4
Polska.....	6,3	6,6	6,8	0,7	0,8	0,9
Portugalia.....	3,9	4,1	4,2	0,0	0,1	0,0
Słowacja.....	11,3	11,6	11	1,2	1,2	1,2
Słowenia.....	-	6,4	6,5	-	-	-
Stany Zjednoczone....	4,0	-	-	1,0	0,9	-
Szwecja.....	2,8	3,0	3,0	-	-	-
Turcja.....	4,7	7,3	8,2	0,1	0,3	0,4
Węgry.....	12,9	11,6	11,8	0,9	0,7	0,7
Wielka Brytania.....	5,0	-	-	0,7	0,8	0,8
Włochy.....	7,0	-	-	0,9	-	-

Dane na temat korzystania z **opieki stomatologicznej** obejmują konsultacje/porady/wizyty u ortodontów, stomatologów i chirurgów stomatologicznych. Podobnie jak w przypadku porad lekarskich dane dla niektórych krajów nie obejmują porad świadczonych wyłącznie w ramach środków niepublicznych. Również w przypadku Polski dane nie obejmują działalności praktyk stomatologicznych, które nie podpisały umowy z NFZ na świadczenie usług. Wśród krajów, które dostarczyły dane na temat liczby udzielonych porad stomatologicznych w 2011 r., wskaźniki w przeliczeniu na 1 mieszkańca kształtowały się w przedziale od 0,4 dla Turcji do 2,3 w przypadku Holandii (wyższy wskaźnik wystąpił w 2010 r. w Japonii – 3,1). Relatywnie wysokie wskaźniki zanotowano w Czechach (1,9), Francji (1,7) i Niemczech (1,4). W Polsce średnia liczba porad stomatologicznych na 1 mieszkańca wyniosła 0,9, podobnie jak na Węgrzech (0,7), w Wielkiej Brytanii (0,8) i Finlandii (1,0). W latach 2005-2011 omawiane wskaźniki w poszczególnych krajach nie wykazywały dużych zmian.

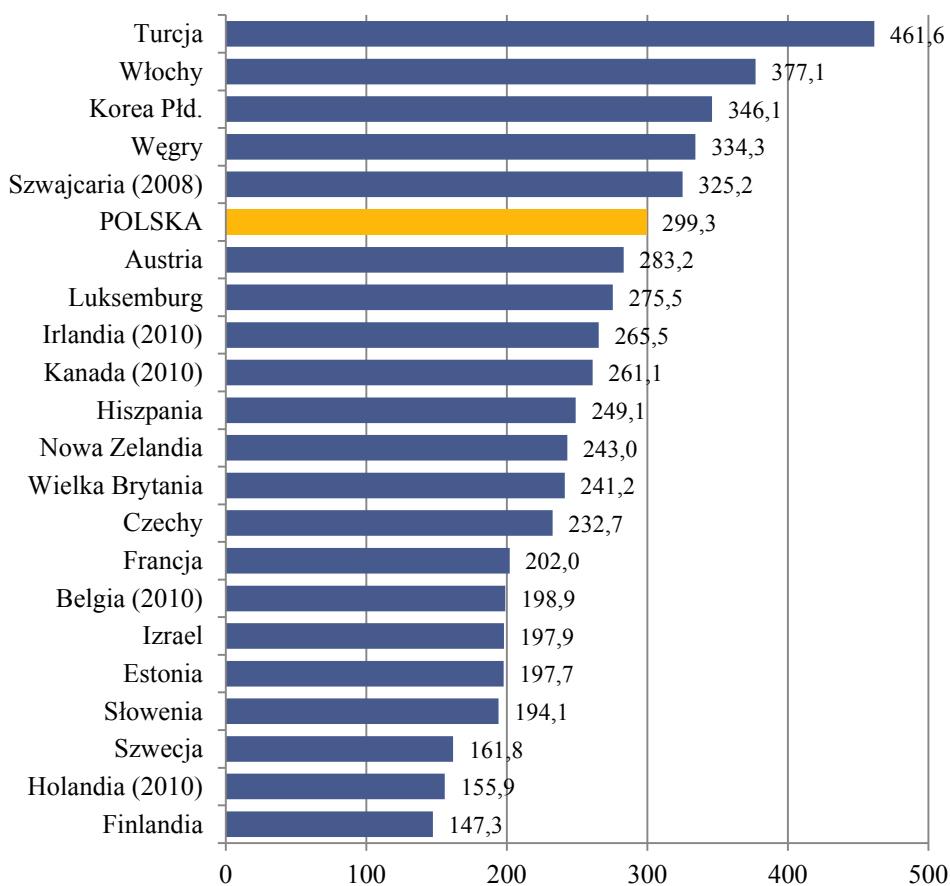
Procedury chirurgiczne

Porównanie sytuacji w zakresie korzystania z usług opieki zdrowotnej w poszczególnych krajach uzupełniają informacje dotyczące **wykonywania różnych procedur chirurgicznych**, m.in. cięcia cesarskiego (*caesarean section*), usunięcia zaćmy (*cataract surgery*) czy angioplastyki wieńcowej (*transluminal coronary angioplasty*).

W 2011 r. w Polsce wykonano prawie 300 cięć cesarskich na 1000 urodzeń żywych (blisko jedna trzecia porodów nastąpiła przez cięcie cesarskie). Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w Turcji – na 1000 urodzeń żywych przypadały 462 cięcia cesarskie. Spośród krajów europejskich częściej cięciem cesarskim kończyły się porody we Włoszech (377), na Węgrzech (334) i w Szwajcarii (325). Najrzadziej zabiegi te wykonywano w Finlandii (147), Holandii (156) i Szwecji (162).

W latach 2005-2011 w większości krajów OECD zaobserwowano wzrost wskaźnika liczby cięć cesarskich na 1000 urodzeń żywych, przy czym był on szczególnie znaczący w Turcji (o 147,2) i w Polsce (o 106,9). W 6 krajach zanotowano ich spadki, największe w Korei Płd. (o 17,0), we Włoszech (o 13,8) i w Finlandii (o 10,7).

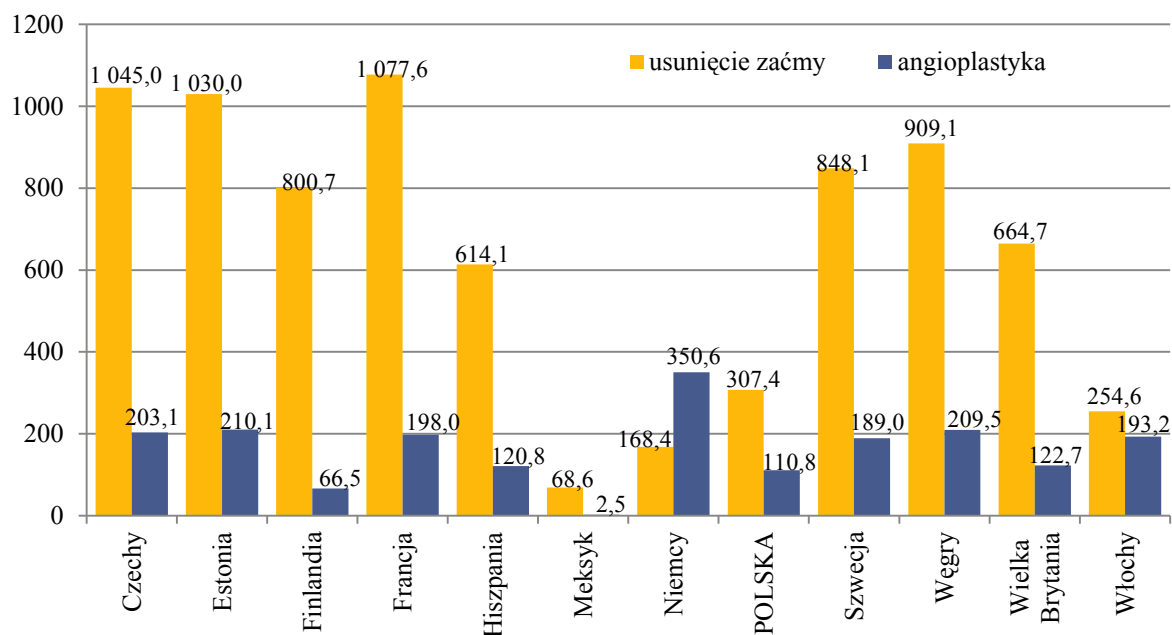
Wykres 80. Cięcia cesarskie na 1000 urodzeń żywych w wybranych krajach OECD w 2011 r.



Zaćma jest jedną z najczęściej występujących chorób oczu. Główną metodą jej leczenia jest chirurgiczny zabieg usunięcia zaćmy, który może być wykonywany zarówno w warunkach szpitalnych, jak i ambulatoryjnych (w trybie chirurgii jednego dnia). Analizując przedstawione dane dotyczące zabiegów usunięcia zaćmy należy mieć na uwadze, że w przypadku niektórych krajów dane te obejmują wyłącznie operacje przeprowadzane w szpitalach (np. w Irlandii, Holandii, Polsce, na Węgrzech).

W 2011 r. w Polsce (w szpitalach) wykonano 118,4 tys. zabiegów usunięcia zaćmy, co w przeliczeniu na 100 tys. ludności stanowiło ponad 307 zabiegów. Najwięcej zabiegów usuwania zaćmy na 100 tys. ludności odnotowano we Francji, Estonii i Czechach (ponad 1000). W większości krajów OECD, które prezentowały dane o liczbie zabiegów usuwania zaćmy, zaobserwowano wzrost wskaźnika w porównaniu z 2005 r., przy czym największy wystąpił w Estonii (o 459,1), Czechach (o 237,9), Francji (o 203,8), Szwecji (o 184,6), Hiszpanii (o 166,4) i Polsce (o 124,5).

Wykres 81. Zabiegi usunięcia zączy i angioplastyki na 100 tys. ludności w wybranych krajach OECD w 2011 r.



Zawał serca należy do grupy chorób układu krążenia, które stanowiły 45% przyczyn zgonów w Polsce w 2011 r. Podstawową metodą leczenia zawału serca jest angioplastyka, którą stosuje się w celu udrożnienia tętnicy i przywrócenia przepływu krwi. W 2011 r. najczęściej zabiegów angioplastyki w przeliczeniu na 100 tys. ludności wykonano w Niemczech (350,6), a następnie w Izraelu (265,4 w 2010 r.), Holandii (241,1 w 2010 r.), Austrii (240,8) i Belgii (230,7 w 2010 r.). Najmniej zabiegów odnotowano w Meksyku (2,5), Nowej Zelandii (6,6) i Finlandii (66,5). W Polsce wskaźnik ten wyniósł 110,8 (73,1 w 2005 r.).

W porównaniu z 2005 r. najwyższy wzrost liczby wykonanych zabiegów w przeliczeniu na 100 tys. ludności odnotowano w Estonii (o 92,7) i Słowenii (o 82,5). W Polsce również odnotowano wzrost o 37,7 zabiegów angioplastyki. Znaczny spadek takich zabiegów charakteryzował Nową Zelandię (z 8,3 do 6,6).

