



GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY
CENTRAL STATISTICAL OFFICE

INFORMACJE I OPRAWOWANIA STATYSTYCZNE
STATISTICAL INFORMATION AND ELABORATIONS

ZDROWIE
I OCHRONA ZDROWIA
W 2016 R.

HEALTH
AND HEALTH CARE
IN 2016



WARSZAWA 2017 WARSAW



**ZDROWIE
I OCHRONA ZDROWIA
W 2016 R.**

**HEALTH
AND HEALTH CARE
IN 2016**

Opracowanie publikacji GUS, Departament Badań Społecznych i Warunków Życia
Urząd Statystyczny w Krakowie

Elaborated by CSO, Social Surveys and Living Conditions Department
Statistical Office in Kraków

Zespół redakcyjny Wydział Statystyki Zdrowia
Editing team Health Statistics Division
Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Centre for Health and Health Care Statistics

Redakcja merytoryczna Małgorzata Żyra, Ewa Malesa
editor
zespół Departament Badań Społecznych i Warunków Życia, GUS:
team Natalia Koehne (p. 2.5, 2.6),
Michał Koziński (p. 3.1),
Elżbieta Król – mapy,
Małgorzata Piekarzewska (p. 1.1),
Urszula Salwa (p. 2.4, 3.2),
Izabela Wilkińska (p. 2.1, 2.3),
Alicja Zajenkowska-Kozłowska (p. 1.1),
Marzena Żytecka-Karolak (p. 2.2),
Ewa Malesa (koordynacja prac).

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia w US Kraków:
Maria Penpeska (p. 4.1, koordynacja prac),
Piotr Woch (p. 4.1),
Sylwia Duda, Agnieszka Czarnecka (aneks tabelaryczny).

Instytut Medycyny Pracy:
Institute of Occupational Medicine
Mariola Wojda (p. 2.7)

Projekt okładki Lidia Motrenko-Makuch
Cover design

Druk i oprawa Zakład Wydawnictw Statystycznych
Printing and binding Statistical Publishing Establishment

ISSN 2084-0470

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

PRZEDMOWA

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

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

Uwagi metodyczne obejmują określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej w 2016 r., będącej źródłem danych prezentowanych w części tabelarycznej.

Synteza wyników badania zawiera opis danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej, dotyczących stanu zdrowia ludności, jak również zjawisk obserwowanych w zasobach kadrowych i materialnych opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy ona też ekonomicznych aspektów opieki zdrowotnej. Ostatnia część syntezy poświęcona jest wybranym aktualnym zagadnieniom związanym z ochroną zdrowia. Tekst wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami, które lepiej obrazują wyniki przeprowadzonych badań statystyki publicznej dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

W części tabelarycznej (wyłącznie w wersji elektronicznej) zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, informacje o liczbie i działalności placówek ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych a także wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla 2013 r., 2014 r., 2015 r. oraz informacje o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia w 2016 r.

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

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

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

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce.

Dyrektor
Urzędu Statystycznego w Krakowie
Agnieszka Chochorowska

Dyrektor Departamentu
Badań Społecznych i Warunków Życia
Piotr Łysoń

PREFACE

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

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

The methodological notes contain terms and definitions used in the 2016 statistical reporting which is the main source of data presented in the tables.

Synthesis of the results of the studies describes the data collected regularly in the framework of official statistics on health status as well as the phenomena observed in the staffing and material aspects of health care. As in previous years, it also applies to the economic aspects of health care. The last part of the synthesis is devoted to the selected current issues related to health care. The text is enriched with numerous maps and charts which better illustrate the results of public statistics on the health care system.

The tabular section (exclusively in electronic version) contains the basic data about the health of the Polish population, data on medical workers, as well as information on the number and activity of centers of ambulatory and inpatient care, blood donation, medical rescue and first aid, pharmacies and pharmaceutical outlets and on public expenditure on health care in 2016 and results of the National Health Account developed for 2013, 2014, 2015.

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

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

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

We hope that this publication will prove to be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland.

Director
of the Statistical Office in Krakow
Agnieszka Chochorowska

Director of the Social Surveys
and Living Conditions Department
Piotr Łysoń

SPIS TREŚCI

Str.

Przedmowa	3
CZĘŚĆ I. UWAGI METODYCZNE	21
1. Źródła danych statystycznych	22
2. Podstawowe wyjaśnienia metodyczne.....	24
3. Podstawowe definicje.....	33
CZĘŚĆ II. WYNIKI BADAŃ – SYNTEZA	61
1. Stan zdrowia	62
1.1. Zachorowalność na wybrane choroby	62
2. Opieka zdrowotna	69
2.1. Kadra medyczna.....	69
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna.....	81
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	119
2.4. Ratownictwo medyczne.....	130
2.5. Krwiodawstwo	142
2.6. Apteki.....	145
2.7. Służba medycyny pracy	149
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	156
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia.....	156
3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną.....	166
4. Wybrane problemy	170
4.1. Diagnostyka medyczna w 2016 r.	170

SPIS WYKRESÓW

	Nr	Str.
Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarki, położnej w latach 2005-2016	1	70
Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	2	70
Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	3	71
Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku	4	71
Położne uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku	5	72
Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2016	6	73
Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw	7	74
Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys. ludności	8	76
Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych w latach 2010-2016	9	76
Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010-2016	10	77
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	11	78
Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców, według województw	12	78
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2016, z uwzględnieniem liczby kobiet	13	79
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2016, z uwzględnieniem kobiet	14	80
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2016, z uwzględnieniem liczby kobiet	15	80
Łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw w latach 2015 i 2016	16	82
Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w latach 2015 i 2016	17	83
Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych, według województw w latach 2015-2016	18	84
Struktura łóżek w szpitalach ogólnych, według rodzajów oddziałów	19	86
Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2015 r. i 2016 r.	20	86
Struktura leczonych stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych	21	87
Leczeni stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2015 r. i 2016 r.	22	88
Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych	23	89
Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych	24	90
Średni pobyt w szpitalach według województw	25	91
Wykorzystanie łóżek w szpitalach według województw	26	91
Struktura łóżek i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej	27	93
Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej	28	96

	Nr	Str.
Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej	29	97
Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej	30	97
Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu	31	98
Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2016	32	100
Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2016	33	101
Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2016	34	102
Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	35	105
Liczba łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	36	105
Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	37	107
Struktura kuracjuszy według sposobu finansowania pobytu	38	108
Struktura zabiegów według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu)	39	110
Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu	40	110
Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych	41	111
Przychodnie w latach 2005-2016	42	119
Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001-2016	43	120
Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych	44	120
Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad	45	121
Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005-2016	46	122
Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady w latach 2000-2016	47	122
Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach	48	124
Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. ludności według województw	49	125
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca, według województw	50	126
Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw	51	132
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego, według miejsc zdarzenia	52	133
Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych, według miejsca świadczenia	53	134
Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia, według województw	54	135
Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2014-2016, według rodzajów świadczeń	55	139
Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym w latach 2014-2016, według rodzajów poradni	56	140

	Nr	Str.
Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych, według wieku	57	140
Krwiodawcy według płci i wieku	58	142
Krwiodawcy według województw	59	143
Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w latach 2000-2016	60	145
Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi w latach 2009, 2014-2016	61	147
Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych	62	148
Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy	63	149
Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, według wymogów kwalifikacyjnych	64	150
Liczba profilaktycznych badań lekarskich, według rodzaju w latach 2013-2015	65	151
Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2012-2016	66	152
Dynamika zmian liczby udzielonych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej w patologii zawodowej w latach 2010-2016	67	153
Dynamika zmian rozpatrywania odwołań od orzeczeń wydanych przez jednostki podstawowe oraz przypadków potwierdzających orzeczenie jednostki podstawowej w latach 2010-2016	68	154
Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011	69	157
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r., według schematów finansowania	70	159
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r., według funkcji	71	160
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r., według świadczeniodawców	72	161
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r., według przychodów schematów finansowania	73	162
Bieżące wydatki na zdrowie według parytetu siły nabywczej w USD na 1 mieszkańca w 2015 r.	74	165
Bieżące wydatki na zdrowie jako % PKB w 2015 r. w wybranych krajach	75	165
Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2016 r.	76	166
Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ	77	166
Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca, według województw w 2016 r.	78	168
Wybrane pracownie diagnostyczne (stan na koniec 2016 r.)	79	171
Odsetek populacji z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi w 2016 r. według wieku	80	172
Odsetek populacji z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi w 2016 r. według rodzaju badań	81	173
Struktura finansowania badań laboratoryjnych wykonanych w 2016 r.	82	173
Odsetek populacji z wykonanymi badaniami obrazowymi lub innymi diagnostycznymi w 2016 r. wg wieku	83	174

	Nr	Str.
Odsetek populacji z wykonanymi badaniami obrazowymi lub innymi diagnostycznymi w 2016 r. według rodzaju badań	84	175
Struktura finansowania badań obrazowych lub innych diagnostycznych w 2016 r.	85	176
Struktura przyczyn niekorzystania z badań diagnostycznych w 2016 r.	86	177

SPIS MAP

Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2014 r. (na 100 tys. ludności) według województw	1	65
Szpitalne ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw	2	81
Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw	3	99
Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw	4	100
Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw	5	103
Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw	6	103
Obszary uzdrowiskowe w Polsce	7	104
Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według województw	8	106
Kuracjusze stacjonarni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według powiatów	9	107
Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów	10	128
Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów	11	129
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw	12	131
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności według województw	13	133
Liczba rejonów operacyjnych oraz mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia według województw	14	136
Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy według województw	15	137
Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw	16	144
Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów	17	146

TABLICE WYNIKOWE (na stronie <http://stat.gov.pl/...>)

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne w 2016 r.	1
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę w 2016 r.	2
Zachorowania na choroby weneryczne w 2016 r.	3
Zachorowania na nowotwory złośliwe według rozpoznania w 2014 r.	4
Osoby zarejestrowane w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji według rozpoznania w 2015 r.	5
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw	6
Pracownicy medyczni według województw w 2016 r.	7
Lekarze specjaliści 2016	8
Łóżka stacjonarnej opieki zdrowotnej według klasyfikacji dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia ICHA-HP	9
Szpitala ogólne według podmiotu tworzącego w 2015 i 2016 r.	10
Szpitala ogólne według województw	11
Łóżka, inkubatory, noworodki żywo i martwo urodzone w szpitalach ogólnych według województw	12
Stanowiska porodowe i przyjęte porody w szpitalach ogólnych według województw	13
Wypisani i zmarli w szpitalach ogólnych według województw	14
Stanowiska dializacyjne w szpitalach ogólnych według województw	15
Zabiegi operacyjne w szpitalach ogólnych według województw	16
Miejsca dzienne i leczeni w trybie dziennym w szpitalach ogólnych według województw	17
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – infrastruktura	18
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – leczeni	19
Tłumaczenie nazw oddziałów szpitalnych	20
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie dolnośląskim	21
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim	22
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubelskim	23
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubuskim	24
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie łódzkim	25
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim	26
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim	27
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie opolskim	28
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podkarpackim	29
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podlaskim	30
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie pomorskim	31
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie śląskim	32
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie świętokrzyskim	33
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie warmińsko-mazurskim	34
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie wielkopolskim	35
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie zachodniopomorskim	36
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw	37
Hospicja i oddziały opieki paliatywnej według województw	38

Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw	39
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw	40
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	41
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	42
Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw	43
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw	44
Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	45
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	46
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	47
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw	48
Przychodnie według województw	49
Praktyki lekarskie według województw	50
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	51
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	52
Specjalistyczne porady lekarskie i stomatologiczne według województw	53
Porady udzielone w ramach praktyk lekarskich w miastach według województw	54
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw	55
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw	56
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi według województw	57
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi według województw	58
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna według województw	59
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach według województw	60
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw	61
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi	62
Jednostki podstawowe służby medycyny pracy według województw	63
Lekarze uprawnieni ^{a)} do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi według województw	64
Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy według województw	65
Badania wstępne, okresowe i kontrolne	66
Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza w związku z patologią zawodową według województw	67
Działalność konsultacyjna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	68
Działalność kontrolna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	69
Działalność odwoławcza wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	70
Krwiodawstwo według województw	71
Apteki i punkty apteczne według województw	72
Działalność aptek według województw	73
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw ^{a)}	74
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia według województw ^{a)}	75
Pomoc doraźna ratownictwa medycznego według województw	76
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w latach 2013-2015 ^{a)} (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	77

Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	78
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	79
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	80
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2013 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	81
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	82
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	83
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	84
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	85
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	86
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	87
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	88
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia)	89
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 i 2016 r.	90
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2015 i 2016 r.	91
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych według województw w 2016 r.	92
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2015 i 2016 r.	93

CONTENTS

Page

- Introduction** 4
- PART I. METHODOLOGICAL NOTES** 43
 - 1. Sources of statistical data 43
 - 2. Basic methodological explanations 45
 - 3. Basic definitions 53
- PART II. RESULTS OF SURVEYS- SYNTHESIS** 61
 - 1. Health status** 62
 - 1.1 Incidence of selected diseases 62
 - 2. Health care** 69
 - 2.1. Medical personnel 69
 - 2.2. Inpatient health care 81
 - 2.3. Out-patient health care 119
 - 2.4. Emergency medical services 130
 - 2.5. Blood donation 142
 - 2.6. Pharmacies 145
 - 2.7. Occupational medicine. 149
 - 3. Economic aspects of health care** 156
 - 3.1 National Health Accounts 156
 - 3.2. Public expenditure on health care 166
 - 4. Selected problems** 170
 - 4.1. Medical diagnostics in 2016 170

DIAGRAMS

	No	Page
Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2005-2016	1	70
Doctors entitled to perform their profession – the age structure	2	70
Dentists entitled to perform their profession – the age structure.....	3	71
Nurses entitled to perform their profession – the age structure.....	4	71
Midwives entitled to perform their profession – the age structure	5	72
Graduates of selected medical faculties at universities in Poland in 1995-2016.....	6	73
Doctors and nurses working with patients at 10 thousand. of the population by voivodeships	7	74
Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) per 10 thousand of the population	8	76
The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2010-2016.....	9	76
The level of education of paramedics in 2010-2016	10	77
Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	11	78
Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population by voivodeships.....	12	78
Doctors working directly with the patient in the years 1990-2016 including the number of female.....	13	79
Dentists working directly with the patient in the years 1990-2016 the number of female	14	80
Pharmacists working directly with the patient in the years 1990-2016 including the number of female	15	80
Beds in general hospitals per 10 thous. population by voivodships in 2015-2016.....	16	82
Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships in 2015-2016	17	83
Inpatients in general hospitals by voivodships in 2015-2016	18	84
The structure of beds in general hospitals by type of wards	19	86
The hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2015 and 2016	20	86
The structure of inpatients on wards in general hospitals	21	87
Number of inpatients in wards of general hospitals in 2016 and 2015	22	88
Beds and number of impatiens per one bed in hospital wards	23	89
Average patient stay in hospital wards by types of wards	24	90
Average patient stay in hospital wards by voivodships.....	25	91
Usage of beds in general hospitals by voivodships.....	26	91
Structure of beds and inpatients of psychiatric facilities.....	27	93
Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards	28	96
Age structure of females in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards	29	97

	No	Page
Age structure of males in facilities of inpatient long term care (including hospices and palliative wards)	30	97
Structure of beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility	31	98
Beds in chronic medical care homes and nursing homes 2005-2016	32	100
Residents in chronic medical care homes and nursing homes 2005-2016	33	101
Beds and residents in hospices 2005-2016.....	34	102
Number of health resort facilities.....	35	105
Number of beds in health resort facilities	36	105
Patients in health resort facilities	37	107
Structure of inpatients by type of cofinancing	38	108
Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility).....	39	110
Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service	40	110
The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons	41	111
Out-patient departments in 2005-2016	42	119
Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2001-2016.....	43	120
Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources.....	44	120
Structure of out-patient health care consultations	45	121
Out-Patient and Doctors' consultations provided in 2005-2016	46	122
Medical Practices and Doctors' consultations provided in 2000-2016	47	122
Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics.....	48	124
Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population by voivodeships	49	125
Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodeships.....	50	126
Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodeships	51	132
Calls of emergency rescue teams by the occurrence places.	52	133
Structure of persons who received health care services by the occurrence place	53	134
Structure of calls to the occurrence places by voivodships	54	135
Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided in 2014-2016.....	55	139
Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics in 2013-2015	56	140
Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age	57	140

	No	Page
Blood donors by sex and age	58	142
Blood donors by voivodeships	59	143
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet in 2000-2016.....	60	145
Facilities for the disabled in public pharmacist and pharmaceutical outlet in 2009, 2014-2015.....	61	147
Employed in public pharmacies and pharmaceutical outlets.....	62	148
Structure of primary occupational medicine service units.	63	149
The structure of physicians authorized to perform prophylactic occupational health care, according to qualifying requirements	64	150
Number of prophylactic medical examinations by type in years 2014-2016	65	151
Dynamics of change of the number of sampled establishments and workposts and recorded cases of suspected occupational diseases in 2012-2016.....	66	152
Dynamics of change of the number of services provided in the field of outpatient rehabilitation in occupational pathology in 2010-2016.....	67	153
Dynamics of changes in considering appeals against judgments issued by basic units and cases confirming the judgments of a basic unit in 2010-2016	68	154
The core and extended accounting framework of SHA 2011	69	157
Current expenditure on health care in 2015 according to financing schemes	70	159
Current expenditure on health care in 2015 according to functions	71	160
Current expenditure on health care in 2015 according to providers.....	72	161
Current expenditure on health care in 2015 according to revenues of health financing schemes	73	162
Current expenditure on health care in 2015, per capita, PPP, US\$	74	165
Current expenditure on health care in 2015 as % of GDP	75	165
The structure of public expenditure on health care in 2016.	76	166
Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund	77	166
Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2016	78	168
Selected diagnostic laboratories (as of the end of 2016)	79	171
Percentage of population using laboratory tests in 2016 by age	80	172
Percentage of population using laboratory tests in 2016 by type of services	81	173
Structure of financing laboratory tests in 2016.....	82	173
Percentage of population using imaging exams or other diagnosis services in 2016 by age.....	83	174
Percentage of population using imaging exams or other diagnosis services in 2016 by type of services	84	175
Structure of financing imaging exams or other diagnosis services in 2016	85	176

	No	Page
Structure of reasons for not using diagnostic tests in 2016	86	177
MAPS		
New cases of malignant neoplasms in 2014 per 100 thous. population by voivodships	1	65
General hospitals per 100 thous. population and hospital beds in hospitals per 10 thous. population by voivodships	2	81
Beds in long term care facilities per 10 thous. population by voivodships	3	99
Residents in long term care facilities per 10 thous. population by voivodships	4	100
Beds in hospices and palliative care wards per 10 thous. population by voivodships	5	103
Patients in hospices and palliative care ward per 10 thous. population by voivodships	6	103
Health resort areas in Poland	7	104
Location of health resort beds and number of in-patients in hospitals and sanatoriums by voivodships	8	106
Number of in-patients in health resort hospitals and sanatoria by poviats	9	107
Number of residents per out-patient health care (out-patient department and doctor practices) department by poviats	10	128
Number of outpatient consultations per capita by poviats	11	129
Emergency medical care by voivodships	12	131
Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population by voivodships	13	133
The number of operational areas, and the median time of Emergency rescue team reach to the occurrence places	14	136
Calls unrelated to the state of sudden health threat to the total number of calls and calls where time of Emergency rescue team reach exceeded the statutory standard	15	137
Blood donors by location of institutions collecting blood and by voivodships	16	144
Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats	17	146

TABLES (available on <http://stat.gov.pl/...>)

	No
Incidence of infectious diseases and poisonings in 2016	1
New cases of tuberculosis in 2016	2
Incidence of venereal diseases in 2016	3
Incidence of malignant neoplasms by site in 2014.....	4
Persons registered in out-patient clinics for patients with mental disorders, addicted to alcohol and drug in 2015	5
Medical personnel entitled to practice medical profession by voivodships.....	6
Medical personnel by voivodships in 2016.....	7
Doctors specialists 2016	8
Beds in inpatient health care by classification of providers of goods and services ICHA-HP	9
General hospitals by kind of establishment in 2015 and 2016	10
General hospitals by voivodships	11
Beds, incubators and newborns in general hospitals by voivodships	12
Delivery units and deliveries in general hospitals by voivodships.....	13
Discharges and deaths in general hospitals by voivodships	14
Dialysis units in general hospitals by voivodships.....	15
Surgical services in general hospitals by voivodships.....	16
Day care places and outpatients in general hospitals by voivodships	17
Activity of inpatient hospital wards in general hospitals – infrastructure.....	18
Activity of inpatient hospital wards in general hospitals– inpatients.....	19
Translation of hospital wards	20
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in dolnośląskie voivodship	21
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in kujawsko-pomorskie voivodship.....	22
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubelskie voivodship.....	23
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubuskie voivodship	24
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in łódzkie voivodship	25
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in małopolskie voivodship.....	26
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in mazowieckie voivodship	27
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in opolskie voivodship	28
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podkarpackie voivodship.....	29
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podlaskie voivodship.....	30
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in pomorskie voivodship	31
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in śląskie voivodship	32
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in świętokrzyskie voivodship	33
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in warmińsko-mazurskie voivodship	34
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in wielkopolskie voivodship.....	35
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in zachodniopomorskie voivodship.....	36
Inpatient psychiatric facilities by voivodships	37
Hospices and palliative care wards by voivodships	38
Chronic medical care homes and nursing homes by voivodships	39
Age structure of residents of long term care facilities by voivodships.....	40
Age structure of female residents of long term care facilities by voivodships	41
Age structure of male residents of long term care facilities by voivodships	42
Health resort facilities by voivodships	43
Activity of health resort facilities by voivodships.....	44
Patients in health resort facilities by voivodships	45
Services in health resort facilities by voivodships	46

Inpatients subsidized by NFZ, ZUS, KRUS and PFRON who were in health resort facilities by voivodships	47
Inpatient rehabilitation facilities by voivodships	48
Out-patient departments by voivodships	49
Medical practices by voivodships	50
Consultations provided in ambulatory health care in urban and rural areas by voivodships	51
Consultations provided in primary health care in urban and rural areas by voivodships	52
Specialized doctors and dentists consultations by voivodships	53
Consultations provided within doctors practices in urban areas by voivodships	54
Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodships	55
Consultations provided in primary health care in urban areas by voivodships	56
Consultations provided in primary health care in rural areas by voivodships	57
Consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodships	58
Specialized doctors consultations by voivodships	59
Specialized doctors consultations in selected clinics by voivodships	60
Specialized dentists consultations by voivodships	61
Specialized dentists consultations in urban and rural areas by voivodships	62
Primary occupational medicine service units by voivodships	63
Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care by voivodships	64
Medical certification activities of occupational medicine physicians by voivodships	65
Pre-employment, periodic and control medical examinations	66
Outpatient medical rehabilitation in relation to occupational pathology by voivodships	67
Consultancy activity of regional occupational medicine centers by voivodships	68
Control activity of regional occupational medicine centers by voivodships	69
Appeal activity of regional occupational medicine centers by voivodships	70
Blood donation by voivodships	71
Pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships	72
Activities of pharmacies by voivodships	73
Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by voivodships	74
Persons who received health care benefits in the place of occurrence by voivodships	75
Emergency health care units by voivodships	76
Public and private health care expenditure, 2013—2015 (result of the National Health Account)	77
Expenditures on health care in 2013 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	78
Expenditures on health care in 2014 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	79
Expenditures on health care in 2015 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	80
Current expenditures on health care in 2013 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	81
Current expenditures on health care in 2014 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	82
Current expenditures on health care in 2015 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	83
Expenditures on health care in 2013 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account)	84
Expenditures on health care in 2014 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account)	85
Expenditures on health care in 2015 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account)	86
Expenditures on health care in 2013 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	87
Expenditures on health care in 2015 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account)	89
Costs of health care services for the insured population covered by national health fund, 2015 and 2016	90

State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2015 and 2016	91
Local self-government budget expenditure on health care by voivodships, 2016	92
Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2015 and 2016	93

CZEŚĆ 1

Part 1

UWAGI METODYCZNE

Methodological notes

1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

Podstawowym źródłem informacji prezentowanych w publikacji są wyniki badań statystycznych prowadzonych zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej, zarówno przez Główny Urząd Statystyczny jak i w ramach statystyki resortowej¹ (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji). Źródłem uzupełniającym są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej.

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

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

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

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

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

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

Formularz ZD-5 dostarcza informacji na temat aptek (ogólnodostępnych i zakładowych) 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) a także dane Centralnego Rejestru Nowotworów oraz Krajowego Rejestru Zachorowań na Gruźlicę.

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

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

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest *Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2016 r.* opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ-30.

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

Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

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

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

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

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

Dane w tablicach, mapach i wykresach dotyczą roku 2016, chyba że podano inaczej. Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu danych stanowiących stan w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) na mieszkańców (na 1000 i 10000 ludności itp.) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 XII,

a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczeni) – ludność według stanu w dniu 30 VI.

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

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,
- 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,

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

- kościoły, kościelne osoby prawne lub związki wyznaniowe – w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

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

Do najistotniejszych zmian, jakie wprowadziła *ustawa o działalności leczniczej*, zaliczyć należy ustawowe rozróżnienie terminów: podmiot leczniczy oraz przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego. Na gruncie *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* ustawodawca nie czynił rozróżnienia między podmiotem prowadzącym przedsiębiorstwo/zakład leczniczy, w którym udziela się świadczeń zdrowotnych, a samym przedsiębiorstwem/zakładem leczniczym. 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.

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

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

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

⁴ Według stanu na dzień 31.12.2016 r.

Przy tworzeniu operatów do badań ZD-2 i ZD-3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku badania ZD-4 – dane z systemów informacyjnych wojewodów w zakresie ratownictwa medycznego, według stanu na dzień 31.12.2016 r.

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

Prezentowane w publikacji dane o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej obejmują również działalność praktyk lekarskich i stomatologicznych (indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych), które podpisały umowy z NFZ na 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 zastosowano następujące rozróżnienie porad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentyków: 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 dentyków.

Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą⁵ punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestru zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz rejestru udzielonych zgód na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej prowadzonych przez wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych (według stanu na dzień 31.12.2016 r.).

⁵ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. z 2017 r., poz. 2211).

Wymienione w badaniach ZD-2, ZD-3, ZD-5 poszczególne rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych nie muszą spełniać wymogów zawartych w Rozporządzeniu⁶ Ministra Infrastruktury.

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

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

Dane o łóżkach w placówkach opieki stacjonarnej, przekazywane do organizacji międzynarodowych, dotyczą łącznej liczby łóżek w szpitalnictwie (HP.1) oraz opiece długoterminowej (HP.2) na terenie całej Polski. Prezentowane w aneksie tabelarycznym dane (Tabl. 9) zostały opracowane zgodnie z wymaganiami OECD/Eurostat.

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

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

⁶ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. (Dz. U. Nr 75 poz. 690, z późn.zm).

Dane o poszczególnych typach placówek opieki stacjonarnej odnoszą się do zakładów leczniczych podmiotów leczniczych albo jednostek organizacyjnych lub komórek (oddziałów) tych zakładów, w których podmiot leczniczy wykonuje działalność określonego rodzaju.

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

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

Dane o szpitalach dotyczą wyłącznie zakładów, które wykazały przynajmniej jedno łóżko opieki stacjonarnej. Wyjątek stanowi Tabl. 16 i 17 – gdzie została ujęta także działalność szpitali dziennych (jednego dnia).

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

Dane o oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych przez autora badania (Ministerstwo Zdrowia), w oparciu o część VIII kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego określonego w rozporządzeniu⁷ Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania. Dane o liczbie oddziałów dotyczą oddziałów, które były zarejestrowane w RPWDL i które wykazały działalność stacjonarną na sprawozdaniu MZ-29.

Liczba osób w szpitalach bez ruchu międzyoddziałowego jest to liczba osób wpisanych w księdze głównej szpitala. Osoba przebywająca w szpitalu kilkakrotnie w ciągu roku, liczona jest za każdym razem niezależnie.

Do zakładów opieki długoterminowej zalicza się zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym i psychiatrycznym.

Do zakładów opieki hospicyjno-paliatywnej zalicza się hospicja i oddziały opieki paliatywnej.

⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 r. poz. 594).

Badaniem ZD-2 objęte są zakłady lecznictwa uzdrowiskowego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej⁸ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych⁹.

Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej objęte badaniem ZD-2 są to m.in. placówki zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą z wykorzystaniem kodu specjalności typowego dla zakładów rehabilitacji leczniczej (7400) działających w trybie ambulatoryjnym, które jednakże zarejestrowały łóżka i prowadzą działalność stacjonarną (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).

Zgodnie z ustawą¹⁰ jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są:

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

Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego.

W przekrojach terytorialnych dane o pacjentach prezentowane są zgodnie z miejscem udzielenia świadczenia zdrowotnego, a nie miejscem zamieszkania pacjenta. Jako miejsce udzielenia świadczenia zdrowotnego przyjęto lokalizację badanych placówek, w niektórych przypadkach inną niż lokalizacja jednostki nadrzędnej.

Dane dotyczące krwiodawstwa pozyskane z Narodowego Centrum Krwi (NCK) i dotyczące krwiodawstwa realizowanego w ośrodkach regionalnych i terenowych stacjach działających w ramach NCK prezentowane są w przekroju wojewódzkim, z kolei dane pozyskane z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz z Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa MSWiA dostępne są tylko na poziomie kraju.

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji ICHA (*International Classification for Health Accounts*) opracowywanym w Polsce od roku 2002, zgodnie ze wspólną metodologią OECD, Eurostat i WHO. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013 r. po raz pierwszy został policzony według nowej metodologii SHA2011 opracowanej przez Zespół IHAT (*International Health Accounts Team*) składający się z przedstawicieli OECD, Eurostat i WHO.

⁸ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

⁹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2016, poz. 879, 960).

¹⁰ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

W tym rachunku wydatki są prezentowane według czterech wymiarów: funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), świadczeniodawców dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP), schematów finansowania ochrony zdrowia (ICHA-HF)¹¹ oraz przychodów schematów finansowania (ICHA-FS).

Schematy finansowania opieki zdrowotnej (ICHA – HF)

Kod ICHA	Schematy finansowania
HF.1	Programy rządowe, samorządowe i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne
HF.1.1	Programy rządowe i samorządowe
HF.1.2	Obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne
HF.2	Dobrowolne opłaty za opiekę zdrowotną
HF.3	Opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych
HF.4	Programy finansowania przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe

Funkcje ochrony zdrowia (ICHA – HC)

Kod ICHA	Funkcje ochrony zdrowia
HC.1	Usługi lecznicze
HC.2	Usługi rehabilitacyjne
HC.3	Długoterminowa opieka (zdrowotna)
HC.4	Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej (nie określone przez funkcję)
HC.5	Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)
HC.5.1	Leki i artykuły medyczne nie będące dobrami trwałego użytku
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku
HC.6	Profilaktyka i zdrowie publiczne
HC.7	Zarządzanie i administracja finansowania ochrony zdrowia

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

Kod ICHA	Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia
HP.1	Szpitala
HP.2	Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej
HP.3	Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej
HP.4	Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia
HP.5	Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych
HP.6	Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych
HP.7	Podmioty koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia
HP.8	Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospodarki
HP.9	Zagranica

¹¹ Klasyfikacja ICHA-HF według SHA2011 oznacza schematy finansowania ochrony zdrowia, natomiast w SHA 1.0 oznaczała płatników w ochronie zdrowia.

Przychody schematów finansowania (ICHA-FS)

Kod ICHA	Przychody schematów finansowania
FS.1	Transfery z krajowych przychodów instytucji rządowych i samorządowych
FS.2	Transfery z zagranicznych źródeł dystrybuowane przez rząd
FS.3	Składki na ubezpieczenia społeczne
FS.4	Obowiązkowe przedpłaty (inne niż wykazane w FS.3)
FS.5	Dobrowolne przedpłaty
FS.6	Inne przychody krajowe n.e.c
FS.7	Bezpośrednie transfery z zagranicy

Płatnicy (ICHA-FA) – dodatkowy przekrój służący do pozyskiwania danych przez GUS

Kod ICHA	Płatnicy w ochronie zdrowia
FA.1	Instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z funduszami ubezpieczeń społecznych)
FA.1.1	Instytucje rządowe na szczeblu centralnym
FA.1.2	Fundusze ubezpieczeń społecznych
FA.1.9	Wszystkie inne jednostki rządowe
FA.2	Ubezpieczenia prywatne
FA.3	Przedsiębiorstwa (inne niż ubezpieczeniowe)
FA.4	Instytucje niekomercyjne
FA.5	Gospodarstwa domowe
FA.6	Zagranica

W rachunku zdrowia za 2014 r. zostały wprowadzone korekty w zakresie wydatków publicznych, w części dotyczącej długoterminowej opieki zdrowotnej oraz obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opierających się na składkach.

Korekty wynikały przede wszystkim ze zmian w przypisywaniu poszczególnych wydatków i były wprowadzone zgodnie z sugestiami Międzynarodowego Zespołu ds. Rachunków Narodowych (IHAT). Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują oraz podlegają zmianom, niekiedy złożonym, zarówno w zakresie organizacji jak i systemów finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje IHAT. Ze względu na powyższe, w części tabelarycznej publikacji obok wyników NRZ za 2015 i 2014 r., dodatkowo zamieszczone zostały aktualne wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹² – 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 urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹³.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹⁴ są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz 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,
- dla weteranów poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

Świadczenia opieki zdrowotnej są udzielane bez skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego w przypadkach:

1. Świadczeniobiorców objętych zakresem przepisów przejściowych z art. 17 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze

¹² 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.).

¹³ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

¹⁴ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wpisani na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przed końcem 2014 r.),

- Świadczeniobiorców mających prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynika z zapisów art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32. Świadczeniobiorca, u którego:

- w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,
- lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy – ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58 ww. ustawy.

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

Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne. Apteki dzielą się na: ogólnodostępne, szpitalne i zakładowe.

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

Dysponent jednostki – przedsiębiorstwo/podmiot leczniczy albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹⁵.

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

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

¹⁵ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego ds. wewnętrznych. Krwiodawstwo uregulowane jest ustawą o publicznej służbie krwi¹⁶.

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 ustawy¹⁷.

Krwiodawstwo jest akcją społeczną mającą na celu dobrowolne pozyskiwanie krwi od osób zdrowych na rzecz osób wymagających transfuzji krwi (np. podczas operacji chirurgicznych) lub do produkcji preparatów krwiopochodnych. Zasady pobierania krwi, oddzielenia jej składników, przechowywania i obrotu, a także organizację Publicznej Służby Krwi reguluje ustawa.

Kuracjusz – osoba korzystająca z usług leczniczych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego na zasadzie skierowania lub na podstawie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych w danym uzdrowisku.

Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych (surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu) oraz towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii.

Leczony stacjonarnie – pacjent pozostający w zakładzie leczniczym na noc (zwykle przebywający dłużej niż 24 godziny).

Leczeni z ruchem międzyoddziałowym – liczba pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych. Pacjent przebywający na kilku oddziałach w trakcie jednego pobytu w szpitalu liczony jest kilkakrotnie.

Leczeni bez ruchu międzyoddziałowego – liczba pacjentów zarejestrowanych w księdze głównej szpitala.

Lekarz – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych¹⁸.

¹⁶ Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2017, poz. 1371).

¹⁷ Ustawa z dn. dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2004.125.1317, z późn. zm.).

¹⁸ 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 przyległych¹⁹.

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 zdrowotnej²⁰.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art.16 ustawy²¹ i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem²².

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

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 pracy²³ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą²⁴ – 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

¹⁹ j.w.

²⁰ 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.).

²¹ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, art. 16 (tekst jednolity: Dz. U. 2011 Nr 277, poz. 1634).

²² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. 2011 Nr 274, poz. 1627).

²³ Ustawa z 26 czerwca 1974 r. – Kodeks Pracy, art. 229 §6 (Dz. U. z 1998.21.94, z późn. zm.).

²⁴ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2013, poz. 757 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 zdrowia²⁵.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej²⁶.

Położna – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby wykonujące działalność leczniczą, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego/zakład leczniczy lub praktyka zawodowa, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub żłobek. Do grupy pracujących bezpośrednio z pacjentem zalicza się osoby wykonujące zawody medyczne w domach pomocy społecznej, w żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie zalicza się natomiast osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji rządowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet jeśli praca przez niewykonywana wymaga wykształcenia medycznego.

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystrów, 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 leczniczą²⁷.

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.

²⁵ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. 2011 r. Nr 174 poz. 1039).

²⁶ 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.).

²⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654, z późn. zm.).

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

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi, których wykaz określa minister właściwy ds. zdrowia w drodze rozporządzenia. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy²⁸ mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy 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 Informacyjnych 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 Informacyjnych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

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

Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania

²⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2017 poz.2211)

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 medycznego²⁹.

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

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

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,
- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady lecznicze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez praktyki zawodowe.

Uzdrowisko – to wydzielony obszar, któremu w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych został nadany status uzdrowiska i na terenie którego jest prowadzone leczenie uzdrowiskowe. Status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- 2) posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;

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

- 3) na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urządzenia lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
- 4) spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska;
- 5) posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

Zabiegi przyrodolecznicze wykonywane w uzdrowiskach:

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;

zabiegi borowinowe – polegają na zastosowaniu rozdrobnionego torfu i peloidów torfowych będących naturalnymi substancjami mineralnymi (kąpiele borowinowe, zawijania, okłady);

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 (lub miejscowo) 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 – zakład leczniczy albo jednostka lub komórka organizacyjna zakładu leczniczego, w której podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą³⁰ 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–lecniczy –zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i 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.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy –zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia te mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i 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 Medycznym³¹ dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

W skład każdego z typów wyżej wymienionych zespołów wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami³².

³⁰ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2012, poz. 651, 742).

³¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

³² Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2016, poz. 627, 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 ministries (Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration)³³. 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/or rural community pharmacies (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) the following data are collected: 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 natural and physical services provided

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

³³ The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

with the medical personnel employed, interventions in the occurrence places of emergency situations, and persons who were provided with health services at the place of occurrence. The survey covers also the number of services provided to outpatients in admission rooms and in hospital emergency wards as well as the in-patient activity of hospital emergency wards. The scope of information has been extended by data obtained from voivodes, based on the voivodship programs of the system operation.

ZD-5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies (retail pharmacies and dispensaries in some hospitals) and pharmaceutical outlets/or rural community pharmacies. The survey covers the information on the type of the establishment, scope of services rendered (mail order services, services available at nights, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel).

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 and the Ministry of Interior and Administration. The following annual statistical reports serve as the source of information in this scope: MZ-29, MSWiA-43, MZ-29a, MSWiA-33 (in scope of in-patient health care i.e.– hospitals and long-term health care), MZ-10, MZ-88, MZ-88A, MZ-89, MSWiA-29 and MSWiA-30 (inter alia medical personnel working with patients and employed within the government and local self-government administration, the National Health Fund personnel, persons employed in higher education institutions training medical staff and specialists), MZ-30 (psychiatric facilities), and MZ-42, MSWiA-44 and MSWiA-46 (blood donation).

The data is supplemented by information on the medical staff working with the patient which are the results of surveys of the Central Statistical Office: PS -03 *Stationary social welfare facilities*, OD - 1 *Nurseries and kids' clubs*.

The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2014, developed on the basis of the MZ-30 form by the Institute of Psychiatry and Neurology, served as the source of data on psychiatric in-patient facilities.

The data on blood donation is provided by the National Blood Centre and the Ministry of Interior and Administration and covers the statistics delivered by the Regional Blood Donation and Blood Transfusion Centres, the Military Blood Donation and Blood Transfusion Centres, and the Blood Donation and Blood Transfusion Centre as set up by the Minister of the Interior and Administration.

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS),

Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use SP (Year's results of the survey of companies) and SP-3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of *Households budgets survey* as well as module survey *Health care in households in 2013*.

The tables analysing the expenses of the State budget and the budgets of local self-government entities were compiled on the basis of the data from the Ministry of Finance, derived from the *annual report on execution of the plans of the State budget expenses* (Rb-28), and from the *annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments* (Rb-28S). The tables presenting the costs of health services provided to the persons insured, financed by the National Health Fund (NHF), were developed on the basis of the report on execution of the financial plan of the National Health Fund.

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – unless otherwise stated – 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 the Interior and Administration; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care can't be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook, 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 2016, unless otherwise stated. The numbers describing the health care system resources are given as of 31.12., while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year.

When computing per capita data (1000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 XII was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., vital statistics, production, consumption) – as of 30 VI.

Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision than that presented in the tables.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in Act on Health Care Activities³⁴. Until the entry into force of Act on Health Care Activities, the providers of health care services (performing health care activities) could be divided into several groups:

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

³⁴ Act of 15 April 2011 on Health Care Activities, Journal of Laws No. 112, item 654.

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).

In 2016, the amendment to the Act on Medical Activity³⁵ came into force, replacing the notion of a medical enterprise with the term "medical center". However, this change did not affect the comparability of statistics.

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered³⁶ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV, V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine / dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

During creation of 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 31.12.2016).

Data regarding incidence of diseases are presented according to the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10 Revision – valid since 1997).

Presented in the publication data on out-patient health care also include doctors and dental practices (individual, individual specialized and group) which signed a contract with the National Health Fund for the provision of benefits under the public funds.

³⁵ Act of 10 June 2016 amending the law on health care activities (Journal of Laws 2016, item.960).

³⁶ As of 31.12.2016.

The survey on the out-patient health care, carried out through ZD-3 questionnaire, does not cover doctor and dental practices operating exclusively within non-public funds. They are surveyed using a sample method, based on SP-3 report.

The results of a study presented by the term out-patient departments should be understood also: health centers, clinics, ambulatory departments, infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories.

The ambulatory health care includes consultations provided by physicians and dentists: provided within the primary health care include consultations provided by GP (General Practitioners) and by primary care physician, treated as specialist include consultations provided by physicians specialized in a given area of medicine and by dentists.

The ZD-5 survey covers three types of establishments:: generally available pharmacies/or retail pharmacies, pharmaceutical outlets/or rural community pharmacies, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice or the Minister of the Interior and Administration. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Rural community pharmacies established after the Act³⁷ came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

To create a list of pharmacies and pharmacy outlets/or rural community pharmacies surveyed in ZD-5, the information from the records of provincial pharmaceutical inspectorates was used (as of 31.12.2016).

The various types of facilities for the disabled mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys do not have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation³⁸.

Data on the medical personnel come from the Ministry of Health, Ministry of National Defence, Ministry of the Interior and Administration and the CSO. Data on the medical staff working directly with the patient include those working in units in the health care sector and also in nurseries, children's clubs and social welfare facilities, when the provided work is recognized as the medical practising profession, regardless of the form of employment (self-employed, employment contract or civil legal contract). Each person should be counted only once, in the main workplace, defined on the basis of the declaration of the employee.

Data concern working directly with a patient may be lower than the reality, especially in the area of private practice because of problems with the implementation of the reporting obligation. This applies particularly to occupations in which the main place of work is relatively frequently private practice (eg dentists).

³⁷ Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law, Consolidated text: Journal of Laws of 2017, item 2211.

³⁸ The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (Journal of Laws No. 75, item 690, with subsequent amendments).

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations 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. Since 2008 beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health in 2008.

Long term care beds (HP.2) comprise available beds for people requiring ongoing health and nursing care due to chronic impairments and a reduced degree of independence in activities of daily living found in establishments primarily engaged in providing residential care combined with either nursing, supervision or other types of care as required by the residents. Data on beds in psychiatric type facilities are not included. The care provided can be a mix of health and social services. Beds in all types of nursing and residential care facilities (HP.2) dedicated to long term care are included (i.e. chronic medical care homes, nursing homes, hospices, social welfare facilities for chronically ill with somatic disorders, physically handicapped, mentally retarded including children and young mentally retarded).

The data on particular types of inpatient health care facilities refer to enterprises of the therapeutic entities or organizational units of such enterprises or cells (wards), in which the therapeutic entity performs a specific type of activity.

Due to legal changes (*the Act on Health Care Activities* affecting the method of isolating and registration of facilities including hospitals) data on the number of hospitals are not comparable with data from previous years. Health care facilities (organizational units) which were treated as a hospital branches until 2011 according to re-registration in the Register of the Entities Conducting Therapeutic Activity may have been considered as an independent hospital.

The number of hospitals refer to the health care units of therapeutic entities or organizational units of these health care units, in which the entity conducts medical activity in kind of stationary and twenty-four hours hospital services. Health care units of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

The presented data on hospitals apply only to facilities that showed at least one bed of inpatient care. The exception is Table 18 in which day care activity of the inpatient hospitals comprise an activity of one-day hospitals.

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

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the author of the survey (the Ministry of Health) on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII) in accordance with the Regulation³⁹ of the Minister of Health. Data on the number of wards concerns wards which reported inpatient activity (report MZ-29) and were registered in the register (RPWDL).

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

Long term care facilities comprise chronic medical care homes and nursing homes (also psychiatric types).

Hospices and palliative care wards are establishments of palliative and hospice care.

Health resort treatment operates on the basis of the *Act on Medical Activity*⁴⁰, as well as the *Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas*.⁴¹

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

Pursuant to the *Act*⁴² *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.

³⁹ 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.

⁴⁰ The Act of 15 April 2011 on Medical Activity (Journal of Laws No. 112, item 654, with subsequent amendments).

⁴¹ 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.

⁴² The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

Data on blood donation delivered by the National Blood Center – NBC – and provided by regional and local blood collection sites run by NBC are displayed for regions (voivodships), however data delivered by the Military Blood Donation and Blood Transfusion Centers as well as the Blood Donation and Blood Transfusion Center run by the Ministry of Interior and Administration are available only for Poland as total.

National Health Account (NHA) is a compilation of health expenditure according to ICHA (International Classification for Health Accounts) which is being developed in Poland since 2002, adhering to the common methodology of OECD, Eurostat and WHO. For the first time National Health Account for 2013 was developed according to the new methodology called SHA2011. The methodology was created by IHAT (International Health Accounts Team) consisting of representatives of the OECD, Eurostat and the WHO. **In this version of account expenditure is presented in accordance with four dimensions: Health care functions (ICHA-HC), Providers of health care (ICHA – HP), Financing schemes (ICHA – HF)⁴³ and Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS).**

The financing schemes (ICHA – HF)

ICHA code	Financing schemes
HF.1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes
HF.1.1	Governmental schemes
HF.1.2	Compulsory contributory health insurance schemes
HF.2	Voluntary health care payment schemes
HF.3	Household out-of-pocket payment
HF.4	Rest of the world financing schemes (non-resident)

Health care functions (ICHA – HC)

ICHA code	Health care functions
HC.1	Curative care
HC.2	Rehabilitative care
HC.3	Long-term care (health)
HC.4	Ancillary services (non specified by function)
HC.5	Medical goods (non specified by function)
HC.5.1	Pharmaceuticals and other medical non durable goods
HC.5.2	Therapeutic appliances and other medical goods
HC.6	Preventive care
HC.7	Governance, and health system and financing administration

⁴³ In SHA2011 classification ICHA-HF means “Health care financing schemes”, while the SHA 1.0 it meant “Financing agents”.

Health care providers (ICHA – HP)

ICHA code	Providers of health care
HP.1	Hospitals
HP.2	Residential long-term care facilities
HP.3	Providers of ambulatory health care
HP.4	Providers of ancillary services
HP.5	Retailers and other providers of medical goods
HP.6	Providers of preventive care
HP.7	Providers of health care system administration and financing
HP.8	Rest of the economy
HP.9	Rest of the world

Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)

ICHA code	Revenues of health care financing schemes
FS.1	Transfers from government domestic revenue
FS.2	Transfers distributed by government from foreign origin
FS.3	Social insurance contributions
FS.4	Compulsory prepayment (other than FS.3)
FS.5	Voluntary prepayment
FS.6	Other domestic revenues n.e.c.
FS.7	Direct foreign transfers

Financing agents (ICHA-FA) – additional breakdown used for acquiring data by the Central Statistical Office

ICHA code	Financing agents in health care
FA.1	General government
FA.1.1	Central government
FA.1.2	State/Regional/Local government
FA.1.9	All other general government units
FA.2	Insurance corporations
FA.3	Corporations (other than insurance corporations)
FA.4	Non-profit institutions serving households (NPISH)
FA.5	Households
FA.6	Rest of the world

In account for an adjustment for public expenditure, in classification of long-term health care and mandatory health insurance based on contributions was introduced. The adjustments resulted primarily from changes in attributing individual expenditure and they were introduced in accordance with the suggestions of the International Health Accounts Team (IHAT). It should be born in mind that health

care systems around the world are evolving and subject to new methods of organization and changes of complex financing schemes. Therefore it requires SHA systematic adaptation to these changes which is internationally supervised by IHAT. Due to that, in part of tabular publication results for 2015 there are also included current results of SHA for 2013 and 2014.