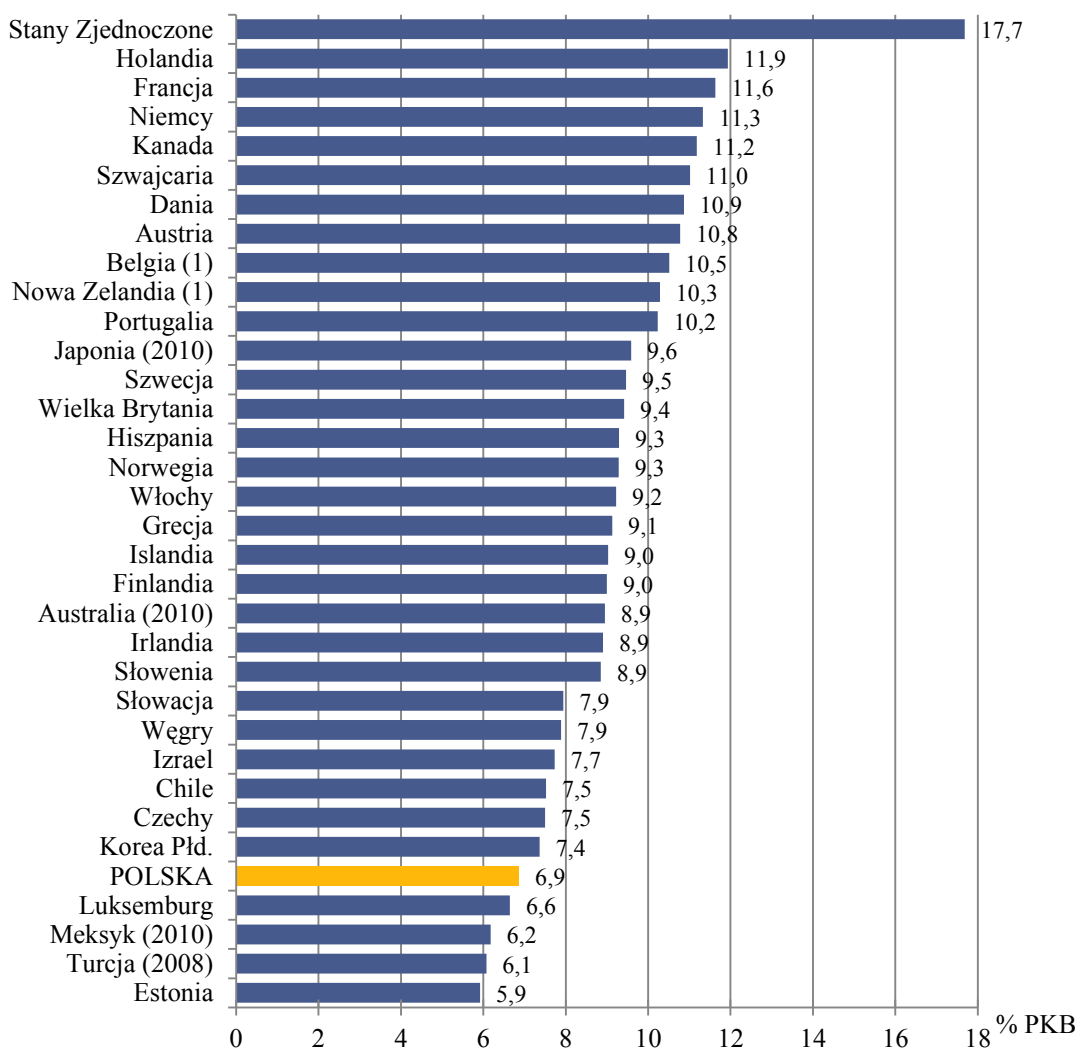
Wydatki na ochronę zdrowia

Przyjęcie wspólnej metodologii sporządzania Narodowego Rachunku Zdrowia przez Eurostat, OECD i WHO umożliwia porównania **wydatków na ochronę zdrowia** pomiędzy krajami. Większość z nich zestawia wydatki zgodnie z międzynarodową metodologią, jednakże różne systemy ochrony zdrowia funkcjonujące w poszczególnych krajach i różne systemy ich finansowania powodują konieczność stałego jej dostosowywania do warunków krajowych. Ponadto stosując metodologię Narodowego Rachunku Zdrowia kraje wykorzystują wielorakie źródła informacji przyjmując

indywidualne rozstrzygnięcia odnośnie zaklasyfikowania do danej grupy wydatków, co należy mieć na uwadze analizując poniższe dane.

W 2011 r. wydatki ogółem na ochronę zdrowia w Polsce stanowiły 6,9% PKB (o 2,4 p. proc. mniej w porównaniu ze średnią dla krajów OECD). Był to jeden z najniższych wskaźników w omawianej grupie krajów (niższe zanotowano w Luksemburgu i Estonii). W relacji do PKB najwięcej na ochronę zdrowia wydały Stany Zjednoczone - 17,7%. Wysoki poziom wydatków (powyżej 11% PKB) charakteryzował Holandię, Francję, Niemcy i Kanadę.

Wykres 82. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia jako % PKB w krajach OECD w 2011 r

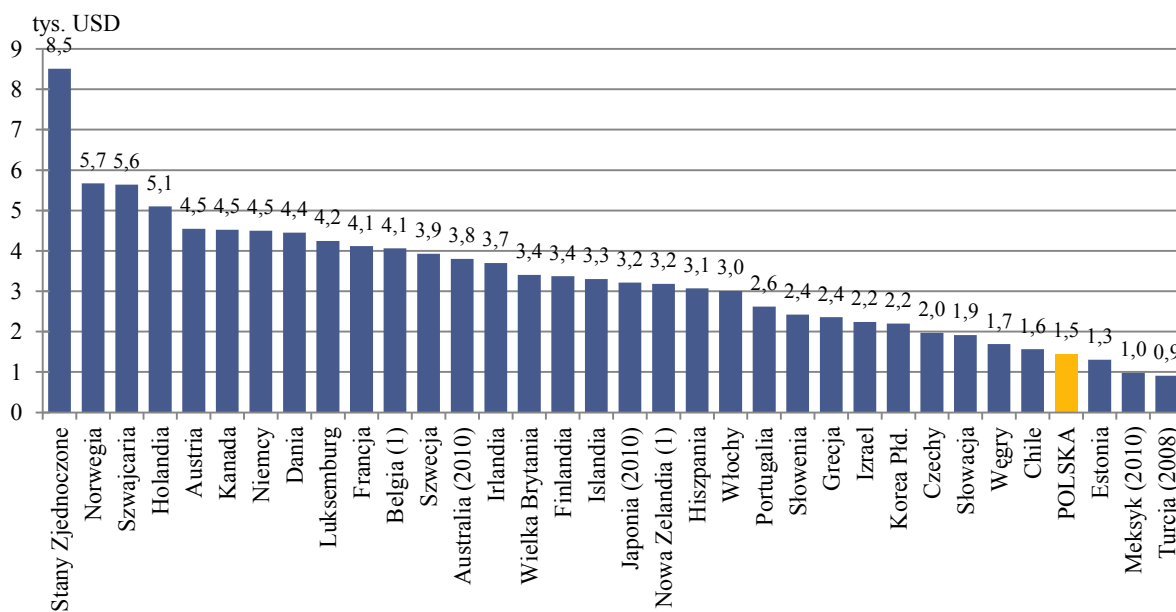


(1) Bez wydatków inwestycyjnych.

W porównaniu z 2005 r. w większości krajów OECD wzrósł udział wydatków na ochronę zdrowia w relacji do PKB (najwięcej – powyżej 1,5 p. proc. – w Nowej Zelandii, Stanach Zjednoczonych i Korei Płd.). W Polsce udział ten wzrósł o 0,7 p. proc. Spadek tego wskaźnika odnotowano w przypadku 6 krajów: Portugalii, Izraela, Islandii, Grecji, Węgier i Luksemburga.

Wydatki na ochronę zdrowia (według parytetu siły nabywczej) na 1 mieszkańca w Polsce w 2011 r. wyniosły 1452 USD (ponad 2 razy mniej niż średnia dla krajów OECD). Również pod tym względem Polska zajęła jedno z ostatnich miejsc. Największe wydatki na opiekę zdrowotną na 1 mieszkańca odnotowano w Stanach Zjednoczonych (8508 USD) oraz 3 krajach europejskich: Norwegii, Szwajcarii i Holandii (odpowiednio 5669, 5643 i 5099 USD).

Wykres 83. Wydatki ogółem na ochronę zdrowia według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca w krajach OECD w 2011 r.



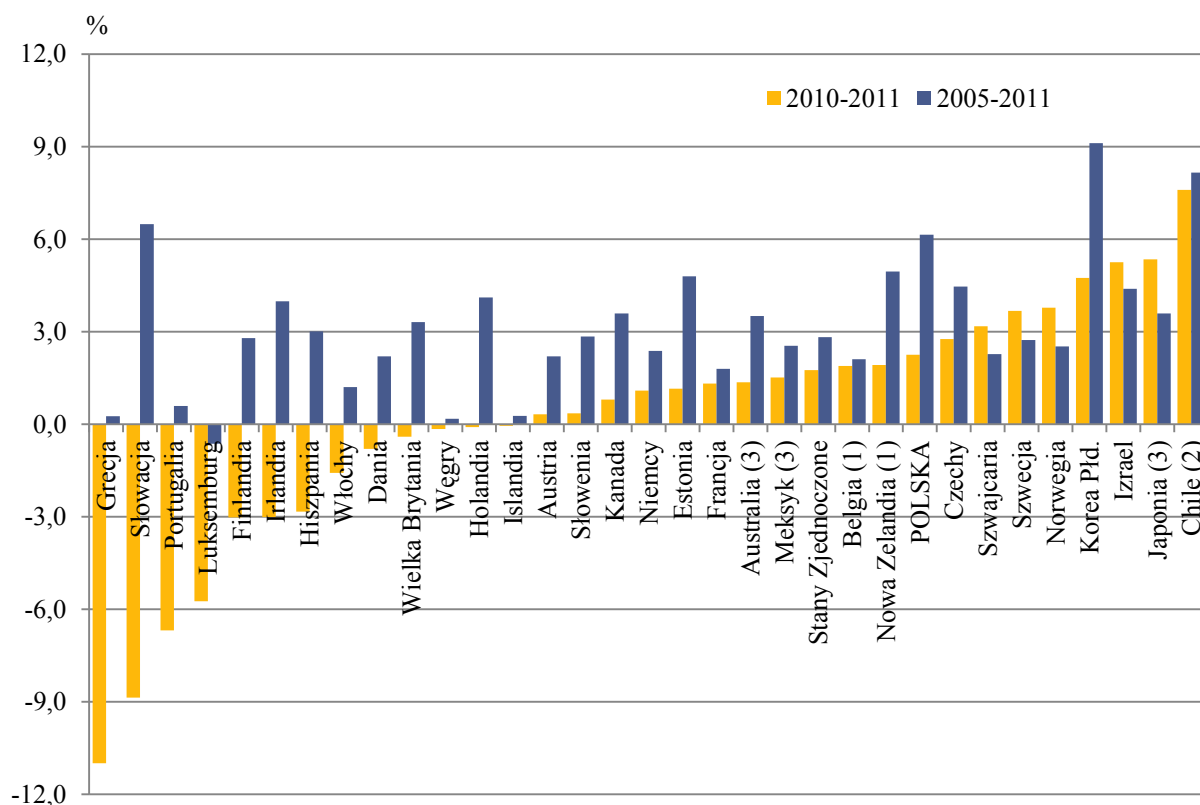
(1) Bez wydatków inwestycyjnych.

W latach 2005-2011 w większości krajów OECD wydatki na ochronę zdrowia¹¹³ w ujęciu realnym wzrosły, jednakże średnie roczne tempo wzrostu było bardzo zróżnicowane i kształtowało się na poziomie od 9,1% (Korea Płd.) do 0,2% (Węgry). Wyjątek stanowił Luksemburg, gdzie wystąpił spadek wydatków (średnio o 0,6% rocznie). W Polsce wydatki na opiekę zdrowotną wzrastały średnio o 6,1% rocznie w analizowanym okresie. Wśród europejskich krajów OECD wyższe średnioroczne tempo wzrostu odnotowano tylko na Słowacji – 6,5%.

W związku z panującą w ostatnich latach recesją, w 2011 r. w porównaniu z poprzednim rokiem w większości krajów OECD wystąpiło znaczące spowolnienie tempa wzrostu tego rodzaju wydatków, a w przypadku 12 krajów europejskich nawet ich spadek (największy w Grecji, na Słowacji, w Portugalii i Luksemburgu). W Polsce wydatki na ochronę zdrowia w stosunku do 2010 r. były realnie wyższe o 2,3%.

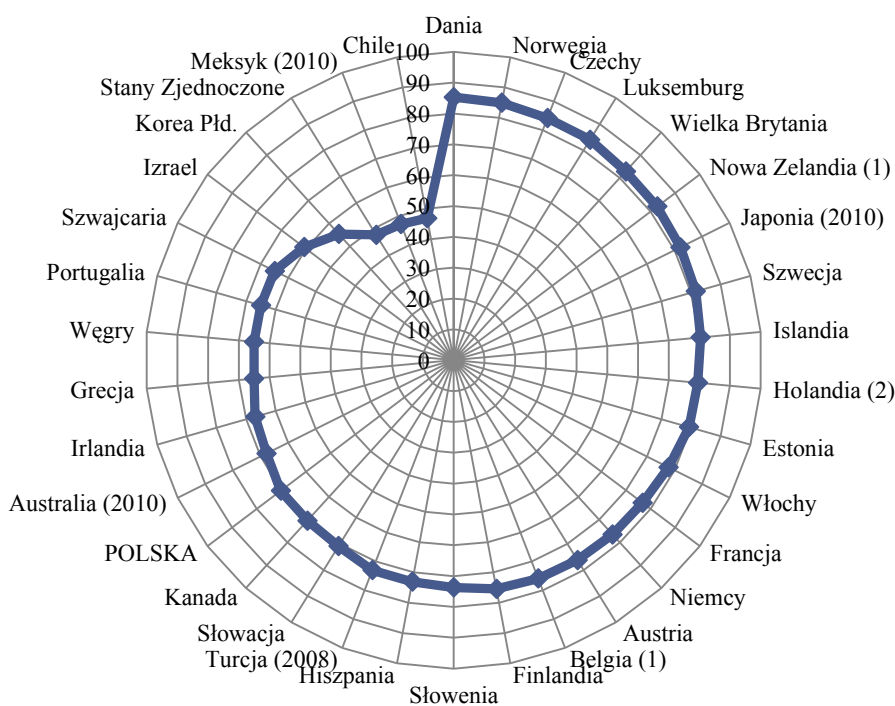
¹¹³ Według parytetu siły nabywczej.

Wykres 84. Średnie roczne tempo wzrostu wydatków ogółem na ochronę zdrowia w ujęciu realnym w krajach OECD w latach 2005-2011



- (1) Bez wydatków inwestycyjnych.
- (2) Dane dla Chile obliczono na podstawie wskaźnika cen towarów i usług konsumpcyjnych (CPI).
- (3) Tempo wzrostu dla lat 2009-2010 i 2005-2010.

Wykres 85. Wydatki publiczne jako % wydatków ogółem na ochronę zdrowia w krajach OECD w 2011 r.



- (1) Bez wydatków inwestycyjnych. , (2) Dla wydatków bieżących

W 2011 r. wydatki sektora publicznego (HF.1) stanowiły większość wydatków na ochronę zdrowia w krajach OECD. Wyjątkiem były Stany Zjednoczone, Meksyk i Chile, gdzie udział wydatków publicznych w wydatkach ogółem nie przekroczył 50%. Do krajów o największym udziale sektora publicznego w wydatkach na opiekę zdrowotną (powyżej 84%) należały Dania, Norwegia, Czechy i Luksemburg. W Polsce wydatki publiczne stanowiły 70,3% wydatków ogółem, o prawie 2 p. proc. mniej niż średnia dla krajów OECD. W porównaniu z 2005 r. największe zmiany struktury podziału na wydatki publiczne i prywatne odnotowano w Chile, Szwajcarii, Turcji i Grecji, gdzie udział wydatków publicznych zwiększył się kosztem sektora prywatnego, oraz w Irlandii, na Węgrzech, Słowacji i w Czechach, gdzie wystąpił spadek wydatków publicznych w wydatkach ogółem na ochronę zdrowia. W Polsce udział sektora publicznego zwiększył się o 1 p. proc. w stosunku do 2005r.

4.2. Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, jako źródło wiedzy statystycznej

Wprowadzenie

W 1994 roku Komisja Statystyczną ONZ przyjęła dokument pn. *Fundamentalne zasady statystyki oficjalnych*. W środowiskach statystycznych dokument ten nazywa się *dekalogiem statystyki oficjalnej*, gdyż obejmuje 10 zasad funkcjonowania statystyki, które jako rekomendacja ONZ wyznaczająca kierunki kształtowania ustawodawstwa regulującego organizację i funkcjonowanie systemów statystyki oficjalnej w państwach członkowskich. W jednej z zasad stwierdza się: *dane do celów statystycznych mogą być pozyskiwane ze wszelkiego rodzaju źródeł, zarówno ankietowych badań statystycznych, jak i rejestrów administracyjnych. Organy statystyczne powinny dokonywać wyboru źródła mając na uwadze jakość, aktualność, czas, koszty i obciążenia dla respondentów.*

Generalnie zakłada się, że korzystanie z rejestrów jako alternatywy dla ankietowego zbierania danych dla celów statystyki publicznej wiąże się z niższymi kosztami pozyskania oraz wyższą kompletnością danych. Wpisanie do rejestru a potem aktualizacja danych wiąże się bowiem często z określonym skutkiem prawnym lub ekonomicznym dla podmiotu aktualizującego, co niewątpliwie bywa skutecznym motywatorem. Motywacja ta może mieć charakter pozytywny (np. uzyskanie uprawnienia, zezwolenia na określoną działalność) lub negatywny (np. niemożność rozliczenia świadczenia zdrowotnego). Trzeba jednak uwzględnić selektywność działania tych motywacji - np. podmioty lecznicze mające kontrakt z NFZ mogą być bardziej zmotywowane do aktualizowania swoich danych w rejestrach administracyjnych niż składaniem okresowych sprawozdań zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, ale w przypadku podmiotów nie mających kontraktu – sytuacja może być odwrotna. Ponadto należy pamiętać, że dane w rejestrach administracyjnych, zwłaszcza tych które posiadają funkcje stanowiące, są często uwarunkowane czynnikami wynikającymi z procedur stosowanych przez inne instytucje oraz zmianami w legislacji. Na profil wykonywanych świadczeń zdrowotnych, specjalność komórek organizacyjnych oraz kształt struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych rejestrowanych w RPWDL wpływa sposób i efektywność rozliczania świadczeń zdrowotnych oraz warunki i zasady kontraktowania NFZ, a także warunki pozyskiwania środków unijnych w ramach programów operacyjnych. Istotny problem to również aktualizacja rejestrów. Wiele podmiotów leczniczych po uzyskaniu interesującego ich wpisu do rejestru, przestaje dbać o bieżącą aktualizację danych, chociaż zobowiązuje je do tego prawo. Problem ten dotyczy głównie danych teleadresowych oraz danych o charakterze statystycznym (np. liczba łóżek) i występuje przede wszystkim w przypadku podmiotów leczniczych, które nie posiadają lub utraciły kontrakt z NFZ albo likwidują swoją działalność. Brak skutecznego motywatora, jakim są wymogi postępowania ofertowego prowadzonego przez NFZ działa demobilizująco.

Głównymi obszarami wykorzystywania danych z rejestrów administracyjnych w statystyce publicznej są¹¹⁴:

- budowa operatów badań statystycznych,
- uzupełnianie danych zgromadzonych za pośrednictwem tradycyjnej techniki „formularzowej”,
- weryfikacja jakości danych.

Poszerzenie wiedzy, możliwość pozyskiwania danych w przeróżnych przekrojach i na różnych poziomach, weryfikacja kartotek, poprawa jakości badań pozyskiwanych ze sprawozdawczości to zalety rejestrów administracyjnych. Należy jednak pamiętać, iż nawet najlepsze i najbardziej aktualne rejestry, chociaż mogą dostarczyć danych o stanie i częściowo jakości infrastruktury opieki zdrowotnej, to nie dostarczają informacji o działalności placówek takich jak: liczba pacjentów, cechy demograficzne, długość pobytu, rodzaje porad czy przyczyny hospitalizacji. Takie informacje pozostaną domeną sprawozdawczości lub badań ankietowych.

Na koniec trzeba zaznaczyć, że ze względu na swoje urzędowe usytuowanie, i wynikające stąd mniejsze doświadczenie w zakresie metodologii pozyskiwania informacji - przynajmniej w początkowym etapie funkcjonowania – rejestry często nie zapewniają danych o porównywalnej ze sprawozdawczością statystyczną jakości (zwłaszcza w zakresie spójności i dokładności). Dlatego przed ewentualnym zastąpieniem danymi rejestrowymi części informacji pozyskiwanych przez statystykę bezpośrednio od respondentów, konieczny jest pewien okres porównywania danych z obu źródeł w celu wyjaśnienia rozbieżności i wprowadzenia ewentualnych korekt.

Również w przypadku RPWDL odnotowano istotne problemy metodologiczne dotyczące zwłaszcza interoperacyjności semantycznej przejawiającej się w zróżnicowanym sposobie identyfikacji i klasyfikacji szpitali oraz nieprecyzyjnej definicji samego szpitala. Diagnoza tego problemu w kontekście funkcji rejestru w informacyjnej strukturze państwa oraz próba sformułowania rekomendacji sprzyjających wykorzystaniu rejestru jako źródła wiedzy statystycznej stanowi cel niniejszego rozdziału.

Funkcje Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w infrastrukturze informacyjnej państwa

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą należy do kategorii rejestrów podmiotowych i z tym wiąże się jego referencyjność w stosunku do Centralnego Wykazu Świadczeniodawców prowadzonego w NFZ czy ewidencji statystycznej prowadzonej w ramach badań statystycznych. Wiąże się z tym **funkcja stanowiąca**¹¹⁵ RPWDL, gdyż informacje zawarte w tym

¹¹⁴ K. Nyczaj, *Rejestry administracyjne jako źródło wiedzy statystycznej*. Wiadomości Statystyczne. Nr 11(594)/2010.

¹¹⁵ Więcej informacji o funkcji stanowiącej i innych funkcjach rejestrów administracyjnych można znaleźć w książce J.Oleńskiego pt. *Infrastruktura informacyjna państwa w globalnej gospodarce*. Warszawa: Wydział Nauk Ekonomicznych, Uniwersytet Warszawski, Warszawa, 2006, s. 544.

rejestrze stanowią podstawę do podejmowania decyzji przez NFZ i inne podmioty. Przykładowo; Fundusz nie może zawierać kontraktów z podmiotami leczniczymi, które nie są wpisane do RPWDL. Funkcja stanowiąca RPWDL polega też na tym, że wpis do niego z mocy prawa oznacza, że dany podmiot „zaczyna istnieć” jako element zbiorowości określonej klasy podmiotów leczniczych.

Funkcja identyfikacyjna wiąże się z tym, że każdy podmiot leczniczy, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, jednostka organizacyjna oraz komórka organizacyjna przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego otrzymują niepowtarzalne numery (numer księgi rejestrowej, kody: przedsiębiorstwa, jednostki, komórki) pozwalające na ich jednoznaczną identyfikację w całym systemie opieki zdrowotnej.