Note: translation of hospital wards:

Chirurgiczny dla dzieci - *Children's Surgery*, Chirurgiczny ogólny - *General Surgery*, Chirurgii szczękowo-twarzowej – *Maxillo-facial Surgery*, Chirurgii urazowo-ortopedycznej – *Trauma-orthopedic Surgery*, Chorób wewnętrznych - *Internal medicine*, Chorób zakaźnych - *Infectious diseases*, Dermatologiczny - *Dermatology*, Endokrynologiczny - *Endocrinology*, Gastrologiczny - *Gastrology*, Geriatryczny - *Geriatrics*, Ginekologiczno-położniczy - *Obstetrics and Gynecology*, Gruźlicy i chorób płuc – *Tubercular and pulmonary*, Hematologiczny - *Hematology*, Intensywnej terapii i anestezjologii- *Intensive care and Anesthesiology*, Kardiochirurgiczny - *Cardiosurgery*, Kardiologiczny - *Cardiology*, Nefrologiczny - *Nephrology*, Neonatologiczny - *Neonatology*, Neurochirurgiczny - *Neurosurgery*, Neurologiczny - *Neurology*, Obserwacyjno-zakaźny - *Infectious disease*, Odwykowy - *Detoxication*, Okulistyczny - *Ophthalmology*, Onkologiczny - *Oncology*, Otolaryngologiczny - *Otolaryngology*, Pediatriczny - *Pediatrics*, Przewlekłe chorych - *Chronic*, Psychiatryczny - *Psychiatric*, Rehabilitacyjny - *Rehabilitation*, Reumatologiczny - *Rheumatologic*, Toksykologiczny - *Toxicology*, Transplantologiczny - *Transplantation*, Urologiczny - *Urology*, Ratunkowy - *Emergency medicine*, Inne – *Others*.

3. BASIC DEFINITIONS

Out-patient health care – according to the Act⁴⁴ – provision of health services by health care providers to patients not requiring treatment on a 24-hour or on a daytime basis.

Out-patient health services include the provision of primary health care, or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full-time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence⁴⁵.

Specialised out-patient services financed from public funds⁴⁶ are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

⁴⁴ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds – Journal of Laws 2008 No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁴⁵ The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

⁴⁶ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008,

No referral is required for services provided by:

- gynaecologists and obstetricians,
- dentists,
- venereologists,
- oncologists,
- psychiatrists,
- people suffering from tuberculosis,
- people infected with HIV,
- war and military invalids, veterans and victims of oppression,
- civilian blind victims of war,
- people addicted to alcohol, narcotics and psychotropic substances – in substance abuse treatment,
- authorized for soldiers or workers – for the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country,
- for veterans injured in the treatment of injuries or illnesses incurred while performing duties outside the country.

Specialised out-patient services are provided by out-patient clinics and specialised out-patient departments or by specialised medical practices.

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act⁴⁷.

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 Service⁴⁸.

No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁴⁷ The Act on the State Medical Emergency System of 8 September 2006, Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments.

⁴⁸ The Act on Public Blood Service of 22 August 1997, Consolidated text: Journal of Laws of 2017, item 1371.

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 Act⁴⁹.

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

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 forms⁵⁰.

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 area⁵¹.

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 services⁵².

⁴⁹ Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2004, no. 125, pos. 1317 with subsequent amendments.

⁵⁰ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, consolidated text: Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments.

⁵¹ as above.

⁵² The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No 164, item 1027 with subsequent amendments.

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 Act⁵³, and the regulation⁵⁴.

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 Act⁵⁵, 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 Act⁵⁶ 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.

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 services⁵⁷.

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 care⁵⁸.

⁵³ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, consolidated text: Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments.

⁵⁴ 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).

⁵⁵ Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 1998, no. 21, pos. 94 with subsequent amendments.

⁵⁶ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

⁵⁷ The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, Journal of Laws of 2011, No. 174, item 1039.

⁵⁸ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

A midwife – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope of nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services, connected with care over a pregnant woman, a childbearing woman, a woman lying-in and an infant.

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 care⁵⁹.

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.

Pharmacy – is an establishment within health care system where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services such as preparing and dispensing drugs and other medical products. Under the Pharmaceutical Law there are three types of pharmacies in Poland: retail pharmacies for general public (apteka ogólnodostępna), hospital pharmacies/or dispensaries (apteka szpitalna) which provide pharmaceutical services only for the need of the hospital (not for general public), and such dispensaries (apteka zakładowa) which operate in health care units under the Ministry of National Defence, the Ministry of Justice, or the Ministry of Interior and Administration (not for general public).

Pharmaceutical outlets – these are usually small retail pharmacies located in rural communities, they operate also within the framework of the Pharmaceutical Law⁶⁰, they sell pre-prepared drugs and other medical products under the scope of the register issued and published by the Health Minister.

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.

⁵⁹ The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

⁶⁰ The Act of 6 September 2001- Pharmaceutical Law

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

Hospital services – is carried out round the clock comprehensive health benefits involving the diagnosis, treatment, care and rehabilitation, which can't be implemented under other fixed and twenty-four hour ambulatory health care services or health services, hospital services are the benefits provided with the intention of terminating their provision in period not exceeding 24 hours. Hospitals are divided into: general hospitals, psychiatric hospitals, hospitals health resort.

A hospital emergency ward – a hospital ward, which provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the vital signs of persons in crisis situation. This ward may have medical rescue teams in its structure⁶¹.

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.

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,

⁶¹ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

- 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 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 Law⁶² 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 – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24-hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents and medical materials, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care and personal care at home.

Nursing home – health care unit or an organizational unit of the health care entity in which a health care entity is engaged in medical activities of kind of stationary and 24-hour health care services other than hospital. The services may rely in particular on providing 24-hour health care services which cover the scope of nursing and rehabilitation of patients who do not require hospitalization and providing them with pharmaceutical agents needed for continuation of a treatment, accommodation and food appropriate to their health condition and also conducting health education for patients and members of their families and preparation these patients for self-care.

Emergency rescue teams, pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services⁶³, are divided into:

specialised teams, consisting of at least three people holding licences to perform medical rescue activities, including a system doctor and a system nurse, or a medical rescuer;

basic teams, consisting of at least two people holding licences to perform medical rescue activities, including a system nurse, or a medical rescuer;

Both teams also include a driver, in the event that no member of such a team fulfils the conditions referred to the Article 106, paragraph 1 of the Act on vehicle drivers⁶⁴.

⁶² 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.

⁶³ The Act on the National Emergency Medical Services of 8 September 2006 (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

⁶⁴ The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws 2016, item. 627, with subsequent amendments).

CZĘŚĆ 2

Part 2

WYNIKI BADAŃ - SYNTEZA

Results of Surveys- Synthesis

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 głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby oraz przyczyn hospitalizacji.

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

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2016 r.

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży w Polsce są nadal powszechne. Choroby zakaźne, zwłaszcza wieku dziecięcego nie są już tak groźne i nie występują już tak często. Od 2001 r. nie stwierdzono na przykład zachorowań na błonicę, jak również na porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio, natomiast tylko incydentalnie stwierdzano zachorowanie wywołane wirusem szczepionkowym (po jednym przypadku w 2009, 2010 i 2014 r.).

W ciągu 2016 r. stwierdzono jedynie 12 przypadków zachorowań na tężec, tj. tyle samo co rok wcześniej. Prawie o 40% zwiększyła się natomiast liczba zachorowań na krztusiec – wykryto ponad 6,8 tys. przypadków. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie podlaskim, łódzkim, małopolskim i kujawsko-pomorskim (27- 41 przypadków na 100 tys. ludności), najrzadziej natomiast w województwie lubelskim – nieco ponad 5 zachorowań na 100 tys. ludności).

W 2016 r. wyraźnie wzrosła liczba zachorowań na odrę – stwierdzono bowiem 133 przypadki, podczas gdy przed rokiem 48. Odrę wykrywano głównie u mieszkańców województwa lubelskiego – 73 przypadki (prawie 55% wszystkich zachorowań), jak również mazowieckiego i podlaskiego (30 i 22 zachorowania), zaś nieliczne lub tylko pojedyncze przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa małopolskiego, wielkopolskiego, dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, śląskiego i zachodniopomorskiego. W pozostałych 7 województwach odry nie stwierdzono.

Kolejny rok obserwujemy wyraźnie mniejszą liczbę zachorowań na różyczkę. W ciągu 2016 roku zarejestrowano 1,1 tys. przypadków, tj. prawie połowę mniej niż przed rokiem. Większe ogniska chorobowe występowały przede wszystkim w województwie mazowieckim, śląskim i małopolskim (po co najmniej 150 zachorowań, tj. ponad 40% ogółu przypadków zarejestrowanych w Polsce), a ponadto w wielkopolskim, pomorskim, dolnośląskim i zachodniopomorskim (kolejna 1/4 ogółu zachorowań).

Nie zmniejszyła się wyraźnie częstość wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW), zwłaszcza typu B. w 2016 r. stwierdzono bowiem 3,8 tys. nowych przypadków zachorowań na WZW typu B, tj. o prawie 300 więcej niż przed rokiem. Ustabilizowała się jednakże liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu C na poziomie około 4,3 tys., a liczba zachorowań na WZW typu A była niewielka – 35 przypadki w skali kraju. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego, łódzkiego, śląskiego i kujawsko-pomorskiego; na 100 tys. ludności przypadało bowiem od 14 do 20 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił 10 zachorowań na 100 tys. ludności.

W przypadku wirusowego zapalenia wątroby typu C stosunkowo najliczniej wykrywano je wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, lubuskiego i łódzkiego – 20 lub po 16 zachorowań na 100 tys. ludności (tj. prawie 2-krotnie częściej niż statystyczny mieszkaniec kraju), a w następnej kolejności u mieszkańców województwa łódzkiego, zachodniopomorskiego, śląskiego, dolnośląskiego, warmińsko-mazurskiego i wielkopolskiego – 11-14 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności.

Odnotowano pozytywne tendencje w zakresie występowania niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego, za wyjątkiem salmonelloz. Poziom zachorowań na czerwonkę bakteryjną, inne bakteryjne zatrucia i biegunki u dzieci do lat 2 nieznacznie się obniżył. W ciągu 2016 r. stwierdzono jedynie 15 przypadków czerwonki bakteryjnej, podczas gdy przed rokiem – 18 przypadków. Na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało mniej niż 3 przypadki innych bakteryjnych zatruc pokarmowych (w roku poprzednim blisko 4). W grupie najmłodszych odnotowano 476 biegunek na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku aż 593. O ponad 15% wzrosła natomiast liczba zakażeń salmonellą. W 2016 r. zarejestrowano bowiem ponad 10 tys. zakażeń, podczas gdy przed rokiem tylko 8,7 tys.

Podobnie jak przed rokiem, czerwonkę stwierdzono głównie w województwie małopolskim (9 przypadków), kolejne 3 przypadki w województwie śląskim oraz pojedyncze przypadki w województwie mazowieckim, wielkopolskim i łódzkim. Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe występowały głównie u mieszkańców województwa śląskiego, warmińsko-mazurskiego i świętokrzyskiego (co najmniej 6 zatruc na 100 tys. ludności wobec niespełna 3 na poziomie kraju).

W ciągu 2016 roku zarejestrowano ponad 35 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwie pomorskim – prawie 688 przypadków na 10 tys., zatem o prawie 45% częściej niż w całej Polsce. Stosunkowo licznie biegunki także rejestrowano również w województwie małopolskim, gdzie stwierdzono ponad 640 przypadków na 10 tys. małych dzieci.

Zakażenia salmonellozą najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw: lubelskiego, pomorskiego i podkarpackiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało bowiem 34-37 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł jedynie 26.

W ciągu 2016 roku gruźlicę stwierdzono u ponad 6,4 tys. osób, tj. na poziomie roku ubiegłego. 95% nowych przypadków dotyczyło gruźlicy płuc, a 5% – gruźlicy pozapłucnej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2016 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa mazowieckiego – 24 przypadki na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego (23 przypadki), śląskiego, łódzkiego i lubelskiego (po 21 przypadków), podczas gdy analogiczny wskaźnik dla kraju był znacznie niższy – niespełna 17 zachorowań na 100 tys. ludności.

Zaobserwowane w poprzednim roku korzystne tendencje w szerzeniu się chorób wenerycznych niestety uległy zahamowaniu. W 2016 r. stwierdzono bowiem ponad 1,3 tys. przypadków wykrycia kiły, tj. o 5% więcej niż przed rokiem. Nieznacznie spadła liczba wykrywanych zakażeń rzeżączką, odnotowano 437 takich zachorowań, tj. o 63 przypadki mniej niż przed rokiem. Stosunkowo najwięcej przypadków chorób wenerycznych wykryto w laboratoriach zlokalizowanych w województwie mazowieckim (ponad 40% wszystkich przypadków), a także, w województwie pomorskim, śląskim i dolnośląskim (po co najmniej 100 przypadków rocznie). W sumie w tych 4 województwach zdiagnozowano 2/3 wszystkich przypadków kiły czy rzeżączki.

Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2014 r.⁶⁵

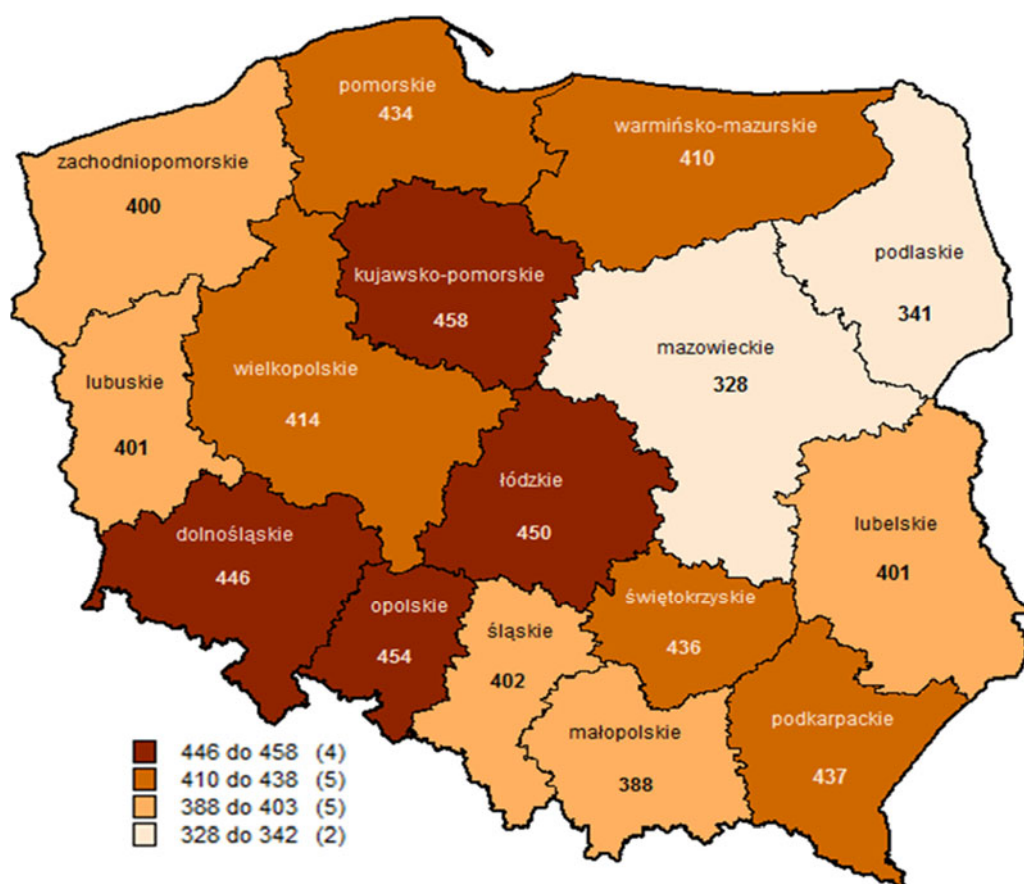
Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2014 r. stwierdzono ich już ponad 156 tys., tj. o 18 tys. więcej niż w roku 2010. Wskaźnik zachorowalności wyniósł blisko 406 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 107 przypadków mniej. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe wykrywane są w narządach: trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz płciowych – stanowiły one prawie 54% wszystkich nowotworów wykrytych w 2014 r. Wzrost liczby zachorowań w 2014 r. nie dotyczył całego kraju. W czterech województwach zarejestrowano znacznie mniej przypadków niż przed rokiem (w województwie pomorskim, śląskim, wielkopolskim i łódzkim), a w lubelskim liczba zachorowań utrzymała się na poziomie ubiegłego roku. W pozostałych województwach obserwowano wzrost liczby zachorowań; najszybciej wzrosła liczba rejestracji nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województwa podkarpackiego (wzrost o ponad 15% w porównaniu z rokiem ubiegłym) oraz w województwach: zachodniopomorskim (wzrost o 8%) oraz kujawsko-pomorskim i opolskim (o ponad 6%).

⁶⁵ Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2014 r.

W 2014 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego (458 zachorowań na 100 tys. ludności) i opolskiego (454 przypadki), w następnej kolejności wśród mieszkańców pomorskiego, świętokrzyskiego, podkarpackiego, dolnośląskiego i łódzkiego (co najmniej 430 nowych zachorowań na 100 tys. ludności). Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane, podobnie jak przed rokiem, u mieszkańców województwa podlaskiego i mazowieckiego – mniej niż 345 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2014 r. (na 100 tys. ludności)

New cases of malignant neoplasms in 2014 (per 100 thous. population)



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2014 r. można stwierdzić, że najczęściej nowotwory złośliwe w narządach trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego i łódzkiego (co najmniej 95 zachorowań na 100 tys. ludności), natomiast nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej – u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego – co najmniej 80 przypadków

zachorowań na 100 tys. mieszkańców, najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa podlaskiego. Z kolei nowotwory złośliwe narządów płciowych najczęściej były wykrywane u mieszkańców województwa podkarpackiego, świętokrzyskiego i pomorskiego – około 80 przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców mazowieckiego, zachodniopomorskiego i podlaskiego – mniej niż 65 zachorowań na 100 tys. ludności tych województw.

***Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2015 r.*⁶⁶**

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2015 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się prawie 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków, tj. nieznacznie mniej niż przed rokiem.

Uwzględniając przyczyny korzystania z tej formy opieki można powiedzieć, że prawie 1,4 mln osób będących pod opieką tych poradni potrzebowało pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne 172 tys. osób leczyło się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a ponad 40 tys. osób – z powodu używania środków psychoaktywnych (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki, itp.). Wskaźniki chorobowości na 100 tys. ludności dla tych trzech grup diagnoz wyniosły odpowiednio: 3533, 446 i 104 i były nieco wyższe niż w 2014 r., za wyjątkiem środkowej grupy (odpowiednio: 3515, 450 i 97).

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały szeroko pojęte zaburzenia nerwicowe (1144 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (836 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz stwierdzono u ponad 47% ogółu pacjentów leczonych w tych trzech poradniach. Blisko co 9 pacjent leczył się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a co 40-ty z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych.

Porównując dane z kolejnych dwóch lat, można powiedzieć, że w 2015 r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano: zaburzenia nerwicowe (o 8 tys. osób więcej) oraz zaburzenia rozwojowe – wzrost o prawie 6 tys. osób. Nieznacznie mniej osób leczonych było z powodu schizofrenii – o prawie 4 tys. pacjentów mniej niż przed rokiem, jak również osób z zaburzeniami nastroju czy innych zaburzeń psychotycznych (o blisko 3 tys. osób). Spadła również liczba osób leczonych z powodu używania alkoholu – o prawie 2 tys. osób, zwłaszcza z rozpoznaniem ostrego zatrucia i używania szkodliwego. Wzrosła natomiast liczba leczonych z tytułu używania środków psychoaktywnych – o prawie 3 tys., tj. o prawie 8%, głównie z powodu wzrostu liczby osób z rozpoznaniem zespołów uzależnienia czy abstynencyjnego.

⁶⁶ Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2015 r.

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

TABL.1A ZACHOROWANIA NA NIEKTÓRE CHOROBY W 2016 R.

WOJEWÓDZTWA	Gruźlica	Grypa	Wirusowe zapalenie wątroby typu B	Wirusowe zapalenie wątroby typu C	Świn-ka	Krztu-siec	Szkar-latyna	Róży-czka	Choro-by wene-ryczne	Nowo-twory złośliwe ^a
W liczbach bezwzględnych										
POLSKA	6444	4316823	3810	4273	1978	6854	20369	1105	1753	156141
Dolnośląskie	435	192992	228	366	109	362	997	65	122	12958
Kujawsko-pomorskie	279	280272	273	417	104	559	1252	59	81	9574
Lubelskie	444	99449	64	176	108	118	699	40	45	8639
Lubuskie	130	58914	67	163	66	71	465	47	47	4093
Łódzkie	518	238373	372	390	103	905	894	32	95	11298
Małopolskie	497	425674	286	247	208	914	2249	150	67	13065
Mazowieckie	1304	808925	486	512	269	884	4013	157	752	17482
Opolskie	154	52227	51	71	70	175	641	25	44	4551
Podkarpackie	326	70004	64	104	62	420	569	60	22	9295
Podlaskie	121	108045	117	118	66	482	339	33	9	4067
Pomorskie	332	847458	452	226	167	330	1656	78	101	9988
Śląskie	972	287108	631	587	293	633	3635	155	142	18460
Świętokrzyskie	289	88789	53	122	63	112	460	16	24	5523
Warmińsko-mazurskie	152	77627	140	159	51	116	429	31	77	5926
Wielkopolskie	281	604915	343	379	156	638	1279	96	91	14353
Zachodniopomorskie	210	76051	183	236	83	135	792	61	34	6869
Na 100 tys. ludności										
POLSKA	16,8	11233,9	9,9	11,1	5,1	17,8	53,0	2,9	4,6	405,7
Dolnośląskie	15,0	6646,2	7,9	12,6	3,8	12,5	34,3	2,2	4,2	445,5
Kujawsko-pomorskie	13,4	13445,4	13,1	20,0	5,0	26,8	60,1	2,8	3,9	457,9
Lubelskie	20,8	4656,5	3,0	8,2	5,1	5,5	32,7	1,9	2,1	401,5
Lubuskie	12,8	5790,4	6,6	16,0	6,5	7,0	45,7	4,6	4,6	401,0
Łódzkie	20,8	9579,3	14,9	15,7	4,1	36,4	35,9	1,3	3,8	450,4
Małopolskie	14,7	12607,6	8,5	7,3	6,2	27,1	66,6	4,4	2,0	388,4
Mazowieckie	24,3	15100,8	9,1	9,6	5,0	16,5	74,9	2,9	14,0	328,3
Opolskie	15,5	5251,6	5,1	7,1	7,0	17,6	64,5	2,5	4,4	453,9
Podkarpackie	15,3	3291,5	3,0	4,9	2,9	19,7	26,8	2,8	1,0	436,7
Podlaskie	10,2	9097,9	9,9	9,9	5,6	40,6	28,5	2,8	0,8	340,8
Pomorskie	14,4	36663,2	19,6	9,8	7,2	14,3	71,6	3,4	4,4	434,5
Śląskie	21,3	6290,2	13,8	12,9	6,4	13,9	79,6	3,4	3,1	401,9
Świętokrzyskie	23,0	7077,6	4,2	9,7	5,0	8,9	36,7	1,3	1,9	436,5
Warmińsko-mazurskie	10,6	5399,0	9,7	11,1	3,5	8,1	29,8	2,2	5,4	410,0
Wielkopolskie	8,1	17393,8	9,9	10,9	4,5	18,3	36,8	2,8	2,6	413,7
Zachodniopomorskie	12,3	4450,3	10,7	13,8	4,9	7,9	46,3	3,6	2,0	399,8

a. Dane dotyczą 2014 r.

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2.1. KADRA MEDYCZNA

Jednym z zasadniczych elementów opieki zdrowotnej są zasoby kadrowe, które gwarantują skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Czynnikiem, który wpływa na efektywność działania całego systemu, jest wielkość i jakość kadry medycznej. W tym przypadku istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu medycznego, liczba osób faktycznie pracujących z pacjentem, jak i poziom wykształcenia zasobów kadrowych w ochronie zdrowia.

Lekarze oraz inni przedstawiciele zawodów medycznych pełnią w społeczeństwie szczególną rolę, powierza się im zdrowie, które jest jednym z największych dóbr człowieka. Zapewnienie odpowiednio wykształconej i rozmieszczonej kadry medycznej to jedno z najistotniejszych wyzwań w obecnym systemie zdrowia. Kwestia ta nabiera szczególnego znaczenia w związku ze zmianami demograficznymi, które zwiększą zapotrzebowanie na usługi medyczne.

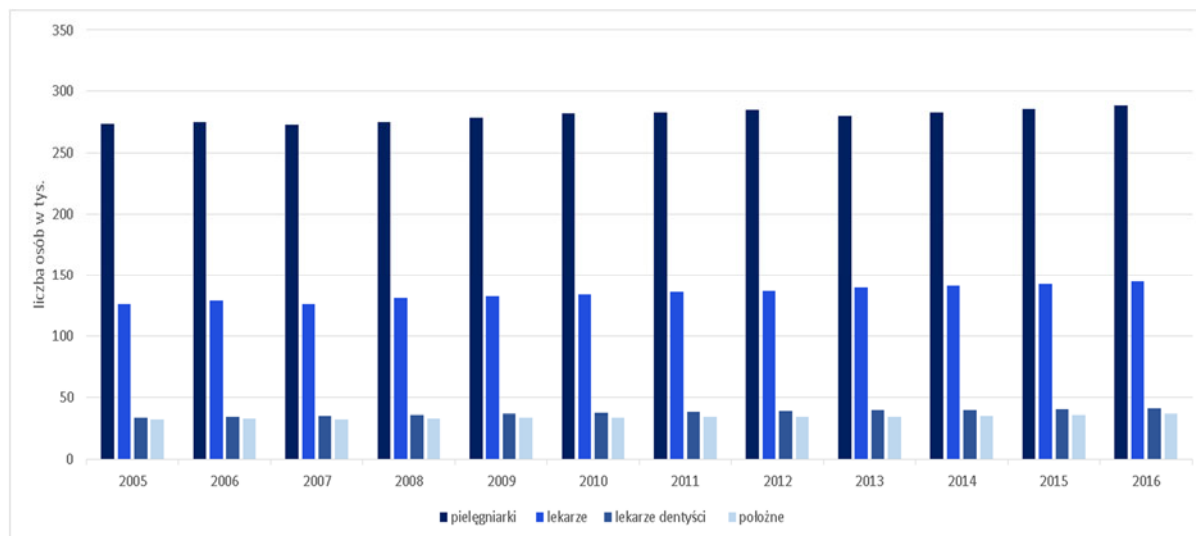
Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2016 roku (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2015/2016).

Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych

Zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, w roku 2016 prawo wykonywania zawodu posiadało prawie 145 tys. lekarzy, 41,2 tys. lekarzy dentyków, 288 tys. pielęgniarek, 37 tys. położnych, 34 tys. farmaceutów i 15 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich z wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2016 r. zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3%), farmaceutów – podobnie jak przed rokiem (wzrost o 2,4%) oraz lekarzy dentyków (wzrost o 1,8%).

Wykres 1. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki oraz położnej w latach 2005-2016

Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2005-2016

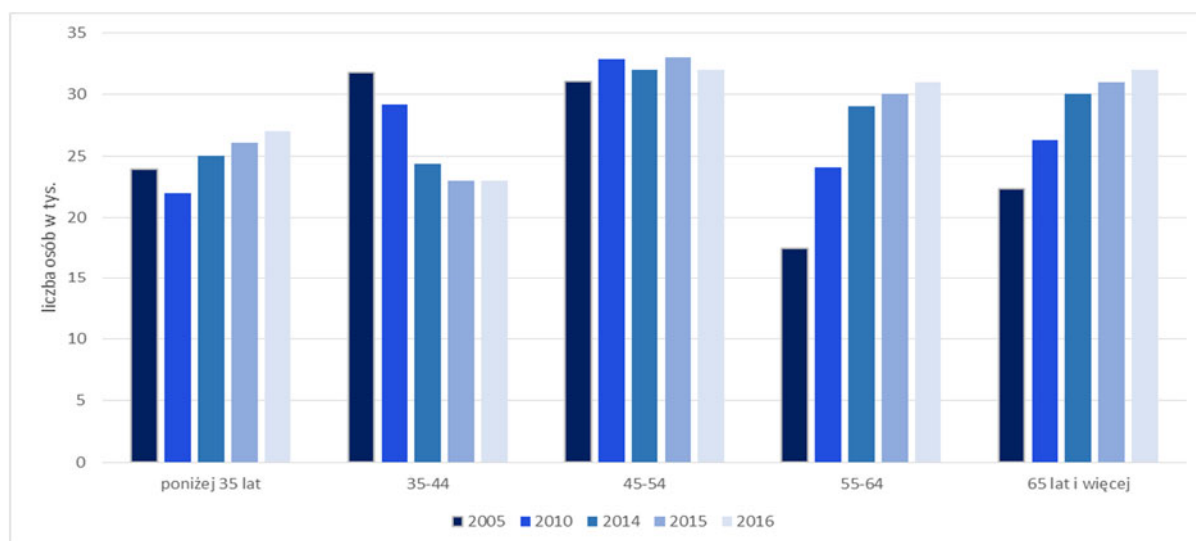


Na dynamikę liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem roczników starszych.

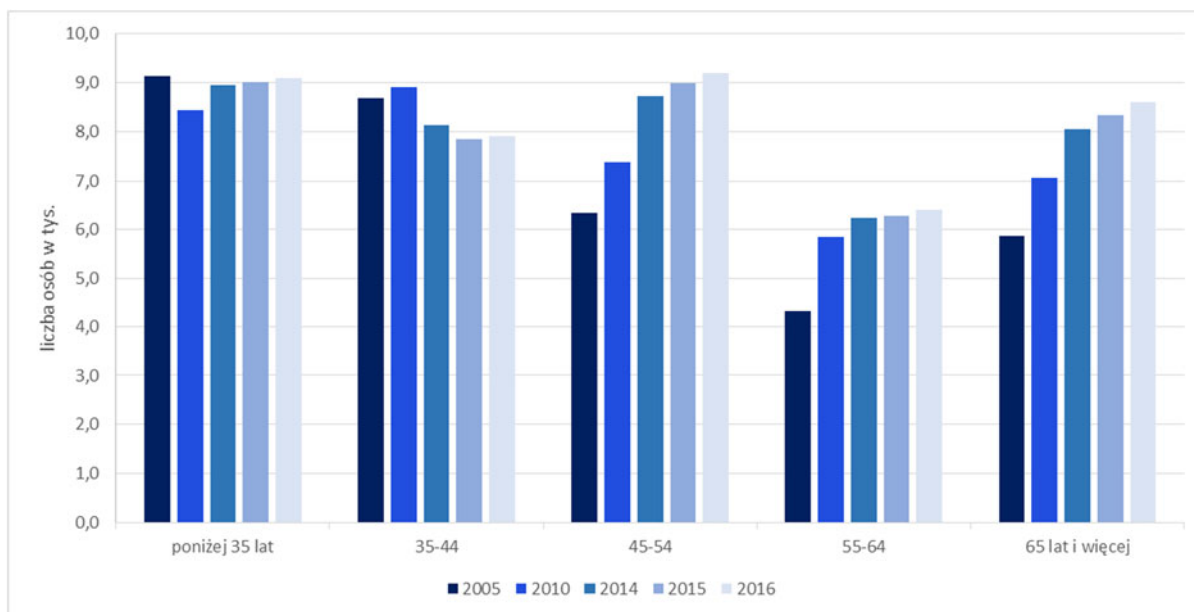
Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2016 r., jak i w latach poprzednich, utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. W 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wiekowej – 65 lat i więcej.

Wykres 2. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku

Doctors entitled to perform their profession – the age structure

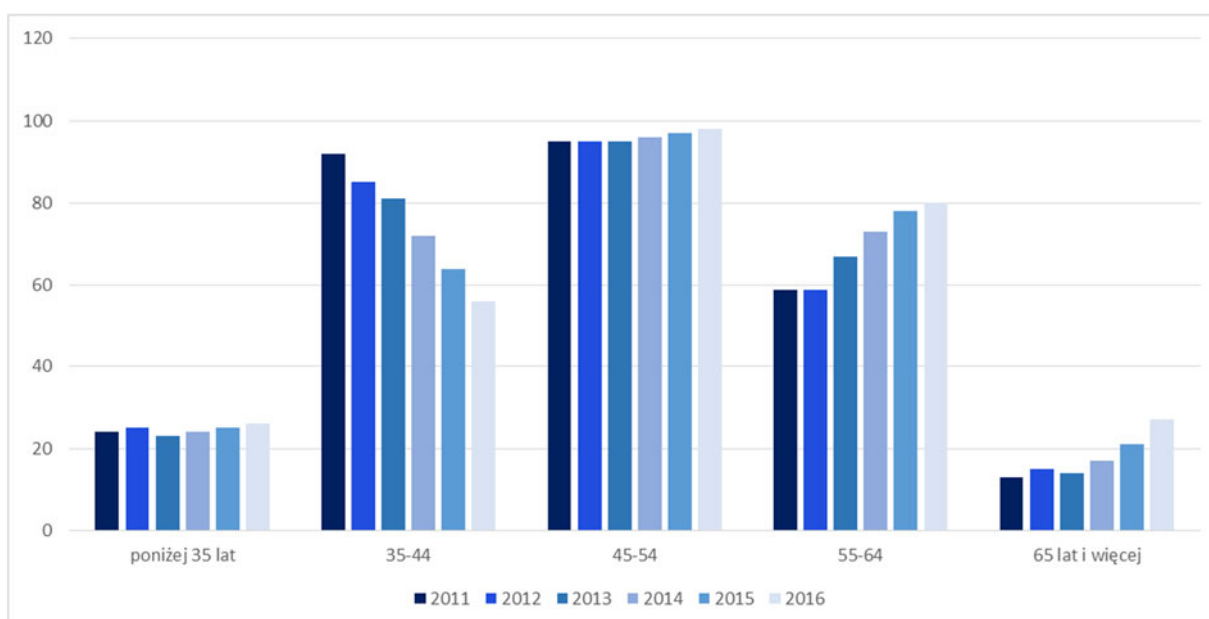


Wykres 3. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku
Dentists entitled to perform their profession – the age structure

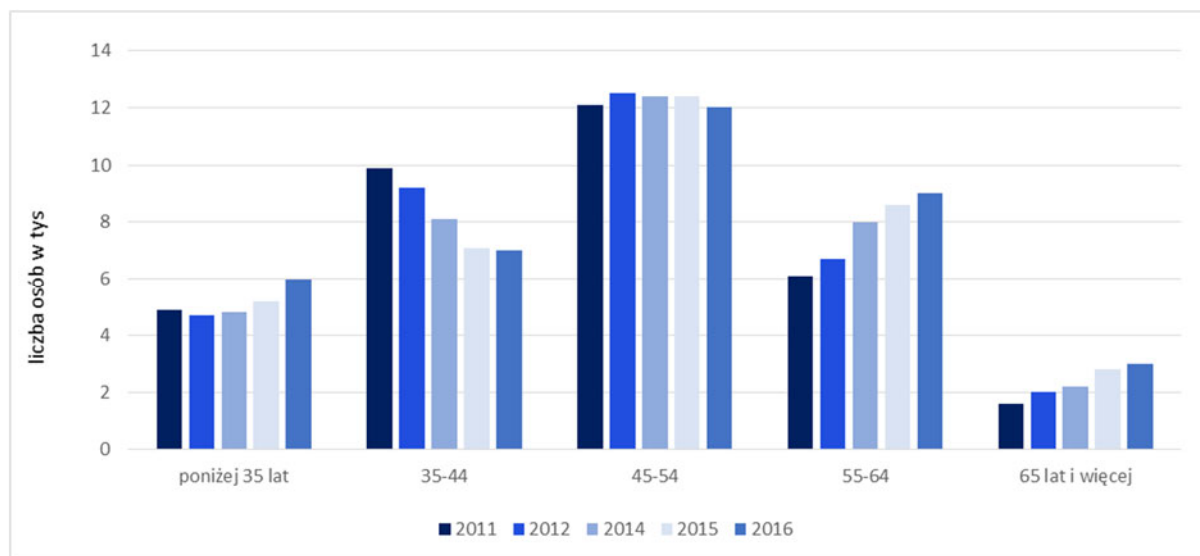


Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2016 najczęściej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45-54 lata – 98,3 tys. Istotną zmianą w 2016 r. był fakt, że najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat, w 2016 r. było ich 26 tys. (w 2015 r. najmniejsza grupa to pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – 21 tys.). Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. W 2016 r. wzrost ten był znaczny – o ponad 6 tys. Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55-64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o ponad 2 tys.

Wykres 4. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku
Nurses entitled to perform their profession – the age structure



Wykres 5. Położne uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku
Midwives entitled to perform their profession – the age structure



Podobne tendencje jak w roku ubiegłym wystąpiły w przypadku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – ponad 12 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – ponad 3 tys., tj. o ponad 400 osób więcej niż przed rokiem. W grupie najmłodszych położnych (poniżej 35 roku życia) odnotowano pozytywne zjawisko, dotyczące wzrostu osób uprawnionych do wykonywania zawodu. Położne mające mniej niż 35 lat stanowiły 15,4%, a ich liczba w porównaniu z poprzednim rokiem wzrosła o 455 osób.

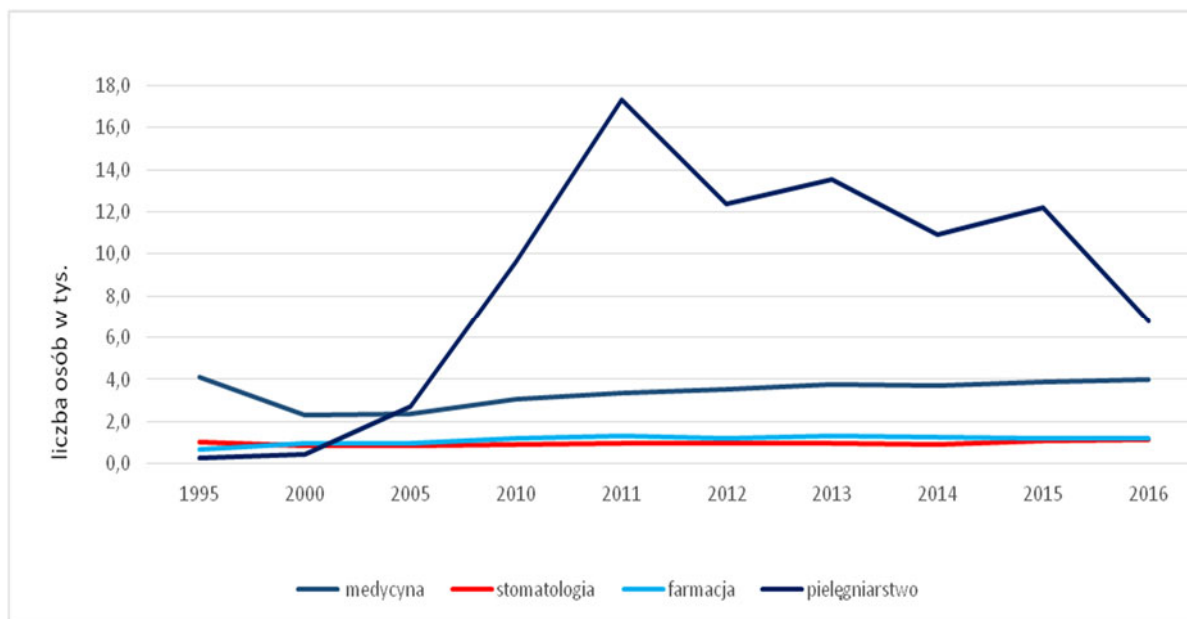
Powyższe dane potwierdzają tendencję starzenia się społeczeństwa, co dotyczy także pracowników systemu ochrony zdrowia. Wyzwaniem staje się zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego. Kluczowe znaczenie ma w tym zakresie współpraca z sektorem edukacji i planowanie liczby przyjęć na studia medyczne, jak również wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników.

W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat⁶⁷.

⁶⁷ Dane GUS – formularz S-10.

Wykres 6. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2016

Graduates of selected medical faculties at universities in Poland in 1995-2016



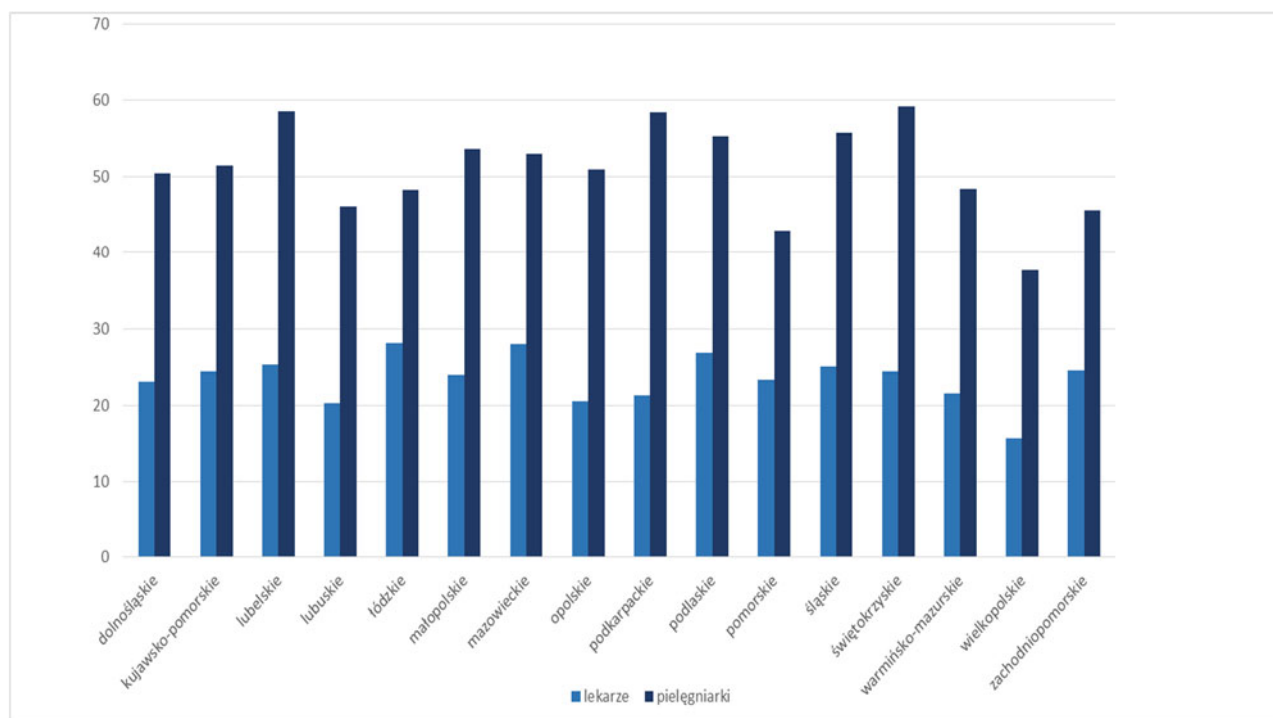
W latach 2000-2011 obserwowany był znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Był to przede wszystkim efekt wejścia Polski do Unii Europejskiej. Dyplom potwierdzający ukończenie średniej szkoły medycznej nie stanowił już wystarczającego potwierdzenia kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarki muszą mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw. pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe miał się odbyć w roku 2010/2011. Wiąże się z tym, widoczny na wykresie wyraźny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo w roku 2011. Inną przyczyną gwałtownego wzrostu liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo mogły być przypadki podwójnego liczenia absolwenta w statystykach. Ostatnie lata charakteryzowały się wahaniami w liczbie absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach).

W roku 2016 liczba absolwentów kierunku pielęgniarstwo spadła niemal o połowę w porównaniu z rokiem poprzednim. Spadek ten dotyczył w całości liczby absolwentów studiów niestacjonarnych i może być konsekwencją zmniejszającej się systematycznie roli studiów pomostowych przeznaczonych dla osób z wykształceniem pielęgniarstwowym.

Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem. Lekarze specjaliści

Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego opartej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność do odpowiedniej ilości kadry medycznej zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15,7 w województwie wielkopolskim do ponad 28,1 w województwie łódzkim. Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców w roku 2016 była najniższa w województwie wielkopolskim – 37,6 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, oraz w województwie pomorskim, gdzie przypadały 43,0 pielęgniarki na 10 tys. osób, natomiast najwięcej pielęgniarek było w województwie lubelskim i świętokrzyskim – niemalże 60 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców.

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



Poza dostępnością pracowników medycznych wyrażoną przez odniesienie liczby pracujących z pacjentem do liczby potencjalnych pacjentów, ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów⁶⁸, a w odniesieniu do

⁶⁸ Patrz "Uwagi metodologiczne" str. 35, definicja o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty.

pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

W 2016 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wynosiła ponad 60 tys., a wśród lekarzy dentystów specjalizację posiadało 2,8 tys., co stanowiło 20,9% wszystkich lekarzy dentystów, jednak za mało aby wyrównać pojawiający się deficyt.

Mimo że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem zwiększa się z roku na rok, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości⁶⁹. W grudniu 2012 roku, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie⁷⁰, w którym określono priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie brakuje specjalistów.

Są to między innymi takie specjalizacje jak: geriatrycja (165 lekarzy), hematologia (285 lekarzy), neurologia dziecięca (277 lekarzy), psychiatrycja dzieci i młodzieży (179 lekarzy), stomatologia dziecięca (211 lekarzy)⁷¹.

Na koniec 2016 roku najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych – średnio na 10 tysięcy osób przypadało ok. 2 lekarzy z wymienionych specjalizacji. Spośród wymienionych na wykresie lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: dermatologia, otolaryngologia czy onkologia.

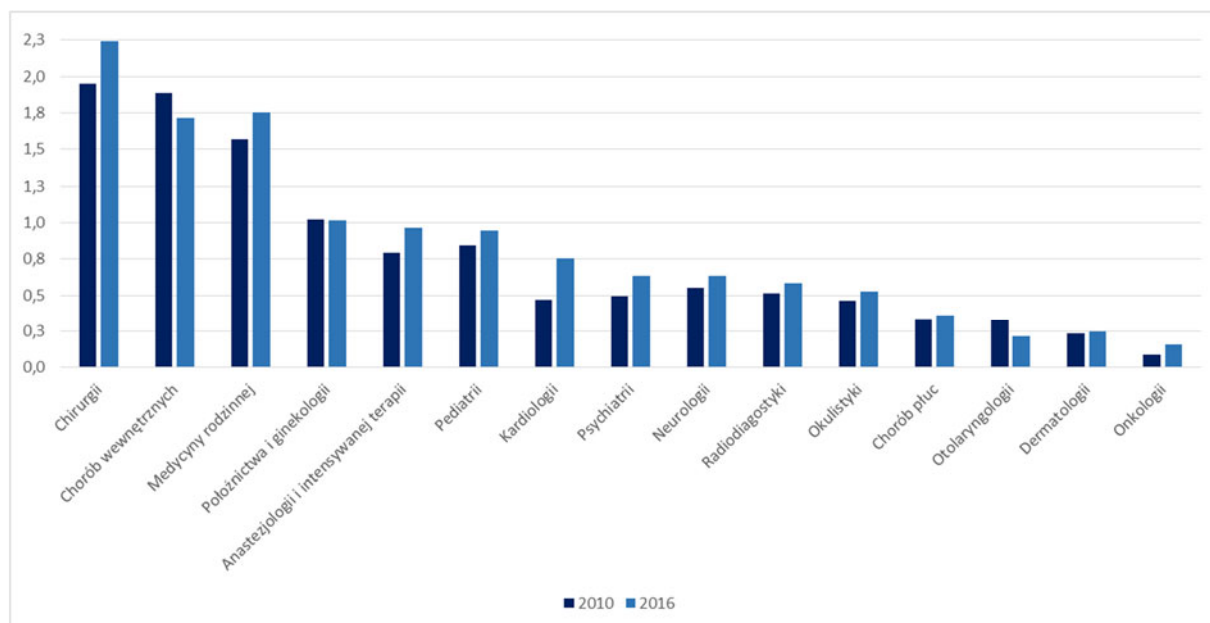
⁶⁹ Od lat prowadzone są liczne działania stymulujące poprawę takiej sytuacji. Powodem obaw jest: starzenie się kadry medycznej, brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji, migracje zagraniczne lekarzy specjalistów do innych krajów, zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz starzenie się społeczeństwa.

⁷⁰ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U.2012. poz. 1489)

⁷¹ Dane w nawiasach podano w oparciu o wyniki badań resortowych MZ-89 i MSWiA-29, i dotyczą pracujących według głównego miejsca pracy.

Wykres 8. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2016 (na 10 tys. ludności)

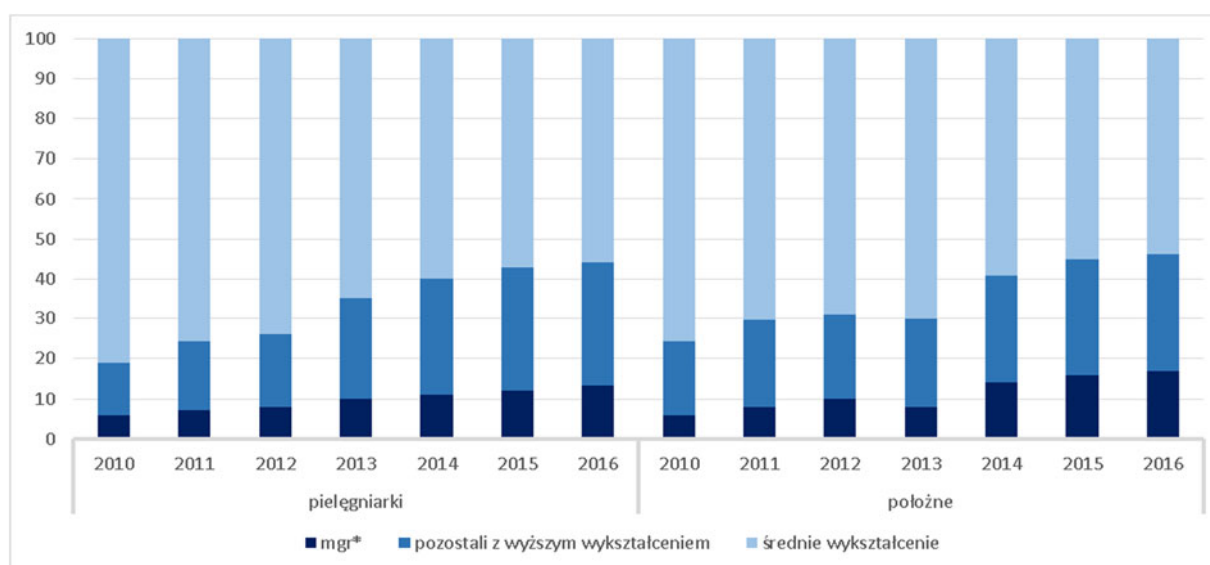
Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2016 (per 10 thousand of the population)



Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2016 roku, spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało 13,4 ogółu. Jeśli chodzi o liczbę pracujących położnych to 17% miało wykształcenie wyższe magisterskie.

Wykres 9. Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych w latach 2010-2016

The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2010-2016



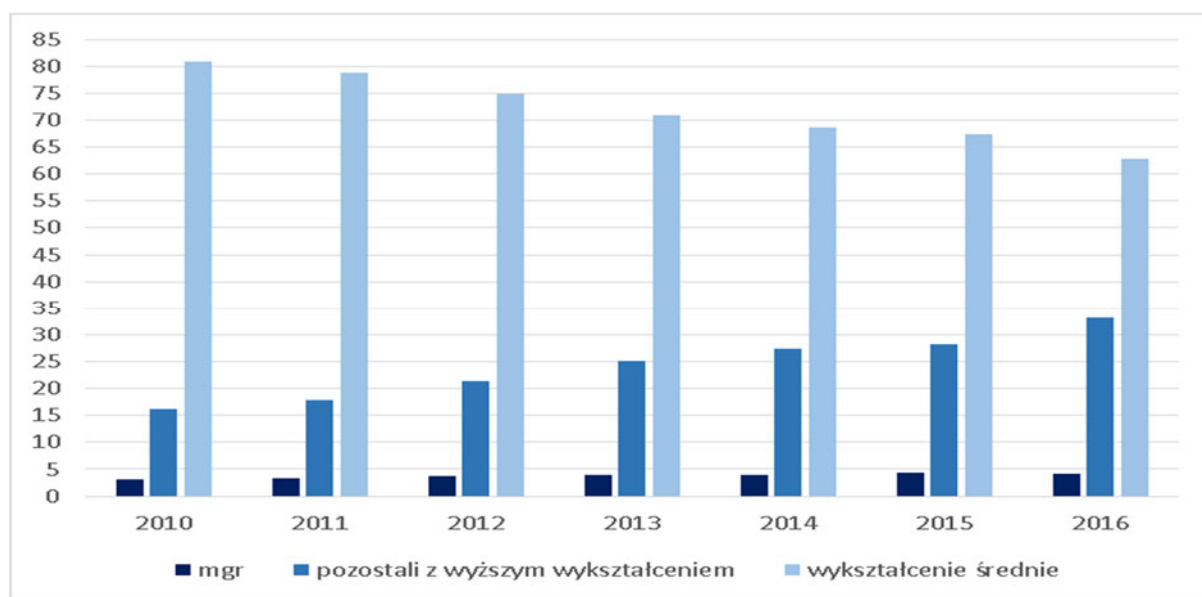
* w przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa

Najwyższy odsetek osób z tytułem magistra w przedstawionych zawodach medycznych wystąpił w grupie położnych i wyniósł w 2016 roku 17%, natomiast najwyższy wskaźnik dotyczący grupy: pozostali z wyższym wykształceniem” znalazł się w zawodzie pielęgniarki (30,8%).

W przypadku ratownika medycznego zdobycie uprawnień zawodowych jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne. Do niedawna dyplom ratownika medycznego można było uzyskać kończąc 2-letnią szkołę policealną, jednak zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej ostatni nabór do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownik medyczny odbył się w roku szkolnym 2012/2013⁷².

W 2016 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,7 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim było 0,6 tys.

Wykres 10. Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010-2016
The level of education of paramedics in 2010-2016

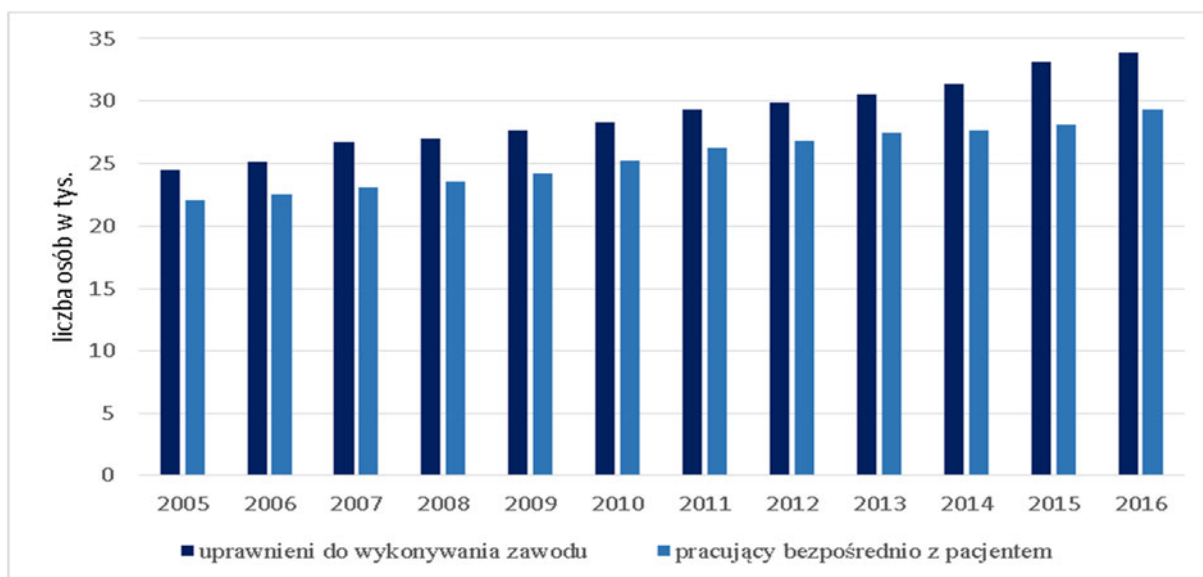


Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2016 r. uprawnionych było 34 tys. osób (o 0,8 tys. więcej niż przed rokiem), natomiast w zbadanych aptekach i punktach aptecznych pracowało 27 tys. osób. Dane wskazują, że 80% wszystkich uprawnionych pracowało w aptekach bezpośrednio z pacjentem

⁷² Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 23 grudnia 2011 r. w sprawie klasyfikacji zawodów szkolnictwa zawodowego.

Wykres 11. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu

Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession

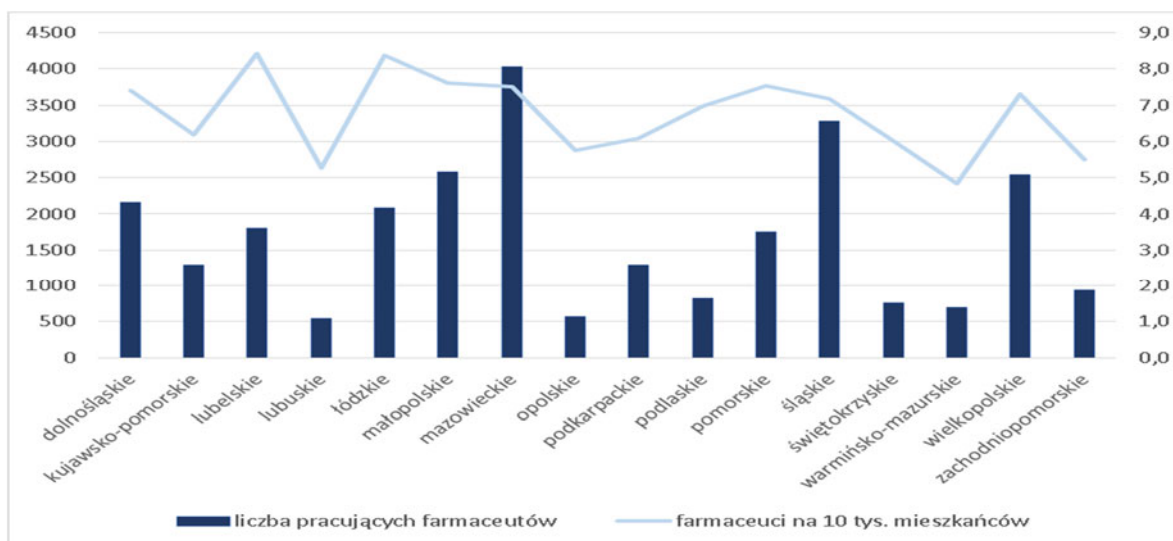


Zarówno liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty jak i liczba pracujących „bezpośrednio z pacjentem” (czyli w aptekach) systematycznie rośnie. W ciągu ostatniej dekady liczba farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych zwiększyła się z 22,1 tys. w roku 2005 do 27 tys. w roku 2016.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2016 r. pracowało łącznie 27 tys. magistrów farmacji oraz 32 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (88,7%).

Wykres 12. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców

Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thous. population



Najwięcej farmaceutów pracowało w aptekach i punktach aptecznych województwa mazowieckiego – 4,0 tys. osób, natomiast najmniej w województwie lubuskim – nieco ponad 500 osób.

Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy, tak samo jak przed rokiem, w województwie lubelskim i łódzkim – po prawie 9 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim (4,8), lubuskim (5,3) oraz zachodniopomorskim (5,5).

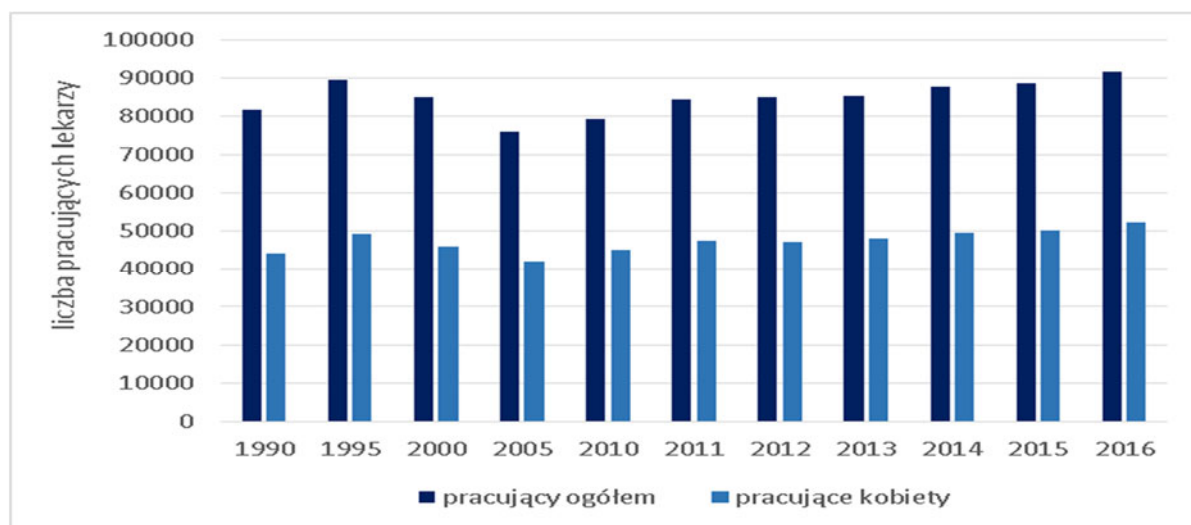
Feminizacja zawodów medycznych

W Polsce w 2016 r. kobiety przeciętnie stanowiły około 70% uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych. Najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. Na przełomie zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale 25 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W zawodzie lekarza dentystry także przeważają kobiety, które stanowią średnio 75% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

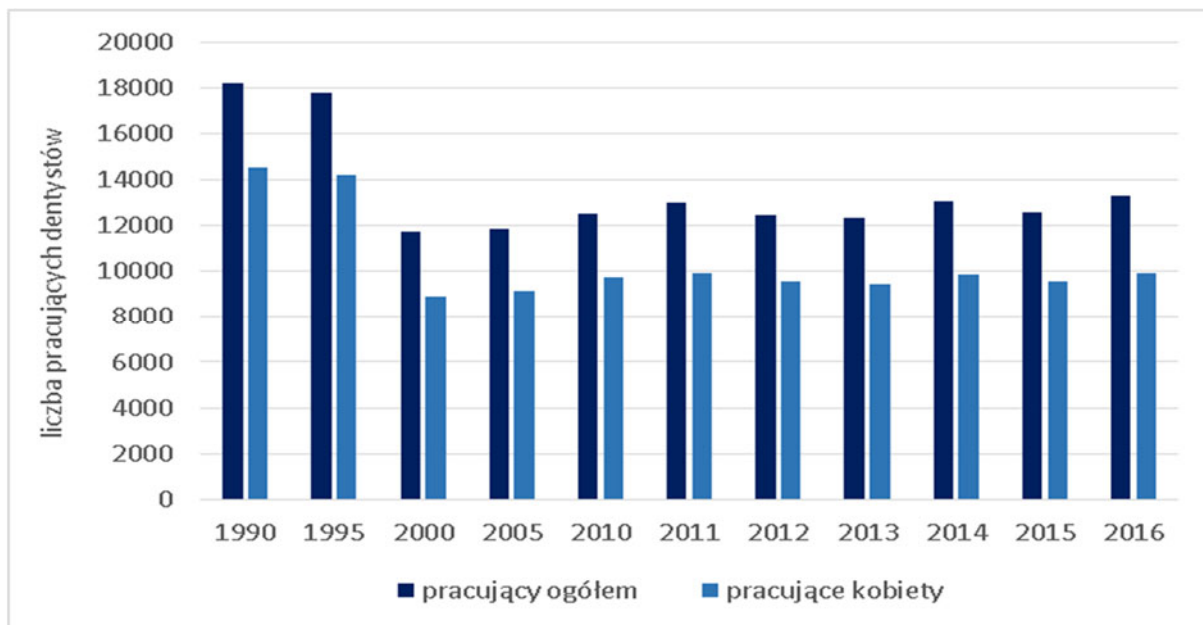
Poniższe wykresy przedstawiają dane dotyczące wybranych trzech zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystry oraz farmaceutów. Na wykresach przedstawione są informacje na temat liczby personelu medycznego pracującego bezpośrednio z pacjentem, ze szczególnym uwzględnieniem liczby kobiet pracujących w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

Wykres 13. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2016 z uwzględnieniem liczby kobiet

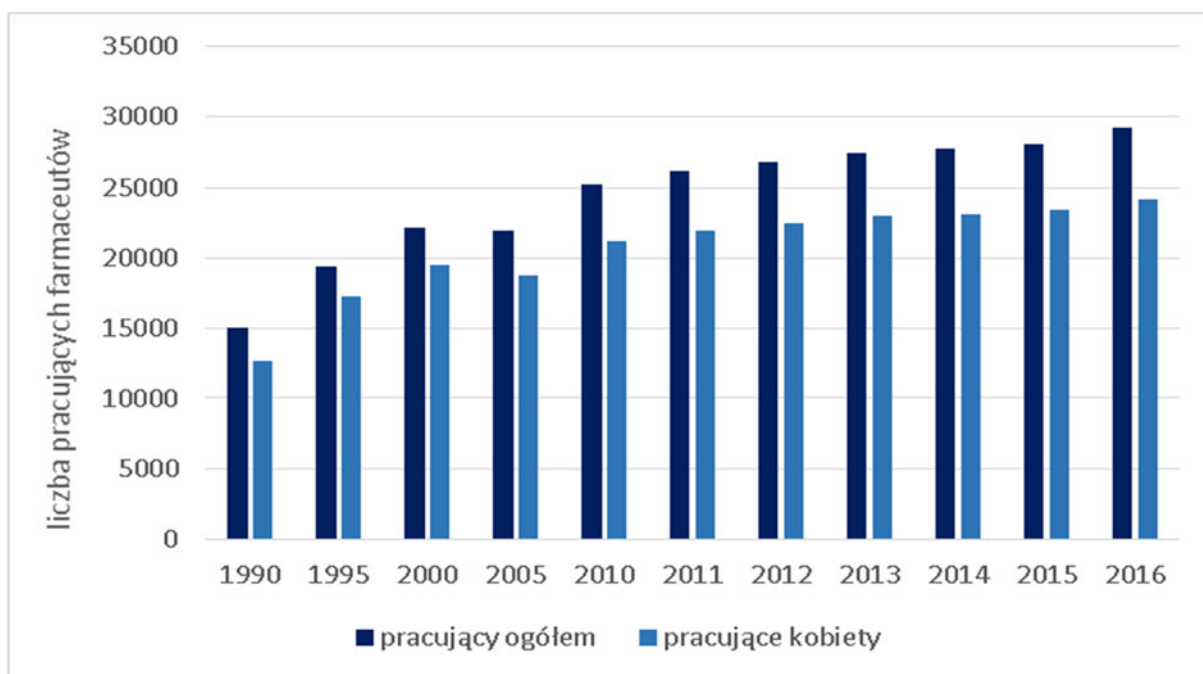
Doctors working directly with the patient in the years 1990-2016 including the number of female



Wykres 14. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2016 z uwzględnieniem liczby kobiet
Dentists working directly with the patient in the years 1990-2016 the number of female



Wykres 15. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2016 z uwzględnieniem liczby kobiet
Pharmacists working directly with the patient in the years 1990-2016 including the number of female



2.2 STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

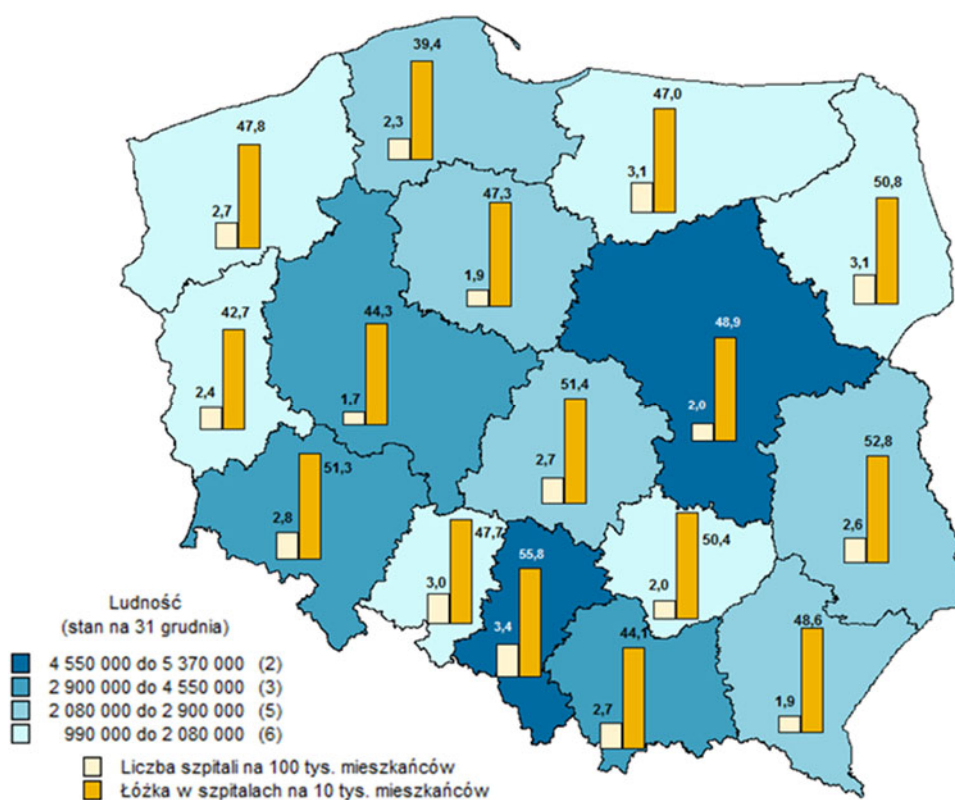
*Szpitala ogólne*⁷³

W Polsce na koniec 2016 r. funkcjonowało 957 stacjonarnych **szpitali ogólnych**, dysponujących 186,6 tys. łóżek oraz 194 szpitale dzienne (lub inaczej „jednego dnia”), oferujące 1,2 tys. miejsc opieki dziennej. Podobnie jak przed rokiem, liczba szpitali stacjonarnych w przeliczeniu na liczbę ludności wyniosła 2,5 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 48,6 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Oznacza to, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 206 mieszkańców.

W 2016 r. w szpitalach hospitalizowanych było 7,8 mln pacjentów (o 0,4% więcej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3,2 mln pacjentów, przy czym pacjenci szpitali dziennych stanowili 3,6% ogółem leczonych w trybie dziennym.

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

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



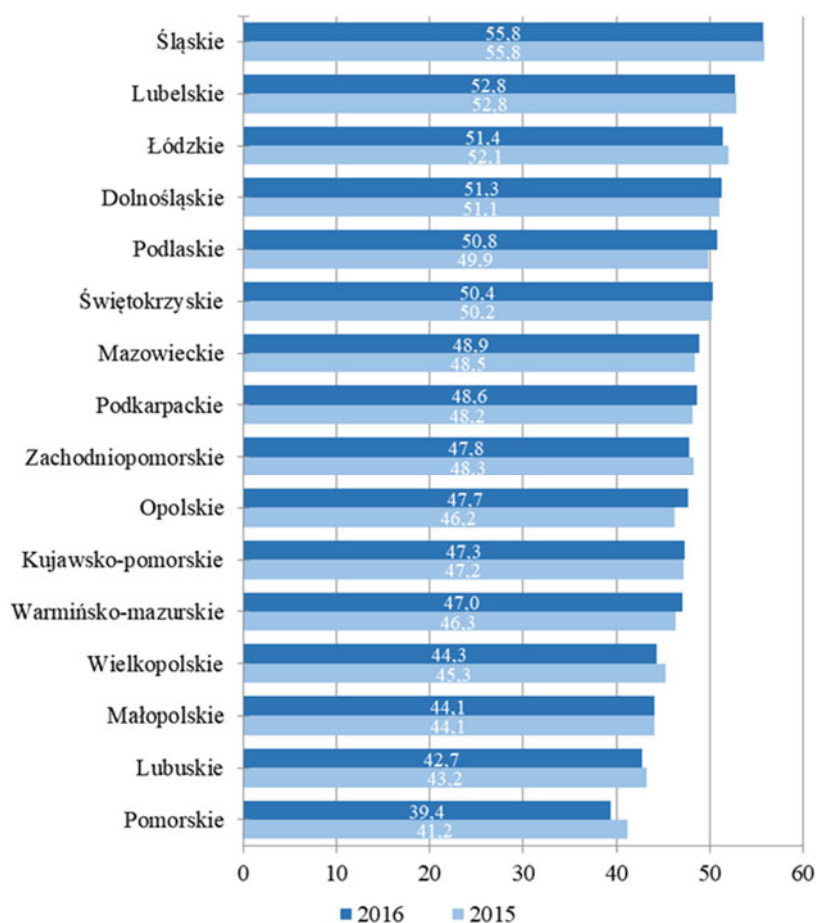
⁷³ Analiza dotyczy szpitali ogólnodostępnych i nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych.

Wskaźnik liczby szpitali⁷⁴ na 100 tys. mieszkańców był największy w województwach: śląskim (3,4), warmińsko-mazurskim i podlaskim (po 3,1) a najmniejszy w województwie wielkopolskim (1,7), podkarpackim i kujawsko-pomorskim (po 1,9).

Natomiast wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, podobnie jak przed rokiem, był największy w województwach: śląskim (55,8), lubelskim (52,8) i łódzkim (51,4) a najmniejszy w województwach: pomorskim (39,4) lubuskim (42,7) i małopolskim (44,1).

Największy spadek wskaźnika odnotowano w województwach: pomorskim (o 1,8), wielkopolskim (o 1,0) i łódzkim (o 0,7), natomiast wzrost w województwach: opolskim (o 1,5), podlaskim (o 0,9) i warmińsko-mazurskim (o 0,7 wyższy).

Wykres 16. Łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw w latach 2015 i 2016
Beds in general hospitals per 10 thous. population by voivodships in 2015-2016



Biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę łóżek, w 2016 r. liczba łóżek w kraju wyniosła 186,6 tys. i była mniejsza o 0,2% (0,4 tys. łóżek). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek szpitalnych znajdowało się w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim

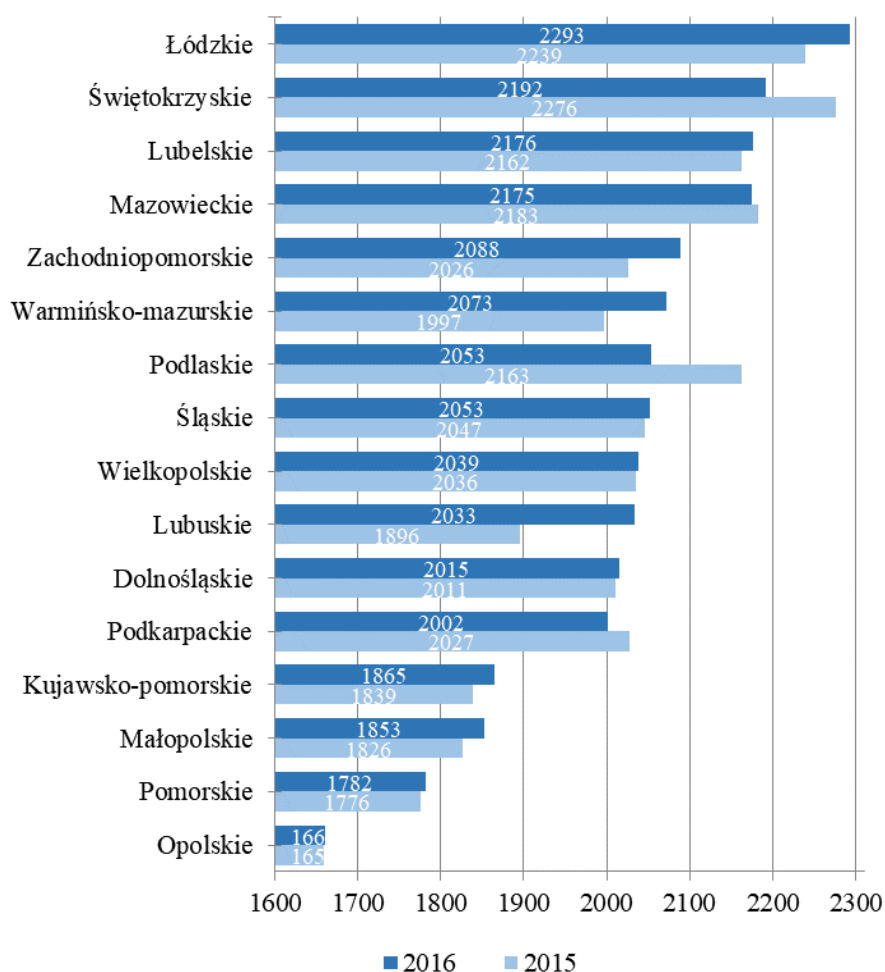
⁷⁴ Bez szpitali dziennych.

i śląskim. Szpitale tych województw skupiały blisko 28% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnodostępnych w Polsce⁷⁵. Natomiast najmniejszą liczbą łóżek dysponowały województwa o najmniejszej liczbie mieszkańców takie jak województwo lubuskie (4,3 tys.) i opolskie (4,7 tys.), w których było łącznie niespełna 5% wszystkich łóżek szpitalnych.

W szpitalach ogólnych w 2016 r. przyjęto 7,8 mln pacjentów⁷⁶ leczonych stacjonarnie (o 0,4% więcej niż w 2015 r.) oraz 3,2 mln leczonych w trybie dziennym⁷⁷ (o 10,9% więcej niż w roku poprzednim). W przeliczeniu na 10 tys. ludności w trybie stacjonarnym leczonych było 2037 pacjentów, o 10 osób więcej niż w 2015 r.

Wykres 17. Leczeni⁷⁸ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w latach 2015 i 2016

Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships in 2015-2016



⁷⁵ Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

⁷⁶ Pacjenci bez ruchu chorych między oddziałami szpitala i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku liczony jest w każdym niezależnie.

⁷⁷ Łącznie z leczonymi dziennie w szpitalach dziennych (szpitale jednego dnia).

⁷⁸ Pacjenci bez ruchu chorych między oddziałami szpitala i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

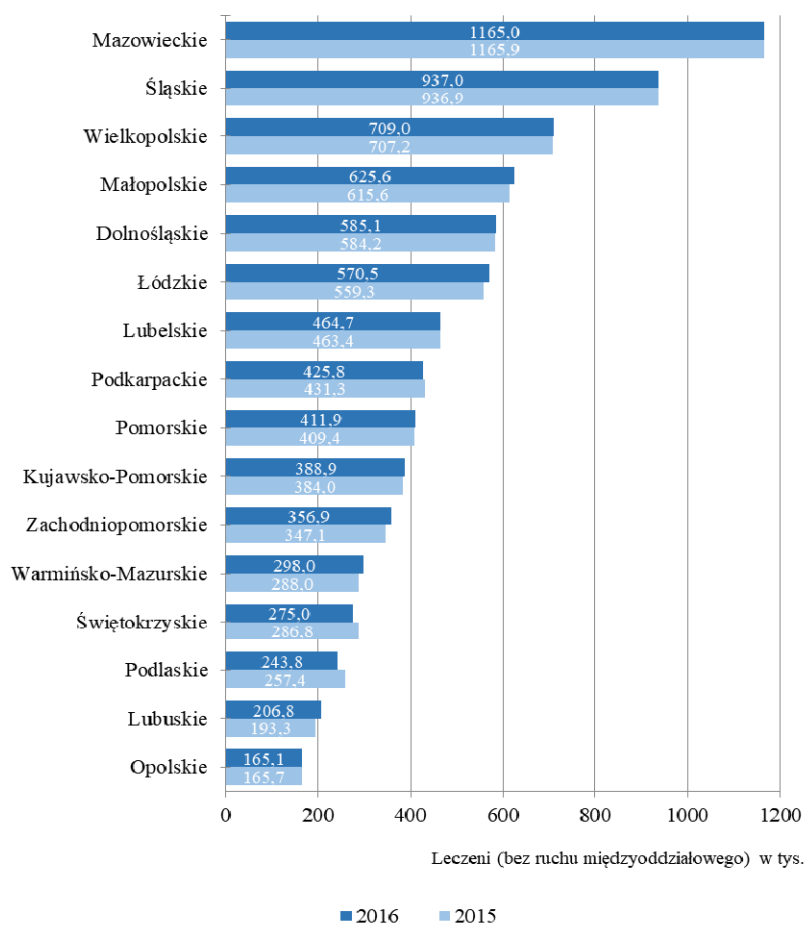
Wskaźnik ten był największy w województwie łódzkim (2293), świętokrzyskim (2192), lubelskim (2176) i mazowieckim (2175), a najmniejszy, podobnie jak przed rokiem, w województwach opolskim (1660), pomorskim (1782) i małopolskim (1853)

Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do 2015 r. odnotowano w województwach: lubuskim (o 137), warmińsko-mazurskim (o 76), zachodniopomorskim (o 63) i łódzkim (o 54). Natomiast największy spadek liczby leczonych na 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach podlaskim (o 110) i świętokrzyskim (o 84).

Analiza liczby pacjentów leczonych stacjonarnie (bezwzględnej liczby pacjentów) w poszczególnych województwach, wykazała, że najwięcej osób było hospitalizowanych w województwach o największej liczbie mieszkańców, czyli w województwie mazowieckim (14,9% ogółem leczonych w kraju), śląskim (12%) i wielkopolskim (9,1%).

Wykres 18. Leczeni⁷⁹ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych według województw w latach 2016 i 2015

Inpatients in general hospitals by voivodships in 2015-2016



⁷⁹ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Najmniej pacjentów przebywało w szpitalach województwa opolskiego (2,1% ogółem leczonych w kraju), lubuskiego (2,6%) i podlaskiego (3,1%), czyli województwach o najmniejszej liczbie ludności.

Największy wzrost liczby pacjentów korzystających ze stacjonarnej opieki szpitalnej w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano w województwie lubuskim (o 7,0%), warmińsko-mazurskim (o 3,5%) i zachodniopomorskim (o 2,8%). Największy spadek w województwach podlaskim (o 5,3%) i świętokrzyskim (o 4,1%).

W 2016 r., podobnie jak przed rokiem, udział dzieci i młodzieży do 18 roku życia leczonych stacjonarnie w szpitalach w kraju, wynosił 17,4% (tj. 1366 tys. osób). Udział dzieci wahał się w poszczególnych województwach. I tak w województwach: warmińsko-mazurskim, mazowieckim, kujawsko-pomorskim i pomorskim, więcej niż co piąty pacjent stacjonarny była to osoba młoda do 18 roku życia, podczas gdy w woj. opolskim, udział dzieci był znacznie niższy i wynosił 11,6%.

Oddziały szpitalne

Do analizy działalności szpitali, istotnych informacji dostarczają statystyki zgromadzone bezpośrednio z oddziałów szpitalnych, przedstawiające infrastrukturę i działalność poszczególnych oddziałów.

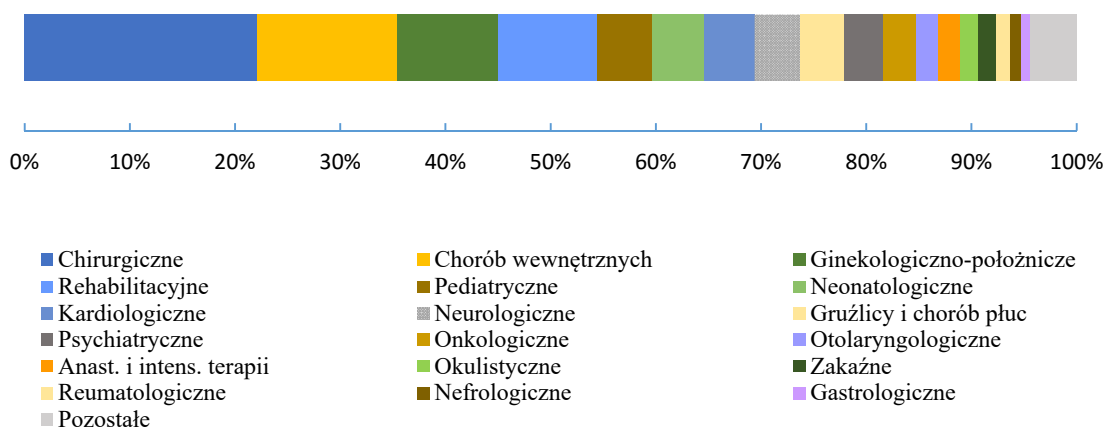
W 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, największą liczbą łóżek ogółem w skali kraju dysponowały oddziały o specjalnościach chirurgicznych⁸⁰ – 41,2 tys. (22,1% wszystkich łóżek), z czego ponad połowa znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (21,2 tys.), a prawie 1/4 (10,5 tys.) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Najmniej łóżek znajdowało się na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (0,5 tys.).

Oddziały szpitalne z dużą liczbą łóżek to takie oddziały jak: chorób wewnętrznych – (skupiające 13,4% łóżek ogółem), ginekologiczno-położnicze (9,6%), rehabilitacyjne (9,4%), pediatryczne (5,3%), neonatologiczne (4,9%) i kardiologiczne (4,8%).

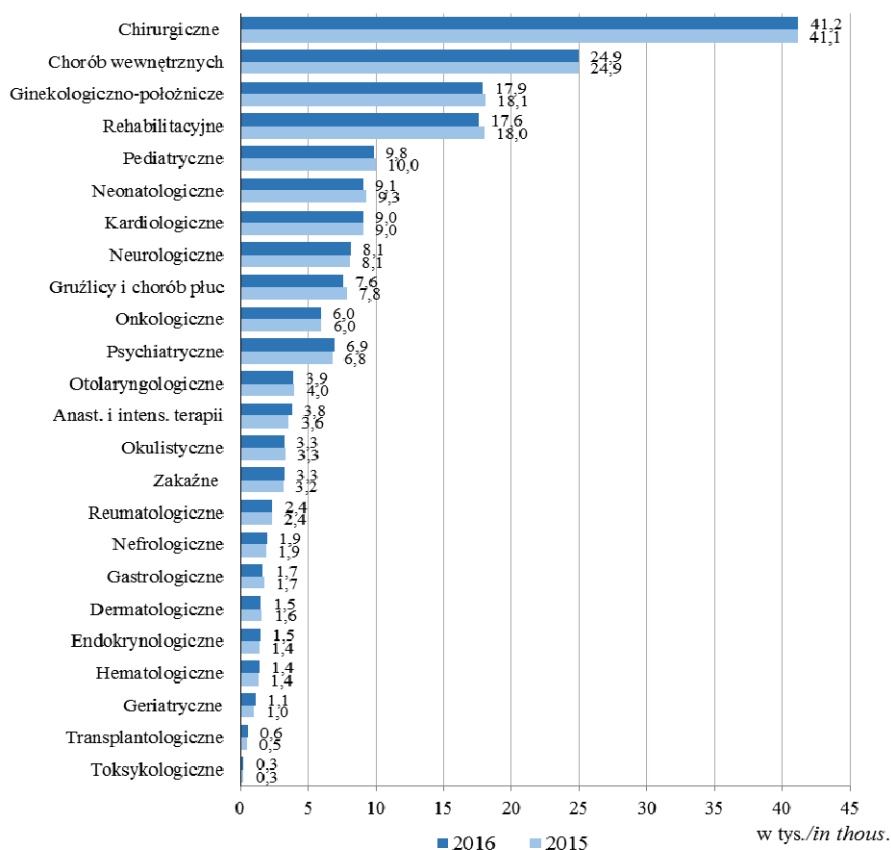
Najmniejszą liczbę łóżek, odnotowano na oddziałach dla przewlekle chorych (98 łóżek), których systematycznie ubywa, następnie na oddziałach leczenia jednego dnia (217 łóżek), oddziałach toksykologicznych (256), transplantologicznych (596) i geriatrycznych (1122 łóżek). Łącznie łóżka na tych oddziałach stanowiły 1,2% wszystkich łóżek szpitalnych (na wykresie poniżej są ujęte w grupie „pozostałe”).

⁸⁰ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym.

Wykres 19. Struktura łóżek w szpitalach ogólnych według rodzajów oddziałów⁸¹ w 2016 r.
The structure of beds in general hospitals by type of wards in 2016



Wykres 20. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2015 r. i 2016 r.
The hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2015 and 2016



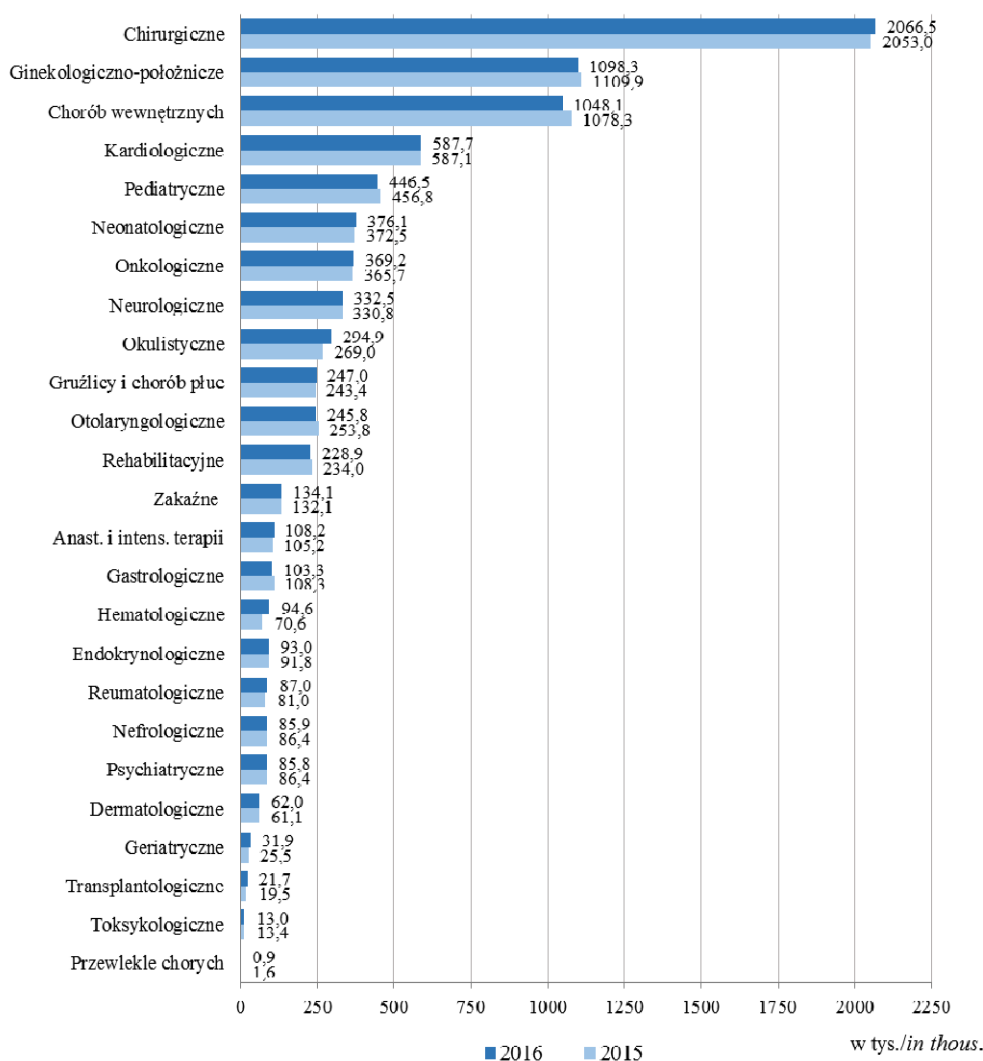
Z roku na rok liczba łóżek na poszczególnych oddziałach ulega pewnym zmianom. W 2016 r., w skali kraju, zwiększyła się liczba łóżek na niedużych oddziałach m.in. takich jak: oddziały

⁸¹ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym. Do oddziałów zakaźnych – obserwacyjno-zakaźne. Do oddziałów psychiatrycznych – oddziały odwykowe.

Nieco mniejszy odsetek wśród leczonych stanowili pacjenci oddziałów kardiologicznych – 7,0% (tj. 587,7 tys. osób, o 0,7% więcej niż w 2015 r.), pediatrycznych – 5,3% (tj. 446,5 tys. o 2,3% mniej), czy onkologicznych – 4,4% leczonych ogółem (tj. 369,2 tys., o 0,9% więcej niż w 2015 r.).

W 2016 r. największy wzrost liczby pacjentów (biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę pacjentów), w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: okulistycznych (o 25,8 tys. osób więcej, tj. o 9,6%), hematologicznych (o 24,0 tys. osób więcej tj. 34,1% więcej), geriatrycznych (o 6,4 tys. osób więcej tj. 24,9%), gruźlicy i chorób płuc (o 3,6 tys. osób więcej tj. 1,5%), neonatologicznych (o 3,6 tys. osób tj. 1,0%), onkologicznych (o 3,4 tys. osób więcej tj. 0,9%) anestezjologii i intensywnej terapii (o 3,0 tys. osób tj. 2,8%) i transplantologicznych (o 2,2 tys. osób więcej tj. 11,2%).

Wykres 22. Leczeni stacjonarnie na oddziałach⁸⁴ w szpitalach ogólnych w 2015 r. i 2016 r.
Number of inpatients in wards of general hospitals in 2015 and 2016

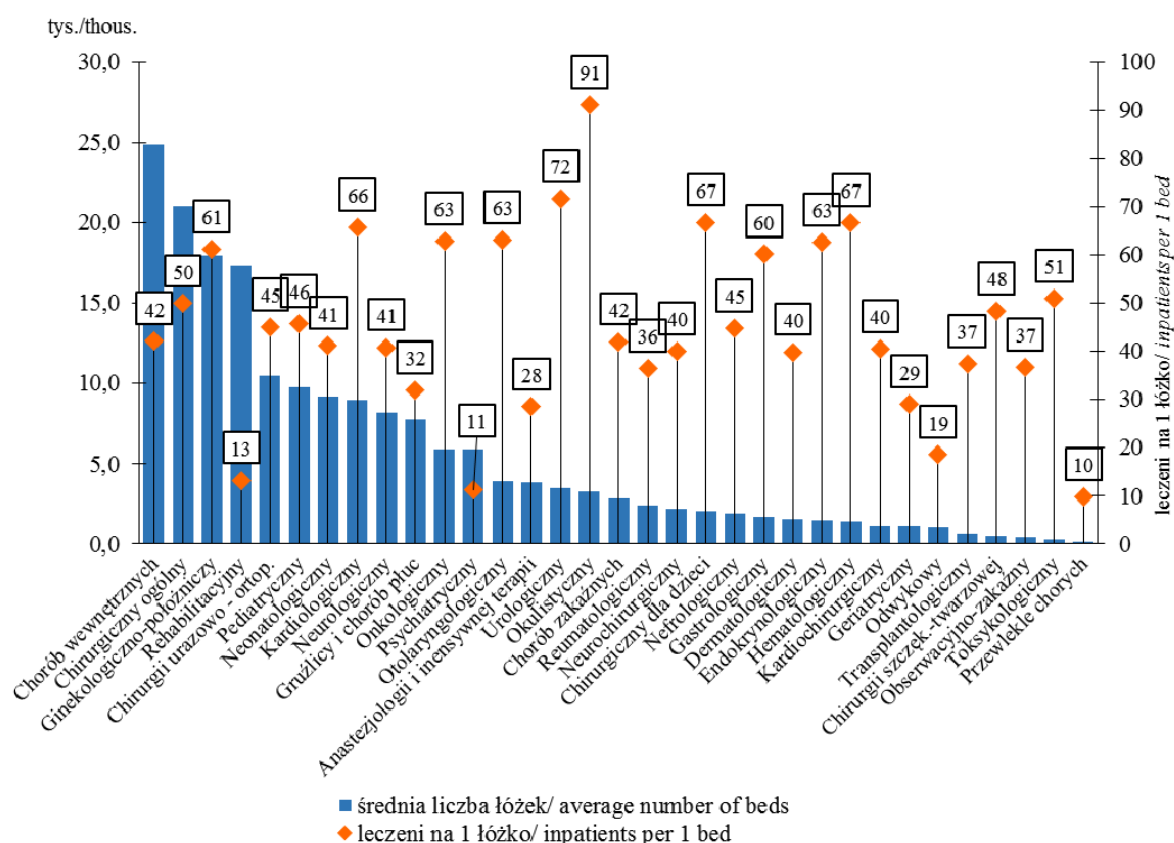


⁸⁴ Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala. Patrz przypis nr 81 na str. 86.

Największy spadek liczby pacjentów (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) zarejestrowano na oddziałach: chorób wewnętrznych (o 30,2 5 tys. osób, tj. 2,8% mniej), ginekologiczno-położniczych (o 11,6 tys., tj. 1,0%), pediatrycznych (o 10,3 tys., tj. 2,3%), otolaryngologicznych (o 8,0 tys., tj. 3,2%) i rehabilitacyjnych (o 5,2 tys. osób, tj. 2,2%).

Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych są: liczba leczonych na poszczególnych oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na oddziałach⁸⁵ oraz średni czas pobytu na oddziale⁸⁶. Wskaźnik tzw. przelotowości, w skali kraju, obliczony dla wszystkich oddziałów łącznie, wyniósł 45,3 pacjentów na jedno łóżko i dla poszczególnych oddziałów znacznie się różnił, co wiąże się ze specyfiką poszczególnych oddziałów.

Wykres 23. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych
Beds and number of inpatients per one bed in hospital wards



Największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (91 osób, o 9 osób więcej niż przed rokiem), a następnie urologicznych (72, o 3 więcej), hematologicznych (67, o 14 więcej) oraz chirurgicznych dla dzieci (67, o 2 więcej). Natomiast najmniej pacjentów na łóżko przypadało na oddziałach: dla przewlekle chorych (10, o 2 osoby mniej),

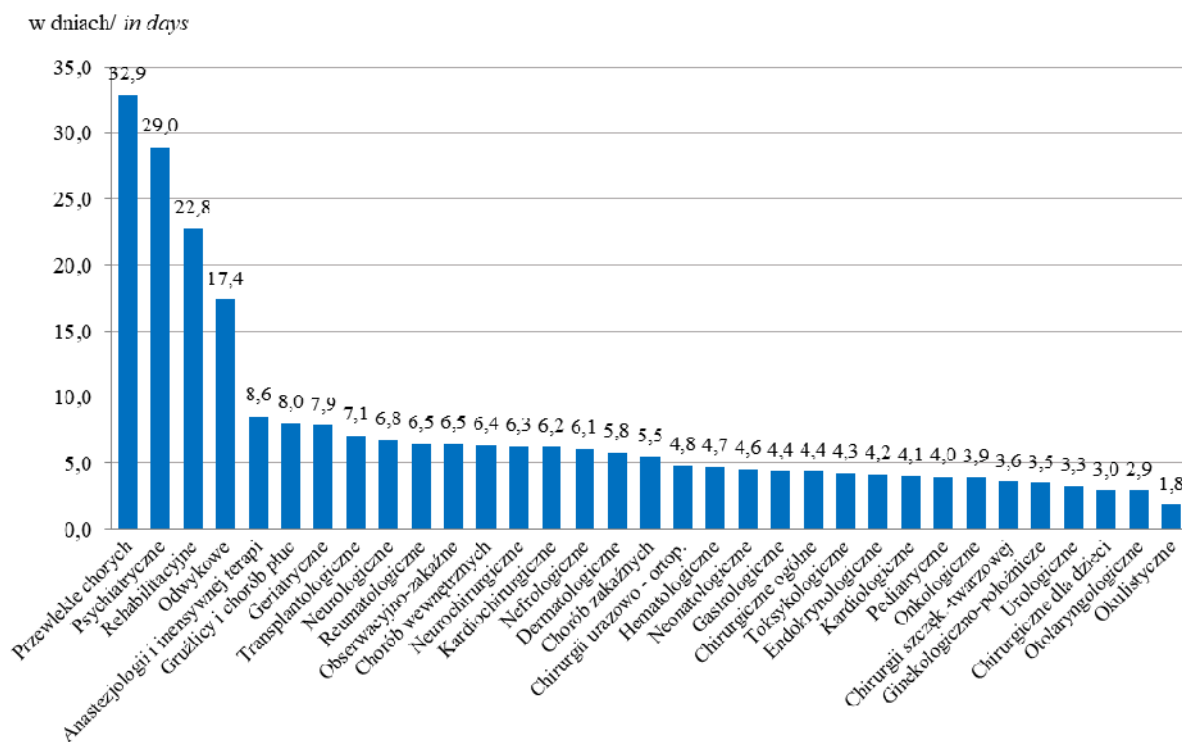
⁸⁵ Wskaźnik tzw. przelotowości – ilorz liczby pacjentów na oddziale i średniej liczby łóżek na oddziale.