Funkcja kontrolna RPWDL polega na tym, że podmioty mające interes prawny mogą odwoływać się do zapisów w księdze rejestrowej, jako wiarygodnego źródła informacji mającego rękojmię wiary publicznej, za które ponosi odpowiedzialność państwo. Jeśli z różnych przyczyn dane dotyczące podmiotu leczniczego nie są aktualne, osoba mająca interes prawny może odmówić określonego działania (np. NFZ może nie zawrzeć kontraktu, jeśli dane podmiotu leczniczego zawarte w RPWDL nie są aktualne). Obecnie funkcja kontrolna jest bardzo często wykorzystywana poprzez udostępnienie danych rejestrowych podmiotów leczniczych w sieci Internet.

Funkcja klasyfikacyjna RPWDL oznacza, że każde przedsiębiorstwo, jednostka i komórka organizacyjna otrzymują specjalne kody w ramach tzw. kodu resortowego, które szczegółowo określają ich zakres przedmiotowy działalności. Klasyfikacja ta ma charakter decyzji administracyjnej o określonych skutkach prawnych, co oznacza, że NFZ może zawierać kontrakty na te świadczenia zdrowotne, które nie są sprzeczne z zakresem przedmiotowym działalności wykazanej w RPWDL. Podobnie jest w przypadku badań statystycznych. Nadanie odpowiedniego klasyfikatora przedsiębiorstwu, jednostce czy komórce organizacyjnej w RPWDL wpływa na konieczność objęcia danego podmiotu leczniczego, określonymi procesami badań statystycznych.

Funkcja normalizacyjna RPWDL polega na tym, że Rejestr wprowadza zasady identyfikacji, klasyfikacji, kody, które powinny być wykorzystywane także w innych systemach informacyjnych.

Sposoby definiowania, klasyfikowania i identyfikowania szpitali w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej, Rejestrze Podmiotów Gospodarki Narodowej oraz w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Obowiązująca do 2011 roku ustawa o zakładach opieki zdrowotnej w ogóle nie odnosiła się do definicji szpitala. Odróżniała jednak wyraźnie szpital od zakładu opiekuńczo-leczniczego, zakładu pielęgnacyjno-opiekuńczego, sanatorium i hospicjum oraz fragmentarycznie odwoływała się do pojęcia „szpital uniwersytecki” oraz „szpital kliniczny”. W konsekwencji każdy zakład opieki zdrowotnej, który posiadał przynajmniej jedno łóżko, a nie nazywał się zakładem opiekuńczo-leczniczym, zakładem pielęgnacyjno-opiekuńczym, sanatorium lub hospicjum uznawano za szpital. Brak jednoznacznych sposobów identyfikowania szpitali powodował, że można było je identyfikować równocześnie na

dwóch poziomach struktury organizacyjnej tj. na poziomie zakładu opieki zdrowotnej jako całości oraz jako jednostkę organizacyjną¹¹⁶, której w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej (RZOZ) nadawano specjalny klasyfikator oznaczający rodzaj dostawcy usług opieki zdrowotnej (tabl. 4B), oparty na *International Classification for Health Account (ICHA), Classification of Health Care Providers (HP)*. Problem identyfikacji szpitala pogłębiała nieprecyzyjna definicja zakładu opieki zdrowotnej, który zgodnie z wspomnianą ustawą definiowano jako *wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych utworzony i utrzymywany w celu udzielania świadczeń zdrowotnych i promocji zdrowia* a także wieloznaczny zapis odnoszący się do relacji pomiędzy zakładem opieki zdrowotnej a jego jednostką organizacyjną, który stwierdzał, że *zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej*.

Tabl.4B. Klasyfikacja szpitali obowiązująca w latach 2004 – 2011

HP.1 Szpitalnictwo (7)
HP.1.1 Szpital wielospecjalistyczny
HP.1.2 Szpital psychiatryczny i odwykowy (1)
HP.1.2.1 Całodobowy ośrodek leczenia odwykowego i psychiatrycznego
HP.1.3 Szpital jedno specjalistyczny (inny niż psychiatryczny i odwykowy)
HP.1.4 Sanatorium
HP.1.5 Zakład rehabilitacji leczniczej (stacjonarny)
HP.1.6 Zakład udzielający świadczeń jednodniowych
HP.1.7 Szpital uzdrowiskowy

W konsekwencji tej wieloznaczności wiele zakładów opieki zdrowotnej o rozbudowanej strukturze uznawało jako odrębne szpitale również swoje wewnętrzne jednostki organizacyjne (np. kliniki) zlokalizowane pod tym samym adresem, co bardzo często miało miejsce np. w przypadku instytutów czy szpitali uniwersyteckich. Prowadziło to do sztucznego zawyżania liczby szpitali w raportach przygotowywanych na podstawie danych zawartych w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej.

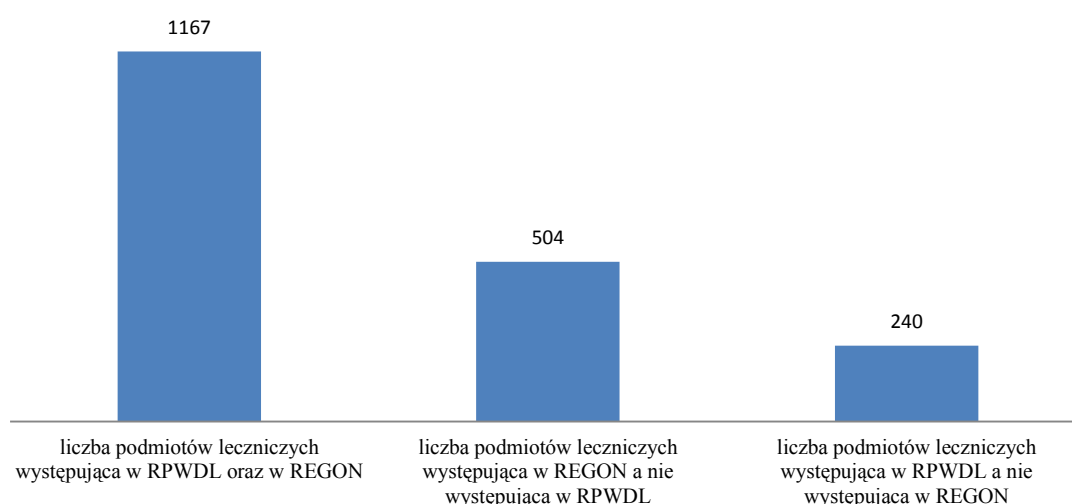
Jeszcze inaczej klasyfikowało się i nadal klasyfikuje szpitale w prowadzonym przez Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego Rejestrze Podmiotów Gospodarki Narodowej (REGON). Zgodnie ze stosowaną przez statystykę publiczną klasyfikacją PKD w rejestrze tym, szpitale winny posiadać kod PKD 8610Z (*działalność szpitala*). Jednak kod ten - obok szpitali ogólnych oraz specjalistycznych (np. szpitale psychiatryczne, zakłady dla osób uzależnionych, szpitale zakaźne, położnicze) - otrzymują również podmioty prowadzące działalność w zakresie prewentoriów, sanatoriów i centrów rehabilitacyjnych,

¹¹⁶ Zgodnie z definicją zawartą w obowiązującym w tym czasie *Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej* jednostka organizacyjna zakładu to wyodrębniona w statucie część zakładu.

a także podmioty prowadzące usługi na rzecz szpitali (usługi personelu medycznego i paramedycznego, działalność prowadzona przez laboratoria, pracownie techniczne, usługi radiologów, działalność aptek szpitalnych, obsługa sal operacyjnych, usługi wyżywienia oraz pozostałe usługi szpitalne). Z kolei inne podmioty lecznicze, które można by uznać za szpitale (np. instytuty medyczne) klasyfikują swoją główną działalność za pomocą kodu 7219Z - *badania naukowe i prace rozwojowe w dziedzinie pozostałych nauk przyrodniczych i technicznych*. Równocześnie zakres działalności wielu praktyk lekarskich, czyli placówek o charakterze ambulatoryjnym, oznacza się w REGON jako działalność szpitali, tylko dlatego, że w jej ramach personel medyczny wykonuje świadczenia w ramach kontraktu ze szpitalem. W konsekwencji pomiędzy danymi zawartymi w funkcjonujących obecnie rejestrach publicznych istnieje spora rozbieżność, co ukazuje wykres 86.

W 2011 r. ustawę o zakładach opieki zdrowotnej zastąpiono ustawą o działalności leczniczej. Wprowadziła ona pojęcie szpitala oraz zmieniła zasady klasyfikowania i identyfikowania szpitali. Zgodnie z przepisami tej nowej ustawy, **szpital to przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym podmiot ten wykonuje działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, tzn. 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**. Według wspomnianej ustawy świadczeniami szpitalnymi są także *świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin*.

Wykres 86. Różnica w liczbie podmiotów wykazujących działalność szpitalną w REGON oraz posiadającą oddział szpitalny zarejestrowany w RPWDL



Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Rejestr Podmiotów Gospodarki Narodowej REGON¹¹⁷, stan na dzień 30.09.2013 r.

¹¹⁷ Do analizy wykorzystano dane z REGON za pośrednictwem Bazy Jednostek Statystycznych GUS.

Ustawodawca od świadczeń szpitalnych wyraźnie odróżnił tzw. stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne inne niż szpitalne czyli świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, świadczenia z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz lecznictwa uzdrowiskowego, udzielane pacjentom, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonych, stałych pomieszczeniach.

Konsekwencją zmian ustawowych były zmiany w sposobach rejestrowania placówek opieki zdrowotnej. W 2011 r. Rejestr Zakładów Opieki Zdrowotnej (RZOZ) zastąpiono Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL). W tym ostatnim pojawił się nowy dział rejestrowy *podmiot leczniczy*, a *zakłady opieki zdrowotnej* w większości otrzymały status *przedsiębiorstw podmiotów leczniczych*¹¹⁸. Uporządkowało to wiele problematycznych sytuacji. W RZOZ jednakowo traktowano zakłady mające osobowość prawną (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej), jak też zakłady, które jej nie miały (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej nie miały własnej osobowości prawnej chociaż osobowość taką mogły mieć podmioty je prowadzące). W RPWDL natomiast uwzględniono i rozróżniono podmioty lecznicze mające osobowość prawną (np. spółka z ograniczoną odpowiedzialnością), jak i dawne tzw. niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej jako przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego. Odstąpiono ponadto od klasyfikowania jednostek organizacyjnych na rzecz klasyfikowania przedsiębiorstw. Ograniczono także zakres możliwych do użycia kodów do trzech, a przedsiębiorstwo utożsamiono z jednostką lokalną występującą w rejestrze REGON. Zakres gromadzonych danych na poziomie przedsiębiorstwa (dawnego zakładu opieki zdrowotnej), jednostki organizacyjnej oraz komórki organizacyjnej w zasadzie pozostał niezmienny.

Tabl. 4C. Klasyfikacja przedsiębiorstw podmiotów leczniczych obowiązująca od 2012 r.