⁸⁶ Ilorz osobodni pobytu i leczonych na oddziale.

psychiatrycznych (11, o 1 osobę mniej), rehabilitacyjnych (13 osób, tak jak w roku ubiegłym) i odwykowych (19, o 2 osoby więcej), czyli na oddziałach gdzie pobyty pacjentów są znacznie dłuższe.

W 2016 r. średni czas pobytu⁸⁷ chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju, wyniósł 5,3 dnia i był nieznacznie krótszy (o 0,1) niż w roku 2015.

Wykres 24. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych
Average patient stay in hospital wards by types of wards



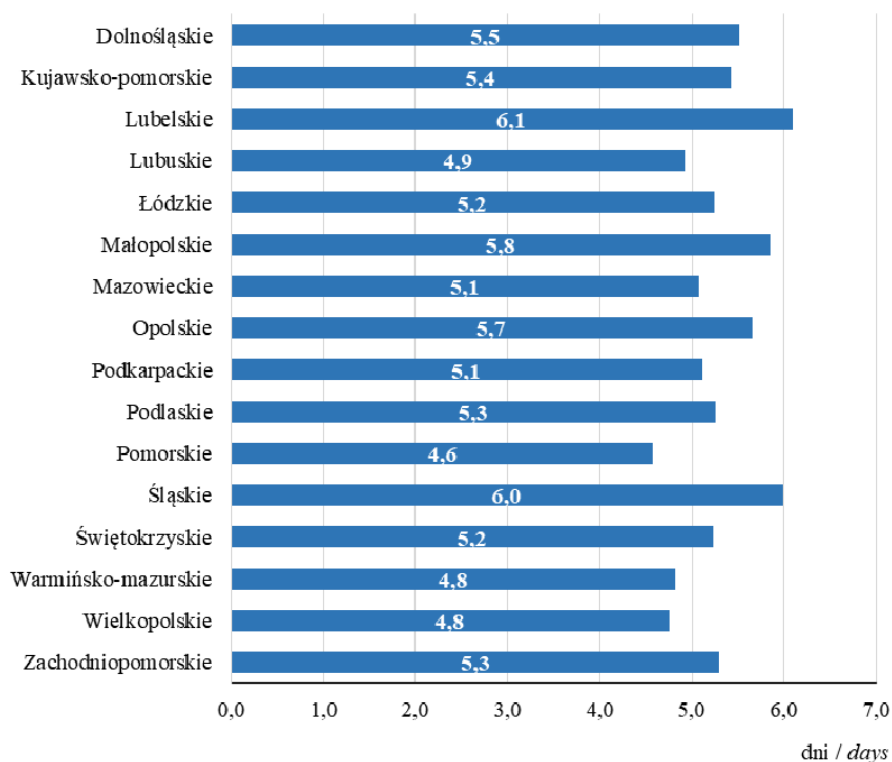
Najdłuższe pobyty miały miejsce na oddziałach: dla przewlekle chorych (32,9 dnia) psychiatrycznych (29,0 dnia), rehabilitacyjnych (22,8 dnia) oraz odwykowych (17,4 dnia).

Krótkie pobyty (poniżej 4 dni) odnotowano na oddziałach: okulistycznych (1,8 dnia), otolaryngologicznych (2,9 dnia), a także chirurgicznych dla dzieci (3,0 dni), urologicznych (3,3 dnia), ginekologiczno-położniczych (3,5 dnia), chirurgii szczękowo-twarzowej (3,6 dnia) i onkologicznych (3,9 dnia).

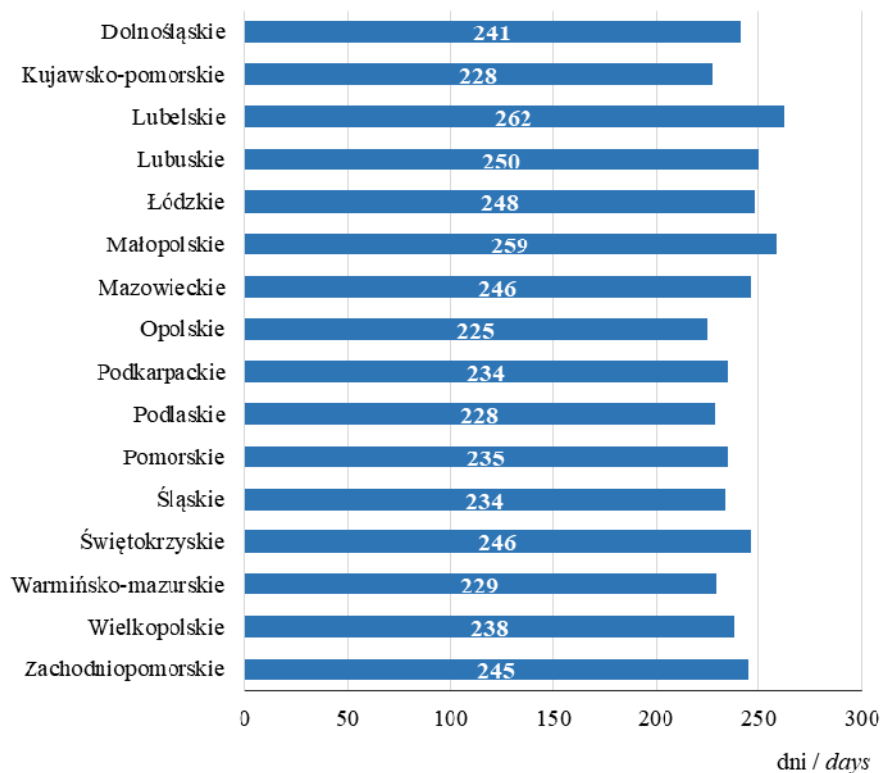
W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) średni pobyt pacjenta na oddziałach szpitalnych trwał najdłużej na terenie województwa lubelskiego (6,1 dnia), śląskiego (6,0 dnia) oraz małopolskiego (5,8 dnia), natomiast najkrócej w województwie pomorskim (4,6 dnia), wielkopolskim i warmińsko-mazurskim (po 4,8 dnia) oraz lubuskim (4,9 dnia).

⁸⁷ Iloraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale i liczby leczonych na oddziale.

Wykres 25. Średni pobyt w szpitalach według województw
Average patient stay in hospital wards by voivodships



Wykres 26. Wykorzystanie łóżek w szpitalach według województw
Usage of beds in general hospitals by voivodships



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie⁸⁸ łóżek w ciągu roku. Wskaźnik ten dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 242 dni, i był o 1 dzień krótszy niż w 2015 r.

W przekroju regionalnym w największym stopniu zostały wykorzystane łóżka w województwach: lubelskim (262 dni), małopolskim (259 dni) i lubuskim (250 dni)), a najniższe wykorzystanie łóżek odnotowano w województwach: opolskim (225 dni) i kujawsko-pomorskim i podlaskim (po 228 dni). W województwie mazowieckim wykorzystanie łóżek było na poziomie 246 dni i było to o 7 dni mniej niż w roku poprzednim.

Dokonując oceny działalności oddziałów poprzez wymienione wskaźniki należy uwzględnić specyfikę poszczególnych oddziałów, ich funkcje w strukturze szpitala i przeznaczenie w procesie leczenia. Inny charakter mają oddziały intensywnej terapii, pełniące szczególną rolę w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed- i po-operacyjna. Zupełnie inny charakter mają oddziały rehabilitacyjne, na których przebywają pacjenci z zakończonym procesem właściwego leczenia, ale w dalszym ciągu wymagający stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji oraz prowadzenia zabiegów rehabilitacyjnych ukierunkowanych na określony długoterminowy efekt leczniczy.

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

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

W 2016 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną⁸⁹ przeznaczonych było łącznie 34,7 tys. łóżek (o 1,3% więcej niż w 2015 r.). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (24,8 tys. łóżek, o 0,9% więcej niż w 2015 r.) przypadało na szpitalną opiekę psychiatryczną realizowaną w szpitalach psychiatrycznych, oddziałach psychiatrycznych i odwykowych szpitali ogólnych.

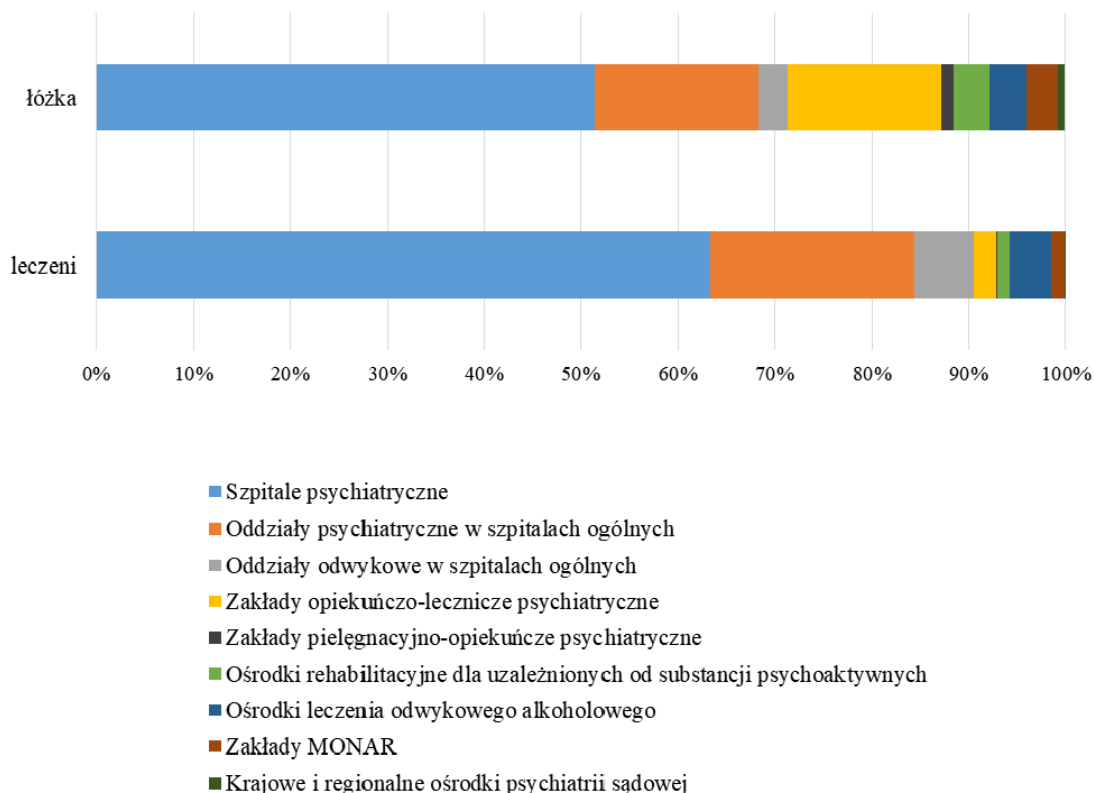
Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według typu zakładu nie uległa znaczącym zmianom. Łóżka na leczenie szpitalne stanowiły 71,4% łóżek, łóżka wykorzystywane na psychiatryczną opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze) skupiały 17,0% łóżek

⁸⁸ Iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

⁸⁹ Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych.

(o 0,4 p. proc. więcej niż w 2015 r.) a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR) dysponowały łącznie 10,9% łóżek.

Wykres 27. Struktura łóżek i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej
Structure of beds and inpatients of psychiatric facilities



Na terenie kraju na koniec 2016 r. odnotowano podobnie jak przed rokiem, 48 **szpitali psychiatrycznych**, dysponujących 17,9 tys. łóżek (o 0,6% więcej niż w końcu 2015 r.). Przebywało w nich 199,7 tys. pacjentów, o 0,5% (1,1 tys.) osób mniej niż przed rokiem.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (2,9 tys.), śląskiego (2,2 tys.) i wielkopolskiego (1,6 tys.), w których przebywało także najwięcej pacjentów. Łącznie stanowili oni ponad 40% leczonych ogółem.

Najmniej pacjentów skorzystało z psychiatrycznej opieki szpitalnej w województwach gdzie łóżek szpitalnych było mniej, czyli w województwie: kujawsko-pomorskim (5,3 tys. osób), podkarpackim (5,2 tys.) oraz lubuskim (7,9 tys.).

Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym trwał 30,3 dnia natomiast w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był nieco krótszy i średnio trwał 29,0 dnia.

Długość pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych była zróżnicowana w zależności od województwa. Najdłuższy średni pobyt chorego odnotowano w województwie podkarpackim – blisko 49 dni, następnie małopolskim – 39 dni i pomorskim – 37 dni, a najkrótszy – w województwie opolskim – 18 dni i wielkopolskim – 24 dni.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także na 143 **oddziałach psychiatrycznych** i 46 **oddziałach odwykowych** w szpitalach ogólnych. W oddziałach tych dostępnych było, podobnie jak przed rokiem, 6,9 tys. łóżek, z czego 15,6% łóżek było na oddziałach odwykowych. Łącznie na obu typach oddziałów leczono 85,8 tys. pacjentów (o 0,7% mniej, niż w roku poprzednim), z czego leczeni na oddziałach odwykowych stanowili 22,7% leczonych psychiatrycznie w szpitalach ogólnych.

Najwięcej pacjentów odnotowano na oddziałach psychiatrycznych⁹⁰ w województwie łódzkim (8,8 tys.), mazowieckim (8,7 tys.) i śląskim (8,6 tys. pacjentów), a najmniej na oddziałach województwa świętokrzyskiego (0,9 tys.) i opolskiego (1,0 tys. pacjentów).

Kolejnym rodzajem psychiatrycznych placówek opieki całodobowej są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. W 2016 r., podobnie jak przed rokiem, dysponowały one łącznie 2,5 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku 8,4 tys. osób (o 3,9% mniej niż w 2015 r.). Blisko 64% pacjentów⁹¹ przebywało w placówkach pięciu województw: mazowieckim, pomorskim, śląskim, zachodniopomorskim i lubuskim.

W 2016 r. działało 30 **ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych** (o 1 mniej niż w 2015 r.). Dysponowały one łącznie, podobnie jak przed rokiem, 1,3 tys. łóżek, z których skorzystało 4,0 tys. osób uzależnionych (o 4,5% mniej niż w 2015 r.). Podobnie jak w roku poprzednim najwięcej pacjentów przebywało w placówkach województwa pomorskiego, lubuskiego, śląskiego i mazowieckiego. Łącznie stanowili oni 75,3% podopiecznych wszystkich ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych. Średni czas pobytu w placówkach wyniósł około 103 dni i był krótszy (o blisko 14 dni) w porównaniu do 2015 r.

Podobnie jak przed rokiem, w kraju funkcjonowało 26 zakładów **MONAR**, których baza łóżkowa (1,2 tys. łóżek) nie uległa istotnym zmianom w porównaniu do roku poprzedniego. Pomocy udzielono 4,4 tys. osób i było to o 3,3% mniej niż w 2015 r. Nadal najwięcej placówek tego typu działało w województwie mazowieckim (6), zachodniopomorskim (4), wielkopolskim (3) i łódzkim (3). Dysponowały one także największą liczbą miejsc i udzieliły wsparcia blisko 2/3 ogółem leczonych w takich ośrodkach. Średni pobyt w placówkach poszczególnych województw wahał się od 336 dni w województwie śląskim do 42 dni w województwie mazowieckim. Średnio dla kraju wyniósł 78 dni i był krótszy o blisko 3 dni w stosunku do 2015 roku.

⁹⁰ Łącznie z oddziałami odwykowymi.

⁹¹ Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych, na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 25 **ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego**. Dysponowały one 1,3 tys. łóżek (o 3,3% mniej), z których skorzystało 13,3 tys. osób. Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 29,1 dnia i był blisko 12 dni dłuższy niż średni pobyt na oddziałach odwykowych w szpitalach ogólnych (17,4 dnia). W zależności od województwa średni pobyt leczonego znacznie się wahał. Od 10,6 dnia w województwie warmińsko-mazurskim do 54,1 dnia w województwie kujawsko-pomorskim.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym są **Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej**. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne, skierowani do ośrodka przez Sąd. Podobnie jak przed rokiem w 2016 r. na terenie kraju odnotowano 5 regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej z 250 łózkami (o 11 łóżek więcej niż w roku poprzednim). Łącznie przebywało tu 296 osób. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 216 dni i był o 23 dni dłuższy niż w 2015 r.

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

Opieka długoterminowa jest rodzajem opieki odgrywającym coraz ważniejszą rolę wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa. Celem tej opieki jest zapewnienie pacjentowi całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia farmakologicznego i dietetycznego w dłuższym okresie czasu.

Do zakładów opieki długoterminowej zaliczane są zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym. Na koniec 2016 roku odnotowano 554 zakłady tego typu, o 1,1% mniej niż w 2015 roku.

Inną formą opieki medycznej są hospicja i oddziały opieki paliatywnej zapewniające interdyscyplinarną opiekę nad pacjentem w schyłkowym okresie życia chorego. W 2016 r. funkcjonowało łącznie 155 tego typu placówek (80 hospicjów i 75 oddziałów opieki paliatywnej⁹²).

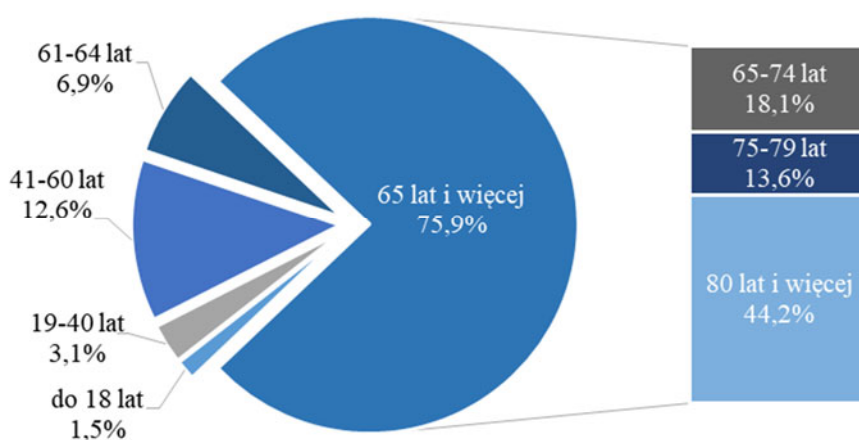
Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały łącznie 34,9 tys. łóżek, czyli o 1,6% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 98,5 tys. osób, o blisko 0,1% mniej niż w 2015 r.

⁹² Występowanie oddziałów opieki paliatywnej w ramach opieki długoterminowej określa rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych z 17 maja 2012 r. (Dz. U. 2012 poz. 594).

Analiza struktury wieku osób przebywających w tych placówkach⁹³ wskazuje, że 75,9% pacjentów (25,1 tys.) to osoby w wieku 65 lat i więcej, z czego ponad połowę (58,3%) stanowiły osoby w tzw. późnej starości (80-letnie i starsze). Pacjenci w wieku 41-64 lat stanowili blisko 1/5 podopiecznych, natomiast osoby do 40 roku życia niespełna 5%.

Wykres 28. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)⁹⁴

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



W 2016 r. w zakładach tych przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (65,7%) niż mężczyzn, przy czym, w grupie wiekowej 65 lat i więcej, na jednego mężczyznę przypadały blisko 3 kobiety.

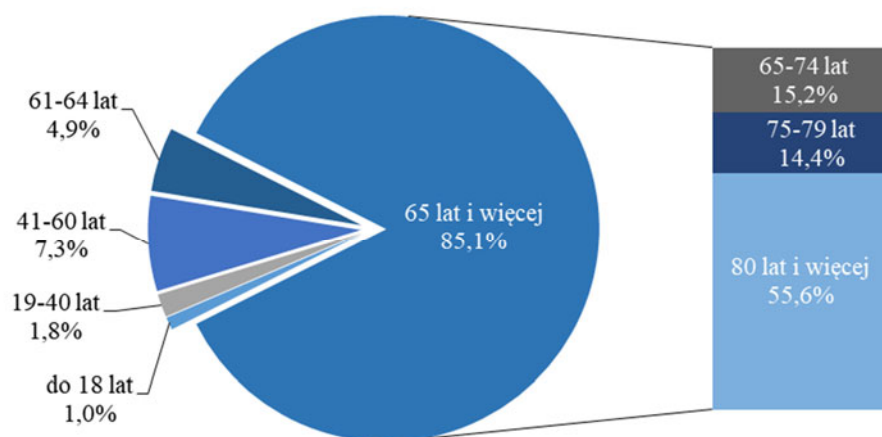
Mężczyźni stanowili 34,3% ogółu pacjentów zakładów opieki długoterminowej i było ich więcej w młodszych grupach wiekowych. W wieku do 64 lat w zakładach tych przebywało 4,7 tys. mężczyzn (41,9% ogółu mężczyzn) podczas gdy kobiet było odpowiednio 3,2 tys. (15,0% ogółu kobiet do 64 lat).

⁹³ Struktura wieku pacjentów (według stanu pacjentów w dniu 31 XII) dotyczy wszystkich zakładów łącznie tzn. zakładów opieki długoterminowej, hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej.

⁹⁴ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

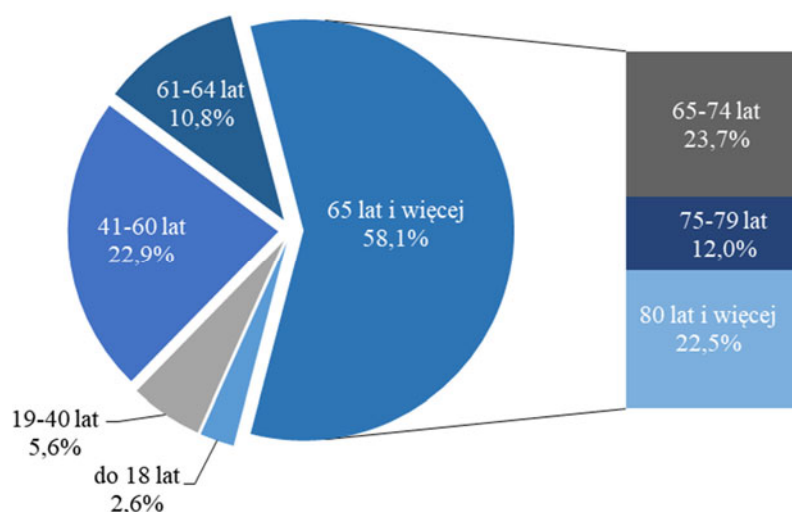
Wykres 29. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)

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



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

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



Na koniec 2016 roku baza łóżkowa **zакładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym** wyniosła 31,9 tys., (o 1,1% łóżek więcej niż w 2015 r.). Opieką stacjonarną objęto łącznie 61,0 tys. osób, o 1,3% osób mniej niż przed rokiem.

W przeliczeniu na 10 tys. ludności Polski, z tej formy opieki skorzystało 15,7 pacjentów (o 0,4 mniej niż w 2015 r.), natomiast liczba łóżek (według stanu na 31 XII) przypadająca na 10 tys. ludności wyniosła 8,3 (o 0,1 więcej). Analiza bazy łóżkowej w opiece długoterminowej wskazuje, że 81,5% łóżek (26,0 tys.) było w placówkach o profilu ogólnym, a 18,5% łóżek (5,9 tys.) w zakładach typu psychiatrycznego.

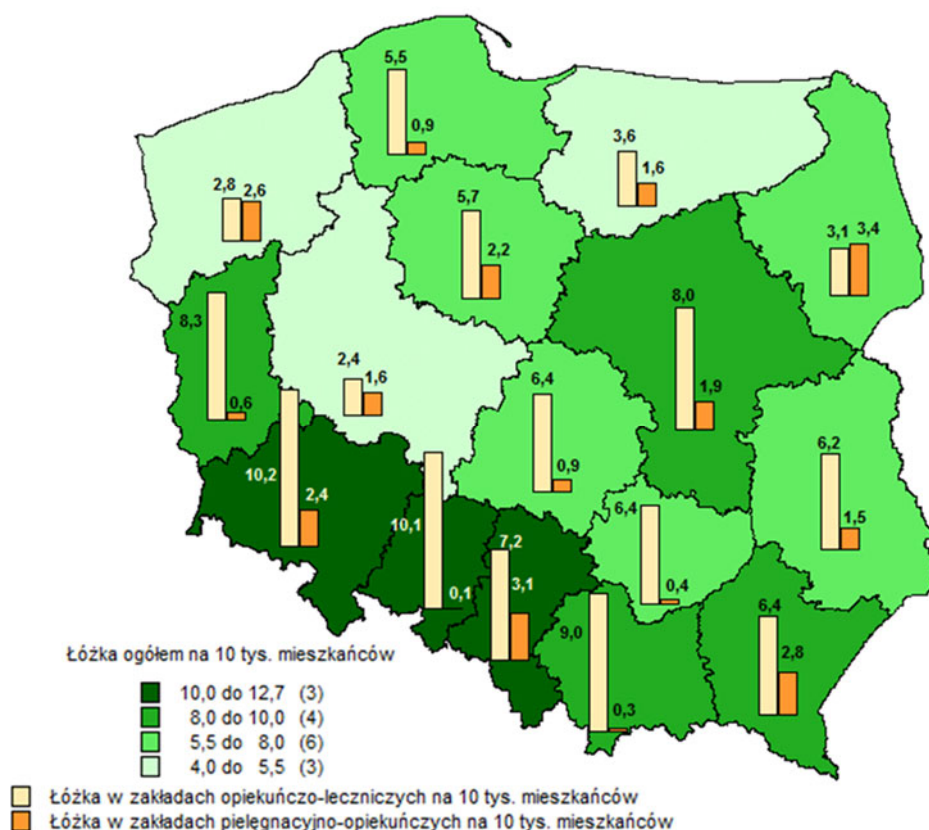
Wykres 31. Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu
Structure of beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility



Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 10 tys. ludności było w województwach: dolnośląskim (12,6), śląskim (10,4), opolskim (10,2) i mazowieckim (9,9), a najmniej w województwach: wielkopolskim (4,0), warmińsko-mazurskim (5,2) i zachodniopomorskim (5,4).

W 2016 r. największy wzrost wskaźnika wystąpił w województwach: dolnośląskim i łódzkim (o 0,5) oraz lubelskim (o 0,4), a największy spadek odnotowano w województwie podkarpackim (o 0,4) oraz lubuskim i zachodniopomorskim (o 0,3).

Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności
Beds in long term care facilities per 10 thous. population

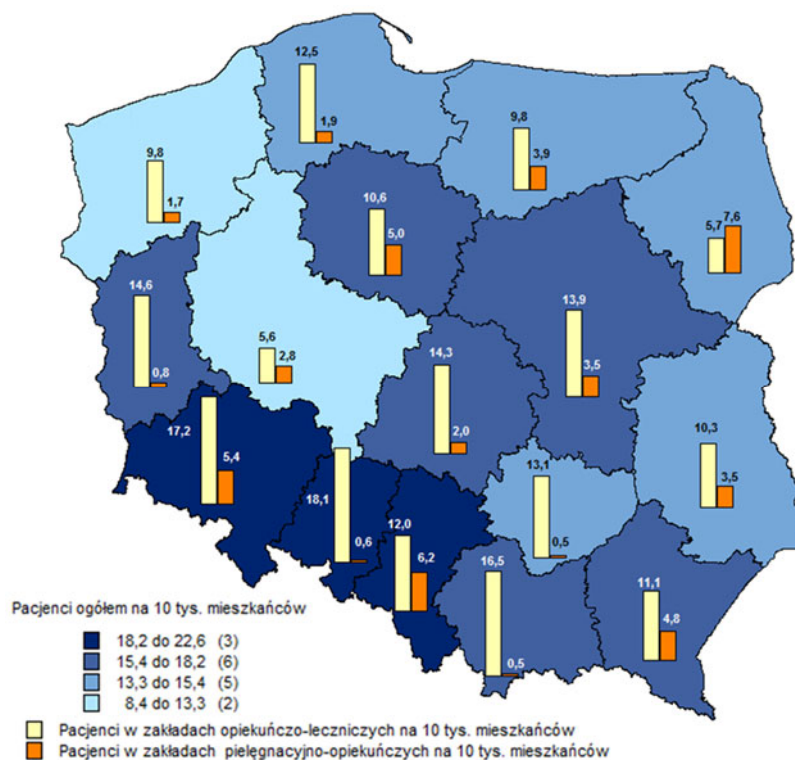


Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, na co wskazują m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek. Dla zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik ten w skali kraju wyniósł 350 dni a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych o tym profilu 256 dni.

W przypadku zakładów typu psychiatrycznego wykorzystanie łóżek w placówkach opiekuńczo-leczniczych było podobne jak w placówkach o profilu ogólnym (348 dni). Natomiast w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego wykorzystanie łóżek było znacznie wyższe (355 dni) niż w placówkach o profilu ogólnym.

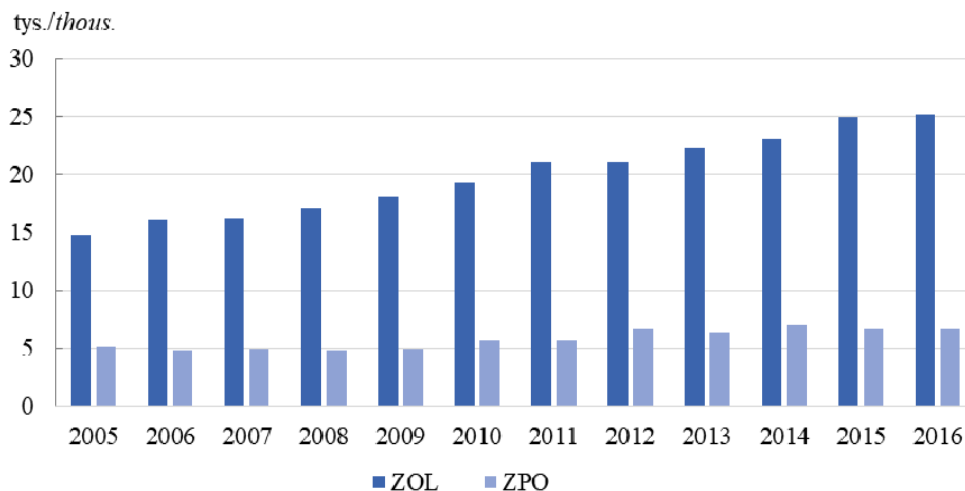
Najwięcej pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności, w ślad za rozmieszczeniem łóżek, przebywało w placówkach zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim (22,7), opolskim (18,8) i śląskim (18,2), a najmniej w województwach: wielkopolskim (8,4), zachodniopomorskim (11,5) i podlaskim (13,3).

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



Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych od 2005 r. przedstawiają poniższe wykresy.

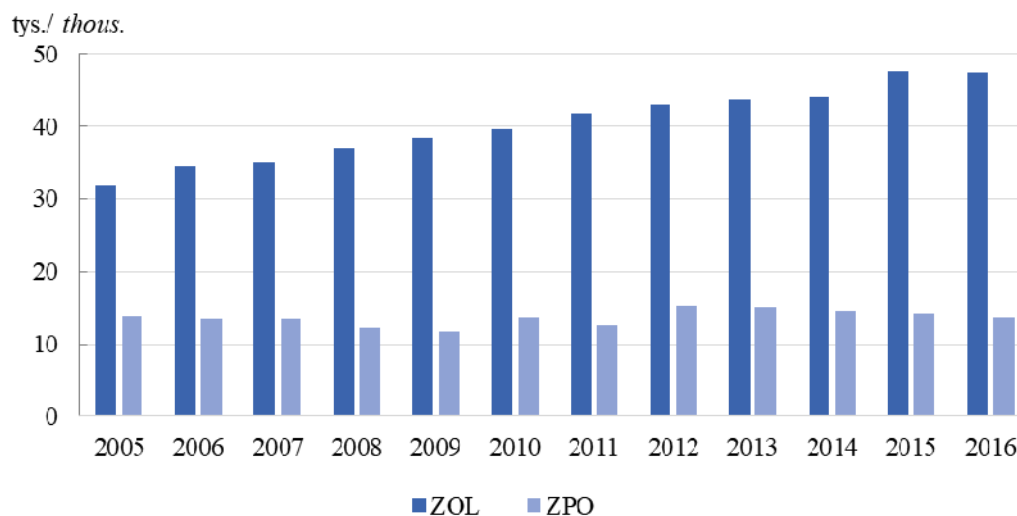
Wykres 32. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych⁹⁵ i pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2016
Beds in chronic medical care homes and nursing homes 2005-2016



⁹⁵ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

Wykres 33. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych⁹⁵ w latach 2005-2016

Residents in chronic medical care homes and nursing homes 2005-2016



W 2016 r. odnotowano 344 zakłady **opiekuńczo-lecznicze o profilu ogólnym** (o 2,5% mniej niż w 2015 r.), które dysponowały 19,7 tys. łóżek (o 2,0% więcej niż przed rokiem).

Najwięcej łóżek tego typu było w województwie mazowieckim (3,4 tys.) a następnie w województwach: małopolskim (2,8 tys.), śląskim (2,5 tys.) i dolnośląskim (2,1 tys.). Z tej formy opieki skorzystało nieznacznie mniej pacjentów (40,2 tys. osób, o 0,2% mniej), ale średni pobyt pacjenta był o 10 dni dłuższy niż w 2015 r. (169 dni).

Także przeciętny pobyt podopiecznych w zakładach **pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym** był o 7 dni dłuższy wynosząc 158 dni. Liczba placówek, w skali kraju, nie uległa zmianie (148 zakładów), odnotowano natomiast mniej łóżek (6,3 tys. łóżek, o 3,7% mniej) oraz mniejszą liczbę pacjentów (93,7 tys. o 6,3% mniej).

Sytuacja placówek **opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego** w porównaniu do roku 2015 uległa nieznacznym zmianom. Łącznie na koniec 2016 r. odnotowano 62 placówki (o 3 placówki więcej). Baza łóżkowa zwiększyła się o 3,6% i wyniosła 5,9 tys. łóżek. Przyjęto 7,8 tys. pacjentów, o 2,3% więcej niż w 2015 r.

Kolejną formą opieki są **hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej⁹⁶**, przeznaczone głównie dla pacjentów w schyłkowym okresie życia. W 2016 r. odnotowano 155 tego typu placówek

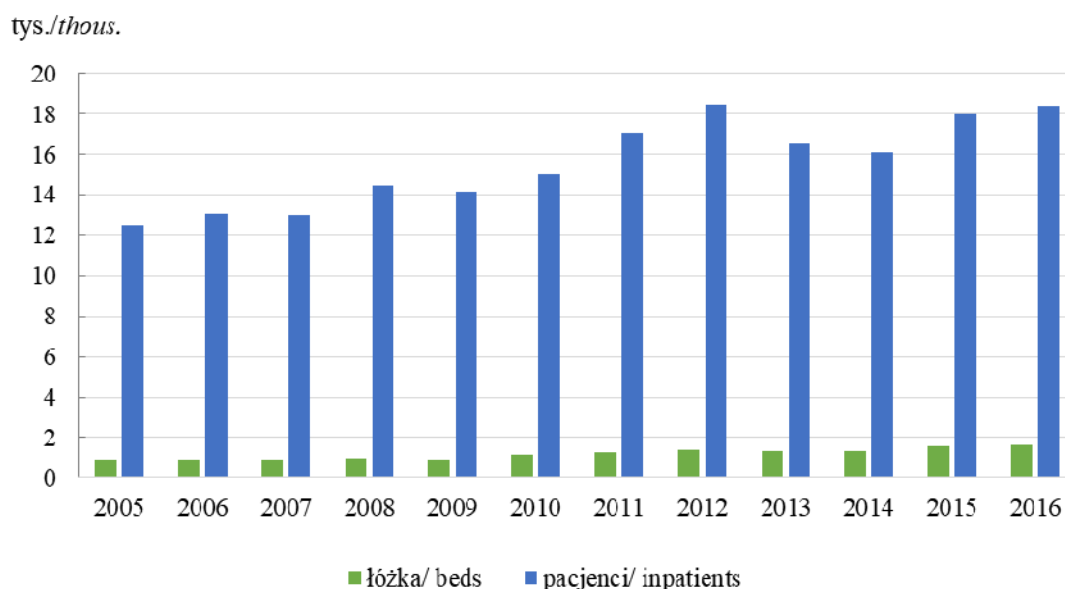
⁹⁶ Oddziały opieki paliatywnej zarejestrowane w RPWDL na koniec 2016 r. zgodnie z rozporządzeniem w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (Dz. U. 2012 poz. 594), regulującym występowanie tych oddziałów w ramach grup zakładów typu opiekuńczego (szeroko rozumianej opieki długoterminowej).

(80 hospicjów i 75 oddziałów opieki paliatywnej). Łącznie dysponowały one 2,9 tys. łóżek (o 6,8% więcej) i zapewniły opiekę 37,4 tys. osób (o 1,7% więcej niż w 2015 r.).

Średni pobyt pacjenta w hospicjach trwał 27 dni i był blisko 2 dni dłuższy niż w 2015 r. Natomiast w oddziałach opieki paliatywnej pacjenci przebywali średnio nieco krócej – 21 dni i było to o 1 dzień dłużej niż w 2015 r.

Wskaźnik wykorzystania łóżek w hospicjach wahał się od 276 dni w województwie świętokrzyskim do 351 w województwie pomorskim. Średnio dla kraju wyniósł 312 dni. Natomiast w oddziałach opieki paliatywnej wahał się od 248 w województwie lubelskim do 350 w województwie opolskim. Średnio w skali kraju wyniósł 309 dni.

Wykres 34. Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2016
Beds and patients in hospices 2005-2016

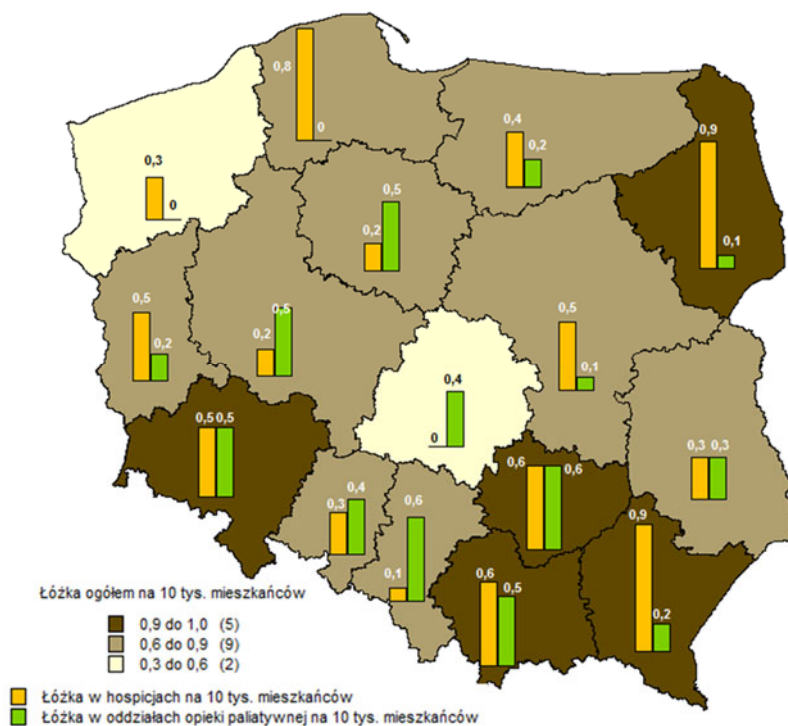


Oprócz działalności stacjonarnej prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz placówki hospicyjno-paliatywne, niektóre z nich, podobnie jak w latach poprzednich, świadczyły także usługi w zakresie opieki dziennej lub domowej.

W 2016 r. opieką domową lub dzienną objęto łącznie 7,5 tys. osób, ponad dwukrotnie więcej niż w 2015 r. W ramach opieki domowej leczonych było 76,7% osób, natomiast pozostała część pacjentów (23,3% tj. 1,8 tys. osób) była objęta opieką dzienną, realizowaną wyłącznie przez zakłady prowadzące działalność stacjonarną.

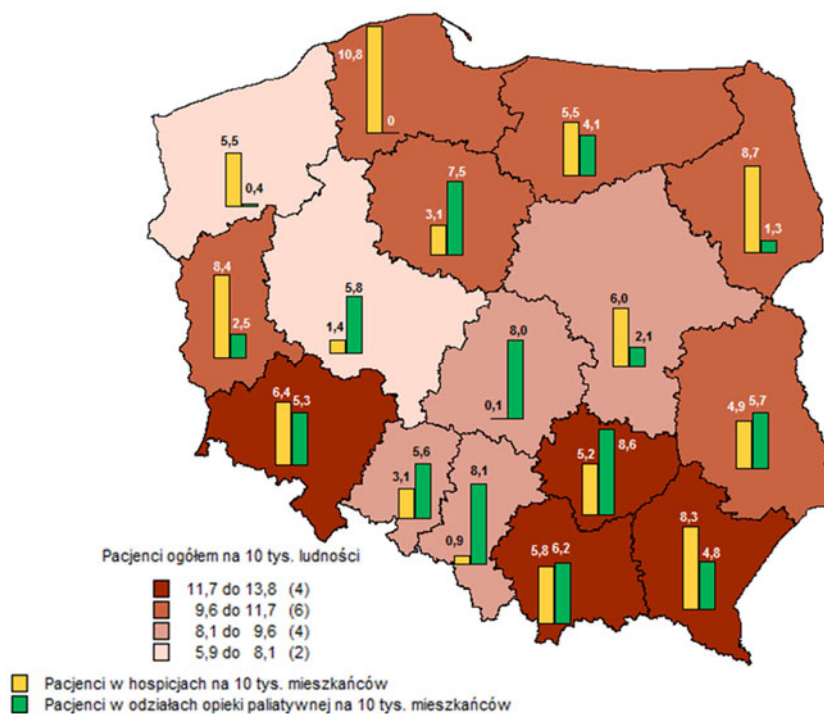
Mapa 5. Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności według województw

Beds in hospices and palliative care wards per 10 thous. population by voivodships



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

Patients in hospices and palliative care ward per 10 thous. population by voivodships



Lecznictwo uzdrowiskowe⁹⁷

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

Mapa 7. Obszary uzdrowiskowe w Polsce
Health resort areas in Poland

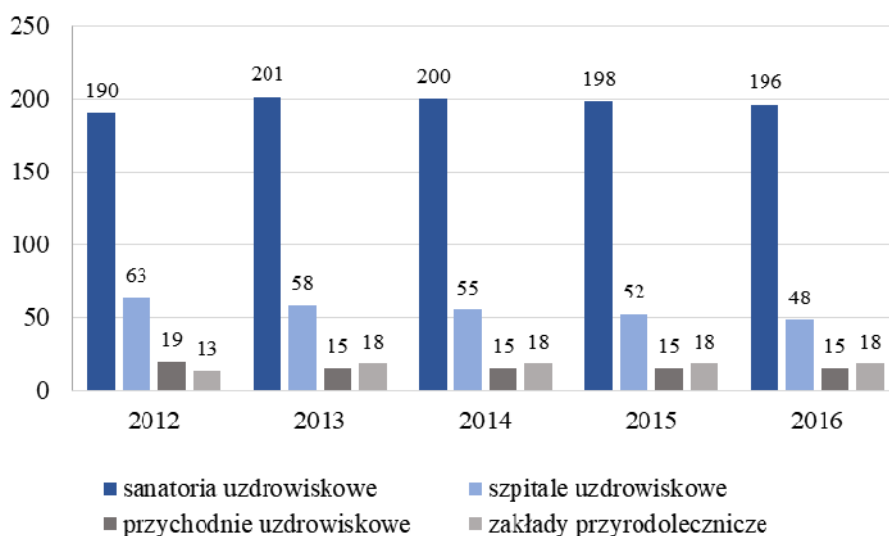


Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w czterech województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 60 zakładów) małopolskim (10 uzdrowisk – 50 zakładów), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 48 zakładów) i kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 32 zakłady). Blisko 69% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego znajdowało się w tych czterech województwach, przy czym, najwięcej było ich na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (27) i Ciechocinek (23).

⁹⁷ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

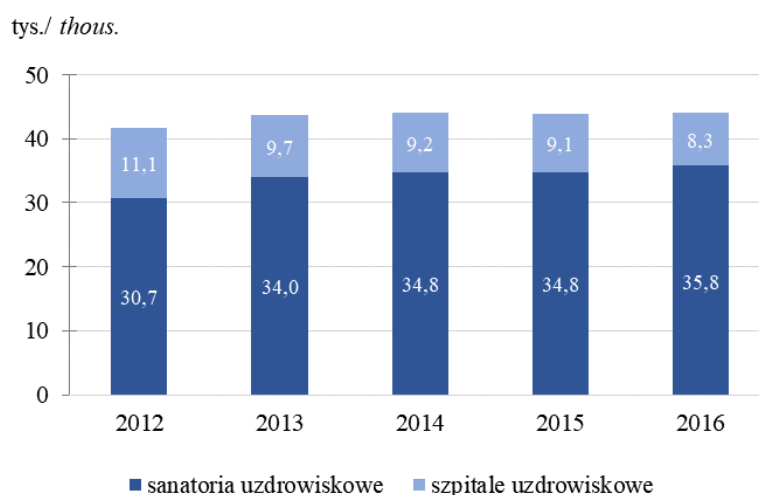
Na koniec 2016 r. na terenie kraju, łącznie odnotowano 277 **zakładów lecznictwa uzdrowiskowego**, o 2,1% mniej niż przed rokiem. Przeważającą większość (88,1%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym (sanatoria i szpitale uzdrowiskowe) a 11,9% zakłady działające w trybie ambulatoryjnym (przychodnie uzdrowiskowe i samodzielne zakłady przyrodolecnicze)⁹⁸.

Wykres 35. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
Number of health resort facilities



W 2016 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dysponowały 44,1 tys. łóżek⁹⁹ (o 0,3% więcej niż w 2015 r.) z czego 81,2% łóżek znajdowało się w sanatoriach.

Wykres 36. Liczba łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Number of beds in health resort facilities

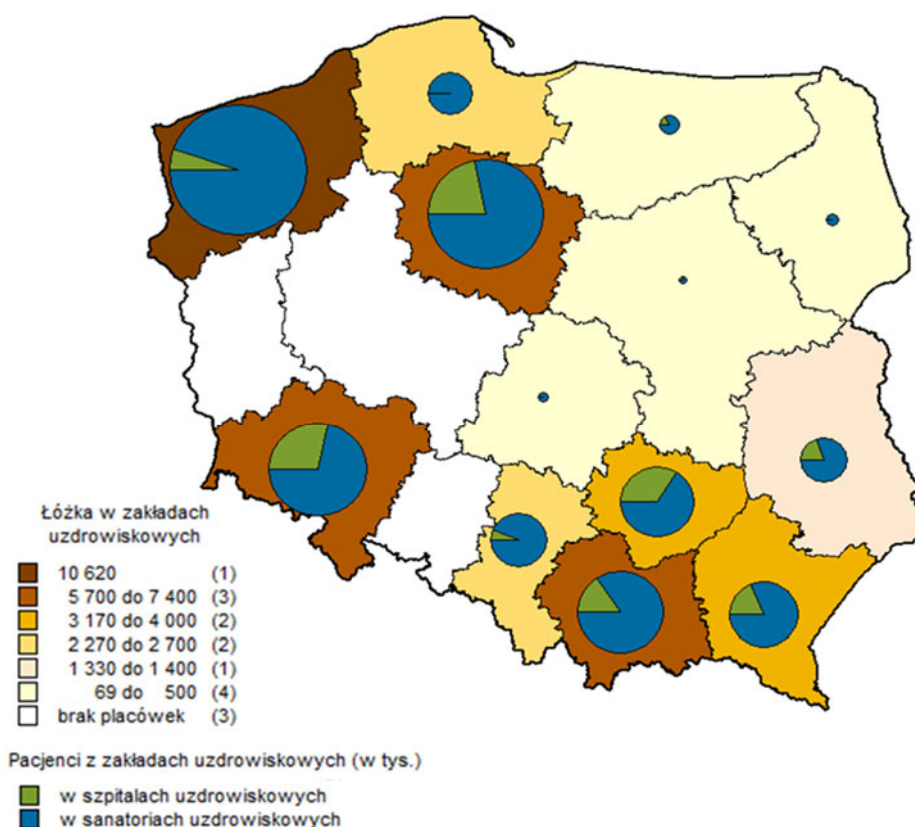


⁹⁸ Ponadto odnotowano 81 zakładów przyrodolecniczych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej poszczególnych rodzajów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

⁹⁹ Stan w dniu 31.12.2016 r.