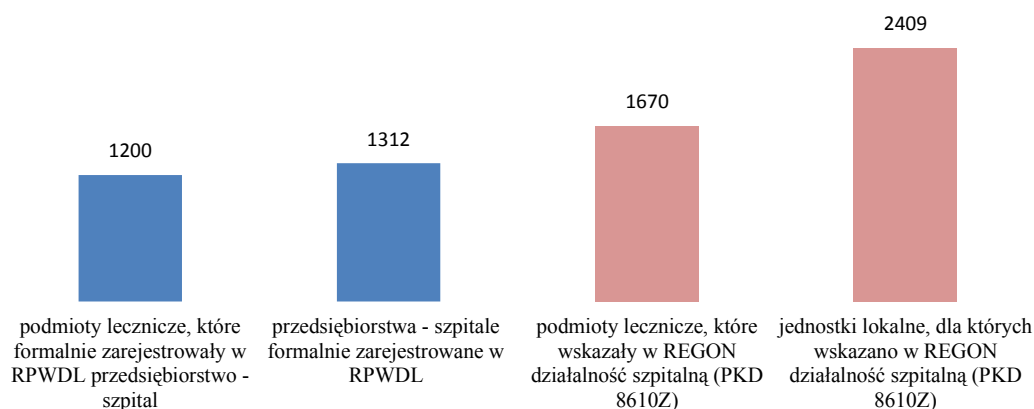
<p>Kod 1 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne (szpital);</p> <p>Kod 2 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne (np. zakłady opiekuńczo – lecznicze, zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, hospicja);</p> <p>Kod 3 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – (np. przychodnie, ośrodki zdrowia, laboratoria, zakłady diagnostyczne)</p>

W stosunku do poprzednio obowiązujących przepisów dotyczących rejestracji zakładów opieki zdrowotnej/podmiotów leczniczych zasadnicza zmiana dotyczyła odstąpienia od obowiązku tworzenia

¹¹⁸ W uzasadnieniu do ustawy o działalności leczniczej ustawodawca zwracał uwagę, że funkcjonująca przez ponad dwadzieścia lat definicja zakładu opieki zdrowotnej (*wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych*) odbiegała od definicji przedsiębiorstwa określonej w art. 551 Kodeksu cywilnego poprzez niezrozumiałe z cywilistycznego punktu widzenia połączenie połącznika ludzkiego i substratu majątkowego. Z kolei zapis art. 2 ust. 2 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej w brzmieniu: *zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej*, zdaniem Ministerstwa Zdrowia, skutkowało w praktyce zagnieżdżoną strukturą zakładów opieki zdrowotnej, rozmywało odpowiedzialność cywilnoprawną i utrudniało ustalenie osób lub organów reprezentujących na zewnątrz tak organizacyjnie powiązane zakłady opieki zdrowotnej.

w ramach struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych jednostek organizacyjnych. *Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru* dopuszcza tworzenie komórek organizacyjnych bezpośrednio w ramach przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego z pominięciem jednostki organizacyjnej. Wyeliminowało to faktycznie jednostkę organizacyjną jako jeden ze sposobów identyfikacji szpitala. Potwierdza to również analiza danych zawartych w RPWDL. Z wykresu 87 wynika, że liczba jednostek organizacyjnych, w ramach których utworzono oddział szpitalny wraz z izbą przyjęć według stanu na dzień 30 września 2013 r. jest mniejsza niż liczba przedsiębiorstw.

Wykres 87. Liczba jednostek mających zarejestrowaną działalność szpitalną w RPWDL oraz w REGON.



Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Ustawa o działalności leczniczej nie rozwiązała jednak do końca problemu precyzyjnej identyfikacji szpitala, gdyż równocześnie wprowadziła niejednoznaczne zapisy dotyczące relacji przedsiębiorstwo - jednostka lokalna. Zgodnie z zapisami ustawy, *przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego to jednostka lokalna w rozumieniu przepisów o statystyce publicznej, dla której nie sporządza się odrębnego bilansu, chyba że podmiot leczniczy postanowi inaczej w regulaminie organizacyjnym*. Natomiast zgodnie z zasadami przyjętymi w statystyce publicznej i obowiązującymi w Rejestrze Podmiotów Gospodarki Narodowej REGON, jednostka lokalna to *zorganizowana całość (zakład, oddział, filia itp.) położona w miejscu zidentyfikowanym odrębnym adresem, pod którym lub z którego prowadzona jest działalność przez co najmniej jedną osobę pracującą*. O ile więc, każde przedsiębiorstwo wyodrębnione na mocy przepisów ustawy o działalności leczniczej i odzwierciedlone w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą powinno mieć zawsze swój odpowiednik w postaci jednostki lokalnej wyodrębnionej na podstawie ustawy o statystyce publicznej i odzwierciedlonej w rejestrze REGON, o tyle jednostka lokalna nie zawsze musi posiadać status przedsiębiorstwa.

W tym zakresie istnieją poważne rozbieżności pomiędzy danymi zawartymi w RPWDL a REGON. Analiza danych w obu rejestrach według stanu na dzień 30 września 2013 r. wykazała, że istnieje 240 podmiotów leczniczych, które utworzyły przedsiębiorstwo z oddziałem szpitalnym, ale nie zarejestrowały w REGON ani jednej jednostki lokalnej, której zakres działalności określony by został jako PKD 8610Z (*działalność szpitali*). Pozostałe 1167 podmioty lecznicze utworzyły łącznie 1346 przedsiębiorstw, w ramach których funkcjonują oddziały szpitalne oraz równocześnie 1812 jednostek lokalnych, których przeważający zakres działalności określono jako *działalność szpitali*.

W 2012 r. Ministerstwo Zdrowia doprecyzowało zasady wyodrębniania przedsiębiorstwa szpitalnego w strukturze podmiotu leczniczego. Stało się to w następstwie podejmowanych przez szpitale psychiatryczne, uzdrowiskowe oraz rehabilitacyjne prób ominięcia obowiązku ubezpieczenia z tytułu zdarzeń medycznych. W oficjalnym wystąpieniu do Dyrektora Wydziału Polityki Społecznej Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego, Ministerstwo Zdrowia stwierdziło, że **cechą przesądzającą o statusie szpitala jest posiadanie w strukturze organizacyjnej oddziału szpitalnego lub innej komórki opieki szpitalnej** (listę szpitalnych komórek organizacyjnych zawiera rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego ich nadawania, Dz. U. z 28 maja 2012 r., poz. 594). Zdaniem Ministerstwa Zdrowia, jeśli podmiot leczniczy posiada w swojej strukturze organizacyjnej taką komórkę organizacyjną to powinien prowadzić szpital w postaci przedsiębiorstwa, niezależnie od tego, czy uznaje to za główny rodzaj swojej działalności czy też nie. Jeśli podmiot prowadzi również działalność w rodzaju stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne, np. psychiatryczny zakład opiekuńczo leczniczy - powinien wyodrębnić w tym celu kolejne przedsiębiorstwo.

W wystąpieniu podkreślano również, że ustawa o działalności leczniczej nie wprowadziła pojęcia głównego rodzaju działalności leczniczej, a każdy rodzaj działalności leczniczej powinien być wykonywany w odrębnym przedsiębiorstwie.

Pomimo niedoprecyzowania relacji przedsiębiorstwo – jednostka lokalna, przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego wydaje się być obecnie najlepszym z możliwych sposobów identyfikowania szpitala w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Ważną kwestią jest jednak wyznaczenie granic faktycznej odrębności organizacyjnej takiego przedsiębiorstwa. W przypadku połączenia kilku dotychczas samodzielnych szpitali w jeden podmiot (np. zespół szpitali powiatowych), szpitale wchodzące w skład nowego podmiotu stają się najczęściej osobnymi przedsiębiorstwami tego nowego podmiotu. Pomimo wspólnej gospodarki finansowej cechuje je najczęściej odrębny proces przyjmowania i wypisywania pacjenta. Materialny wyznacznik tej odrębności to najczęściej osobna księga przyjęć i wypisów, a instytucjonalny – wyodrębniona w strukturze organizacyjnej przedsiębiorstwa komórka organizacyjna w postaci izby przyjęć. Biorąc pod uwagę powyższe rozważania, **możemy postulować przyjęcie wąskiej definicji szpitala**, zgodnie z którą **szpitalem**

sensu stricte jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w strukturze którego wyodrębniono przynajmniej dwie komórki organizacyjne: oddział szpitalny oraz izbę przyjęć.

Obecnie instytucje prowadzące analizy dotyczące zmian w organizacji opieki zdrowotnej muszą zmierzyć się z podwójnym problemem. Pierwszy - to zmiana klasyfikacji działalności podmiotów leczniczych. Drugi - to zmiana zasad wyodrębniania szpitala, jako części podmiotu leczniczego. Jeśli do 2011 roku, podmiot leczniczy posiadał w swojej strukturze kilka szpitali i przychodni (wyodrębnionych na poziomie jednostek organizacyjnych), to obecnie mogą one być traktowane jako jedno przedsiębiorstwo typu szpital i jedno przedsiębiorstwo typu ambulatorium, które z kolei mogą mieć jedno lub kilka adresów udzielania świadczeń zdrowotnych (jednostki lokalne), niekoniecznie wyodrębnionych na poziomie jednostek organizacyjnych.

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, jako możliwe źródło wiedzy statystycznej

Stosunkowo duży zakres danych gromadzonych w RPWDL oraz informatyzacja procesów rejestrowych daje potencjalnie bardzo duże możliwości wykorzystania tego rejestru jako źródła wiedzy statystycznej i jako narzędzia polityki zdrowotnej. System daje możliwość generowania wieloprzekrojowych raportów. Po zastosowaniu odpowiednich kryteriów statystyk można np. dowiedzieć się, ile łóżek z zakresu określonej dziedziny medycznej znajduje się na terenie poszczególnych powiatów, określonego województwa, lub też ile placówek ochrony zdrowia na terenie poszczególnych powiatów posiada w swojej strukturze określony oddział lub poradnię. Dzięki formatowi, w jakim dane są gromadzone i udostępniane, RPWDL może stanowić istotne wsparcie informacyjne dla określonych służb kontrolnych, na szczeblu Ministra Zdrowia, NFZ oraz terenowej administracji rządowej tj. może stanowić narzędzie dla organów sprawujących, zgodnie z właściwymi przepisami, nadzór i kontrolę nad działalnością zakładów opieki zdrowotnej. RPWDL może być również dobrym narzędziem do monitorowania zmian zachodzących w kształcie struktur organizacyjnych zakładów ochrony zdrowia oraz monitorowania dynamiki ich rozwoju¹¹⁹. Możliwe jest określenie tendencji tych zmian w czasie i odniesienie ich do zmian w efektywności (zarówno ekonomicznej jak i jakościowej), innowacji czy wielkości organizacji. Powinno to dać istotne wyniki zwłaszcza, jeśli chodzi o jednostki szpitalne.

Funkcja stanowiąca RPWDL, charakter i zakres danych gromadzonych w rejestrze oraz stopień jego informatyzacji umożliwi wykorzystanie go jako narzędzia obsługującego, ważne z punktu widzenia bezpieczeństwa narodowego, systemy: krajowej sieci szpitali oraz ratownictwa medycznego. Wynika to ze sposobu ujęcia w rejestrze każdego podmiotu leczniczego - w przekroju podmiotowym (struktura organizacyjna) oraz przedmiotowym (zakres przedmiotowy działalności). Opis struktury

¹¹⁹ Aktualność danych dotyczących struktury organizacyjnej podmiotów leczniczych zawartych w RPWDL wynika z tego, że podmiot leczniczy musi posiadać komórkę organizacyjną (poradnię, pracownię, oddział) oraz przedsiębiorstwo w ramach którego udziela świadczeń zdrowotnych. W przeciwnym razie nie tylko nie otrzyma kontraktu z NFZ, ale również naraża się na odpowiedzialność karną. Problem aktualności danych dotyczy jedynie tych podmiotów, które nie posiadają lub utraciły kontrakt z NFZ lub likwidują swoją działalność. Takie podmioty często zwlekają ze zgłoszeniem do rejestru faktu zaprzestania działalności w komórkach organizacyjnych podmiotu leczniczego.