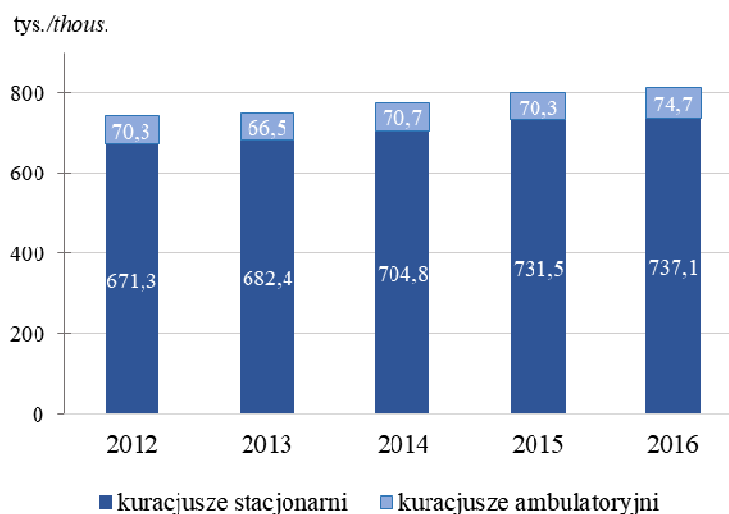
Najwięcej łóżek (łącznie 67,8%, tj. 29,9 tys. łóżek) znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (10,6 tys. łóżek, w tym 6,2 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), następnie kujawsko-pomorskiego (7,4 tys. łóżek, w tym 4,7 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskiego (6,2 tys. łóżek, w tym 3,7 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój) oraz małopolskiego (5,7 tys. łóżek, z czego najwięcej na terenie uzdrowisk: Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica i Wysowa). W ślad za rozmieszczeniem łóżek, w tych czterech województwach przebywało blisko 70% kuracjuszy (512,4 tys. osób) ogółem leczonych stacjonarnie w polskich uzdrowiskach.

Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według województw
The location of the health resorts beds and number of inpatients by voivodships



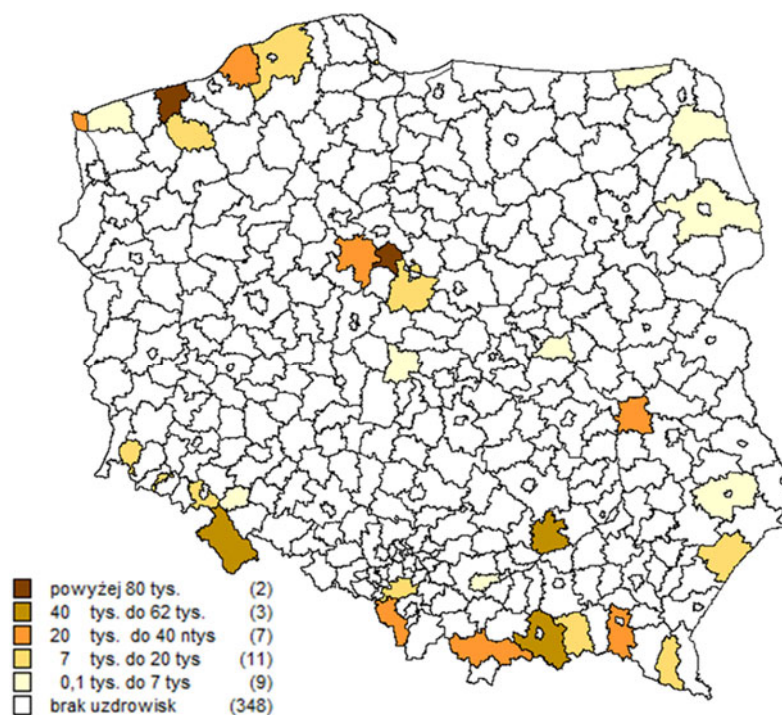
W 2016 r. z leczenia uzdrowiskowego (w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym) na terenie kraju skorzystało łącznie 811,8 tys. osób, o 1,3% więcej niż w 2015 roku. Podobnie jak w latach ubiegłych zdecydowana większość kuracjuszy – 90,8%, tj. 737,1 tys. osób (niespełna o 1% więcej niż przed rokiem) stanowili korzystający ze stacjonarnej formy leczenia. Pozostałe 9,2% (74,7 tys. osób, o 6,3% więcej niż przed rokiem) to kuracjusze ambulatoryjni.

Wykres 37. Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Patients in health resort facilities



Analizując liczbę kuracjuszy na poziomie powiatów, największą liczbę pacjentów przebywających na leczeniu stacjonarnym odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 111,3 tys. osób, o 5,1% mniej niż przed rokiem, następnie w powiatach: aleksandrowskim – 93,8 tys. osób (o 0,4% mniej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 61,1 tys. osób (o 3,0% więcej) – tereny uzdrowisk Busko-Zdrój i Solec-Zdrój oraz w powiecie kłodzkim – 58,4 tys. osób (o 2,6% więcej) – tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój).

Mapa 9. Kuracjusze stacjonarni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według powiatów
Number of inpatients in health resort hospitals and sanatoria by poviats



Podobnie jak w latach poprzednich, w 2016 r. znaczna część kuracjuszy przebywających w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego skorzystała z różnych form dofinansowania pobytu stacjonarnego.

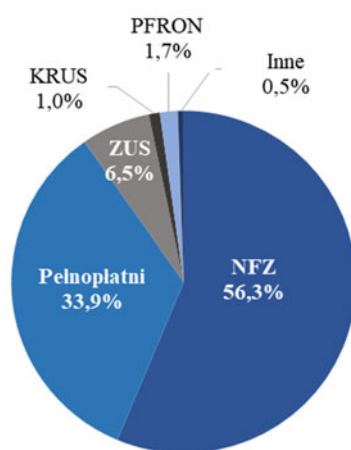
Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia dofinansowanych było 56,3% kuracjuszy leczonych stacjonarnie tj. 414,9 tys. osób, i było to o 1,5% więcej niż w 2015 r.

Kolejną grupę pacjentów (7,5%) stanowili kuracjusze korzystający z programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych i Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego. W ramach prowadzonego przez ZUS programu prewencji rentowej¹⁰⁰ dofinansowanie otrzymało 48,1 tys. osób, o 3,4% więcej niż w 2015 r. Natomiast z rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków KRUS skorzystało – 7,6 tys. kuracjuszy, o 5,2% mniej niż przed rokiem.

W uzdrowiskach przebywało także 12,4 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych¹⁰¹ (osoby niepełnosprawne i opiekunowie), których pobyt był dofinansowany z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Było to o 9,1% osób więcej niż w 2015 r.

W odróżnieniu od pobytów sanatoryjnych dofinansowywanych przez NFZ, ZUS czy KRUS, które koncentrują się na rehabilitacji leczniczej, na turnusach rehabilitacyjnych PFRON znaczącą wagę przykłada się do aktywności społecznej i zorganizowanych działań grupowych dla osób niepełnosprawnych obok poprawy stanu ich zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej.

Wykres 38. Struktura kuracjuszy według sposobu finansowania pobytu
Structure of inpatients by type of cofinancing



¹⁰⁰ Koszty rehabilitacji (leczenie, zakwaterowanie i wyżywienie) są pokrywane przez ZUS w całości. Dodatkowo ZUS zwraca koszty dojazdu najtańszym środkiem komunikacji publicznej z miejsca, w którym mieszka pacjent do/ z ośrodka rehabilitacyjnego..

¹⁰¹ Organizowanych na mocy ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2016r. poz. 2046, z późn. zm.) oraz rozporządzenia Ministra Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

Dużą grupę pacjentów zakładów uzdrowiskowych, 33,9% ogółem leczonych stacjonarnie, stanowili kuracjusze pełnopłatni (250,2 tys. osób, o 0,6% mniej niż w 2015 r.), spośród których blisko 1/5 to cudzoziemcy. W najliczniej odwiedzanych miejscowościach uzdrowiskowych takich jak Kołobrzeg czy Ciechocinek udział kuracjuszy pełnopłatnych¹⁰² w ogólnej liczbie leczonych w trybie stacjonarnym wyniósł: w uzdrowisku Kołobrzeg – 49,2% a Ciechocinek – 43,5%. Przy czym w Kołobrzegu odsetek cudzoziemców wśród pełnopłatnych sięgał 40,2% (22,0 tys. osób) natomiast w Ciechocinku udział obcokrajowców był niewielki – 2,8% tj. 1,1 tys. osób. Znaczny odsetek pacjentów samodzielnie finansujących swój pobyt był w powiecie buskim – 42,2% (25,8 tys. osób), z czego 2,7% stanowili cudzoziemcy oraz w uzdrowiskach kłodzkich – 24,7% (14,4 tys. osób), w tym obcokrajowcy stanowili 8,6%.

W 2016 r. w polskich uzdrowiskach ze stacjonarnej formy leczenia skorzystało łącznie 48,4 tys. cudzoziemców (o 7,2% mniej niż przed rokiem). Stanowili oni 6,6% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie (o 0,5 pkt. proc. mniej niż w 2015 r.) i 19,4% ogółem pełnopłatnych (o 1,3 p. proc. mniej).

Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej obcokrajowców (93%) odnotowano w dwóch granicznych województwach zachodniej części Polski – województwie zachodniopomorskim (32,9 tys. osób, o 18,9% mniej) i dolnośląskim (12,3 tys. osób, o 41,8% więcej niż w 2015 r.).

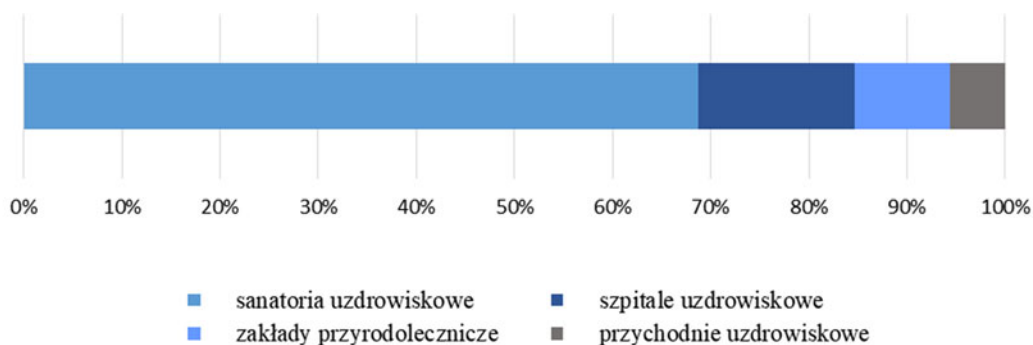
W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców przebywała w dwóch uzdrowiskach: Świnoujście, gdzie blisko co trzeci kuracjusz był obcego pochodzenia, oraz Kołobrzeg, w którym blisko co piąty był cudzoziemcem. W województwie dolnośląskim przebywali oni głównie na terenie powiatu lubańskiego (8,8 tys.), w którym stanowili ponad połowę (54%) kuracjuszy, oraz w Jeleniej Górze, gdzie udział ich sięgał 14% (2,3 tys. osób).

W 2016 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono 36,9 mln zabiegów (o 3,9% więcej niż w 2015 r.), z czego większość (blisko 85%) przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Średnio w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wykonano 45 zabiegów na osobę.

W porównaniu do poprzedniego roku odnotowano więcej zabiegów: borowinowych (o 8,6%), światłolecznictwa (o 8,4%), kinezyterapii (o 5,5%), masaży (o 4,9%), krioterapii (o 4,8%) i inhalacji (o 3,2%). Natomiast kolejny rok z rzędu zmalała liczba zabiegów parafinowych (o 2,6%), kąpieli mineralnych (o 3,6%) oraz kąpieli CO₂ (o 1,6% mniej).

¹⁰² Łącznie z cudzoziemcami.

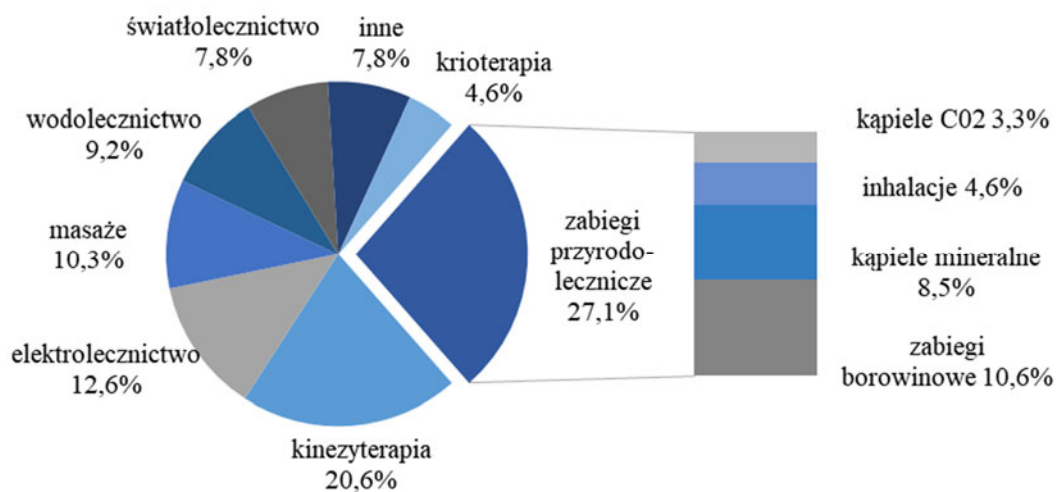
Wykres 39. Struktura zabiegów według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu)
Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility)



Struktura rodzajów wykonywanych zabiegów, w skali kraju, jest stosunkowo stabilna. W 2016 r., podobnie jak w latach poprzednich, wykonano najwięcej zabiegów z zakresu kinezyterapii, która stanowiła nadal ponad 1/5 zabiegów.

Z zabiegów przyrodoleczniczych takich jak: zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje, stanowiących 27,1% wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach, skorzystało blisko 701,9 tys. kuracjuszy leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym (o 0,3% więcej niż w 2015 r.)

Wykres 40. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu
Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service



Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych, deklarowany przez placówki był zróżnicowany w zależności od rodzaju zakładu. Podobnie jak w latach ubiegłych najlepiej przystosowane były szpitale uzdrowiskowe.

Spośród 48 szpitali, 98% wykazało obecność wind, pochylni lub podjazdów czy też platform, 90% – deklaroowało dostosowane pokoje, łazienki oraz obecność posadzek antypoślizgowych, 63% wykazało dostosowanie w zakresie drzwi automatycznie otwieranych.

Spośród 198 działających w ciągu roku sanatoriów – 90% zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i łazienki) jako dostosowane oraz wykazało obecność wind. 87% sanatoriów posiadało pochylnie i platformy, a ponad połowa badanych placówek była wyposażona w drzwi automatycznie otwierane (o 4 pkt proc. więcej niż w 2015 r.).

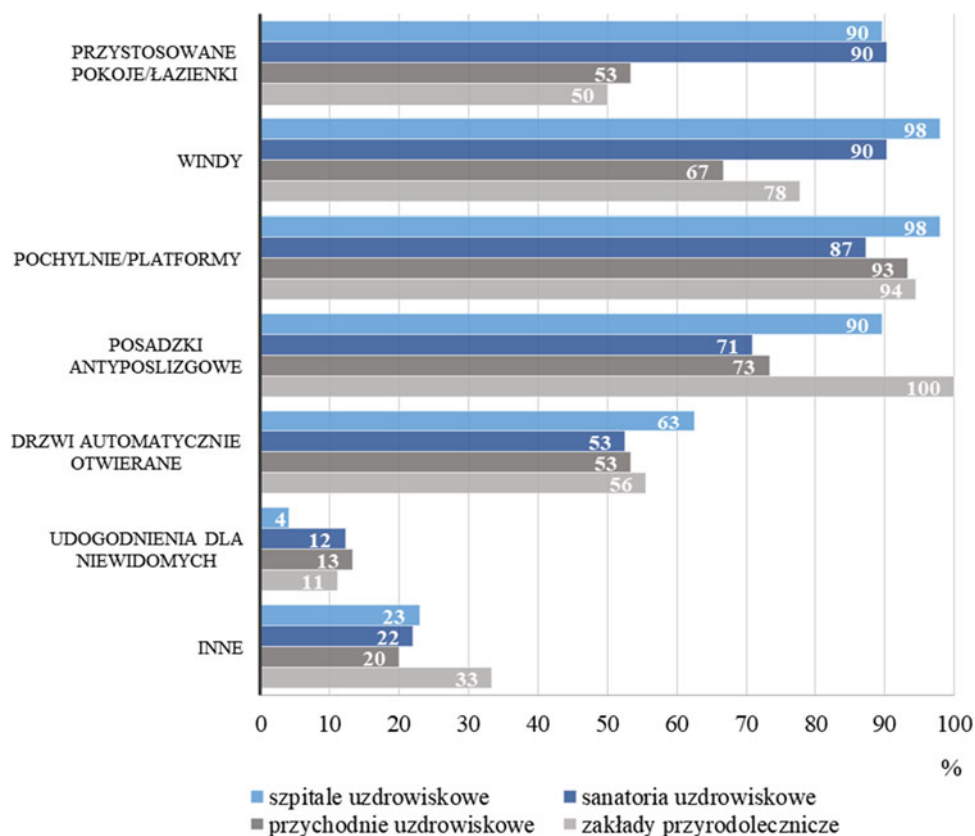
Zarówno szpitale uzdrowiskowe jak i sanatoria deklaroowały stosunkowo niewiele udogodnień dla niewidomych – odpowiednio 4% i 12% zakładów.

Spośród nielicznych zakładów udzielających świadczeń wyłącznie w trybie ambulatoryjnym obecność podjazdów czy też platform deklaroowało 17 na 18 zakładów przyrodoleczniczych i 14 na 15 przychodni uzdrowiskowych. Posadzki antypoślizgowe występowały we wszystkich badanych zakładach przyrodoleczniczych i w 11 przychodniach.

W zakresie udogodnień dla osób niewidomych znikomy odsetek zakładów, bez względu na rodzaj placówki, deklaroował tego typu dostosowanie.

Wykres 41. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

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



Najpopularniejszą formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**. Na koniec 2016 r. funkcjonowało 196 placówek skupiających 35,8 tys. łóżek, o 2,8% więcej niż w 2015 r. Najwięcej łóżek sanatoryjnych, podobnie jak w latach ubiegłych, znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim 9,9 tys. (27,6% ogółem łóżek sanatoryjnych) kujawsko-pomorskim 5,5 tys. (15,3%), małopolskim 4,7 tys. (13,1%) i dolnośląskim 4,0 tys. (11,2%).

Z leczenia sanatoryjnego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym łącznie skorzystało 636,4 tys. osób, z czego większość (96,4% tj. 613,3 tys. osób, o 2,5% więcej niż w 2015 r.) stanowili kuracjusze leczeni w trybie stacjonarnym a 3,6% kuracjusze ambulatoryjni. Ponad 70% pacjentów stacjonarnych przebywało w czterech wyżej wymienionych województwach, dysponujących największą liczbą łóżek.

Średni pobyt kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek, trwał 16,4 dnia (o 0,3 dnia dłużej niż w 2015 r.) a w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej, pobyt ten był nieco dłuższy – 17,1 dnia.

Z leczenia w sanatoriach skorzystało 47,3 tys. cudzoziemców (o 7,6% mniej niż w roku poprzednim). Stanowili oni 97,7% cudzoziemców ogółem leczonych stacjonarnie w polskich uzdrowiskach i 7,7% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach.

Średni pobyt obcokrajowca, bez względu na wiek, trwał 9,5 dnia (0,7 dnia krócej niż w 2015 r.) a w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej – 9,7 dnia.

W sanatoriach przeprowadzono 25,3 mln. zabiegów tj. 68,7% ogółem wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Nie jest to jednak całkowita liczba zabiegów, które zostały udzielone kuracjom przebywającym w sanatoriach, ponieważ zdarza się, że korzystają oni z bazy zabiegowej sąsiadujących zakładów przyrodoleczniczych, przychodni uzdrowiskowych lub szpitali uzdrowiskowych.

Na koniec 2016 r. **szpitale uzdrowiskowe** dysponowały 8,3 tys. łóżek, o 9,2% mniej niż w 2015 r. Podobnie jak w latach ubiegłych, ponad 1/4 łóżek przeznaczonych na szpitalne leczenie uzdrowiskowe znajdowała się w województwie dolnośląskim (2,2 tys. łóżek, o 15,4% mniej) następnie kujawsko-pomorskim (1,9 tys.), świętokrzyskim (1,1 tys.) i małopolskim (1,0 tys. łóżek, o 27,8% mniej niż w 2015 r.).

Znaczny spadek liczby łóżek w szpitalach uzdrowiskowych w województwie dolnośląskim i małopolskim wiąże się ze zmianą wykorzystania łóżek na rzecz leczenia sanatoryjnego w uzdrowisku Szczawno-Zdrój i Krynica-Zdrój.

W 2016 r. w szpitalach uzdrowiskowych przebywało 123,8 tys. kuracjuszy, o 6,9% (tj. 9,2 tys.) mniej niż w roku poprzednim. Najwięcej pacjentów odnotowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i świętokrzyskim, czyli województwach dysponujących największą bazą szpitalnych łóżek uzdrowiskowych. Łącznie kuracjusze tych województw stanowili 76% (93,8 tys.) ogółem leczonych w szpitalach uzdrowiskowych. Pobyt pacjenta w szpitalu

uzdrowiskowym, bez względu na wiek, trwał średnio 19,5 dnia natomiast w przypadku dzieci i młodzieży (osoby do 18-stego roku życia) – 24,5 dnia. Osoby starsze, w wieku 65 lat i więcej, przebywały średnio 19,0 dnia.

W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 5,9 mln zabiegów (16,0% ogółem wykonanych w uzdrowiskach) i było to o 4,1% mniej niż w roku 2015. Należy podkreślić, że podobnie jak w przypadku sanatoriów, nie są to wszystkie zabiegi jakich udzielono pacjentom w szpitalach uzdrowiskowych gdyż niejednokrotnie korzystają oni z zabiegów oferowanych przez sąsiadujące placówki (przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze lub sanatoria).

Spśród kuracjuszy leczonych stacjonarnie w ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia dofinansowanych było blisko 71,1% pacjentów szpitali uzdrowiskowych (88,0 tys. osób). 9,3% pobytów sfinansował ZUS a kuracjusze pełnopłatni stanowili 18,3%.

W szpitalach uzdrowiskowych w kraju leczyło się 1,1 tys. cudzoziemców (0,9% ogółem kuracjuszy stacjonarnych w szpitalach), z czego większość zagranicznych kuracjuszy (68,6%) przebywało w szpitalach uzdrowiskowych województwa dolnośląskiego.

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej (szpitale i sanatoria) leczenie uzdrowiskowe realizowane jest w **przychodniach uzdrowiskowych i samodzielnych zakładach przyrodoleczniczych** przeznaczonych wyłącznie do udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym. W 2016 r. w tych placówkach odnotowano łącznie 48,4 tys. kuracjuszy korzystających z ambulatoryjnej formy leczenia uzdrowiskowego.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i samodzielnych zakładach przyrodoleczniczych, przeprowadzono 5,7 mln zabiegów (o 1,6% więcej niż w roku poprzednim). Stanowiły one 15,3% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach leczenia uzdrowiskowego i były udzielane zarówno kuracjom ambulatoryjnym jak i pacjentom stacjonarnym, przebywającym w szpitalach bądź sanatoriach uzdrowiskowych.

Na koniec 2016 r. odnotowano 21 **stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej**¹⁰³ (o 1 zakład więcej niż w końcu 2015 r.), które dysponowały 2,7 tys. łóżek (o 10,2% więcej niż w roku poprzednim). W placówkach tych w ciągu roku leczyło się 50,6 tys. osób, o ponad połowę więcej (56%) niż w 2015 r. Wzrost liczby placówek, a więc także łóżek i pacjentów, w przypadku tej grupy zakładów, wiąże się z przekształceniami placówek i próbami rozwinięcia usług rehabilitacyjnych na rynku usług medycznych.

¹⁰³ Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31.12) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu – 7400), które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).

Pacjenci pełnopłatni w badanych placówkach stanowili 57% leczonych tj. 29,0 tys. osób, z czego 12,8% to cudzoziemcy, w znacznej większości przebywający na leczeniu na terenie powiatu kołobrzeskiego (87% cudzoziemców).

Stosunkowo liczną grupę – 6,9 tys. pacjentów (13,7%) stanowili pacjenci korzystający z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez KRUS, w dalszej kolejności pacjenci dofinansowani przez NFZ – 11,7%, oraz ZUS –11,6%. Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiły 3,4% ogółem rehabilitowanych w tego typu placówkach.

Przeciętna długość pobytu pacjenta wahała się w zależności od typu zakładu od 162 dni w przypadku placówki w województwie mazowieckim opiekującej się dziećmi w śpiączce, do niespełna 3 dni w zakładzie rehabilitacji w województwie świętokrzyskim.

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

Województwo	Powiaty i miasta na prawach powiatu	Liczba łóżek	Uzdrowisko
Dolnośląskie	p. kłodzki	3691	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój, Kudowa Zdrój, Łądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. dzierżoniowski	-	Przerzeczyn Zdrój
	p. lubański	841	Czerniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	811	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. m. Jelenia Góra	831	Cieplice Śląskie Zdrój
	p. aleksandrowski	4718	Ciechocinek
	p. inowrocławski	1957	Inowrocław
Lubelskie	p. włocławski	690	Wieniec Zdrój
	p. zamojski	154	Krasnobród
Łódzkie	p. puławski	1189	Nałęczów
	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3230	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	1860	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	518	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	-	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	95	Swoszowice-Kraków
Mazowieckie	p. piaseczyński	125	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	545	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2569	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	879	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	-	Augustów
	p. białostocki	69	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1453	Ustka
	p. m. Sopot	826	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	484	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	2141	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3176	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1355	Dąbki
	p. kamieński	377	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	6180	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1043	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1665	Świnoujście

TABL.2B . STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

Wyszczególnienie	2014	2015	2016
Szpitala ogólne (stacjonarne)			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	979	956	957
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	188,1	187,0	186,6
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	7897,1	7795,5	7829,0
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	5,5	5,4	5,3
Zakłady opiekuńczo-lecznicze			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	337	353	344
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	18,1	19,3	19,7
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	37,5	40,3	40,2
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	159,7	159,2	169,00
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	150	148	148
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	6,7	6,6	6,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	14,0	13,9	13,1
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	152,0	150,8	158,2
Hospicja			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	73	82	80
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	1,3	1,6	1,6
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	16,1	18,0	18,4
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	28,8	25,4	27,1
Oddziały opieki paliatywnej			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	69	72	75
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	1,2	1,2	1,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	17,7	18,8	19,0
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	19,7	20,00	20,9
Szpitala psychiatryczne			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	49	48	48
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	17,7	17,8	17,9
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	201,6	200,8	199,7
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	29,9	30,1	30,3

TABL.2B . STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA (cd.)

Wyszczególnienie	2014	2015	2016
Regionalne ośrodki psychiatrii sądowej			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	4	5	5
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	0,2	0,2	0,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	0,3	0,3	0,3
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	189,2	193,1	215,9
Zakłady opiekuńczo-lecznicze psychiatryczne			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	51	55	56
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	5,0	5,6	5,5
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	6,7	7,3	7,2
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	258,6	259,7	260,9
Zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze psychiatryczne			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	5	4	6
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	0,3	0,1	0,4
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	0,5	0,3	0,6
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	237,2	162,2	240,6
Ośrodki leczenia odwykowego			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	4	5	5
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	0,2	0,2	0,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	0,3	0,3	0,3
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	189,2	193,1	215,9
Ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	31	31	30
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	1,3	1,4	1,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	4,3	4,2	4,0
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	100,6	116,8	102,9
MONAR			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	26	26	26
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	1,2	1,2	1,1
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	4,8	4,5	4,4
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	98,3	81,5	78,3

TABL.2B. STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA (dok.)

Wyszczególnienie	2014	2015	2016
Szpitale uzdrowiskowe			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	55	52	48
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	9,2	9,1	8,3
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	131,5	133,0	123,8
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	19,3	19,6	19,5
Sanatoria uzdrowiskowe			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	200	198	196
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	34,815	34,8	35,8
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	573,3	598,5	613,3
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	16,4	16,1	16,4
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej			
Placówki ogółem (stan w dniu 31 XII)	6	20	21
Łóżka ogółem w tys. (stan w dniu 31 XII)	1,0	2,5	2,7
Pacjenci leczeni stacjonarnie w tys.	15,4	32,5	50,6
Średni pobyt pacjentów (w dniach)	17,8	15,8	13,7

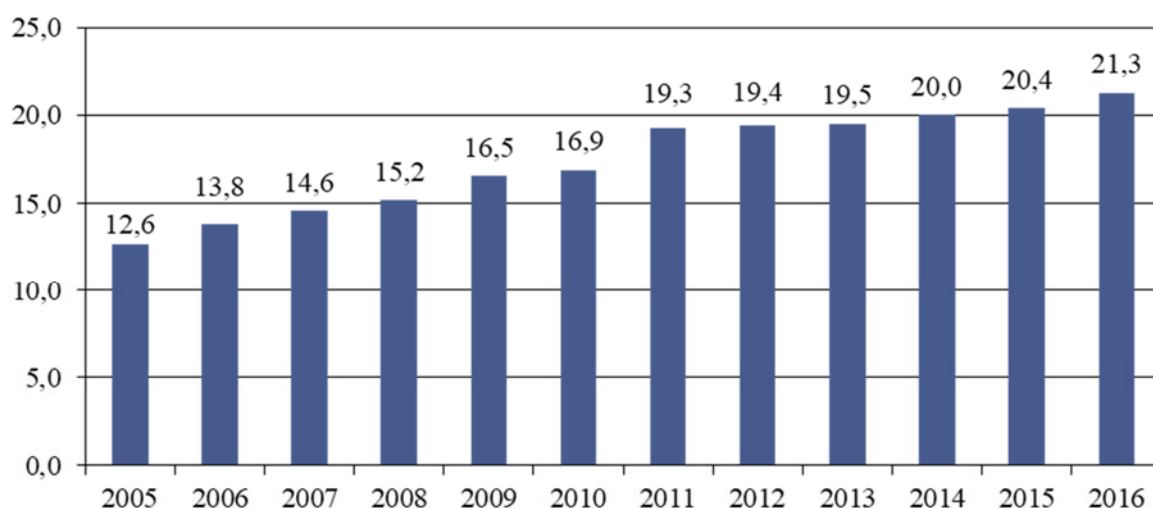
2.3. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

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

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2016 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem ponad 21 tys. przychodni¹⁰⁴ (o 817 więcej niż w roku poprzednim). Utrzymał się więc trwający od kilkunastu lat systematyczny wzrost liczby placówek ambulatoryjnej opieki medycznej.

Wykres 42. Przychodnie w latach 2005-2016
Out-patient departments in 2005-2016

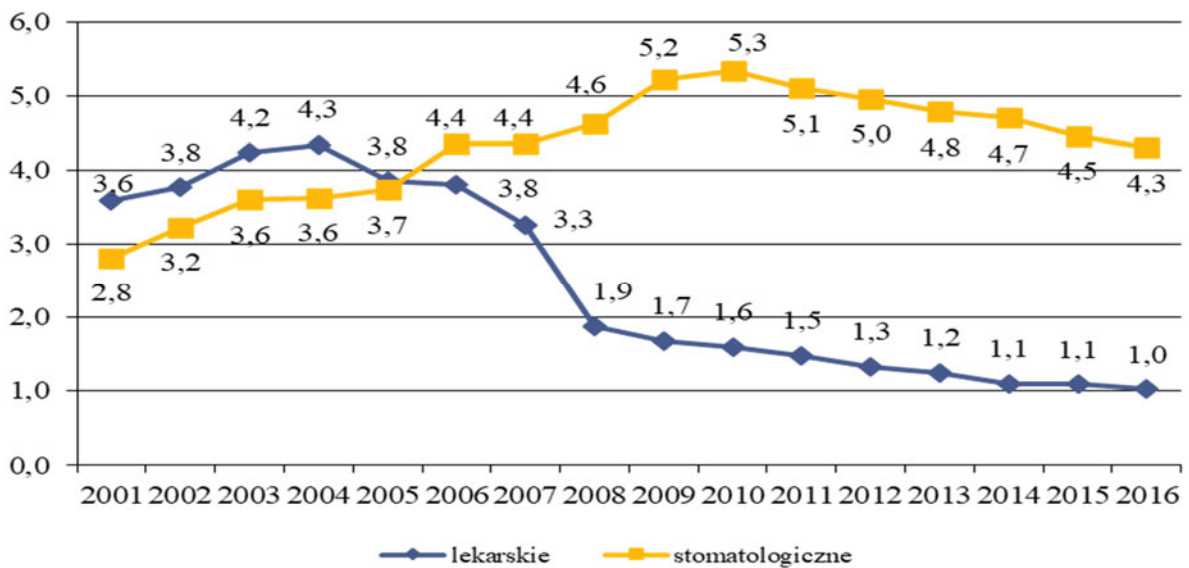


Nieco odmienne tendencje można zauważyć w przypadku praktyk¹⁰⁵ lekarskich i stomatologicznych. Od 2011 rok obserwujemy tendencję spadkową obu typów praktyk. Ten kierunek zmian utrzymał się również w 2016 r.; zmalała zarówno liczba praktyk stomatologicznych jak i lekarskich (odpowiednio o 3,1% i 6,2%) udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

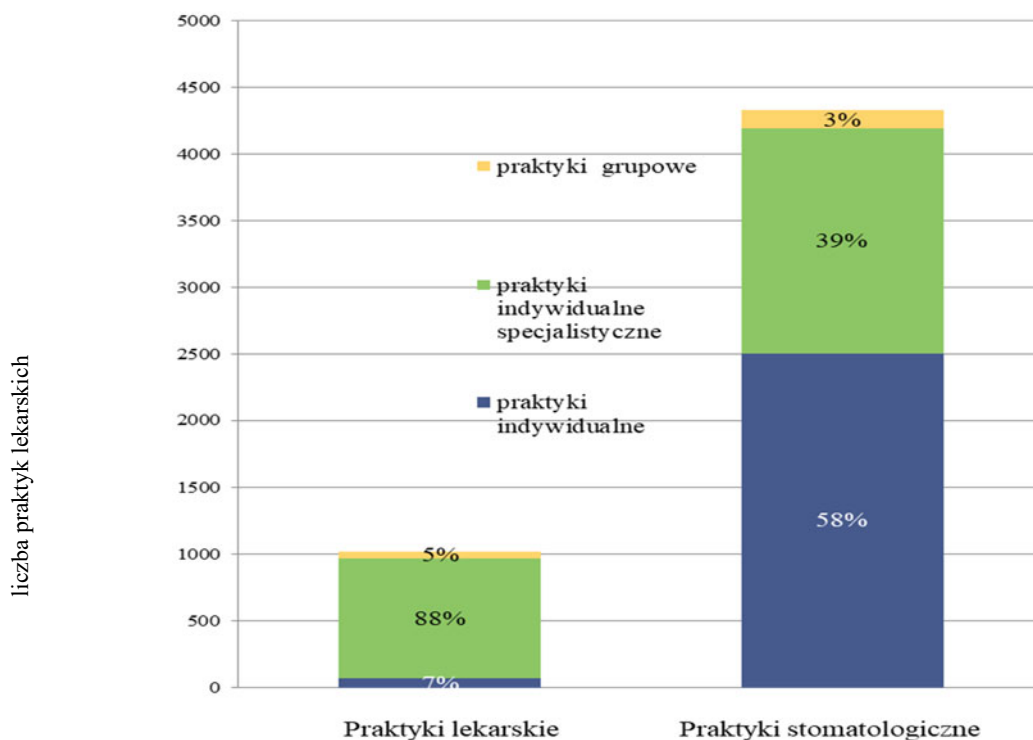
¹⁰⁴ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

¹⁰⁵ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 43. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001-2016 (w tys.)
Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2001-2016



Wykres 44. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych
Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



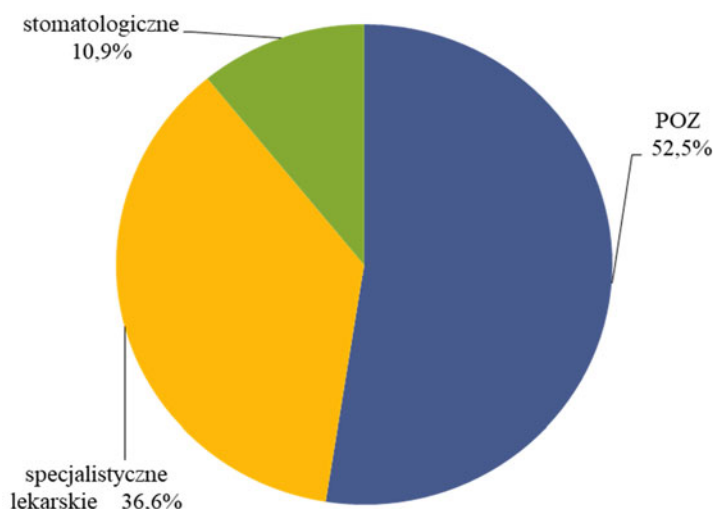
W 2016 roku odnotowano łącznie 5,3 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 4 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 80,9% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88,3%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 6,5% i 5,2%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (57,9%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal pozostaje bardziej popularna w miastach (37,5% praktyk stomatologicznych) niż na wsi (20,5% praktyk stomatologicznych).

Udzielone porady

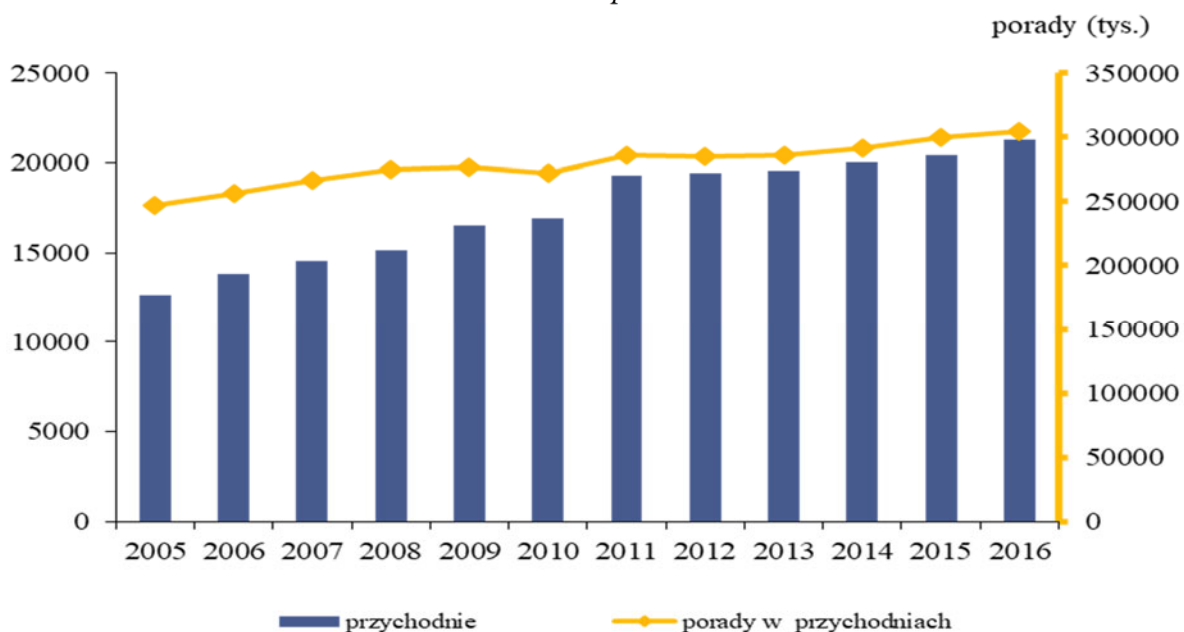
Ogółem w ciągu 2016 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 323,1 mln porad¹⁰⁶ (ok. 3,5 mln więcej niż przed rokiem). Spośród porad udzielonych przez lekarzy – 52,5% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 36,6% – w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych wyniosła 34,5 mln (ponad 200 tys. mniej niż w 2015 r.). Porady udzielone w przychodniach stanowiły 95,9% wszystkich porad; o 0,3 p. proc. więcej niż przed rokiem.

Wykres 45. Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad
Structure of out-patient health care consultations



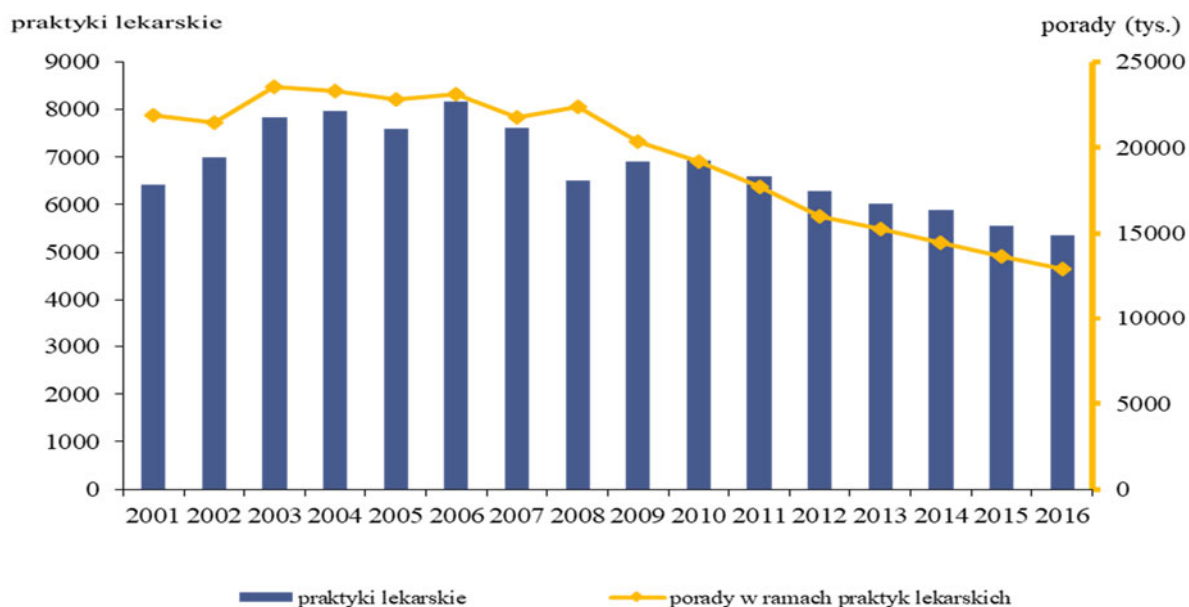
¹⁰⁶ Łącznie z danymi o placówkach i poradach podległych resortom MON i MSWiA. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

Wykres 46. Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005-2016
Out-Patient and Doctors' consultations provided in 2005-2016



Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych zmalała o 5,4%, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 5,1%) jak i miast (o 5,5%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2016 r. wyniosła 8,4 porady (o 0,1 więcej niż przed rokiem).

Wykres 47. Praktyki lekarskie^{a)} i udzielone w nich porady w latach 2000-2016
Medical Practices and Doctors' consultations provided in 2000-2016



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

Struktura udzielonych porad

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

Wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 56,8% stanowiły porady udzielone kobietom, 22,3% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 0,4 p. proc. mniej niż w 2015 r.), a 31,4% – osobom w wieku 65 lat i więcej (o 1 p. proc. więcej).

Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 56,1% (0,3 p. proc. mniej niż przed rokiem); prawie 20% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 32% (o 0,7 p. proc. więcej).

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentami były kobiety (60,6%). Porady udzielone kobietom stanowiły 60,4% porad w miastach i 67,5% na wsi. Odsetki te były znacznie wyższe niż wynikałoby ze struktury ludności, gdzie kobiety w miastach stanowiły 52,6% a na wsi – 50,1% ogółu ludności.

Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z porad lekarzy specjalistów, stanowiły one 12,9% porad w miastach (o 0,4 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 12,7% (podobnie jak w 2015 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 27,6% w miastach (o 1 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 20,8% na wsi (o 0,5 p. proc. więcej) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

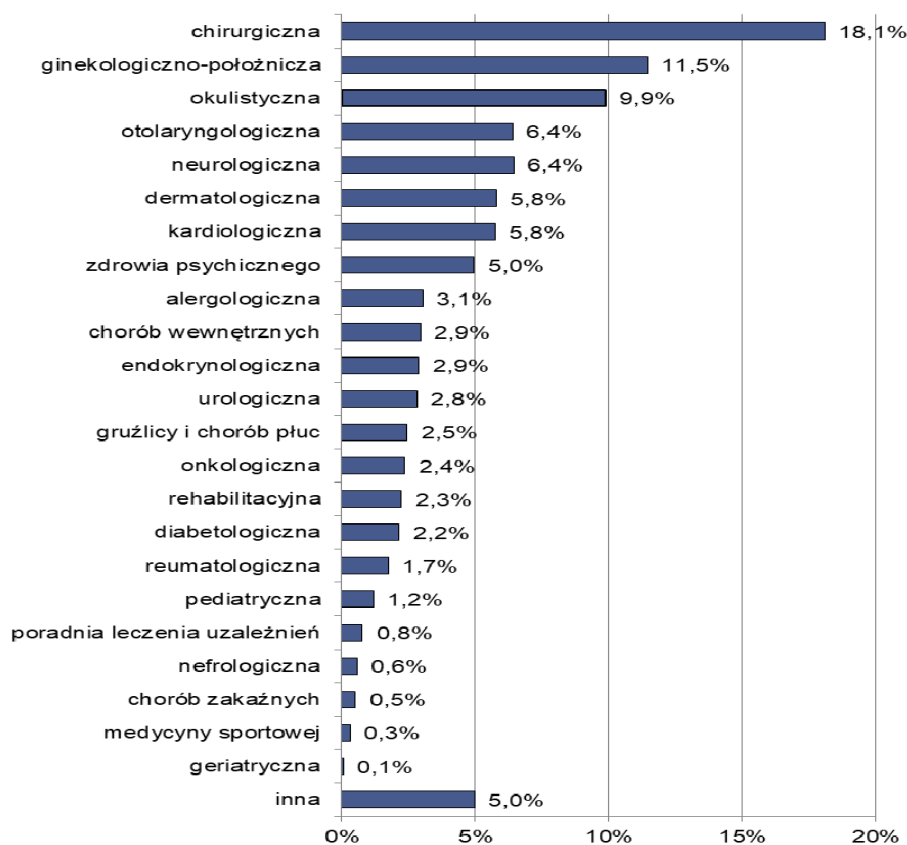
Porady udzielone kobietom przeważały również w przypadku porad stomatologicznych. W miastach stanowiły one 55,6% (o 1,1 p. proc. więcej niż w 2015 r.) ogółu porad stomatologicznych, natomiast na wsi – 54,1% (o 0,1 p. proc. więcej). Niespełna 29,0% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 28,7%, a w przypadku wsi odsetek ten był o prawie 2 p. proc. wyższy). Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 14,8% porad stomatologicznych; na wsi zaobserwowano tych porad o 2,3 p. proc. mniej.

Tabl. 2C. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2016 r.

Wyszczególnienie	Ludność (Stan 30 VI)	Porady		
		POZ	specjalistyczne lekarskie	stomatologiczne
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
0-17 lat	17,9	21,7	12,9	29,2
18-64	66,0	46,8	59,6	56,6
65 +	16,1	31,5	27,5	14,4

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski za 2016 r. wynika, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 15,4 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Znaczący jest udział porad udzielonych osobom w wieku 18-64 lata w specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej. Dzieci i młodzież poniżej 18 lat miały natomiast najwyższy wskaźnik udzielonych porad stomatologicznych w odniesieniu do udziału w populacji tej grupy wiekowej.