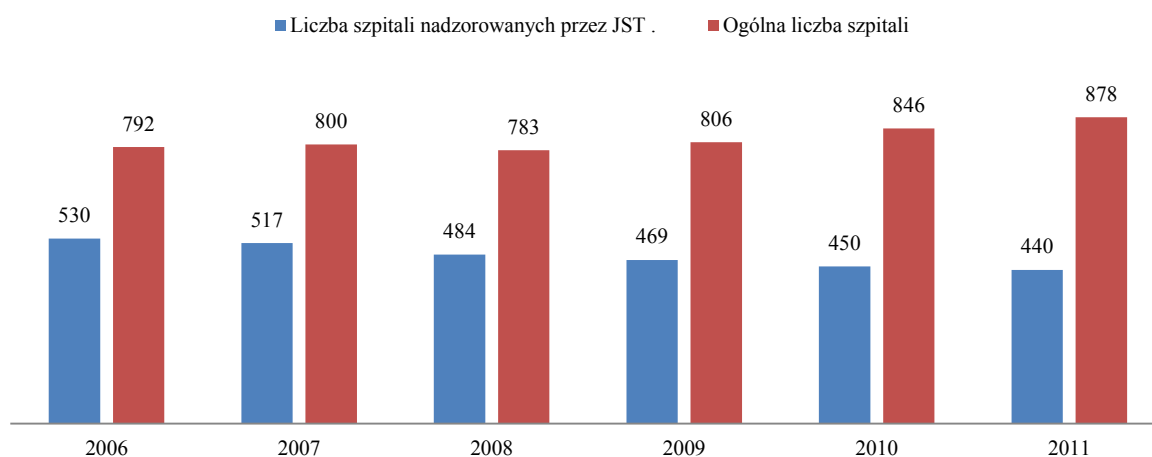
organizacyjnej podmiotu leczniczego w RPWDL polega na nadaniu każdemu przedsiębiorstwu, jednostce i komórce organizacyjnej specjalnych kodów (V i VIII część kodu resortowego). Kody te poprzez złożenie z numerem księgi rejestrowej podmiotu leczniczego jednoznacznie identyfikują w skali kraju każde przedsiębiorstwo, jednostkę i komórkę organizacyjną. Opis zakresu przedmiotowego działalności dokonuje się za pomocą VI części kodu resortowego oznaczającej rodzaj działalności przedsiębiorstwa leczniczego, VIII części kodu resortowego - oznaczającej specjalność komórki organizacyjnej (określając specjalność komórki można posłużyć się jednym z 500 różnych kodów specjalności komórek organizacyjnych), oraz IX części kodu resortowego - oznaczającej funkcję ochrony zdrowia (tryb udzielania świadczeń) realizowaną w komórce organizacyjnej, i X części kodu resortowego - oznaczającej dziedzinę medyczną komórki organizacyjnej (część IX i X definiuje tzw. profil medyczny komórki organizacyjnej). Ponadto w RPWDL identyfikuje się położenie podmiotów leczniczych, przedsiębiorstw, jednostek organizacyjnych za pomocą kodów TERYT oraz zbiera się informacje o liczbie i rodzaju łóżek znajdujących się w komórkach organizacyjnych.

Z opisu specjalności komórek organizacyjnych (tzw. VIII część kodu resortowego) podmiotów leczniczych, zawartych w III dziale księgi rejestrowej Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, można wnioskować, że na dzień 30 września 2013 r. było 1407 podmiotów leczniczych, które utworzyły łącznie 1602 przedsiębiorstw typu szpital (wykres 89). Natomiast analiza rodzaju działalności leczniczej wykonywanej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego (tzw. VI – część kodu resortowego) wskazuje, że według stanu na dzień 30 września 2013 r. w RPWDL 1200 podmiotów leczniczych utworzyło łącznie 1312 przedsiębiorstw-szpitali (wykres 87). Oznacza to, że 207 podmiotów leczniczych nie dopełniło obowiązku związanego z aktualizacją danych rejestrowych, bądź też mimo wyraźnej interpretacji Ministerstwa Zdrowia utworzyło inny rodzaj przedsiębiorstwa lub utworzyło oddział szpitalny w przedsiębiorstwie ambulatoryjnym lub opieki stacjonarnej innej niż szpitalnej. Ponadto, analiza danych RPWDL wykazała, że w przypadku 20 przedsiębiorstw użyto do oznaczenia działalności szpitalnej klasyfikacji obowiązującej w latach 2004 – 2011. Dla porównania w REGON na dzień 30 września 2013 r. zarejestrowanych było formalnie 1670 podmiotów gospodarczych oraz 2409 jednostek lokalnych, których zakres działalności określono według PKD jako *działalność szpitali* (wykres 87).

Zakres i poziom szczegółowości zgromadzonych w RPWDL danych pozwala obecnie zweryfikować oficjalnie statystyki, co do liczby szpitali, oraz odnieść je do rodzajów i klas szpitali. Jest to ważne zestawienie, gdyż sam wskaźnik w postaci liczby szpitali może podlegać wahaniom w związku z trwającymi przekształceniami i procesami restrukturyzacyjnymi zakładającymi m.in. łączenie się szpitali w ramach jednego podmiotu leczniczego. W przeszłości wiele problemów interpretacyjnych powodowały np. zapisy nieobowiązującej już ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, które nakazywały traktować zakłady opieki zdrowotnej prowadzone przez spółki kapitałowe z większościovym udziałem jednostek samorządu terytorialnego, jako niepubliczne zakłady opieki

zdrowotnej. W konsekwencji z oficjalnych statystyk można było błędnie wnioskować, że co roku liczba szpitali nadzorowanych przez samorząd ulega zmniejszeniu, a tym samym sukcesywnie ogranicza się dostęp do opieki szpitalnej.

Wykres 88. Liczba szpitali ogólnych według oficjalnych informacji Ministerstwa Zdrowia w latach 2006-2011



Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2011. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa 2012

Również brak odniesienia liczby szpitali do kontekstu bazy łóżkowej może prowadzić do błędnych wniosków. Przeglądając oficjalne statystyki dotyczące liczby szpitali ogólnych można np. odnieść wrażenie, że w latach 2006 – 2011 nastąpiła znacząca poprawa ogólnej dostępności do opieki szpitalnej (wykres 88). Dokładna analiza danych dotyczących liczby łóżek szpitalnych pokazuje, że potencjał opieki szpitalnej od wielu lat pozostaje praktycznie na niezmiennym poziomie (tab. 4D).

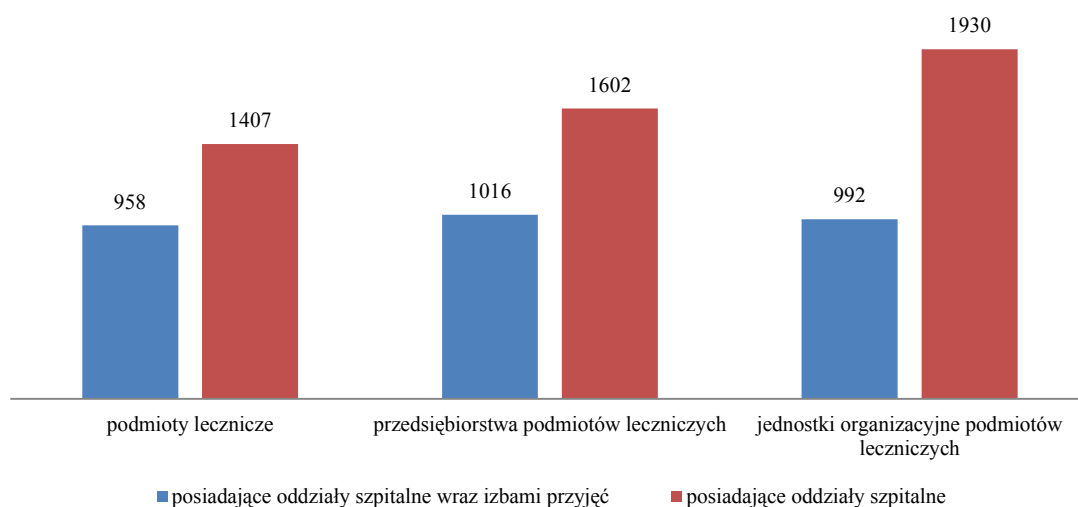
Tabl.4D. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych według oficjalnych informacji Ministerstwa Zdrowia w latach 2008-2011

Rok	2008	2009	2010	2011
Liczba łóżek	183 565	183 040	181 077	180 606
Procent liczby łóżek w odniesieniu do liczby łóżek w roku 2008	100,0%	99,7%	98,9%	99,7%

Źródło: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2011. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa 2012

W zależności od zastosowanego sposobu identyfikacji szpitala (podmiot leczniczy, przedsiębiorstwo, jednostka organizacyjna) oraz kryteriów go wyróżniających (oddział szpitalny, izba przyjęć) otrzymamy różne wyniki (wykres 89).

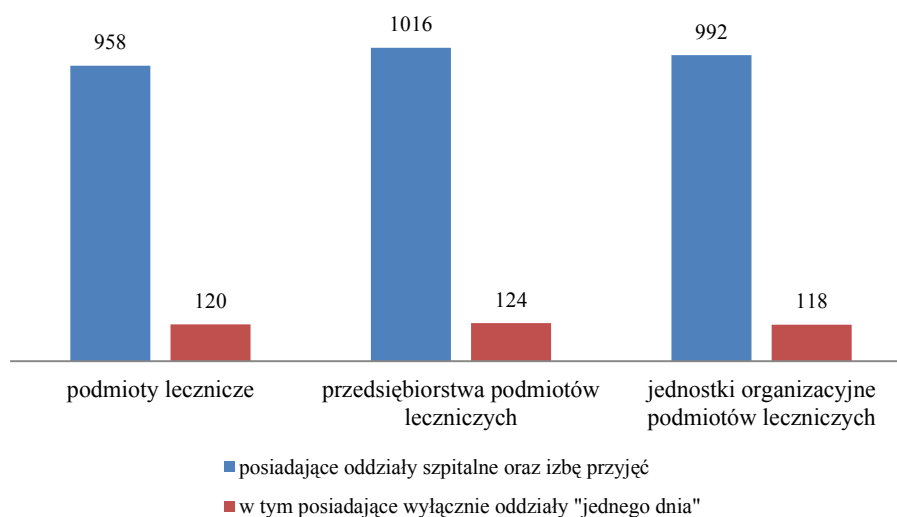
Wykres 89. Liczba szpitali w zależności od przyjętego poziomu identyfikacji szpitala w strukturze podmiotów leczniczych oraz kryterium wyróżniającego



Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Stosując wąską definicję szpitala (kryterium wyróżniające: *oddział szpitalny oraz izba przyjęć*) według stanu na dzień 30 września 2013 r., w Polsce było 1016 szpitali (wykres. 89), z czego 124 to tzw. *szpitale jednodniowe* tj. świadczące usługi szpitalne wyłącznie w trybie *jednodniowym* (wykres 90).

Wykres 90. Liczba szpitali i liczba „szpitali jednodniowych” na różnych poziomach identyfikacji w struktur podmiotów leczniczych przy wąskiej definicji szpitala*

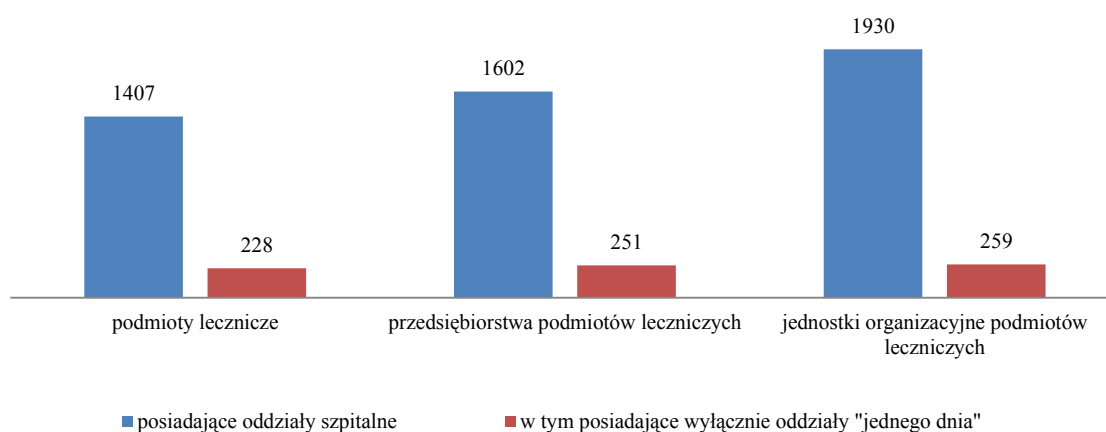


**przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem oraz izbą przyjęć*

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Z wykresu 90 wynika, że przy zastosowaniu kryterium posiadania *oddziału szpitalnego* oraz *izby przyjęć* do wyodrębniania szpitala na niższym poziomie struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego tj. jednostek organizacyjnych otrzymamy liczbę 992. Oznacza to, że istnieją podmioty lecznicze, które nie wyodrębniły jednostek organizacyjnych w swojej strukturze organizacyjnej. Stosując szerszą definicję szpitala tj. uwzględniając wyłącznie kryterium posiadania oddziału szpitalnego (z przynajmniej z jednym łóżkiem) otrzymamy odpowiednio wyższe wartości.