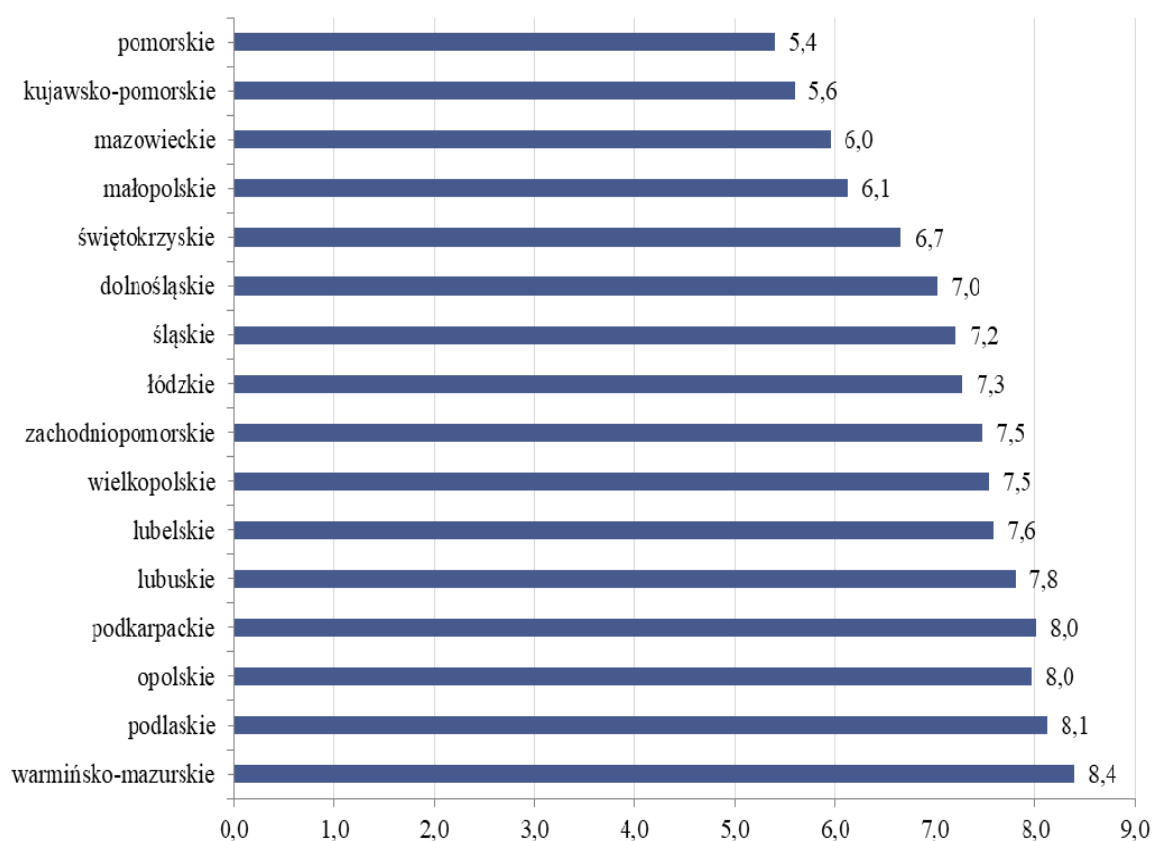
Wykres 48. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach
Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics



Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach i powiatach

W 2016 r. nie zmieniła się istotnie struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Najwięcej przychodni oraz praktyk¹⁰⁷ lekarzy i lekarzy dentystów, zlokalizowanych było na terenie województwa śląskiego (3,3 tys.), a najmniej odnotowano w województwie lubuskim, opolskim i świętokrzyskim – po 0,8 tys. Z łącznej liczby 5,3 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najczęściej (695, czyli 13,0%) było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa małopolskiego (186, tj. 3,5%).

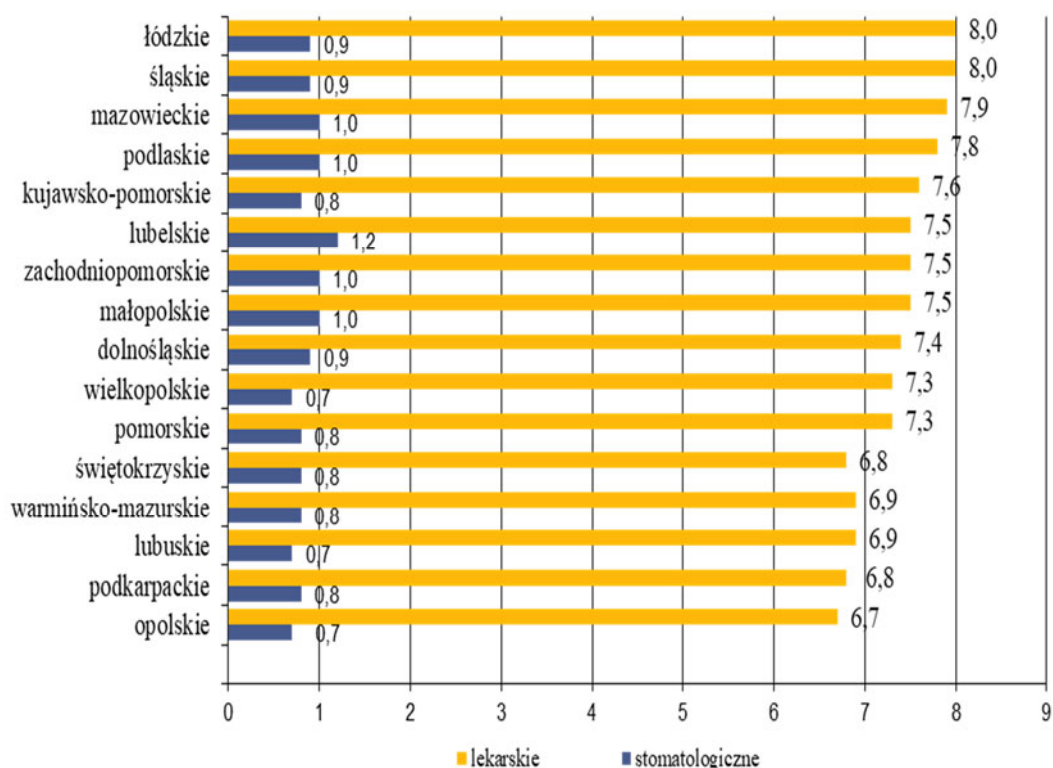
Wykres 49. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców według województw
Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population by voivodships



¹⁰⁷ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 50. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej ^{a)} na 1 mieszkańca według województw

Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodships



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

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim (ponad 46 mln, czyli 14,8% wszystkich porad), a najniższą – w województwie opolskim (7,1 mln, czyli 2,3%). Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,3 w województwie opolskim do 8,9 w województwach: łódzkim, mazowieckim i śląskim.

Porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stanowiły w poszczególnych województwach od 44% (woj. mazowieckie) do 58,9% (woj. opolskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 21,7% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 19,3% do 24,7% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób starszych, odsetek ten wahał się od 29,5% w województwie pomorskim do 35,7% w województwie opolskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej porady dotyczące dzieci i młodzieży kształtowały się od 11,0% w województwie zachodniopomorskim do 14,7% w województwie warmińsko-mazurskim. Porady udzielone starszym osobom stanowiły 27,5% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,2% (województwo mazowieckie) do 30,7% (województwo zachodniopomorskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży w ogólnej liczbie porad stomatologicznych kształtował się od 25,2% w województwie śląskim do 38,0% w województwie lubelskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 14,4% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 11,1% (województwo lubelskie) do 16,7% województwo śląskie.

Dane na temat dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie) **w powiatach** prezentowane na dwóch mapach poniżej pokazują, że w 2016 r. największa liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadała (niemal identycznie jak przed rokiem) w powiatach województwa pomorskiego (powiat kartuski, starogardzki, kościerski, wejherowski), kujawsko-pomorskiego (powiat chełmiński, grudziądzki, bydgoski), mazowieckiego (powiat miński, wołomiński, radomski, warszawski zachodni), małopolskiego (powiat wadowicki, dąbrowski, olkuski).

Natomiast największą liczbę porad na 1 mieszkańca zaobserwowano w powiatach: lubińskim, milickim (woj. dolnośląskie), puławskim, łęczyńskim (woj. lubelskie), sieradzkim, pabianickim (woj. łódzkie), starachowickim (woj. świętokrzyskie), będzińskim (woj. śląskie). Z wyjątkiem powiatów woj. lubelskiego, sytuacja była identyczna jak w 2015 r.

Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Analiza stopnia przystosowania jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną do potrzeb osób niepełnosprawnych (zainicjowana w 2009 roku) wykazuje, że przystosowanie to z roku na rok polepsza się.

Spśród ponad 26 tys. jednostek (przychodni i praktyk lekarskich) 14,6% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych, było to o 0,6 p. proc. mniej, czyli o 56 placówek mniej niż przed rokiem.

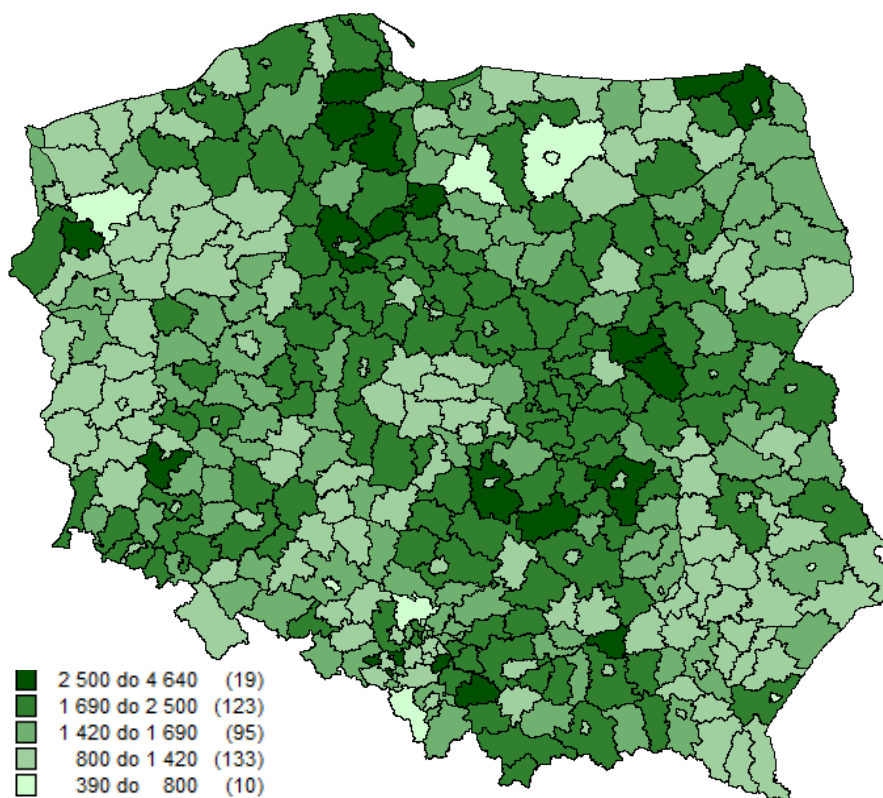
W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnia/podjazd/platforma (68,8%), windy (28,2%) oraz drzwi automatycznie otwierane (8,6%). Udogodnienia dla osób niewidomych miało tylko 4,3% przychodni.

Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 11,8% przychodni (2521 przychodni).

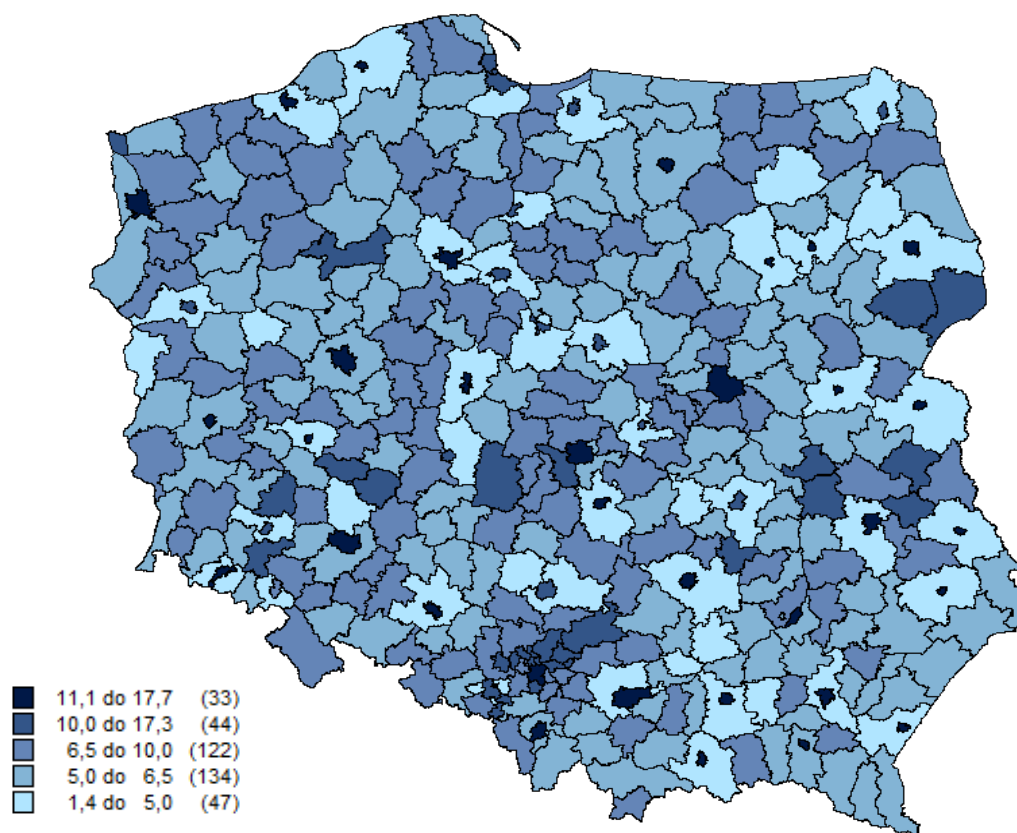
Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, 57,2% z nich deklarowało posiadanie pochylni/podjazdu/platformy, tylko 2,4% posiadało udogodnienia dla osób niewidomych. 1362 praktyki lekarskie i stomatologiczne (25,5 %) nie posiadało żadnych udogodnień.

Mapa 10. Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów

Number of residents per out-patient health care (out-patient department and doctor practices) by poviats



Mapa 11. Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów
Number of outpatient consultations per capita by poviats



2.4. RATOWNICTWO MEDYCZNE

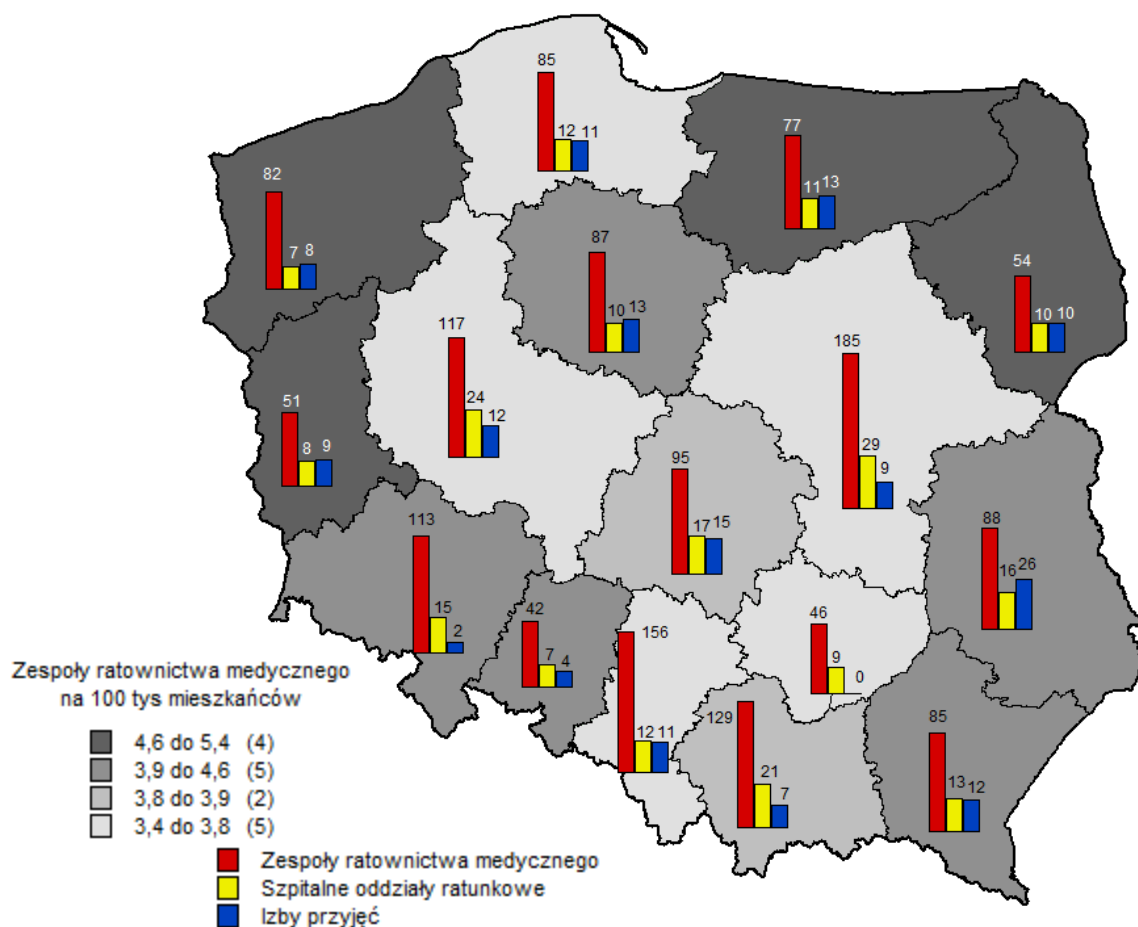
W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stworzony został system Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)¹⁰⁸. Na terenie całego kraju system funkcjonuje w oparciu o „wojewódzkie plany działania systemu”¹⁰⁹ sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje, może żądać od wojewody przekazania wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie danego województwa, jak również ma możliwość przeprowadzenia kontroli dysponentów jednostek systemu. **Wojewodowie natomiast są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa.** W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in. potencjalne zagrożenia życia lub zdrowia, które mogą zaistnieć na obszarze województwa; liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania ich działań; obszary działania i rejony operacyjne; informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego; sposób współpracy organów administracji publicznej i jednostek systemu z innymi województwami tak, aby zapewnić sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw; zamieszczają kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego. Plan obejmuje również dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie w sposób zapewniający odpowiedni czas dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego. W planie zawarty jest także wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz informacje o centrum urazowym, jeżeli znajduje się ono na obszarze danego województwa.

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

¹⁰⁸ System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

¹⁰⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 grudnia 2014 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. 2014, poz. 1902).

Mapa 12. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw
Emergency medical care by voivodships



Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

W warunkach pozaszpitalnych pomoc medyczna w razie nagłego wypadku udzielana jest przez zespoły ratownictwa medycznego. ZRM dzielą się na: podstawowe zespoły ratownictwa medycznego (co najmniej dwuosobowe), w skład których wchodzi pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny oraz specjalistyczne zespoły ratownictwa medycznego (co najmniej trzyosobowe), w skład których wchodzi lekarz systemu i pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

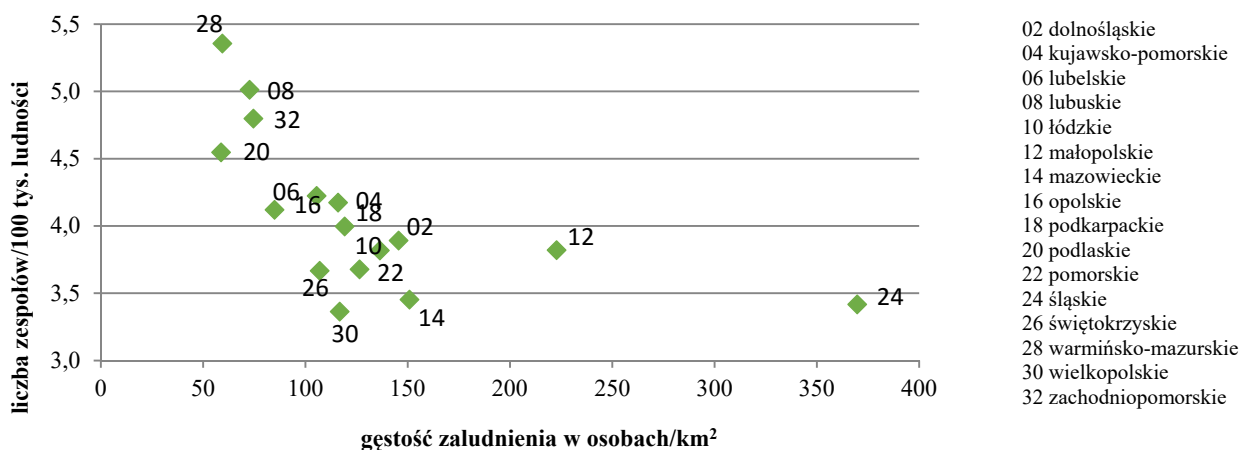
W 2016 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1492 zespołów (o 6 więcej niż przed rokiem), w tym 932 (62%) zespołów podstawowych i 560 (38%) specjalistycznych.

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko-mazurskim, lubuskim, zachodniopomorskim oraz podlaskim – od 4,6 do 5,4 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w wielkopolskim, śląskim i mazowieckim – 3,4-3,5

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 51. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw

Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego¹¹⁰ wskazują, że w 2016 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego¹¹¹ stanowiło 10,4 tys. ratowników medycznych, 1,7 tys. pielęgniarek systemu i 1,7 tys. lekarzy systemu. W porównaniu z zeszłym rokiem zmalała zarówno liczba ratowników medycznych (aż o niemal 1000 osób), liczba pielęgniarek systemu (ok. 50 pielęgniarek) jak i lekarzy systemu (o ok. 250 osób).

Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

W ramach ratownictwa medycznego w 2016 r. zrealizowano nieco poniżej 3,2 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, niemal o 1,1% więcej niż w zeszłym roku. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 82,4 wyjazdy ZRM (tyle, co przed rokiem).

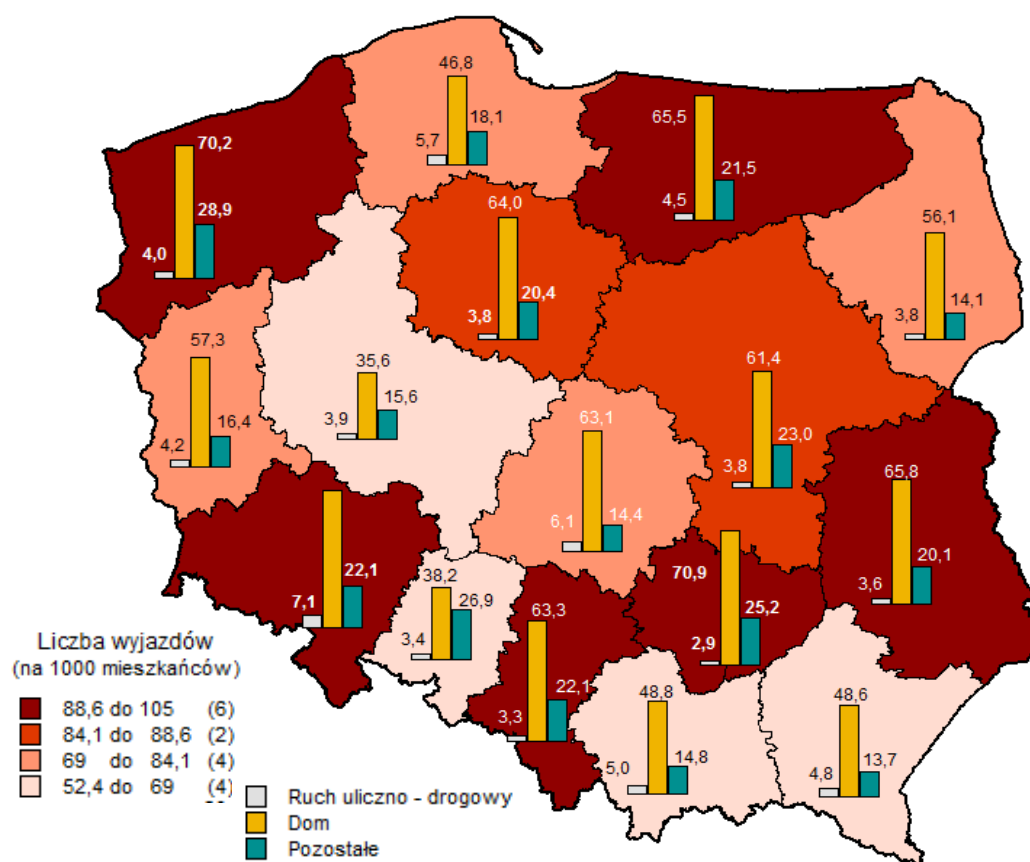
Struktura wyjazdów ze względu na miejsce zdarzenia pozostała niezmienna od 2004 r. Zdecydowaną większość, bo ok. 70,6% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów PRM, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły 5,4%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1,0-1,8%. Miejsca zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 21,2%.

¹¹⁰ Dane GUS – formularz ZD-4.

¹¹¹ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Mapa 13. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, na 1 tys. ludności

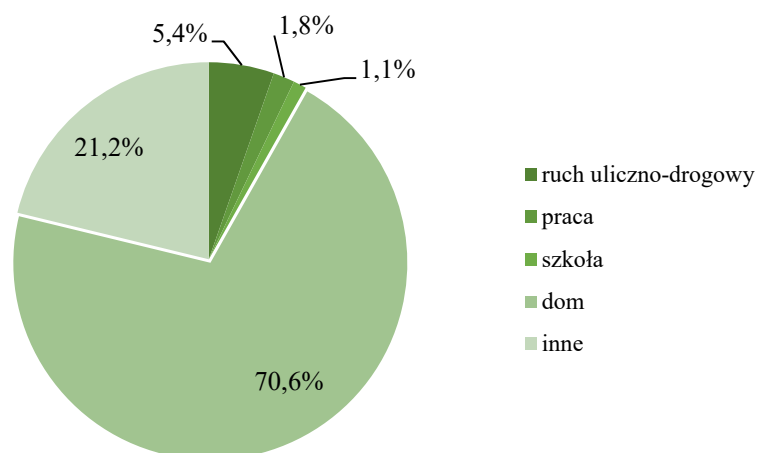
Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population



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

Wykres 52. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia

Calls of emergency rescue teams by the occurrence places

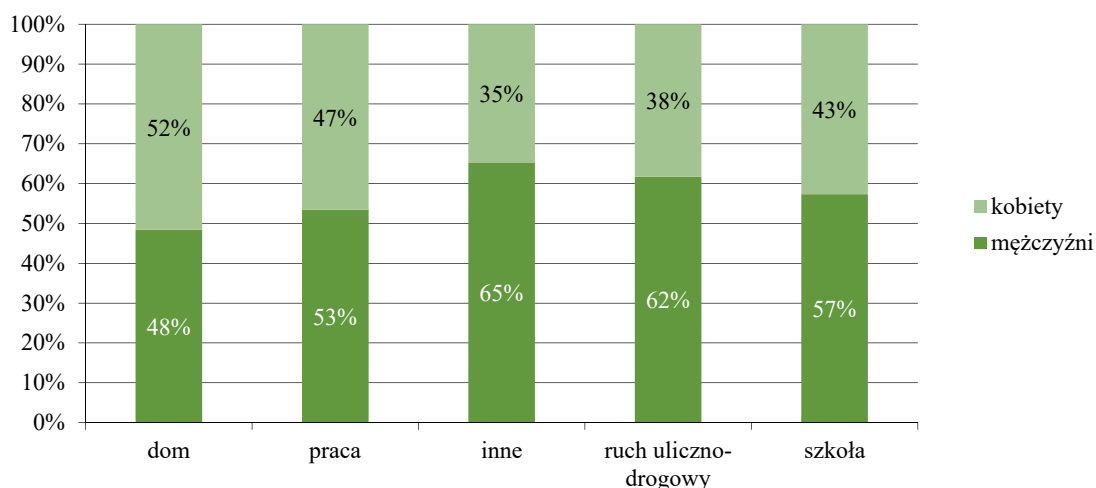


Liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów (w trakcie jednego wyjazdu mogła zostać udzielona pomoc więcej niż jednej osobie) i wyniosła niemal 3,2 mln. (tyle co w ubiegłym roku). Najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (103), a najmniej w wielkopolskim (55).

Struktura płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczenia, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wynosił 6,3%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 51,2%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 42,5% (w 2015 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6,4%, 51,9% i 41,7%).

Wśród osób, którym udzielono pomocy, większość stanowili mężczyźni (52,9%). Przewaga mężczyzn ogółem była o 0,6 p. proc. mniejsza niż w 2015 r. i uległa niewielkiemu spłaszczeniu w przypadku wszystkich kategorii zdarzeń rozpatrywanych ze względu na miejsce świadczenia pomocy. Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 53% w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu; kobiety stanowiły w tym przypadku 51,6 % populacji.

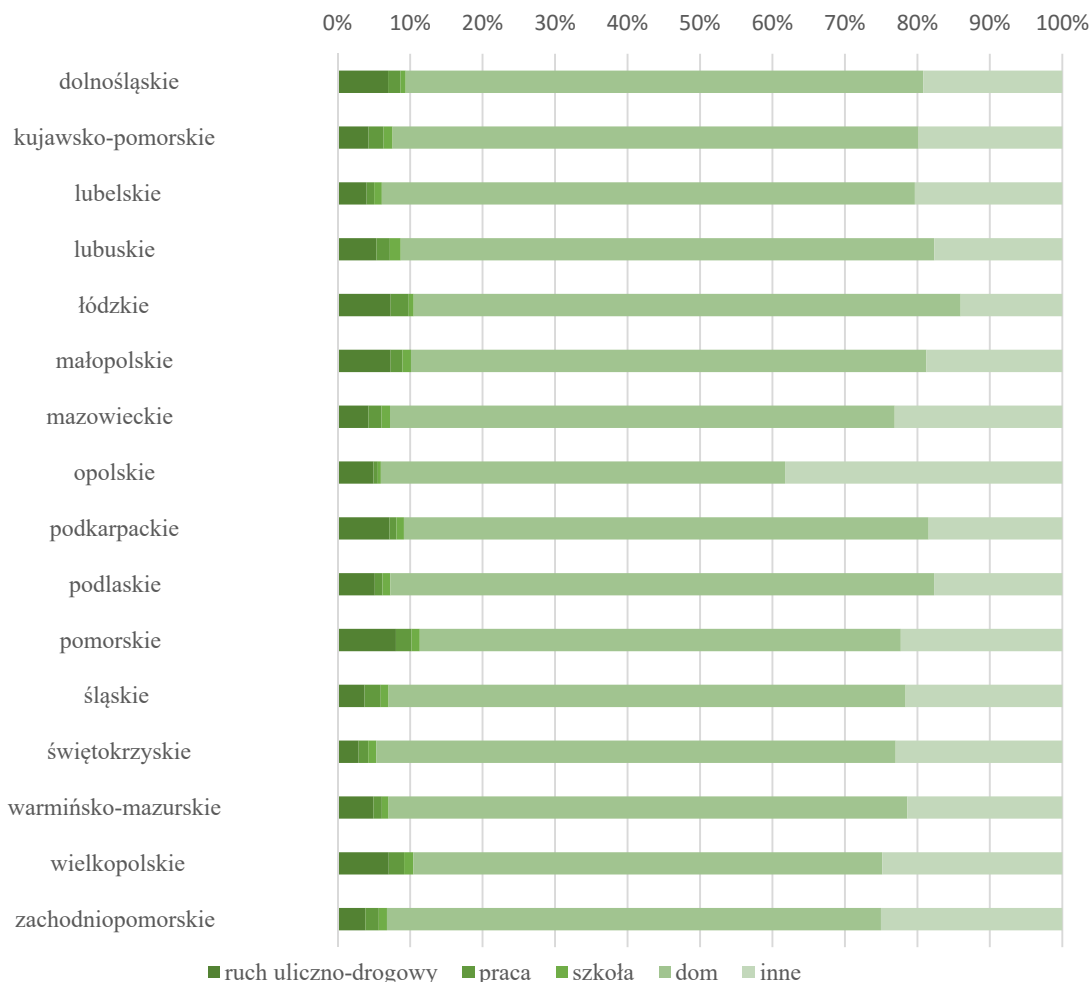
Wykres 53. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia
Structure of persons who received health care services by the occurrence place



Analizując strukturę wyjazdów na miejsce zdarzenia w poszczególnych województwach dostrzec można, że w każdym z nich zdecydowanie przeważają wyjazdy do domu pacjenta. W podlaskim i łódzkim stanowiły one aż 75,0-75,5% wszystkich wyjazdów, natomiast w opolskim 55,8%. W każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – od 0,4-2,2% ogółu wyjazdów. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2,9% do 8,0%

ogółu wyjazdów realizowanych w poszczególnych województwach. Dokładną strukturę pokazuje poniższy wykres.

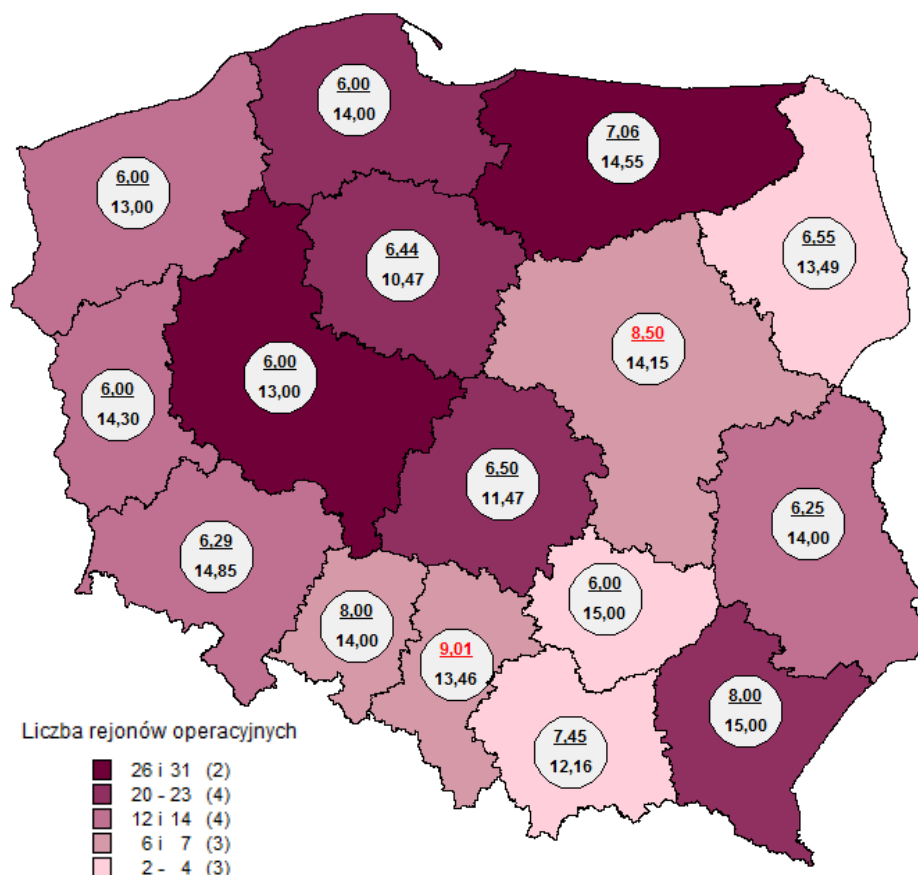
Wykres 54. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw
Structure of calls to the occurrence places by voivodships



Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą¹¹² czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany, trzeciego kwartyła oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartył czasu dotarcia odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast

¹¹² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

Mapa 14. Liczba rejonów operacyjnych oraz mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia
The number of operational areas, and the median time to reach ZRM the occurrence places



Mediana czasu dotarcia zespołów na miejsce zdarzenia^{a)}

X,XX - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców

X,XX - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców

a) W minutach licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia

Źródło: Dane pozyskane od wojewodów z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

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 2016 r. mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w niemal wszystkich województwach spełniała wymienione wyżej kryteria (założone w ustawie normy przekroczone zostały w województwie śląskim i mazowieckim w przypadku miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców).

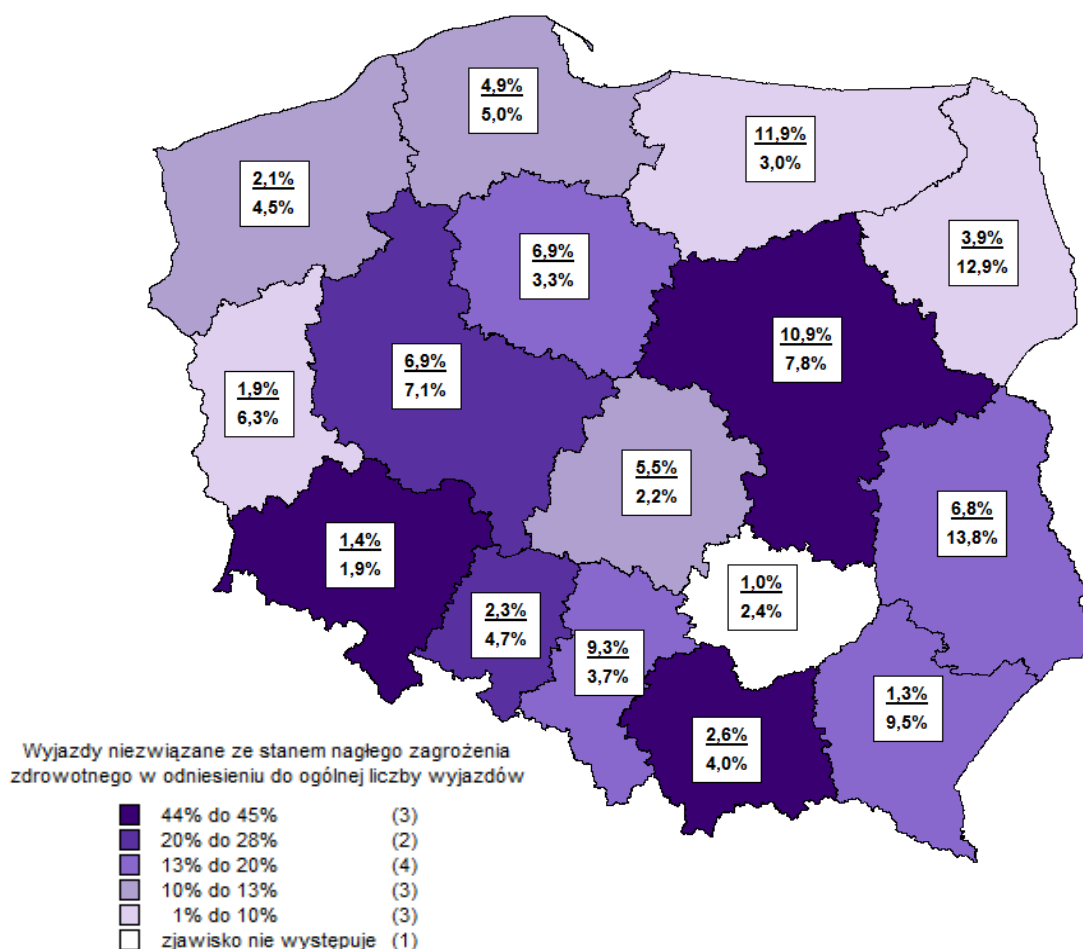
W celu sprawnego działania systemu i zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia, każde województwo podzielone zostało przez swoich wojewodów na rejony operacyjne. Ich liczba jest bardzo zróżnicowana i kształtuje się od 2 w województwie małopolskim do 31 w wielkopolskim.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzały się wezwania do sytuacji

nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu. Poniższa mapa 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 małopolskim było najwięcej takich wyjazdów, w lubuskim i podlaskim – najmniej, a w świętokrzyskim w ogóle nie zarejestrowano takich wyjazdów.

Mapa 15. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy^{a)} (w %)

Calls unrelated to the state of sudden health threat to the total number of calls and calls where time to reach ZRM exceeded the statutory standard



Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy^{a)}

X,X % - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców

X,X % - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców

^{a)} Zgodnie z ustawą maksymalny czas dotarcia nie może być dłuższy niż 15 minut w mieście powyżej 10 tys. mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców.

Źródło: Dane pozyskane od wojewodów z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2016 r. LPR posiadało 17 stałych baz Śmigłowiec Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS¹¹³) rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji, a także jeden zespół transportowy. Ponadto poniższe statystyki obejmują również dodatkowe 4 załogi uruchomione na czas Świątecznych Dni Młodzieży oraz 4 nowe bazy, które zaczęły działać w ciągu niespełna 2 ostatnich miesięcy 2016 r.

LPR dysponowało 27 śmigłowcami ratunkowymi oraz dwoma samolotami. Zespoły lotnicze funkcjonowały we wszystkich województwach, przy czym w województwie mazowieckim były 3 takie zespoły (w tym 1 samolot), a w podlaskim – 2. Całodobowo dyżurowały 4 bazy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław), 5 baz w godz. 7-20 (Olsztyn, Poznań, Białystok, Lublin, Szczecin), pozostałych 12 baz od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min. przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00. Parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu LPR są inne niż w przypadku ZRM. Tutaj czas dotarcia zależy od promienia działania: gdy promień działania jest mniejszy bądź równy 60 km – czas gotowości do startu wynosi 3 minuty w dzień, 15 minut w nocy; gdy promień działania jest większy niż 60 km i mniejszy bądź równy 130 km – czas gotowości do startu to 6 minut w dzień, 30 minut w nocy; natomiast gdy promień działania jest większy niż 130 km – 15 minut w dzień, 30 minut w nocy.

W roku 2016 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 8719 lotów (o 4,2% mniej niż przed rokiem), w tym 7522 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1197 transportów międzyszpitalnych, Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 435 misje (7,3% mniej).

Wśród wszystkich wezwań śmigłowców, podobnie, jak w ubiegłych latach, dominowały loty do wypadków na drogach (2361 loty – ponad 27,1% wszystkich lotów, niemal 6 p. proc. więcej niż przed rokiem). Częste były również wezwania do nagłych zachorowań: udarów (1098 – 12,6% wszystkich lotów) czy zawałów mięśnia sercowego (563 – 6,5%). 448 razy załogi startowały do osób po upadkach z wysokości, a 491 razy do osób w stanie nagłego zatrzymania krążenia. W 2016 r. łącznie na pokładach statków powietrznych przetransportowano 7279 pacjentów (o 182 osoby więcej niż przed rokiem).

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów do wypadków i nagłych zachorowań w minionym roku zrealizowały: Szczecin (706), Kraków (700) oraz Olsztyn (609)¹¹⁴.

¹¹³ HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

¹¹⁴ Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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

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

W końcu 2016 roku w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 221 **szpitalnych oddziałów ratunkowych**, o 2 więcej niż w 2015 r.

SOR udzielały świadczeń ratowniczych w trybie ambulatoryjnym, dziennym tzw. „jednego dnia” (z zamiarem zakończenia udzielania świadczeń w ciągu 24 godzin) i stacjonarnym powyżej 24 godzin.

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

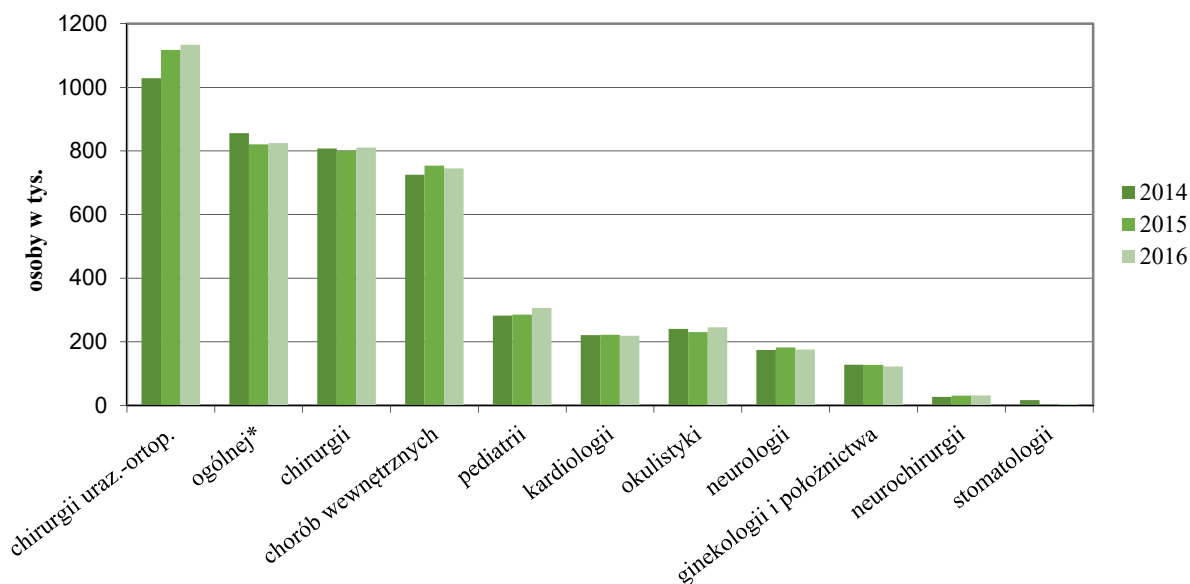
Wykres 55. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2014-2016 według rodzajów świadczeń
Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided in 2014-2016



Ponadto, w 2016 r. z systemem PRM współpracowało 161 **izb przyjęć w szpitalach**.

W izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej w **trybie ambulatoryjnym** niemal 4,6 mln osób, o 46 tys. więcej niż w roku 2015. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 54,1%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 19,4%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 22,7%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym.

Wykres 56. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni
Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics

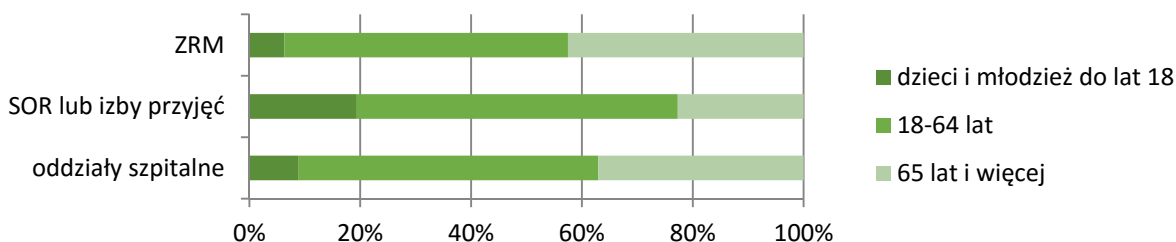


*niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych

Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 1460 łózkami. SOR w trybie stacjonarnym (pobyt powyżej 24 godzin) udzieliły pomocy 83,8 tys. osób. Było to o 13,6% więcej niż w roku 2015. Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 8,9% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 37% wszystkich pacjentów. Wrosła liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia” (w porównaniu z zeszłym rokiem wzrost o 3,4%) i wyniosła ona 1361 tys.

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

Wykres 57. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku
Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age



Oprócz omówionych wyżej jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę w systemie pełnią **centra urazowe**. 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. W Polsce w 2016 r. działało 14 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych.

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)¹¹⁵

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

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

¹¹⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

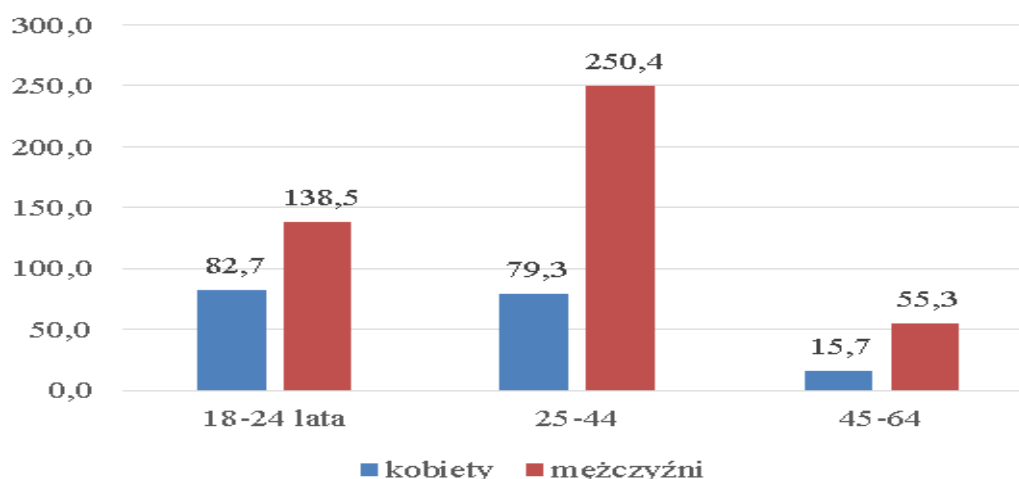
2.5. KRWIODAWSTWO

W 2016 roku funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe¹¹⁶) oraz 142 oddziały terenowe (w tym 7 w gestii MON). Liczba centr regionalnych i oddziałów terenowych w stosunku do roku poprzedniego nie zmieniła się.,

Zbiorowość krwiodawców¹¹⁷ liczyła 622,2 tys. osób, co stanowi spadek o prawie 9,3 tys. w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1218 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 548,2 tys. litrów. Wśród dawców 75% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Udział dawców wielokrotnych wśród krwiodawców zwiększył się o 10 proc. w porównaniu z 2015 r.

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

Blood donors by sex and age (in thousands)



Źródło: Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

¹¹⁶ Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

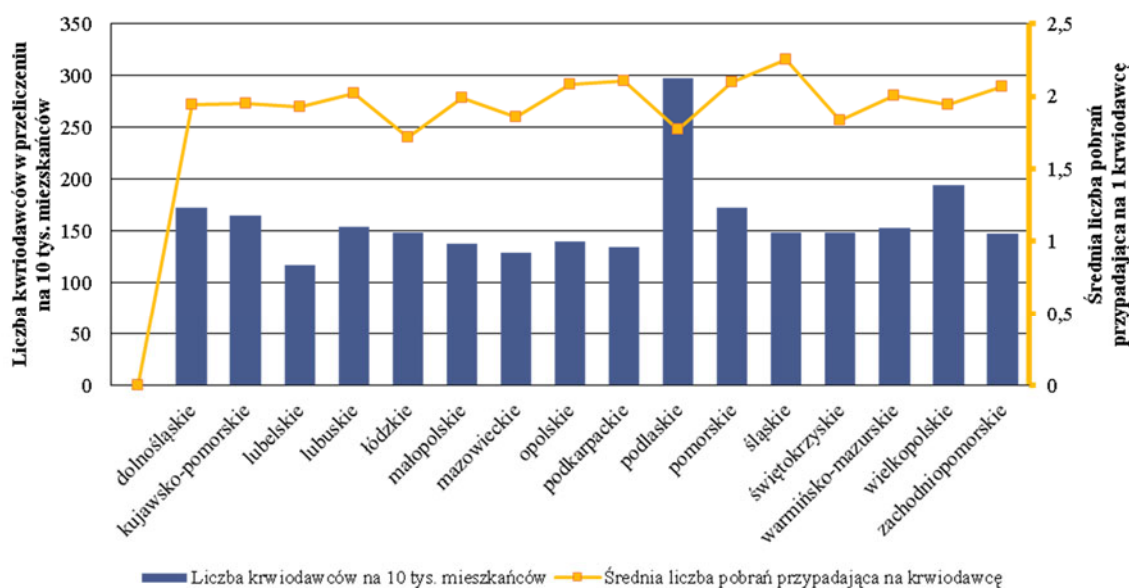
¹¹⁷ Krew lub jej składniki może oddać osoba, która:

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

Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (ok. 70% dawców krwi). Z dostępnych danych wynika, że w grupie wieku 25-44 lata jest najwięcej krwiodawców. Z uwagi na to, że grupa ta obejmuje 20 roczników, zaś grupa najmłodszych krwiodawców w wieku 18-24 lata obejmuje tylko 7 roczników, nie można jednoznacznie stwierdzić, ludność w jakim wieku jest najbardziej aktywna na polu krwiodawstwa.