Wykres 91. Liczba szpitali i liczba „szpitali jednodniowych” na różnych poziomach identyfikacji struktur podmiotów leczniczych, przy szerokiej definicji szpitala*



*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem
 Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Prezentując dane dotyczące liczby szpitali statystyka publiczna rozróżnia następujące typy szpitali: ogólny, uzdrowski i psychiatryczny. Największe problemy wiążą się ze szpitalami ogólnymi, gdyż w żadnych oficjalnych dokumentach resortu zdrowia tego pojęcia nigdy nie doprecyzowano. W konsekwencji do grupy szpitali ogólnych zalicza się wszystkie szpitale nie będące szpitalami uzdrowskimi oraz psychiatrycznymi. Szpitalem ogólnym będzie więc zarówno szpital powiatowy jak i instytut medyczny lub szpital, dla którego podmiotem tworzącym jest uniwersytet medyczny. W przeszłości Centrum Ekonomiki i Organizacji Ochrony Zdrowia (obecnie Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia) podejmowało próby zdefiniowania tego pojęcia, odróżniając przy tym wyraźnie od szpitala ogólnego – szpital wielospecjalistyczny oraz jednospecjalistyczny. Wykorzystując to doświadczenie oraz odnosząc się do aktualnego stanu prawnego można zaproponować następujące definicje typów szpitali¹²⁰:

- **szpital ogólny** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej zapewniające dzienne i całodobowe świadczenia szpitalne w ramach: chorób

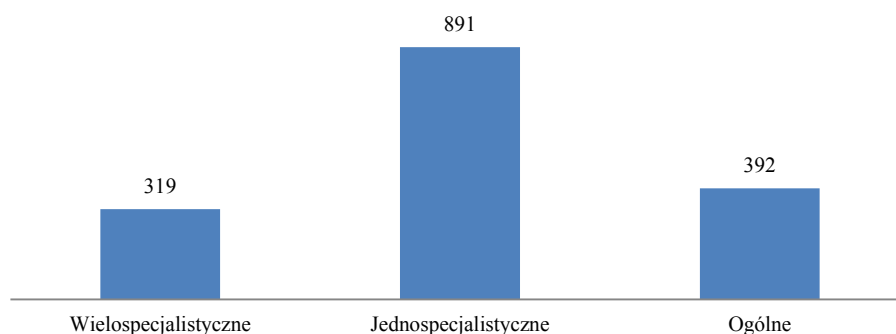
¹²⁰ Źródło definicji: *Terminologia, definicje i wymogi jednostek organizacyjnych w systemie opieki zdrowotnej na różnych szczeblach zarządzania* – Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia, Warszawa 1997.

wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii oraz anestezjologii i intensywnej terapii; szpital ogólny może wykonywać świadczenia szpitalne w ramach innych specjalności, jednak nie stanowią one podstawowego profilu działalności tego szpitala;

- **szpital wielospecjalistyczny** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej zapewniające dzienne i całodobowe świadczenia szpitalne w ramach następujących specjalizacji: kardiologia, neurologia, dermatologia, patologia ciąży i noworodka, okulistyka, laryngologia, chirurgia urazowa, urologia, neurochirurgia, chirurgia dziecięca, chirurgia onkologiczna; szpital specjalistyczny może wykonywać świadczenia szpitalne typowe dla szpitala ogólnego tj. w ramach chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, anestezjologii i intensywnej terapii jednak nie stanowią one podstawowego profilu działalności tego szpitala;
- **szpital jednospecjalistyczny** - przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej zapewniające dzienne i całodobowe świadczenia szpitalne w ramach tylko jednej specjalizacji (np. onkologia, kardiologia) lub kilku specjalizacji spokrewnionych (np. ginekologia i położnictwo).

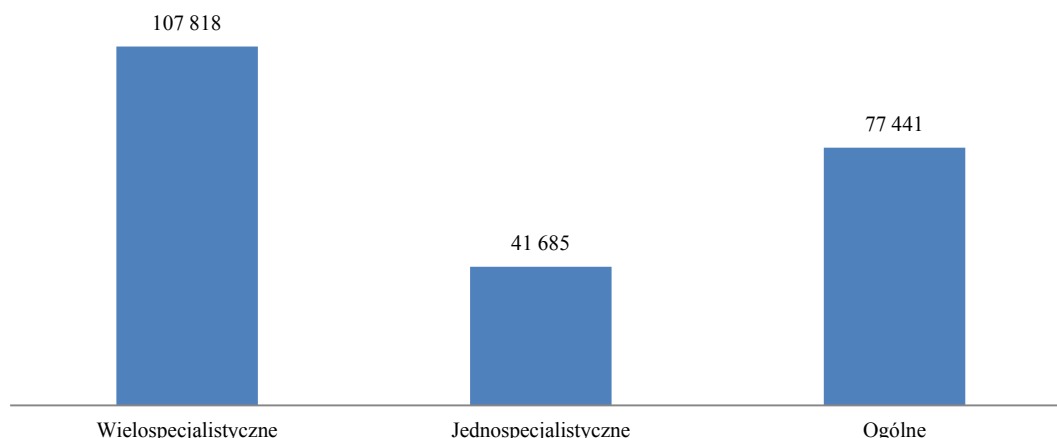
Przeprowadzenie analiz pod kątem wyżej zaproponowanych typów wymaga jednak pogłębionych badań nad strukturą organizacyjną każdego szpitala z osobna. Dlatego - dla uproszczenia - można przyjąć założenie, że szpitalem ogólnym będzie najczęściej szpital, dla którego podmiotem tworzącym jest gmina miejska lub powiat/miasto na prawach powiatu. Szpitalem ogólnym będzie też szpital prowadzony przez podmiot prywatny, który przejął zadania publicznego szpitala powiatowego lub miejskiego. Z kolei, szpitale, dla których podmiotem tworzącym jest marszałek województwa, uczelnia medyczna lub minister to najczęściej szpitale jedno- lub wielospecjalistyczne. Pozostałe szpitale prowadzone przez podmioty prywatne będą miały najczęściej charakter placówek jednospecjalistycznych. Liczbę szpitali oraz ich potencjał mierzony liczbą łóżek wedle takiej przybliżonej typologii przedstawiono na wykresie 92 i 93.

Wykres 92. Liczba szpitali specjalistycznych, jednospecjalistycznych oraz ogólnych przy zastosowaniu szerokiej definicji szpitala* na poziomie identyfikacji przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego



*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem

Wykres 93. Liczba łóżek w szpitalach przy zastosowaniu szerokiej definicji szpitala* na poziomie identyfikacji przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego

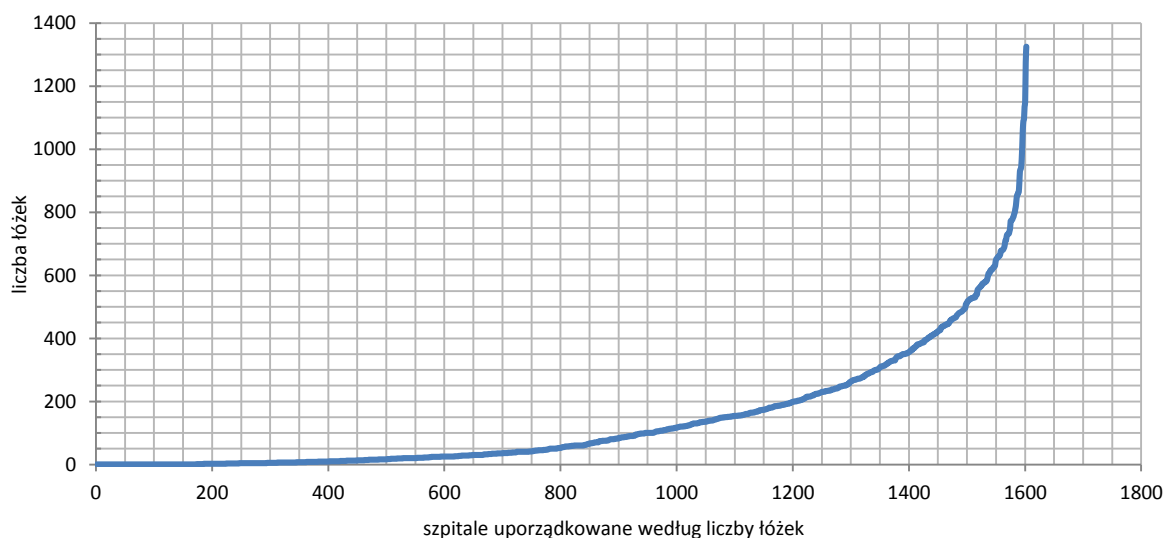


*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem

Źródło danych do wykresu 92. i 93.: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Sama liczba przedsiębiorstw-szpitali nie jest wystarczająca do przedstawienia organizacji i potencjału opieki szpitalnej w Polsce. Wśród przedsiębiorstw-szpitali są bowiem takie, które posiadają do 15 łóżek (486 przedsiębiorstw) oraz takie, które mają ponad 750 łóżek (28 przedsiębiorstw). Niektóre z nich prowadzą ponadto działalność na obszarach zamkniętych (areszty śledcze, zakłady karne, jednostki wojskowe), co również powinno być brane pod uwagę w trakcie analiz organizacji opieki szpitalnej¹²¹.

Wykres 94. Liczba łóżek a liczba szpitali przy szerokiej definicji szpitala* na poziomie identyfikacji przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego



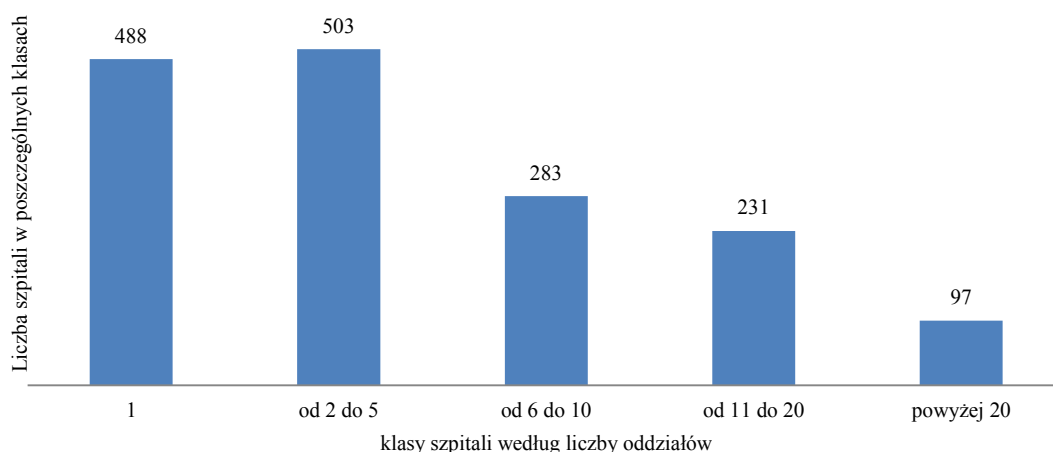
*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Stan na dzień 30.09.2013 r.

¹²¹ Według stanu na dzień 30 września 2013 r. w Polsce funkcjonowało 26 przedsiębiorstw typu szpital (kryterium wyróżniające szpital–oddział szpitalny) na terenach jednostek wojskowych, aresztów śledczych oraz zakładów karnych. Dysponowały one łącznie 47 oddziałami szpitalnymi, na których znajdowało się łącznie 1162 łóżek.

Z wykresu 94 wynika, że ok. tysiąc przedsiębiorstw-szpitali posiada mniej niż 100 łóżek, a blisko jedna trzecia ma tylko jeden oddział szpitalny (wykres 95). Liczbę szpitali, jako wskaźnik potencjału opieki szpitalnej, powinno się więc zawsze analizować w kontekście posiadanej przez nie liczby łóżek oraz oddziałów szpitalnych.

Wykres 95. Liczba przedsiębiorstw typu szpital według liczby oddziałów przy szerokiej definicji szpitala*

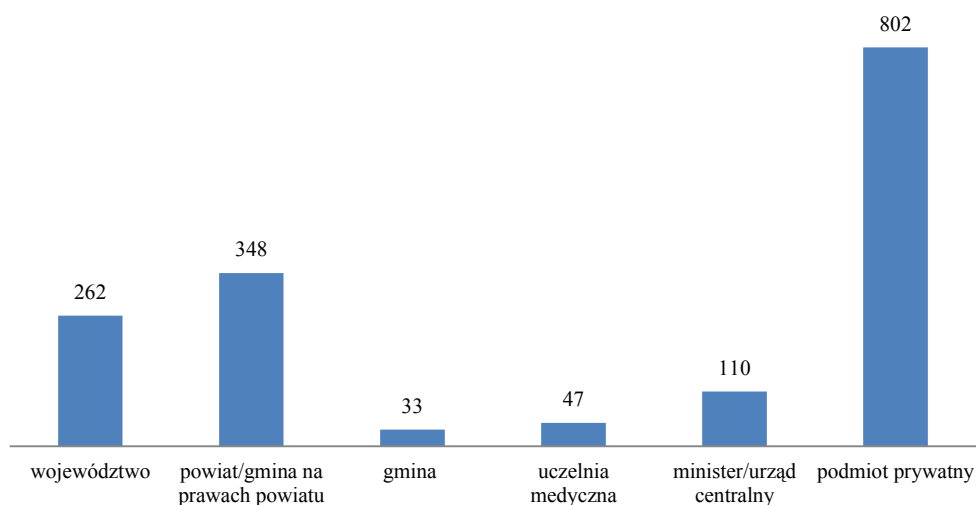


**przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem.*

Źródło: Jak wyżej.

Poważnym mankamentem RPWDL jest niedokładność kodowania rodzaju podmiotu tworzącego (tzw. III część kodu resortowego) oraz formy organizacyjno-prawnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tzw. IV część kodu resortowego). Zdarza się, że podmioty lecznicze prowadzone w formie spółek ze 100% udziałem jednostki samorządu terytorialnego oznaczane są kodem 1300 (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością) zamiast 1310 (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z udziałem Skarbu Państwa albo jednostki samorządu terytorialnego). Bardziej kompletne dane w tym zakresie zawiera natomiast rejestr REGON. Połączenie danych z RPWDL oraz REGON umożliwia precyzyjne przedstawienie danych dotyczących liczby przedsiębiorstw oraz liczby łóżek według podmiotu tworzącego.

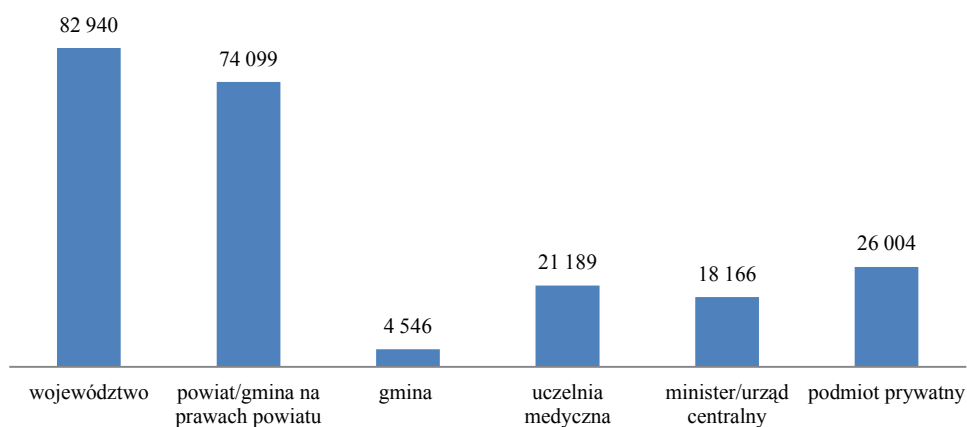
Wykres 96. Liczba przedsiębiorstw–szpitali według podmiotu tworzącego przy szerokiej definicji szpitala*.



*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Rejestr Podmiotów Gospodarki Narodowej REGON. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Wykres 97. Liczba łóżek w przedsiębiorstwach-szpitalach według podmiotu tworzącego przy szerokiej definicji szpitala*



*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem

Źródło: Jak wyżej.

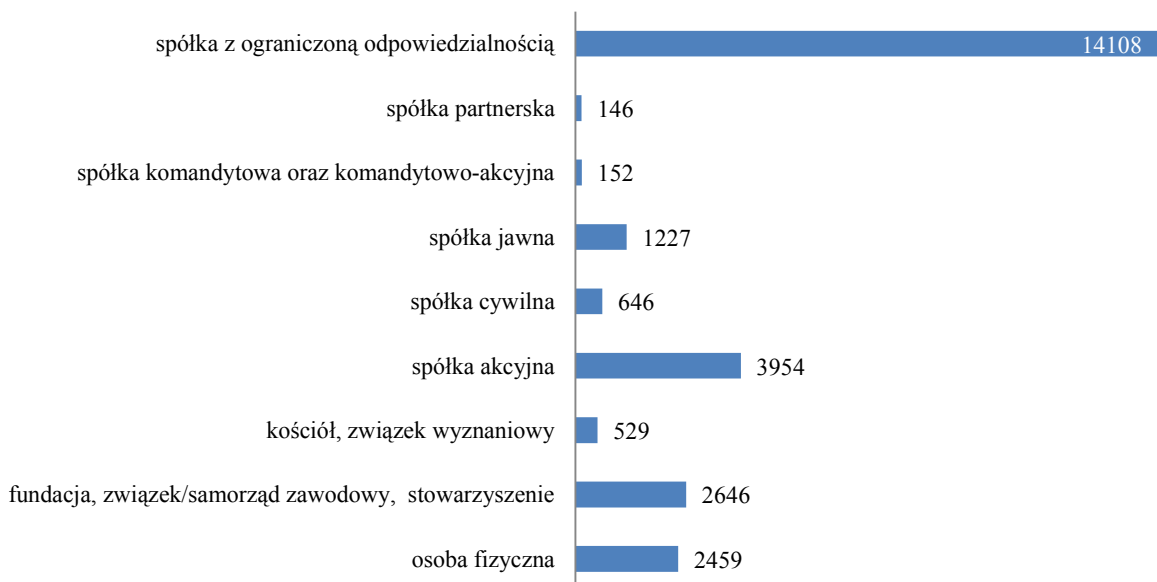
Wykres 98. Szpitale prywatne według formy organizacyjno-prawnej podmiotu prowadzącego przy szerokiej definicji szpitala*



*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem

Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz Rejestr Podmiotów Gospodarki Narodowej REGON. Stan na dzień 30.09.2013 r.

Wykres 99. Liczba łóżek w szpitalach prywatnych według formy organizacyjno-prawnej podmiotu prowadzącego przy szerokiej definicji szpitala*



*przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego w strukturze którego wyodrębniono oddział szpitalny z przynajmniej jednym łóżkiem oraz izbą przyjęć

Źródło: Jak wyżej.

Wnioski i rekomendacje

Z perspektywy jednego roku funkcjonowania wprowadzonej ustawą o działalności leczniczej terminologii oraz zasad rejestrowania podmiotów leczniczych należy stwierdzić, że koncepcja odejścia od klasyfikowania jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego na rzecz klasyfikowania jego przedsiębiorstw przyniosła nowe, bogatsze możliwości wykorzystania danych rejestrowych dla celów statystyki publicznej. Na przykładzie analizy dostępnych danych Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą i rejestru REGON wykazaliśmy jednak, że nie da się bezpośrednio stosować danych z funkcjonujących obecnie rejestrów dla uzyskania jednoznacznej i spójnej statystyki działalności leczniczej. Dlatego, dla pełnej jednoznaczności danych RPWDL, korzystnym byłoby lepsze doprecyzowanie granic przedsiębiorstw w ramach struktur podmiotów leczniczych.

W przypadku szpitala mogłoby to być np. kryterium posiadania nie tylko oddziału szpitalnego ale także własnej izby przyjęć, a w przypadku ambulatorium - oddzielnej rejestracji. Potrzebnym wydaje się powrót do stosowania międzynarodowej klasyfikacji dostawców opieki zdrowotnej, która obowiązywała w latach 2004 – 2011, gdyż dawała ona możliwości znacznie bardziej precyzyjnej charakterystyki podmiotu leczniczego.

Nie spełniła do końca oczekiwań próba integracji pomiędzy Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą a Rejestrem Podmiotów Gospodarki Narodowej poprzez utożsamienie przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego oraz jednostki lokalnej. Przedsiębiorstwo może mieć bowiem wiele miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych (jednostek lokalnych), a nie każda jednostka lokalna musi być zorganizowana w postaci przedsiębiorstwa.

Ze względu na powiązanie RPWDL z REGON warto też rozważyć wprowadzenie mechanizmów weryfikujących prawidłowość klasyfikowania działalności z zakresu ochrony zdrowia w tym ostatnim rejestrze. REGON jest bowiem w dużej mierze rejestrzem deklaratywnym tzn. urzędy statystyczne nie posiadają narzędzi prawnych umożliwiających zakwestionowanie klasyfikatorów PKD wybranych przez podmioty zgłaszające wpis do rejestru. Dlatego byłoby celowe poddawanie powyższych deklaracji procedurze weryfikującej spójność wybranego kodu PKD z klasyfikacjami funkcji ochrony zdrowia w trakcie rozpatrywania przez wojewodę wniosku o wpis do RPWDL, z zachowaniem zasady że Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, jest rejestrzem konstytutywnym¹²².

¹²² Wprowadzenie takiego mechanizmu wymagałoby nowelizacji Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 września 2011 r. w sprawie szczegółowego zakresu danych objętych wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz szczegółowego trybu postępowania w sprawach dokonywania wpisów, zmian w rejestrze oraz wykreśleń z tego rejestru (Dz.U. 2011 nr 221 poz. 1319), poprzez rozszerzenie zakresu danych podlegających wpisowi o kod PKD nadawany w REGON. W sytuacji stwierdzenia niezgodności klasyfikacji PKD z klasyfikacjami funkcji ochrony zdrowia nadawanymi w RPWDL, wojewoda mógłby odmówić wpisu do rejestru do czasu nadania w REGON poprawnej klasyfikacji PKD.