Biorąc pod uwagę informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)¹¹⁸, to podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 204 tys. krwiodawców, co stanowiło 32,8% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców, oddali oni 412 tys. donacji krwi pełnej (33,8% krwi pełnej pobranej w całej Polsce). Bazując na danych dla województw, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim (wykres poniżej), gdzie wszystkie donacje realizowane są w stacjach podlegających Narodowemu Centrum Krwi.

Wykres 59. Krwiodawcy według województw
Blood donors by voivodships



W 2016 roku pobrano w Polsce 1301 tys. donacji krwi i jej składników.¹¹⁹ W porównaniu do danych za 2015 r. znacząco zmalała liczba donacji pobranego osocza (z 45 tys. do 43 tys.).

¹¹⁸ W regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 25724 krwiodawców i pozyskano 40635 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 4,1% wszystkich krwiodawców i 3,3% wszystkich donacji krwi pełnej.

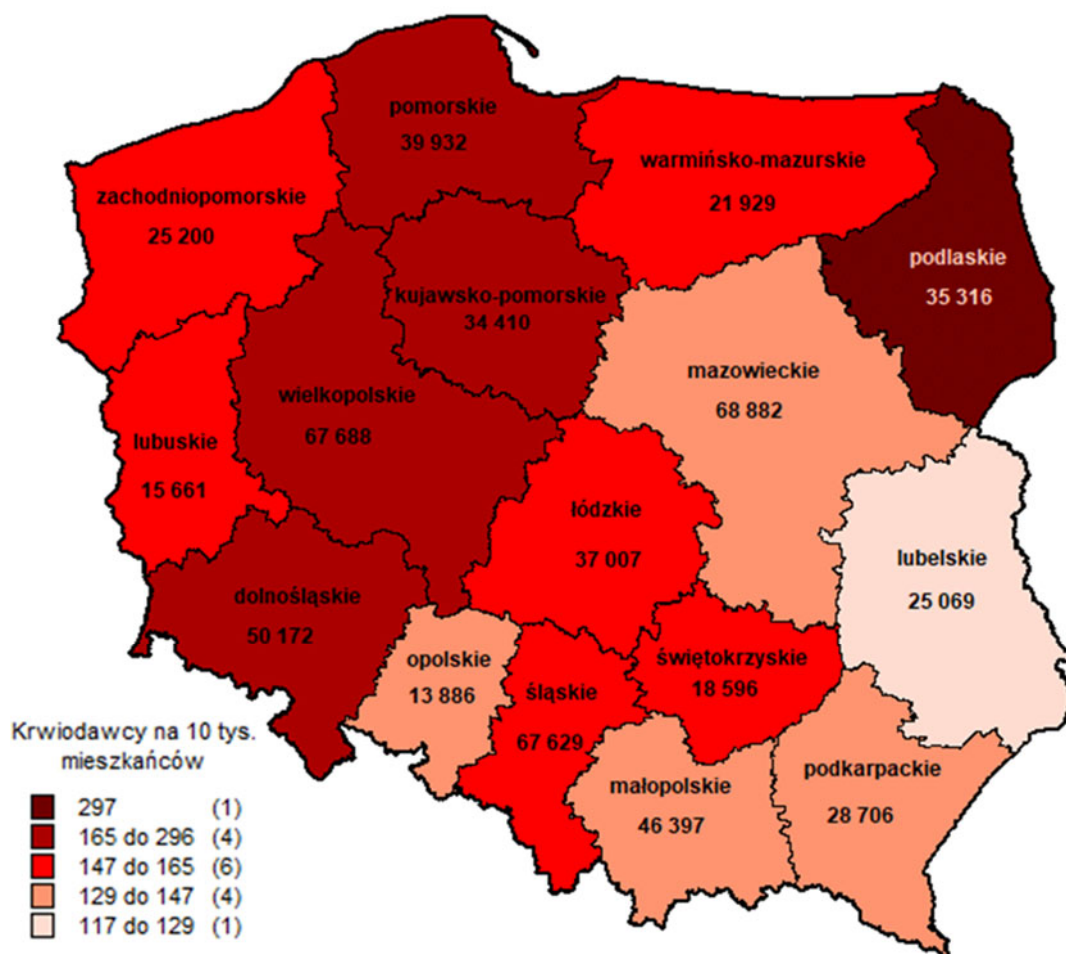
¹¹⁹ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferezy, leukaferozy i innych składników.

Tabl. 2D. Krwiodawcy i pobrana krew w latach: 2007, 2013-2016
Blood donors and collected blood in 2007, 2013-2016

Wyszczególnienie	2007	2013	2014	2015	2016
Krwiodawcy (w tys.)	604,1	646,4	616,6	631,5	622,2
Pobrana krew pełna w donacjach (w tys.)	982,5	1184,0	1186,3	1217,6	1218,1
Wyprodukowano w jednostkach (w tys.):					
koncentrat krwinek czerwonych	974,6	1157,0	1163,0	1189,8	1184,5 ¹²⁰
świeżo mrożone osocze	1051,4	1220,4	1271,9	1322,3	1311,9

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

Mapa 16. Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw
Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships



¹²⁰ Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że koncentrat krwinek czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby lecznictwa w Polsce.

2.6. APTEKI

Apteki i punkty apteczne są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne działają niemal w całości na terenach wiejskich¹²¹ i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

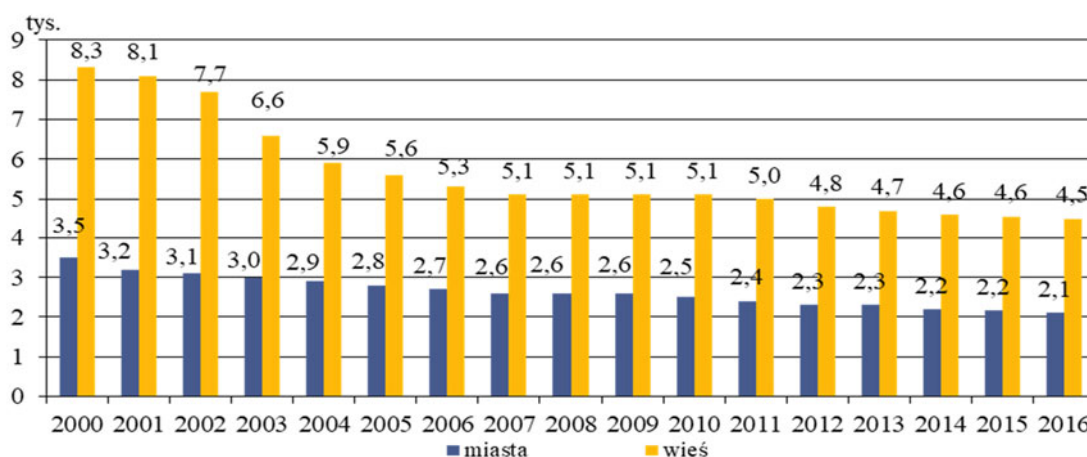
W 2016 r. na terenie Polski zbadano 13,1 tys. aptek ogólnodostępnych (o 364 więcej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe¹²² i 1,3 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,7%) należały do prywatnych właścicieli.

Liczba aptek ogólnodostępnych z roku na rok wzrasta, co przy spadku ogólnej liczby ludności w konsekwencji przyczynia się do spadku wskaźnika liczby ludności przypadającej na 1 aptekę. Trend ten widoczny jest od wielu lat i ciągle jest aktualny, jednak spadki z roku na rok są coraz mniej znaczące. W 2016 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3 tys. osób. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,6 tys. (dla województwa lubelskiego) do 3,4 tys. (dla województwa warmińsko-mazurskiego).

Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,2 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2016 r. wyniosła przeciętnie 4,5 tys.

Wykres 60. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w latach 2000-2016

Number of inhabitants per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet in 2000-2016

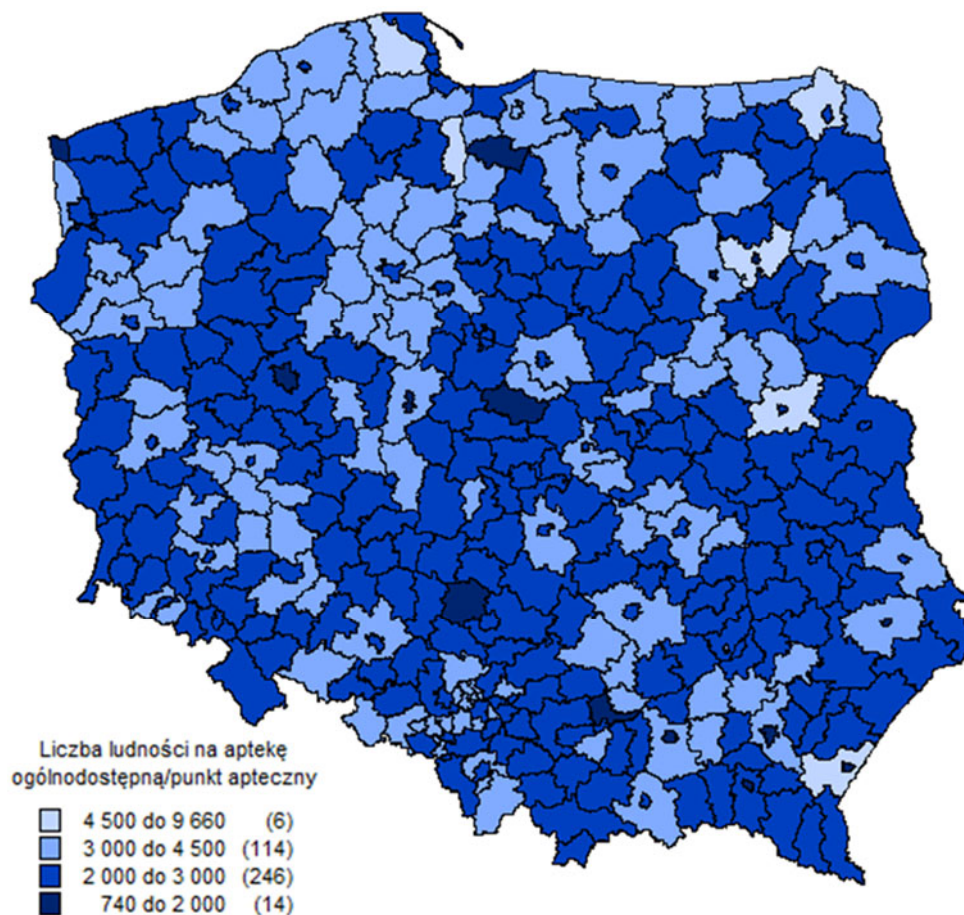


¹²¹ Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art.70 ust.3 ustawy z dnia 6 września 2001), punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

¹²² Apteki zakładowe – zaopatrujące w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne, a także inne zakłady lecznicze podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne art. 87, Dz. U. 2017poz. 2211). Wśród zbadanych 25 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MSWiA 15 aptek.

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

Mapa 17. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów
Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats



Najwięcej aptek i punktów aptecznych zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,6% i 10,6%). Na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego znajdowała się najmniejsza liczba aptek – po niecałe 2,5% ogółu, a w województwie zachodniopomorskim i warmińsko-mazurskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (niecałe 3,5% ogólnej liczby punktów aptecznych).

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

Województwa podkarpackie, dolnośląskie, podlaskie, wielkopolskie charakteryzowały się największym wzrostem liczby aptek ogólnodostępnych (odpowiednio o 6,9%, 5,0%, 4,9%, 5,3% w stosunku do roku 2015). Nie wystąpiły żadne spadki, a w województwie małopolskim przybyła jedna apteka ogólnodostępna. W województwie kujawsko-pomorskim, mazowieckim, podlaskim, świętokrzyskim ubyło stosunkowo dużo punktów aptecznych (spadek odpowiednio o 3,4%, 2,8%, 3,3%,

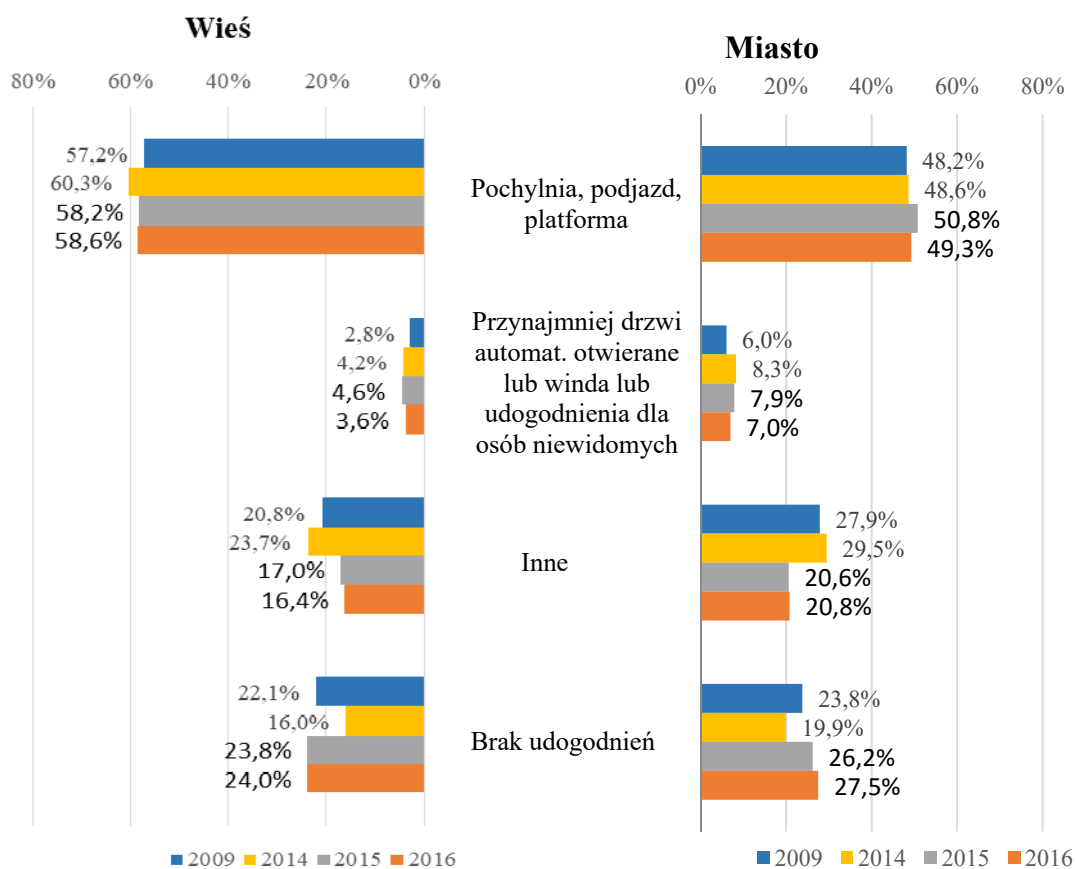
3,3%). Najwyższy wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano na terenie województwa łódzkiego i dolnośląskiego (odpowiednio o 9,0% i 5,9%).

W omawianym roku 3,4% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne, a więc podobnie do 2015 r., kiedy takie dyżury pełniło blisko 3,5% aptek ogólnodostępnych. Niezmiennie, niecałe 20% placówek pełniło dyżury okresowo.

W 2016 r. 73,0% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (50,7% aptek ogółem, co przekładało się na 58,1% aptek na wsi i 49,3% aptek w mieście). Większość udogodnień w punktach aptecznych na wsi to pochylnie, podjazdy, platformy – 59,5% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 0,6% punktów aptecznych na wsi, 1,7% aptek na wsi, prawie 5,4% aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 27,6% aptek w mieście, 24,1% aptek na wsi, oraz w 23,9% punktów aptecznych.

Wykres 61. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi w latach 2009, 2014-2016

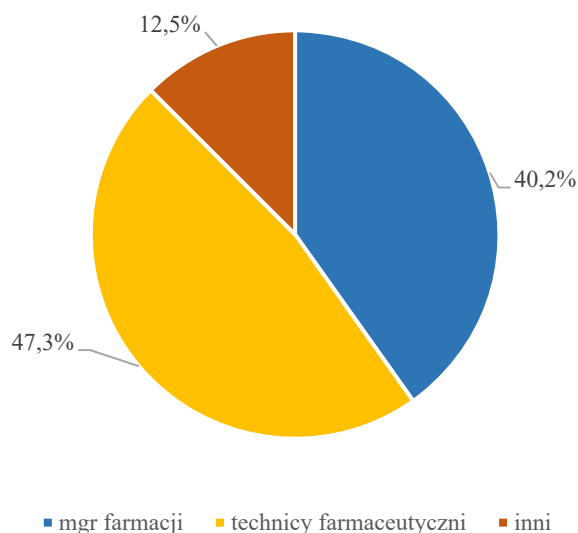
Facilities for the disabled in generally available pharmacy in urban areas and in generally available pharmacy and pharmaceutical outlets in rural areas in 2009, 2014-2016



Okazało się, że w 2016 r. 2,15% aptek ogólnodostępnych prowadziło sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu (w liczbach bezwzględnych było to o 29 apteki mniej niż przed rokiem), największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie (5,7%), najmniejszy – województwo lubuskie, wielkopolskie, kujawsko-pomorskie – odpowiednio 0,3%, 0,5% i 0,5%). Co piąta taka apteka miała swoją siedzibę w województwie łódzkim. Sprzedaż wysyłkowa w przypadku punktów aptecznych miała marginalne znaczenie. Tylko 6 jednostek (0,5%) zgłosiło taką działalność. Działalność taka dotyczyła województw: łódzkiego, dolnośląskiego, pomorskiego, śląskiego, świętokrzyskiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 27 tys. magistrów farmacji oraz 31,9 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto przeciętnie jeden praktykant przypadał na 82 apteki ogólnodostępne. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio 82,7% wśród farmaceutów i 93,8% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji i 2 z tytułem technika farmaceutycznego. Na wsi sytuacja wyglądała inaczej, gdyż przeciętnie jeden magister farmacji i jeden technik farmaceutyczny przypadał na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny. Jeżeli chodzi o punkty apteczne na wsi to przeciętnie w jednym punkcie aptecznym pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 7 punkcie pracował magister farmacji.

Wykres 62. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych
Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets



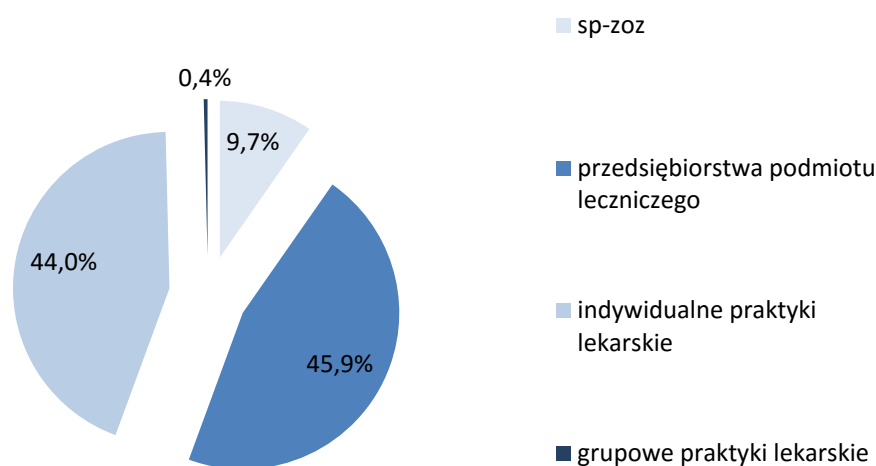
W aptekach zakładowych szpitali resortowych pracowało łącznie 72 magistrów farmacji, co przy 24 aptekach zakładowych daje średnio 3 farmaceutów na aptekę, a więc więcej niż średnio w aptekach ogólnodostępnych. Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 48 techników farmaceutycznych.

2.7 Służba medycyny pracy w 2016 r.

Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2016 r. została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz przez jednostki służby medycyny pracy (smp).

Podmiotami właściwymi do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi są jednostki podstawowe służby medycyny pracy¹²³. Ich liczba w porównaniu do roku 2015 wzrosła o 3,5%. W 2016 r. zarejestrowano 6294 takich jednostek w tym: zakładów leczniczych – 2890, indywidualnych praktyk lekarskich – 2767, sp-zoz – 612 oraz grupowych praktyk lekarskich – 25. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy nie uległa istotnym zmianom.

Wykres 63. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy
Structure of primary occupational medicine service units



Badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w §7 Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS) z dnia 30 maja 1996 roku¹²⁴. W 2016 r. liczba lekarzy posiadających wyżej wymienione uprawnienia, którzy zgodnie z §8 ww. rozporządzenia dopełnili obowiązku zarejestrowania się w właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny wynosiła 7172 lekarzy. Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej^{125,126} corocznego

¹²³ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2014.1184).

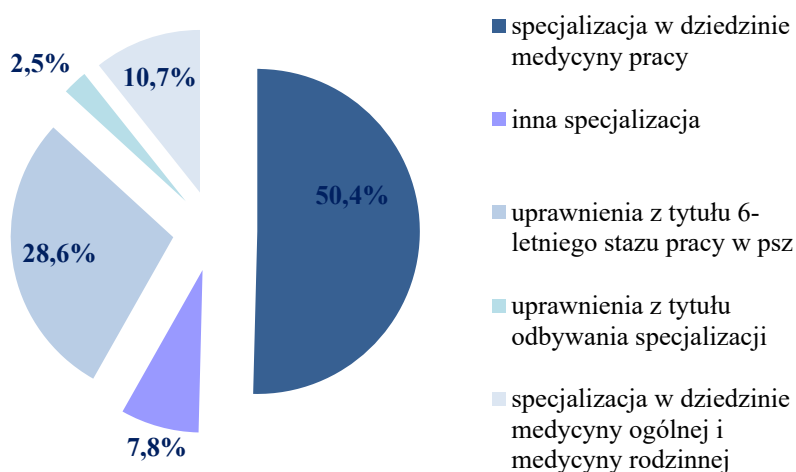
¹²⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U.1996.69.332 ze zm.)

¹²⁵ Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. 2015.591 ze zm.).

¹²⁶ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 21 lipca 2015 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2016. (Dz.U.2015.1304).

obowiązku sporządzania sprawozdań lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, nie wszyscy lekarze dopełnili tego obowiązku. Z pozyskanych danych można jednak wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przedstawia ją poniższy wykres.

Wykres 64. Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich wg wymogów kwalifikacyjnych
Structure of physicians authorized to perform prophylactic occupational health care, according to qualifying requirements



Dodatkowe kwalifikacje, niezależnie od spełnienia kryteriów warunkujących posiadanie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracowników, które wymagane są w przypadku badania osób pracujących w warunkach szczególnych narażeń (J,T,K)¹²⁷ posiadało 2023 lekarzy (o blisko 6% mniej niż przed rokiem).

Uprawnienia do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich mają także lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Uprawnienie to jest ograniczone, ponieważ badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji. W 2016 r. lekarzy takich było 134 (o blisko 14 % więcej niż przed rokiem).

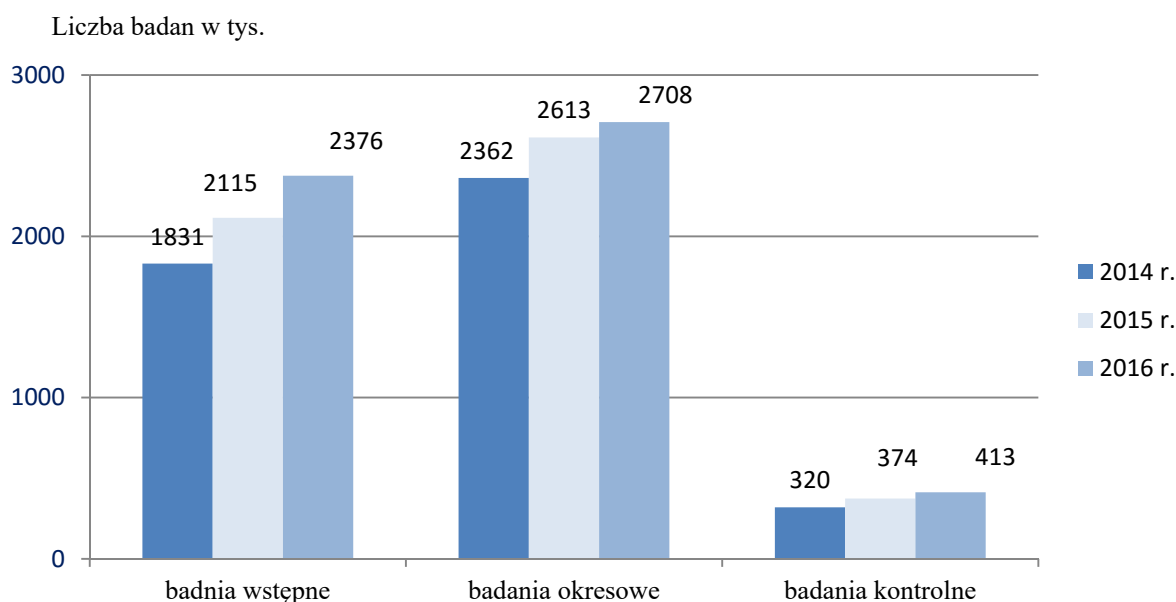
W Polsce najczęściej realizowanym przez służbę medycyny pracy zadaniem z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek przeprowadzania badań profilaktycznych dotyczy

¹²⁷ J — uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników narażonych na działanie promieniowania jonizującego; T — uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę w warunkach tropikalnych, morskich lub podwodnych lub powracających z pracy w warunkach tropikalnych; K — uprawnienia do wykonywania badań profilaktycznych pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego. Ww. uprawnienia uzyskuje się poprzez odbycie i zaliczenie specjalnych szkoleń specjalizacyjnych organizowanych w instytutach medycyny pracy.

zarówno pracodawców (art. 229 Kodeksu pracy¹²⁸) zobligowanych do kierowania pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, jak i pracowników, którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniom poddawać. Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

W 2016 r. orzecznictwo do celów Kp kształtowało się na poziomie 5,4 mln badań lekarskich (o blisko 8% więcej niż przed rokiem) w tym: ponad 2,3 ml badań wstępnych, 2,7 ml badań okresowych i ponad 413 tys. badań kontrolnych.

Wykres 65. Liczba profilaktycznych badań lekarskich według rodzaju w latach 2014-2016
Number of prophylactic medical examinations by type in years 2014-2016



W 2016 r. w strukturze wydawanych orzeczeń – 99,6% badań profilaktycznych kończyło się orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Negatywne decyzje orzecznicze skutkujące odsunięciem od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub ze względu na brak predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac na konkretnym stanowisku stanowiły 0,3%.

Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie umowy pisemnej zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów,

¹²⁸ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2014.1502 ze zm.)

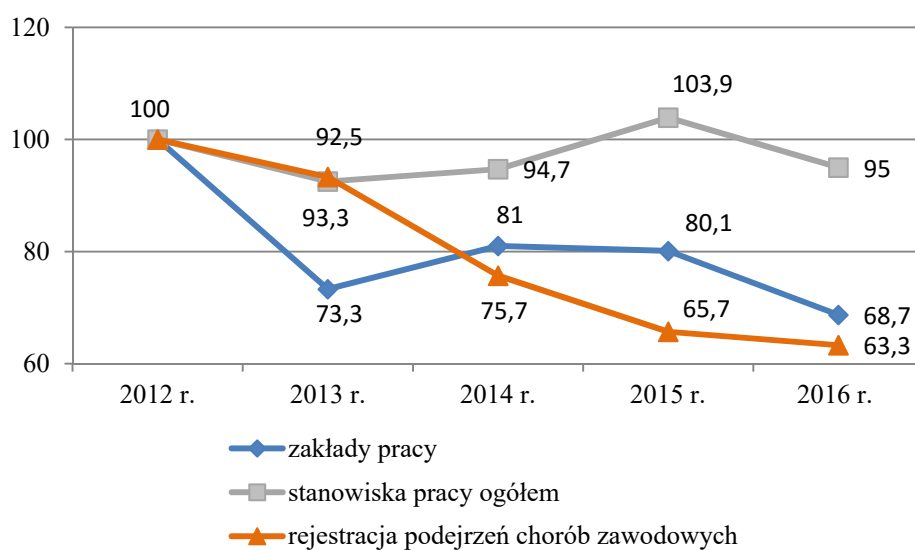
jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 320 tys. (o 14,4% więcej niż w roku poprzednim).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarz służby medycyny pracy kieruje, do właściwego, wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, na badania lekarskie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej. W 2016 r. zarejestrowano 874 takich podejrzeń (o 3,6% mniej niż w roku poprzednim). Ponieważ zgodnie z art. 235 Kodeksu pracy podejrzenie choroby zawodowej mają prawo zgłosić pracodawcy, sami pracownicy oraz lekarze każdej specjalności, którzy podczas wykonywania zawodu stwierdzą taką potrzebę, warto zwrócić uwagę, że udział podejrzeń zgłaszanych przez lekarzy służby medycyny pracy w ogólnej liczbie stwierdzanych chorób zawodowych wyniósł 41%.

Pracodawca kierujący pracownika na badania profilaktyczne ma obowiązek przekazania lekarzowi informację o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych i/lub warunków uciążliwych oraz przedstawienia aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na danym stanowisku pracy. Informacje pozyskane od pracodawcy „powinny” być uzupełnione spostrzeżeniami poczynionymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy. W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2016 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację 8,7 tys. zakładów i skontrolowali 57,8 tys. stanowisk pracy. Dynamikę zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych od 2012 r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres 66. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2012-2016

Dynamics of change of the number of sampled establishments and workposts and recorded cases of suspected occupational diseases in 2012-2016

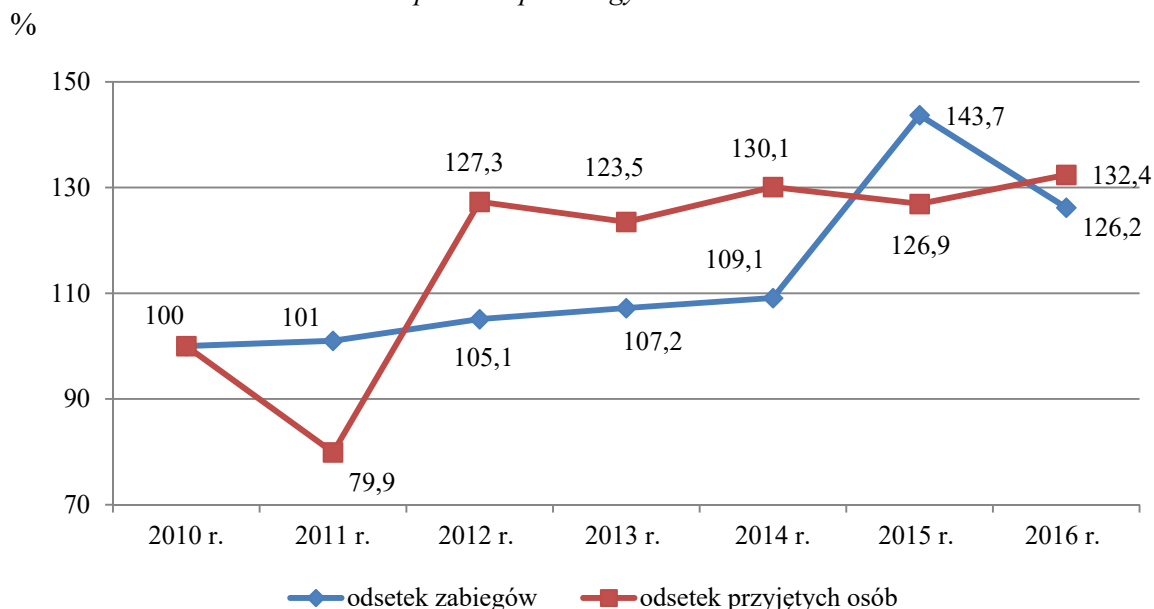


W Polsce prowadzi działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Przepis ustawy o służbie medycyny pracy wskazuje na funkcjonowanie w każdym z województw jednego ośrodka rangi wojewódzkiej (z lub bez oddziałów terenowych). Są jednak wyjątki. Dotyczy to trzech województw: lubuskiego, zachodniopomorskiego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

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa¹²⁹, jest właściwa do realizowania zadań w zakresie prowadzenia działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej”. Świadczenia te realizują wojewódzkie ośrodki medycyny pracy. W 2016 r. objęto ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą 14,7 tys. osób (o ponad 4% więcej niż w roku poprzednim) i wykonano 339 tys. zabiegów (o ponad 12% mniej niż w 2015 r.)

Wykres 67. Dynamika zmian liczby udzielonych świadczeń z zakresu ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej w patologii zawodowej w latach 2010-2016

Dynamics of change of the number of services provided in the field of outpatient rehabilitation in occupational pathology in 2010-2016



Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 12 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszające powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegające dalszemu rozwojowi choroby. W 2016 r. zabiegi te stanowiły 40,3% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych¹³⁰ udzielanych w tych ośrodkach.

¹²⁹ Art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy

¹³⁰ Zabiegi rehabilitacyjne udzielane w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo¹³¹ wskazany zakres zadań. Zadania te obejmują m.in. 1/wspomaganie jednostek podstawowych smp działalnością konsultacyjną, 2/sprawowanie kontroli i nadzoru nad działalnością jednostek podstawowych, w zakresie obejmującym tryb, zakres i jakość udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, 3/ rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych przez jednostki podstawowe, skutkujące przeprowadzeniem ponownych badań lekarskich w przypadkach wniesienia przez zainteresowanych zastrzeżeń do treści wydanych zaświadczeń.

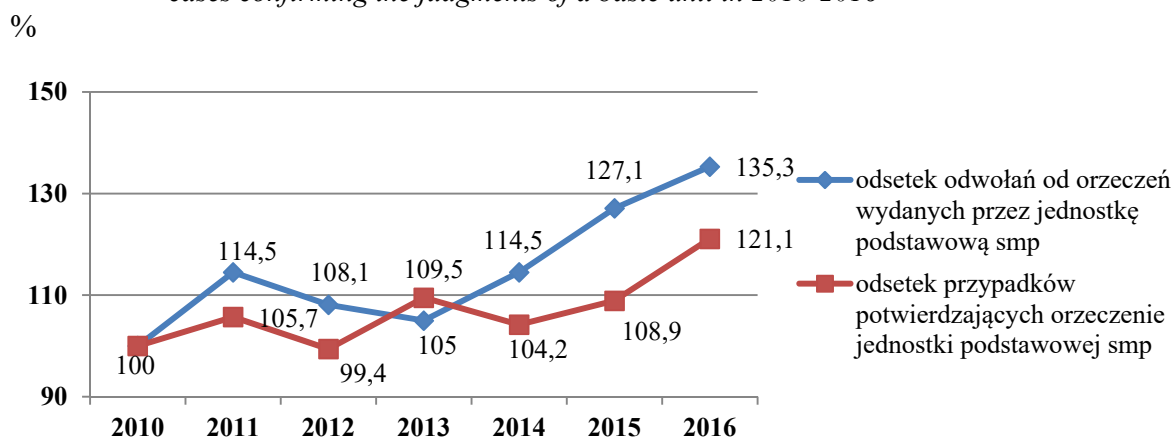
W ramach działalności konsultacyjnej wyróżniamy trzy rodzaje świadczeń: 1/badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych smp w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych. W 2016 r. w ośrodkach wojewódzkich udzielono 4478 takich konsultacji, 2/ świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (18 216 konsultacji), 3/ konsultacje w zakresie chorób zawodowych – wydano 4359 orzeczeń.

W ostatnim roku sprawozdawczym wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3923 kontrole jednostek podstawowych smp. W wyniku kontroli skierowano 126 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy 126 lekarzy.

W ramach działalności orzeczniczej wojewódzkich ośrodków medycyny pracy w 2016 r. rozpatrzono 1739 odwołań, w tym 751 przypadków utrzymujących w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy smp.

Wykres 68. Dynamika zmian rozpatrywania odwołań od orzeczeń wydanych przez jednostki podstawowe oraz przypadków potwierdzających orzeczenie jednostki podstawowej w latach 2010-2016

Dynamics of changes in considering appeals against judgments issued by basic units and cases confirming the judgments of a basic unit in 2010-2016



Corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. Od kilku lat systematycznie wzrasta liczba osób odwołujących się od orzeczeń lekarskich wydanych przez jednostki podstawowe

¹³¹ Art. 7 ustawy o służbie medycyny pracy.

smp, jak i liczba przypadków utrzymujących w mocy wydane orzeczenie (ponad 43% w 2016 r.). Jednak w dalszym ciągu skala zjawiska kwestionowania prawidłowości wydawanych orzeczeń jest znaczna i stwierdzenie wyraźnych uchybień w tym orzecznictwie byłoby krzywdzącym nadużyciem. Konieczność podjęcia decyzji orzeczniczej w kategoriach istnienia bądź braku przeciwwskazań do pracy na konkretnym stanowisku jest zadaniem, w wielu przypadkach, niezmiernie trudnym. Wychwycenie zdecydowanych uchybień w tym orzecznictwie jest rolą nadzoru sprawowanego przez womp w stosunku do jednostek podstawowych służby medycyny pracy.

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.1. NARODOWY RACHUNEK ZDROWIA

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

Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują oraz podlegają złożonym zmianom organizacyjnym i systemów finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje IHAT (International Health Account Team). W związku z tym corocznie, jeśli zachodzi taka potrzeba, kraje dokonują zmian we wcześniej opracowanych rachunkach w celu doprowadzenia danych do jak najlepszej międzynarodowej porównywalności¹³².

Od trzech lat rachunki te sporządzane są według nowej metodologii SHA2011¹³³, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych: w roku 2015 (dane za 2013) na podstawie umowy dżentelmeńskiej, natomiast od roku 2016 – zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.¹³⁴

Mimo, że NRZ sporządzany według nowej metodologii nadal dotyczy wydatków poniesionych na zdrowie i ochronę zdrowia w danym roku i są one nadal prezentowane w 3 podstawowych przekrojach, wskazanych w przytaczanym Rozporządzeniu¹³⁵: HF (schematy finansowania), HC (funkcje opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawcy), to różnice między SHA1.0 i SHA2011 są istotne¹³⁶.

¹³² Korekta NRZ za 2014 r. została wprowadzona w zakresie wydatków publicznych, w części dotyczącej długoterminowej opieki zdrowotnej oraz obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opierających się na składkach.

¹³³ Proces tworzenia SHA 2011 rozpoczął się w 2007 r., w ramach współpracy pomiędzy ekspertami z OECD, WHO oraz Eurostatu, działającymi pod wspólną nazwą Międzynarodowy Zespół ds. Rachunków Zdrowia (IHAT). Przygotowany przez Zespół podręcznik był tematem szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii od międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele Głównego Urzędu Statystycznego czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania.

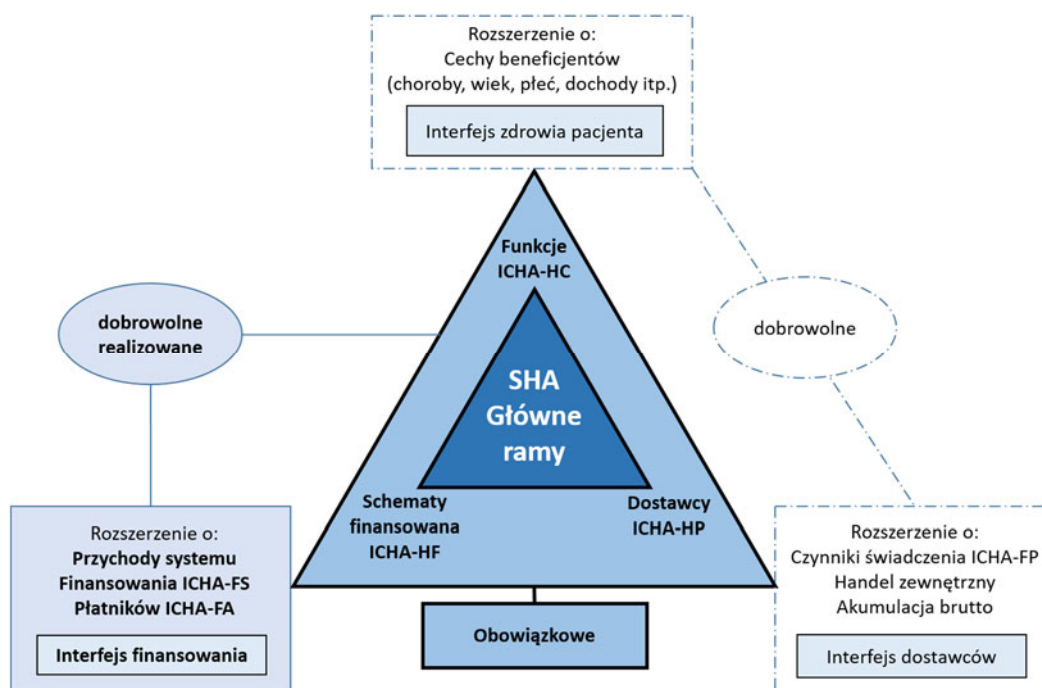
¹³⁴ ROZPORZĄDZENIE KOMISJI (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk w zakresie wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania.

¹³⁵ Metodologia SHA2011 zawiera również inne dodatkowe przekroje, ważne z punktu widzenia polityki zdrowotnej, według których można klasyfikować i analizować wydatki na zdrowie. Są to np. klasyfikacja *płatników* (FA), *wydatków inwestycyjnych* (HK), *czynników dostarczania opieki zdrowotnej* (FP) czy *przychodów schematów* finansowania (FS), według której opracowywany jest również NRZ dla Polski.

¹³⁶ Bardziej szczegółowe informacje o podstawowych różnicach metodologicznych między SHA1.0 a SHA2011 zawiera analogiczna publikacja z ubiegłego roku: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html> (strona 139).

Wykres 69 Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011

The core and extended accounting framework of SHA 2011



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

Dlatego też wyniki NRZ za 2013, 2014 i 2015 r. nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach; można analizować jedynie wybrane elementy rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0.

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

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

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

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2015 rok

Analiza wydatków

Szacuje się, że wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. wyniosły 114,1 mld zł i były wyższe niż w 2014 r. o około 6,7 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,34% PKB (6,25% w 2014 r.). Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych jak i wydatków prywatnych. Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wyniosły w 2015 r. 79,9 mld zł i stanowiły 4,44 % PKB (4,42% w 2014 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 34,3 mld zł i stanowiły 1,90% PKB (1,83% w 2014 r.).

Tab. 3A. Wydatki na ochronę zdrowia w 2013, 2014 i 2015 roku w mln zł i ich udział w PKB
Expenditure on health care for 2013, 2014 and 2015 in mln PLN and its share in GDP

Wyszczególnienie	2013		2014		2015	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	%PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 656 842,0	100,00	1 719 704,0	100,00	1 799 321,0	100,00
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem^{a)}	105 635,1	6,38	107 457,9	6,25	114 142,4	6,34
Wydatki publiczne	74 639,1	4,50	75 928,7	4,42	79 886,6	4,44
z tego:						
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	10 533,6	0,64	10 016,7	0,58	10 552,7	0,59
Instytucje rządowe	6 101,9	0,37	5 956,9	0,35	5 936,0	0,33
Instytucje samorządowe	4 431,7	0,27	4 059,8	0,24	4 616,7	0,26
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	64 105,5	3,86	65 912,0	3,83	69 333,9	3,85
Wydatki prywatne	30 996,0	1,87	31 529,2	1,83	34 255,8	1,90
z tego:						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	24 978,0	1,51	24 850,2	1,45	26 533,9	1,47
inne wydatki prywatne	6 018,0	0,36	6 679,0	0,39	7 721,9	0,43

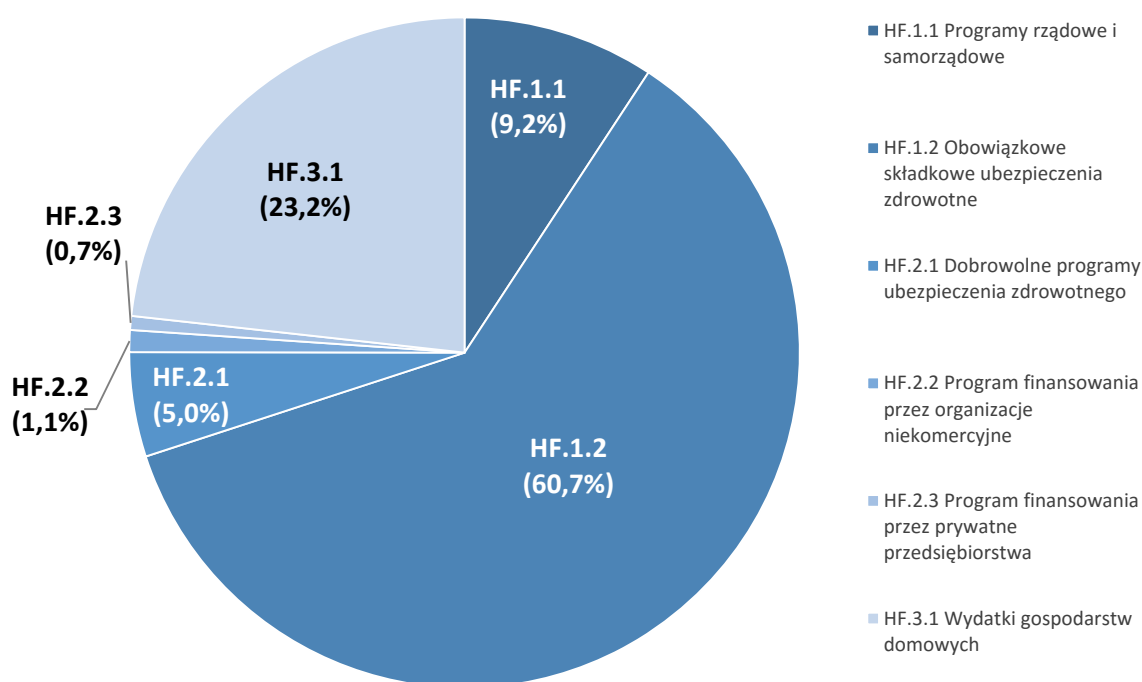
a) Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania.

STRUKTURA WYDATKÓW ZE WZGLĘDU NA SCHEMATY FINANSOWANIA

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA-HF) przedstawiała się w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2015 r. następująco: wydatki publiczne stanowiły 70,0% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (70,7% w 2014 r.), w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 9,2% (9,3% w 2014 r.), schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach – 60,7% (61,3% w 2014 r.); wydatki prywatne zaś stanowiły 30,0% (29,3% w 2014 r.), (w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły 23,2 % (23,1% w 2014 r.) wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia).

Wykres 70. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według schematów finansowania

Current expenditure on health care in 2015 according to financing schemes



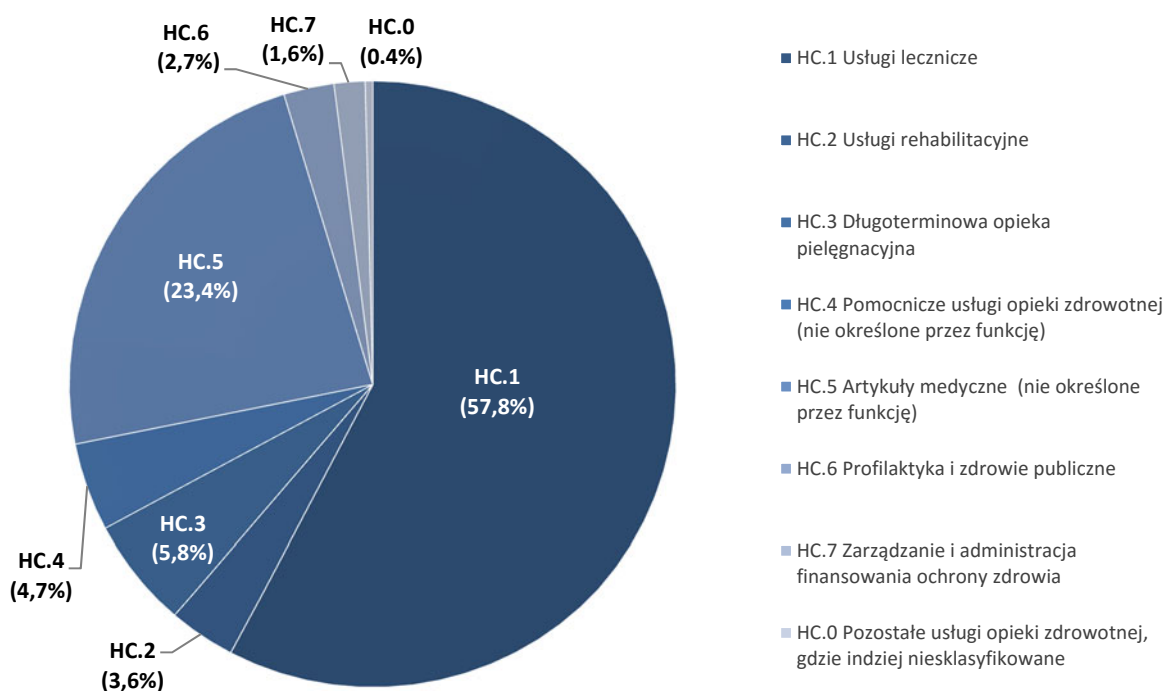
STRUKTURA WYDATKÓW ZE WZGLĘDU NA FUNKCJE

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC) największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia dotyczył usług leczniczych 57,8% – (56,6 % w 2014 r.), (w tym głównie leczenia szpitalnego – 32,0% całości wydatków (31,8% w 2014 r.), oraz leczenia ambulatoryjnego – 22,1% (21,3% w 2014 r.)). Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały wydatki na artykuły medyczne (m.in leki) – 23,4% (23,9% w 2014 r.), oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 5,8% (5,7% w 2014 r.). Najmniejsze wydatki poniesiono na usługi rehabilitacyjne – 2,7%

(3,6% w 2014 r.), zarządzanie i administrację finansowaniem ochrony zdrowia – 1,6% (2,3% w 2014 r.), oraz na profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,7% (podobnie 2,7% w 2014 r.) całości nakładów

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych funkcji ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju usługi. Na przykład „Usługi lecznicze” w 79,9% były finansowane ze środków publicznych a w 20,1% z sektora prywatnego (w 2014 r. proporcje te układały się odpowiednio: 81,3% i 18,7%), natomiast udział finansowania z funduszy publicznych „Długoterminowej opieki (zdrowotnej)” wyniósł 95,8%, a tylko 4,2% z funduszy prywatnych (w 2014 r. proporcje te kształtowały się odpowiednio 95,6 i 4,4%). Natomiast w przypadku kategorii „Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)” proporcje układały się odmiennie, mianowicie 35,1% funduszy pochodziło ze źródeł publicznych, 64,6% było finansowane przez gospodarstwa domowe a tylko 0,3% pochodziło z innych prywatnych opłat na opiekę zdrowotną (w 2014 r. rozkład finansowania „Artykułów medycznych (nie określonych przez funkcję)” wynosił odpowiednio: 34,4%, 65,3% i 0,3%).

Wykres 71. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji
Current expenditure on health care in 2015 according to functions



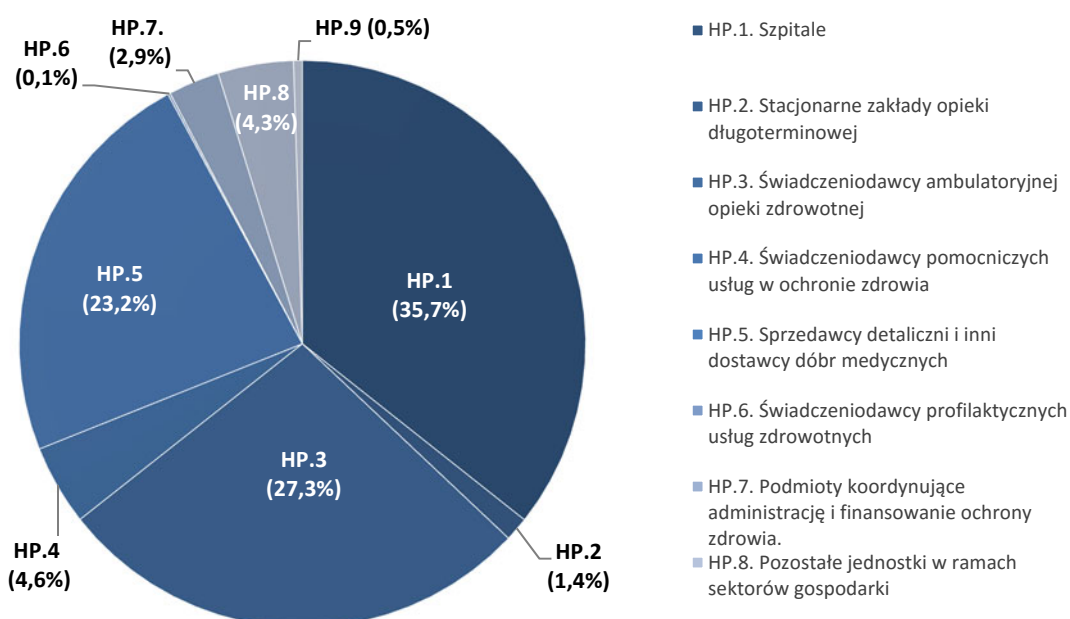
STRUKTURA WYDATKÓW ZE WZGLĘDU NA ŚWIADCZENIODAWCÓW

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP) największy strumień środków, trafił do szpitali – 35,7% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2014 r. 35,5%). Były to głównie kwoty skierowane do szpitali ogólnych – 32,2% wszystkich wydatków (w 2014 r. – 32,0%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło 27,3% wydatkowanych środków (w 2014 r. 26,4%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 23,2%, przede wszystkim aptek do których przekazano ponad 90,2% tych środków (w 2014 r. odsetki wyniosły odpowiednio: 23,7% oraz 90,6%).

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych dostawców ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju podmiotu dostawczego. Na przykład „szpitale” w 94,9% były finansowane ze środków publicznych a w 5,1% przez sektor prywatny (w 2014 r. proporcje te układały się odpowiednio 95,5% i 4,5%).

W przypadku świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej proporcje te były bardziej wyrównane. Udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 58,0%, a 42,0% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2014 r. proporcje te układały się następująco 59,9% i 40,1%). Natomiast w przypadku kategorii „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, sytuacja była odwrotna – 34,5% środków finansowych pochodziło ze źródeł publicznych, 65,2% było finansowane bezpośrednio przez gospodarstwa domowe a 0,3% pochodziło z innych prywatnych opłat za opiekę zdrowotną (w 2014 r. rozkład finansowania „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych” wynosił odpowiednio: 33,9%, 65,9% i 0,3%).

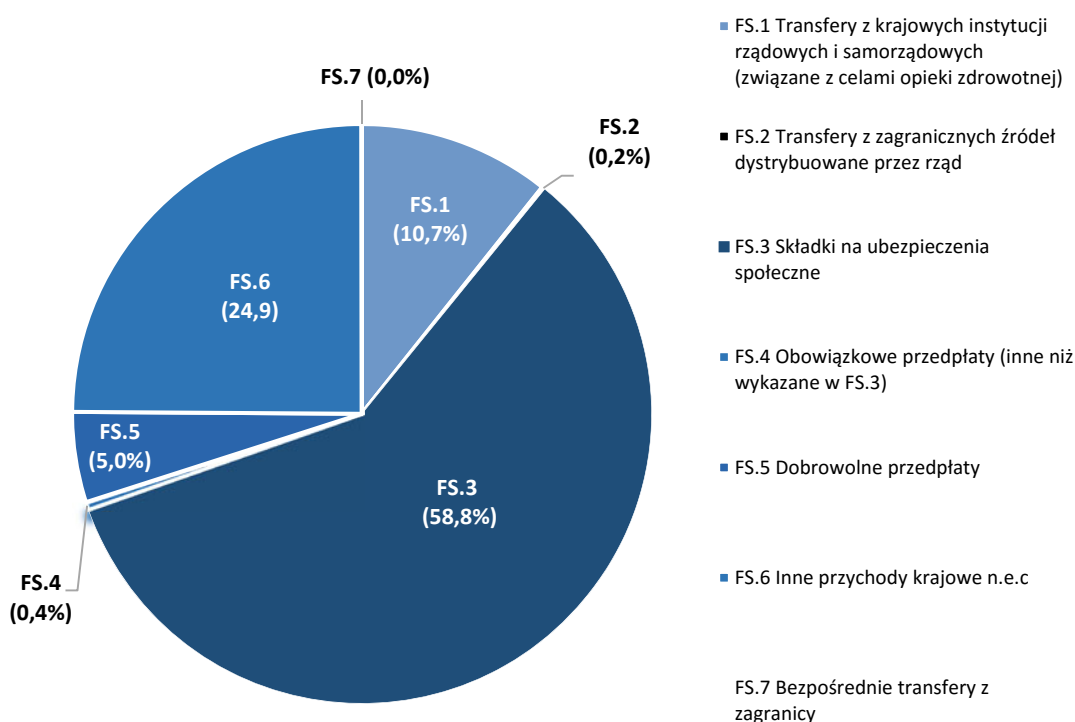
Wykres 72. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według świadczeniodawców
Current expenditure on health care in 2015 according to providers



STRUKTURA WYDATKÓW ZE WZGLĘDU NA PRZYCHODY SCHEMATÓW FINANSOWANIA

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

Wykres 73. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia
Current expenditure on health care in 2015 according to revenues of health financing schemes



Klasyfikacja przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej dostarcza kompleksowej informacji o mechanizmach gromadzenia środków przeznaczonych na sfinansowanie wydatków

bieżących na ochronę zdrowia. Kategoriami klasyfikacji są typy transakcji stanowiące środki finansowe zasilające system opieki zdrowotnej.

W 2015 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych społecznych składek na ubezpieczenia zdrowotne – 58,8% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego rodzaju składek (w 2014 r. 59,1%). Kategoria ta obejmuje zarówno składki opłacane przez samych pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek czy inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych. 24,9% (w 2014 r. 24,7%) wydatków na ochronę zdrowia stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne (gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne). Kolejną grupą przychodów w systemie opieki zdrowotnej były fundusze alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe. 11,1% (w 2014 r. 10,7%) wydatków na ochronę zdrowia zostało sfinansowanych ze środków przekazanych przez te instytucje na cele opieki zdrowotnej. Dobrowolne przedpłaty dokonywane przez krajowe jednostki instytucjonalne w ramach funkcjonujących na rynku ubezpieczeniowym różnych form dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych były źródłem finansowania 4,5% (w 2014 r. 5,0%) wydatków na ochronę zdrowia. Udział pozostałych form finansowania opieki wyniósł podobnie jak przed rokiem 0,4% środków wydatkowanych na ten cel.

Porównanie wydatków w krajach OECD

Tabl. 3B. Kody państw według standardu ISO 3166-1 alfa-2
Codes of countries according to ISO 3166-1 alfa-2 standard

AU	Australia	LU	Luksemburg
AT	Austria	LV	Łotwa
BE	Belgia	MX	Meksyk
CL	Chile	NL	Niderlandy
CZ	Czechy	DE	Niemcy
DK	Dania	NO	Norwegia
EE	Estonia	NZ	Nowa Zelandia
FI	Finlandia	PL	Polska
FR	Francja	PT	Portugalia
GR	Grecja	SK	Słowacja
ES	Hiszpania	SI	Słowenia
IE	Irlandia	US	Stany Zjednoczone
IS	Islandia	CH	Szwajcaria
IL	Izrael	SE	Szwecja
JP	Japonia	TR	Turcja
CA	Kanada	GB	W. Brytania
KR	Korea	HU	Węgry

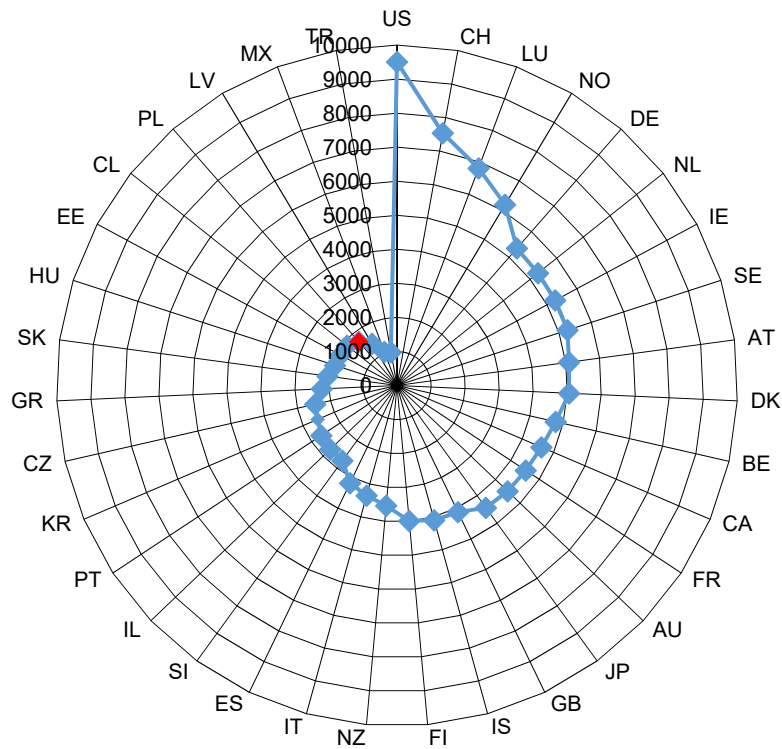
Tabl. 3C. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD w latach 2013, 2014 i 2015
Current expenditure on health care in OECD countries in 2013, 2014 and 2015

Państwo	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP)			w % PKB			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
AU	4 186	4 289	4 493	8,8	9,1	9,4	67,6	67,4	67,3
AT	4 861	5 001	5 100	10,2	10,3	10,3	75,4	75,5	75,6
BE	4 505	4 656	4 778	10,4	10,4	10,5	77,4	77,3	77,5
CA	4 461	4 502	4 613	10,1	10,0	10,4	70,5	70,4	70,4
CL	1 646	1 737	1 877	7,4	7,7	8,1	60,0	60,4	60,8
CZ	2 380	2 476	2 466	7,8	7,7	7,3	83,6	82,7	82,4
DK	4 772	4 906	5 058	10,2	10,3	10,3	84,3	84,0	84,1
EE	1 652	1 773	1 885	6,0	6,2	6,5	75,6	75,7	75,7
FI	3 920	3 935	3 993	9,5	9,5	9,4	75,2	74,9	74,4
FR	4 331	4 464	4 530	10,9	11,1	11,1	78,5	78,8	78,9
DE	4 961	5 200	5 353	11,0	11,1	11,2	83,8	84,3	84,5
GR	2 175	2 099	2 210	8,3	7,9	8,4	61,8	58,0	59,1
HU	1 776	1 821	1 913	7,3	7,1	7,2	66,6	67,1	66,7
IS	3 707	3 891	4 106	8,7	8,8	8,6	80,7	81,0	81,5
IE	5 033	5 082	5 276	10,4	9,9	7,8	69,8	69,3	70,0
IL	2 423	2 595	2 713	7,1	7,4	7,4	63,4	62,7	60,7
IT	3 235	3 271	3 352	9,0	9,0	9,0	76,1	75,6	74,9
JP	4 207	4 269	4 436	10,8	10,8	10,9	84,3	84,1	84,0
KR	2 252	2 396	2 535	6,9	7,1	7,4	56,2	56,2	56,4
LV	1 224	1 311	1 434	5,4	5,5	5,8	60,0	59,9	57,5
LU	6 693	6 850	6 818	6,5	6,3	6,0	82,5	82,4	82,0
MX	1 038	1 026	1 054	6,0	5,7	5,9	52,8	51,8	52,2
NL	5 303	5 322	5 297	10,9	10,9	10,7	81,1	80,7	80,7
NZ	3 402	3 496	3 545	9,4	9,4	9,3	79,8	80,1	80,3
NO	5 979	6 136	6 190	8,9	9,3	10,0	85,0	85,3	85,4
PL	1 576	1 606	1 704	6,4	6,2	6,3	70,7	70,7	70,0
PT	2 536	2 599	2 664	9,1	9,0	9,0	66,9	66,1	66,2
SK	2 100	2 009	2 059	7,5	6,9	6,9	74,2	80,2	79,7
SI	2 586	2 647	2 731	8,8	8,5	8,5	71,0	71,0	71,7
ES	2 941	3 057	3 180	9,0	9,1	9,2	71,1	70,0	71,0
SE	5 070	5 170	5 266	11,1	11,1	11,0	83,4	83,4	83,7
CH	6 794	7 096	7 536	11,4	11,6	12,1	64,9	64,0	64,0
TR	978	1 003	997	4,4	4,3	4,1	78,4	77,6	78,1
GB	3 845	3 989	4 125	9,9	9,8	9,9	79,5	79,6	79,7
US	8 616	9 036	9 507	16,3	16,5	16,9	48,8	49,3	49,4

Źródło: OECD Statistics 2017

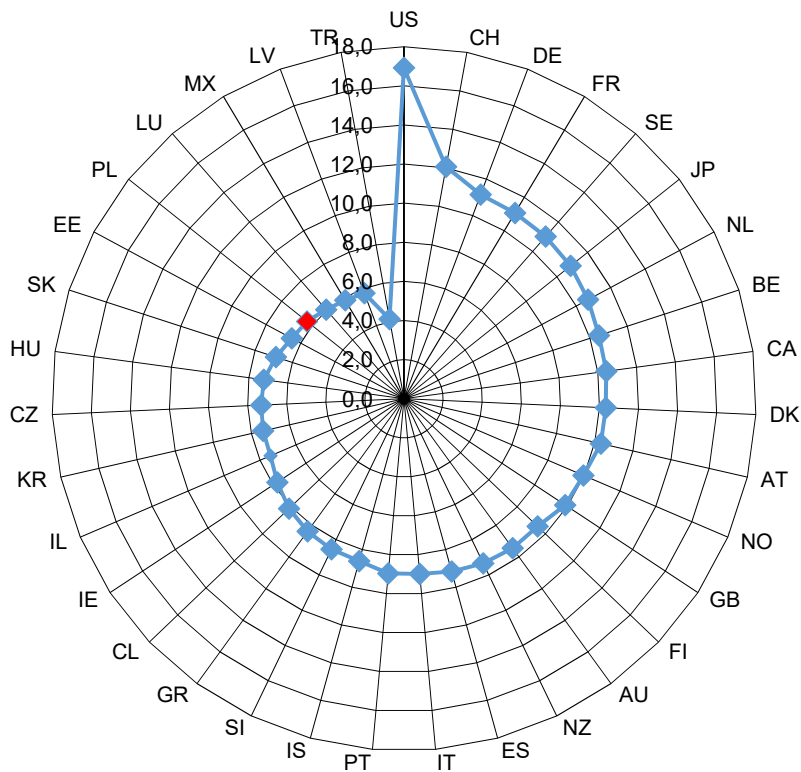
Wykres 74. Bieżące wydatki na zdrowie według parytetu siły nabywczej w USD na 1 mieszkańca w 2015 r.

Current expenditure on health care in 2015, per capita, PPP, US\$



Wykres 75. Bieżące wydatki na zdrowie jako % PKB w 2015 r.

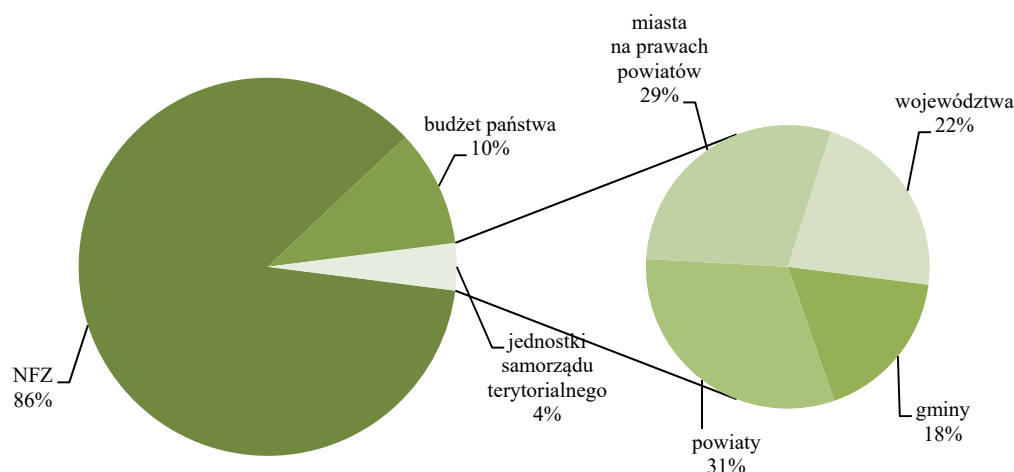
Current expenditure on health care in 2015 as % of GDP



3.2 WYDATKI PUBLICZNE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

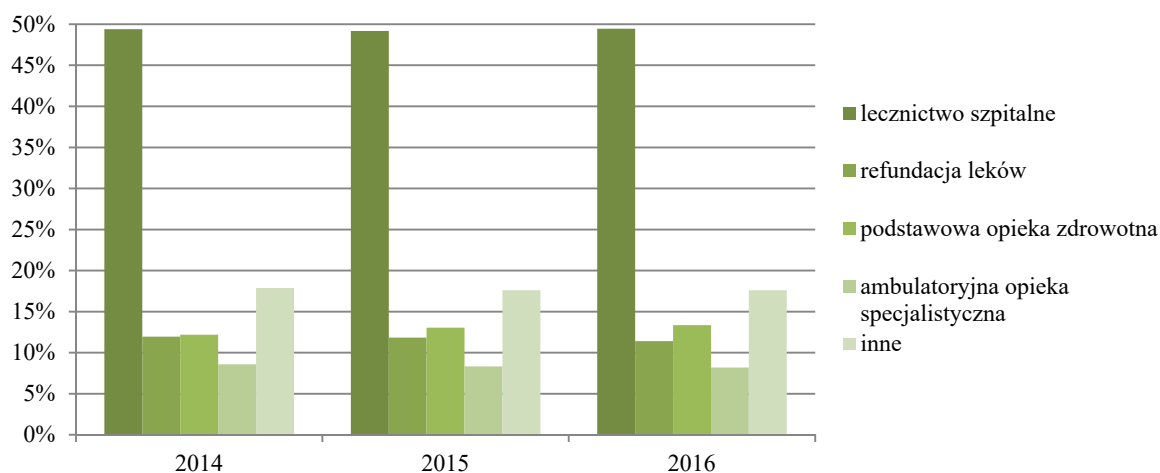
Wyniki badań¹³⁷ wydatków publicznych pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2016 r.

Wykres 76. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2016 r.
Structure of public expenditure on health care in 2016



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez **NFZ**¹³⁸ wyniosły 70 854 mln zł (o 5,0% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na leczenie szpitalne (49,5%), podstawową opiekę zdrowotną (13,4%) oraz refundację leków (11,4%).

Wykres 77. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ
Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund



¹³⁷ 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).

¹³⁸ Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2016 r.

Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa i budżety jednostek samorządu terytorialnego, w gestii których znalazło się łącznie 14% wydatków.

Dane zamieszczone w tablicy 3D pokazują, że w porównaniu z zeszłym rokiem, wydatki na opiekę zdrowotną w 2016 r. miały większy udział w budżecie państwa oraz gmin (był to wzrost odpowiednio o 12% i 6%). Ponadto zauważyć można nominalny spadek wydatków na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych, poza budżetem gmin (w przypadku województw jest to bardzo znaczący spadek, bo o 34%). Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków zmieniła się nieco: 71,3% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2015 r. – 65,2%), powiatów – 9,0% (w 2015 r. – 10,5%), miast na prawach powiatu i województw odpowiednio 8,4% i 6,3%, a gmin – nieco powyżej 5% wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego.

Tabl. 3D. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2014-2016

Wyszczególnienie	2014	2015	2016	2014	2015	2016	
	w mln złotych			w procentach			2015 =100
Budżet państwa							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓŁEM	312 522,7	331 743,4	360 092,8	100,0	100,0	100,0	108,5
w tym ochrona zdrowia.....	7 357,6	7 324,5	8 233,8	2,4	2,2	2,3	112,4
Budżety samorządów terytorialnych							
Województwa ogółem.....	18 238,3	17 202,7	12 617,4	100,0	100,0	100,0	73,3
w tym ochrona zdrowia.....	774,7	1 106,7	732,5	4,2	6,4	5,8	66,2
Miasta na pr. powiatu ogółem	69 661,4	69 824,2	71 941,5	100,0	100,0	100,0	103,0
w tym ochrona zdrowia.....	1 065,2	1 063,2	965,5	1,5	1,5	1,3	90,8
Powiaty ogółem.....	23 784,3	23 444,1	23 300,6	100,0	100,0	100,0	99,4
w tym ochrona zdrowia.....	1 274,0	1 183,7	1 036,1	5,4	5,0	4,4	87,5
Gminy ogółem.....	85 070,1	85 944,4	98 175,1	100,0	100,0	100,0	114,2
w tym ochrona zdrowia.....	561,3	553,0	586,4	0,7	0,6	0,6	106,0

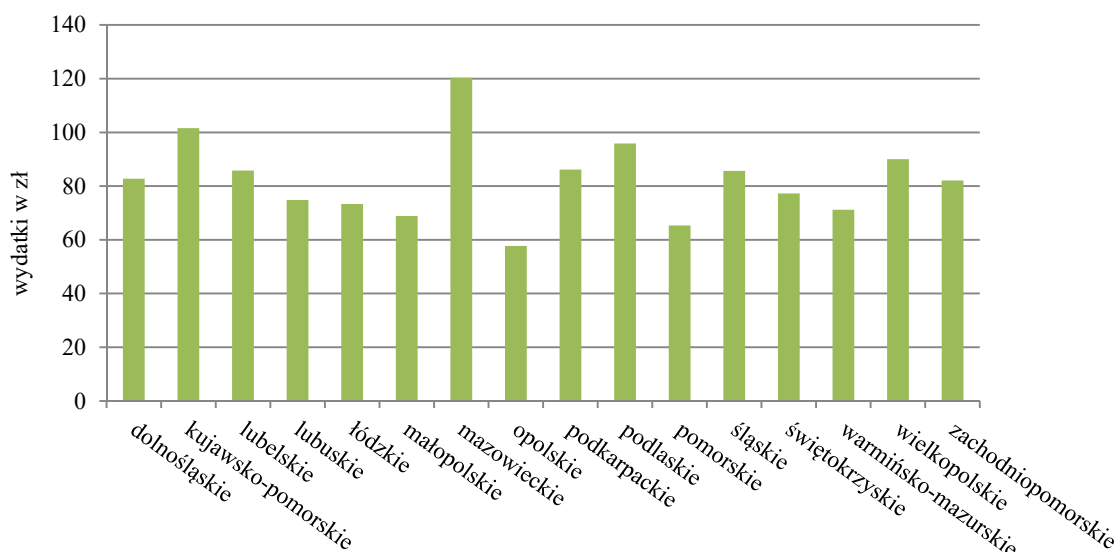
Źródło: Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S).

W 2016 r. wydatki z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia (dział 851 klasyfikacji budżetowej) wynosiły 8 233,8 mln i stanowiły 2,3% łącznych wydatków z budżetu.

Natomiast **samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3 320,5 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,6% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (w roku poprzednim było 2,0%).

Wykres 78. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2016 r.

Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2016



W skali kraju **samorządy terytorialne** wydały na ochronę zdrowia przeciętnie 86,4 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w zeszłym roku 101,6 zł). Kwoty te różniły się znacznie w przypadku poszczególnych województw. Najwyższe wydatki na osobę w 2016 r. odnotowano w woj. mazowieckim (120,3 zł) i woj. kujawsko-pomorskim (101,6 zł), natomiast najmniej wydano w województwach: opolskim (57,7 zł) i pomorskim (65,3 zł).

Struktura wydatków z **budżetu państwa** oraz z budżetów samorządów terytorialnych była podobna jak przed rokiem. Strumienie wydatków budżetu państwa skierowane były głównie na: ratownictwo medyczne¹³⁹ (24,5%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (21,6%). Istotny był również udział wydatków na programy polityki zdrowotnej (13,8%), inspekcję sanitarną (12,3%) i funkcjonowanie szpitali (6,3%).

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (586,4 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (70,1%) i na szpitale ogólne (6,4%).

Spośród jednostek terytorialnych, **powiaty** dysponowały największym budżetem (łącznie 1 036,1 mln zł), który w dominującej części przeznaczony był na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 69,0%) oraz na szpitale (22,0%).

¹³⁹ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

Miasta na prawach powiatu rozdysponowały swoje środki (965,5 mln zł) głównie na 3 rozdziały budżetowe: składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, szpitale oraz na przeciwdziałanie alkoholizmowi (odpowiednio: 23,1%; 26,5%; 27,3%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (732,5 mln zł) nadal dominowały wydatki na szpitale (58,5% budżetu województw na zdrowie). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (10,9%) i na leczenie psychiatryczne (5,4%).

4. WYBRANE PROBLEMY

4.1. DIAGNOSTYKA MEDYCZNA W 2016 R.

Badania diagnostyczne wykonywane są w celu oceny stanu zdrowia, rozpoznania chorób oraz zagrożeń życia i zdrowia, kontroli postępów leczenia, a także ustalenia dalszego postępowania terapeutycznego i rehabilitacji. Stanowią jeden z podstawowych elementów zarówno profilaktyki zdrowotnej, jak również procesu leczenia i rekonwalescencji. Powszechna, łatwo dostępna możliwość wykonania koniecznych badań jest ważnym aspektem sprawnego systemu opieki zdrowotnej.

W niniejszym rozdziale zaprezentowano podstawowe informacje dotyczące diagnostyki medycznej prowadzonej w 2016 r., które obejmują dane o:

- liczbie pracowni diagnostycznych zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)¹⁴⁰, zestawione na podstawie kodów charakteryzujących specjalność komórek organizacyjnych działających w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego (część VII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych¹⁴¹),
- korzystaniu przez gospodarstwa domowe z badań diagnostycznych wykonywanych w opiece ambulatoryjnej, pochodzące z badania ankietowego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.”¹⁴², przeprowadzonego przez GUS w formie modułu *Badania budżetów gospodarstw domowych*.

Pracownie diagnostyczne

Źródłem informacji na temat liczby pracowni diagnostycznych jest Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, który zawiera informacje o wszystkich podmiotach mających zezwolenie na prowadzenie działalności leczniczej. Na potrzeby niniejszego opracowania do pracowni diagnostycznych zaliczono działające w ramach podmiotów leczniczych komórki organizacyjne, które zostały oznaczone kodami 7100-7290, 7910-7950, 8502 i 8512 (łącznie z udzielającymi świadczeń dzieciom).

Na koniec 2016 r. liczba pracowni diagnostycznych wyniosła ponad 25,4 tys. placówek (łącznie z punktami pobrań), w tym ponad 8,1 tys. pracowni i punktów pobrań realizujących badania laboratoryjne¹⁴³ oraz 10,2 tys. pracowni diagnostyki obrazowej¹⁴⁴. Wśród pracowni wykonujących badania diagnostyki obrazowej dominowały pracownie USG (ponad 4,4 tys.) oraz pracownie rentgenodiagnostyki ogólnej (3 tys.).

¹⁴⁰ Zasady prowadzenia rejestru określa ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 Nr 112, poz. 654).

¹⁴¹ Według rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (Dz. U. 2012 poz. 594 z późn. zm.)

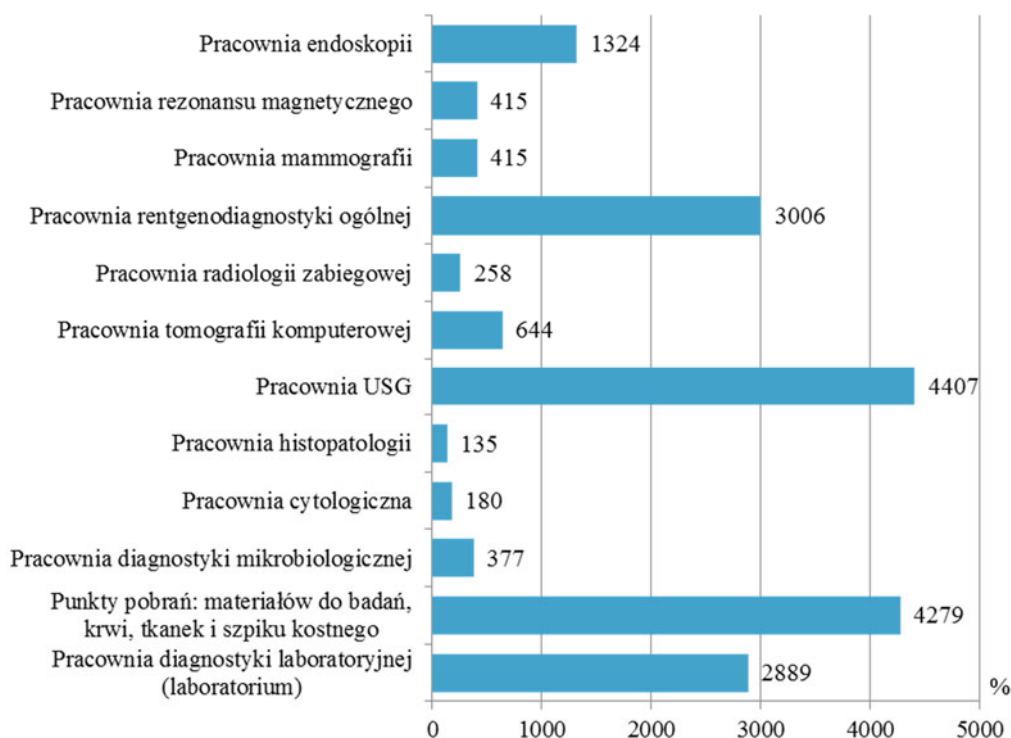
¹⁴² Szczegółowa metodologia badania ankietowego, sposób jego realizacji oraz uzyskane wyniki zostaną przedstawione w publikacji Głównego Urzędu Statystycznego „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.”.

¹⁴³ Oznaczone kodami 7100-7150, 8502 i 8512 (łącznie z udzielającymi świadczeń dzieciom).

¹⁴⁴ Oznaczone kodami 7210-7290 (łącznie z udzielającymi świadczeń dzieciom).

Przeciętnie w skali kraju na 1 placówkę diagnostyki laboratoryjnej przypadało 4,7 tys. osób, a na 1 pracownię diagnostyki obrazowej – 3,8 tys. W przypadku pracowni USG wskaźnik ten wyniósł 8,7 tys. osób, a dla pracowni rentgenodiagnostyki ogólnej – 12,8 tys. osób.

Wykres 79. Wybrane pracownie diagnostyczne (stan na koniec 2016 r.)
Selected diagnostic laboratories (as of the end of 2016)



Badania laboratoryjne

Badania laboratoryjne stanowiące czynności diagnostyki laboratoryjnej mają na celu określenie właściwości fizycznych, chemicznych i biologicznych oraz składu płynów ustrojowych, wydzielin, wydaliny i tkanek pobranych dla celów profilaktycznych, diagnostycznych i leczniczych lub sanitarno-epidemiologicznych¹⁴⁵. Wśród informacji zbieranych w ramach badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.” znalazły się pytania dotyczące korzystania w ciągu 2016 r. przez gospodarstwa domowe z badań laboratoryjnych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej. Katalog tych badań obejmował: morfologię, badanie ogólne moczu, badanie ogólne kału, cytologię, badania genetyczne oraz badanie poziomu PSA (badanie prostaty).

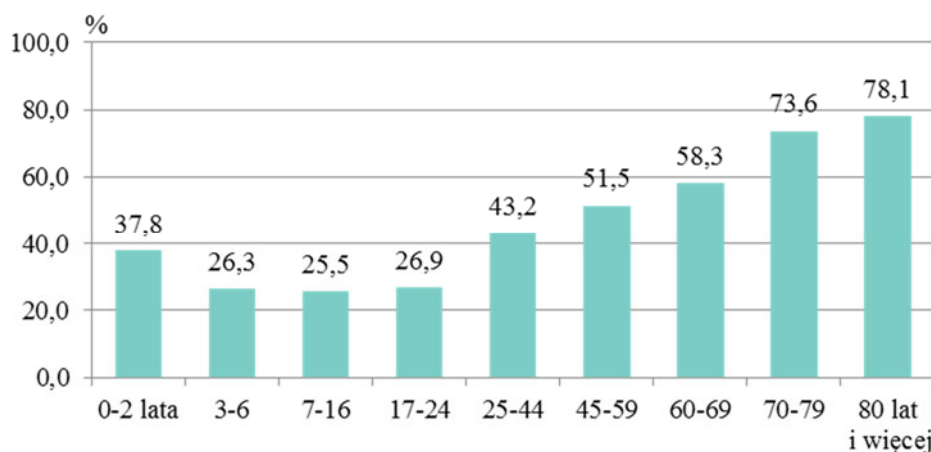
Wyniki badania wykazały, że 46,0% respondentów w ciągu 2016 r. miało wykonane przynajmniej jedno z wymienionych badań laboratoryjnych. Z tego rodzaju usług opieki zdrowotnej skorzystała prawie połowa mieszkańców miast i ponad 40% mieszkańców wsi. Zdecydowanie częściej badały się kobiety (54,8%) niż mężczyźni (36,6%).

¹⁴⁵ Art. 2 ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. 2001 Nr 100 poz. 1083).

Analiza korzystania z usług diagnostyki laboratoryjnej wykazała wyraźnie zróżnicowanie ze względu na wiek respondentów. Wśród dzieci i osób młodych w wieku poniżej 25 lat wykonywanie badań laboratoryjnych zadeklarowała ¼ badanej populacji, z wyjątkiem grupy najmłodszych dzieci w wieku do 2 lat, w której prawie 38% dzieci miało wykonane tego typu badanie. W starszych grupach wiekowych odsetek korzystających z badań diagnostyki laboratoryjnej rósł wraz z wiekiem respondentów i wśród osób najstarszych, w wieku powyżej 79 lat wyniósł ponad 78%.

Wykres 80. Odsetek populacji z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi w 2016 r. według wieku

Percentage of population using laboratory tests in 2016 by age



Ważnym czynnikiem mającym wpływ na częstotliwość wykonywania badań diagnostycznych był stan zdrowia. Respondenci oceniający stan zdrowia jako bardzo dobry trzykrotnie rzadziej korzystali z badań laboratoryjnych (23,0%) niż oceniający je jako zły (73,6%) czy bardzo zły (68,4%). Z badań laboratoryjnych zdecydowanie częściej korzystali również deklarujący występowanie poważnych problemów zdrowotnych (76,4%) niż osoby bez takich problemów (43,7%). Podobną sytuację zaobserwowano biorąc pod uwagę podział populacji według występowania choroby przewlekłej (69,5% i 33,8%) oraz znajdowania się pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską (68,1% i 33,5%).

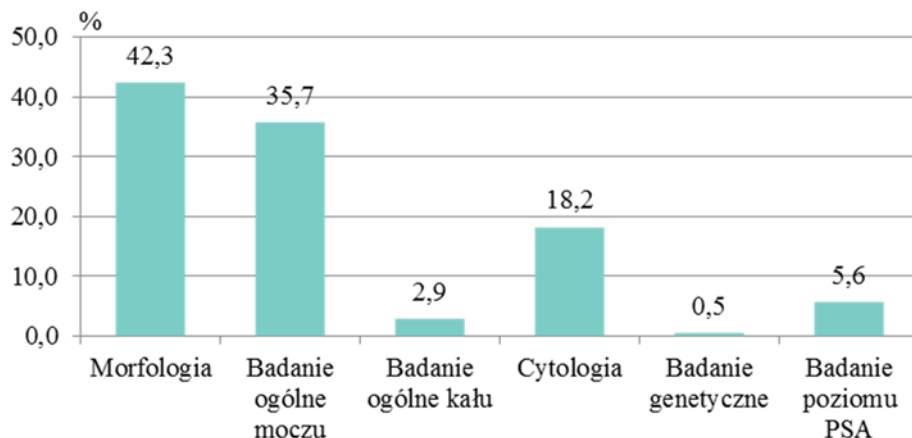
Zaobserwowano również zależność pomiędzy częstością korzystania z badań laboratoryjnych a liczbą osób w gospodarstwie domowym. W przypadku gospodarstw domowych jedno- lub dwuosobowych odsetek osób, które wykonały przynajmniej jedno badanie laboratoryjne był prawie dwukrotnie większy niż w przypadku gospodarstw wieloosobowych: pięcio- i więcej osobowych. Odsetek osób, które miały wykonane badanie laboratoryjne, rósł też wraz ze wzrostem poziomu dochodu na 1 osobę w gospodarstwie domowym miesięcznie – od prawie 29% w grupie badanych z dochodem do 800 zł do prawie 56% wśród osób z dochodem powyżej 1600 zł.

Wśród wyszczególnionych badań laboratoryjnych najczęściej wskazywanym badaniem przez respondentów była morfologia (42,3% populacji), a następnie badanie ogólne moczu (35,7%). Do zdecydowanie rzadziej wykonywanych należały badanie ogólne kału (2,9%) i badania genetyczne

(0,5%). Cytologię miało 18,2% kobiet, a badanie PSA – antygeny specyficznego dla prostaty – 5,6% mężczyzn.

Wykres 81. Odsetek populacji z wykonanymi badaniami laboratoryjnymi w 2016 r. według rodzaju badań

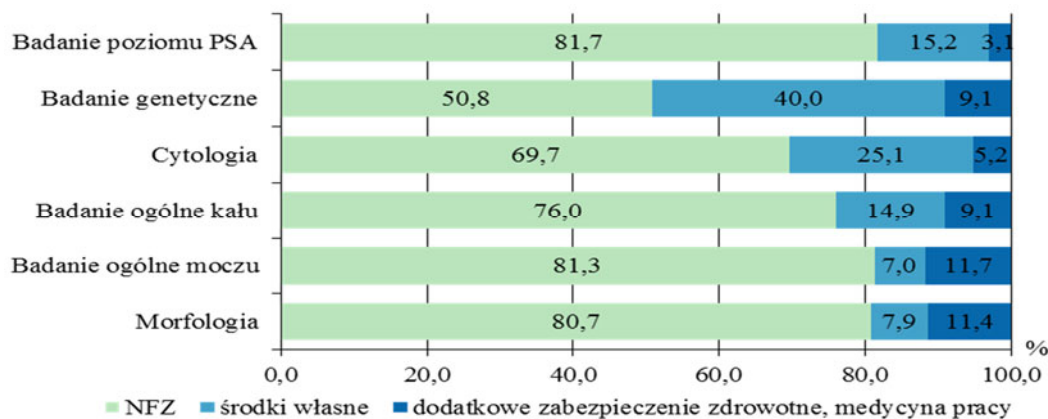
Percentage of population using laboratory tests in 2016 by type of services



Biorąc po uwagę ostatnio wykonane w 2016 r. badanie laboratoryjne, większość była sfinansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub programów profilaktycznych, jednakże wielkość tego udziału zależała od rodzaju badania i kształtowała się w przedziale od prawie 50,8% (badania genetyczne) do 81,7% (badanie poziomu PSA). W przypadku morfologii i badania moczu z budżetów gospodarstw domowych zostało sfinansowanych około 7% tego typu badań, podczas gdy w przypadku cytologii udział ten wyniósł już ponad 25%, a dla badań genetycznych nawet 40%. W ramach dodatkowego zabezpieczenia zdrowotnego¹⁴⁶ wykonano ponad 9% badań genetycznych i 5% badań cytologicznych, a udział tych środków w przypadku pozostałych badań wynosił około 3%. W ramach medycyny pracy realizowane były: badanie ogólne moczu (8,9%), morfologia (8,7%), badanie ogólne kału (6,4%) oraz cytologia (0,2%).

Wykres 82. Struktura finansowania badań laboratoryjnych wykonanych w 2016 r.

Structure of financing laboratory tests in 2016



¹⁴⁶ Dodatkowe ubezpieczenia zdrowotne i abonamenty medyczne

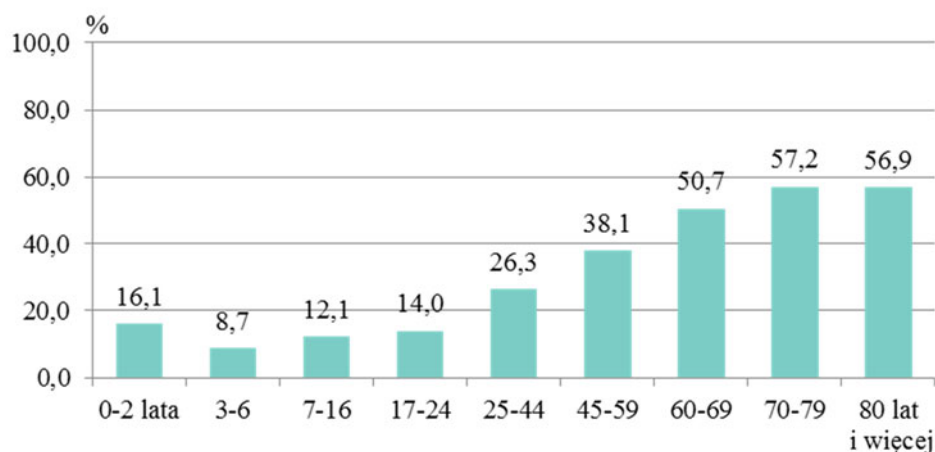
Badania obrazowe i inne diagnostyczne

W ramach badania „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.” wyszczególniono następującą listę diagnostycznych badań obrazowych i innych: tomografia komputerowa (CT), pozytronowa tomografia emisyjna (PET), rezonans magnetyczny (MRI), elektrokardiogram (EKG), badanie Holtera, echokardiogram (echo serca), USG, RTG, spirometria, urografia, mammografia, biopsja, gastroskopia i kolonoskopia. Wykonanie w 2016 r. przynajmniej jednego z tych wymienionych badań zadeklarowało 31,3% respondentów, częściej kobiety niż mężczyźni (37,4% wobec 24,9%) oraz mieszkańcy miast niż wsi (35,5% wobec 25,2%).

Podobnie jak w przypadku badań laboratoryjnych częstość korzystania z tego typu badań wzrastała wraz z wiekiem. Wśród osób w wieku powyżej 60 lat co drugi badany miał wykonane w 2016 r. przynajmniej jedno z wyszczególnionych badań, podczas gdy w populacji osób w wieku 25-59 lat deklarację taką złożyło ponad 30% respondentów.

Wykres 83. Odsetek populacji z wykonanymi badaniami obrazowymi lub innymi diagnostycznymi w 2016 r. według wieku

Percentage of population using imaging exams or other diagnosis services in 2016 by age



Wyniki badania potwierdziły, że osoby negatywnie oceniające swój stan zdrowia trzykrotnie częściej wykonywały badania obrazowe lub inne niż respondenci z pozytywną samooceną stanu zdrowia. Podobną proporcję można było zaobserwować biorąc pod uwagę podział populacji według występowania choroby przewlekłej czy pozostawania pod stałą opieką lekarską/pielęgniarską.

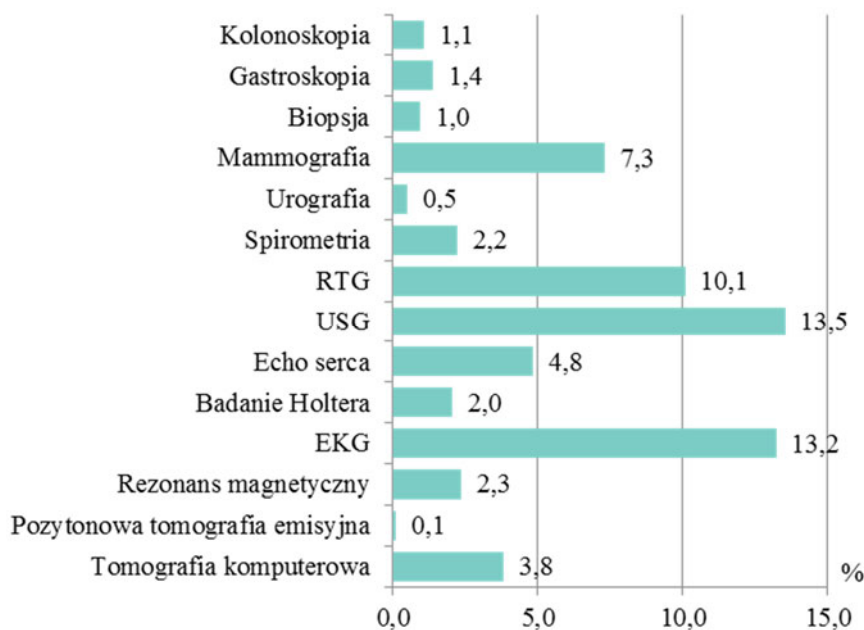
Czynnikiem wpływającym na wzrost odsetka osób, które miały wykonane badanie obrazowe lub inne w 2016 r. był także poziom miesięcznego dochodu na 1 członka gospodarstwa domowego: około 20% osób z dochodem do 800 zł skorzystało z takiego badania, natomiast dla grupy osób dysponujących dochodem powyżej 1600 zł odsetek ten był już dwukrotnie wyższy (38,1%).

Najczęściej respondenci deklarowali, że w 2016 r. w opiece ambulatoryjnej mieli przeprowadzone badania: USG (13,5%), EKG (13,2%) i RTG (10,1%). O ile w przypadku USG

zdecydowanie częściej z tego typu badań korzystały kobiety (18,5%) niż mężczyźni (8,3%), to częstość wykonywania badań EKG i RTG w podziale na płeć była już mniej zróżnicowana – EKG wykonało 14,2% kobiet i 12,2% mężczyzn, natomiast RTG – 10,5% kobiet i 9,7% mężczyzn.

Wykres 84. Odsetek populacji z wykonanymi badaniami obrazowymi lub innymi diagnostycznymi w 2016 r. według rodzaju badań

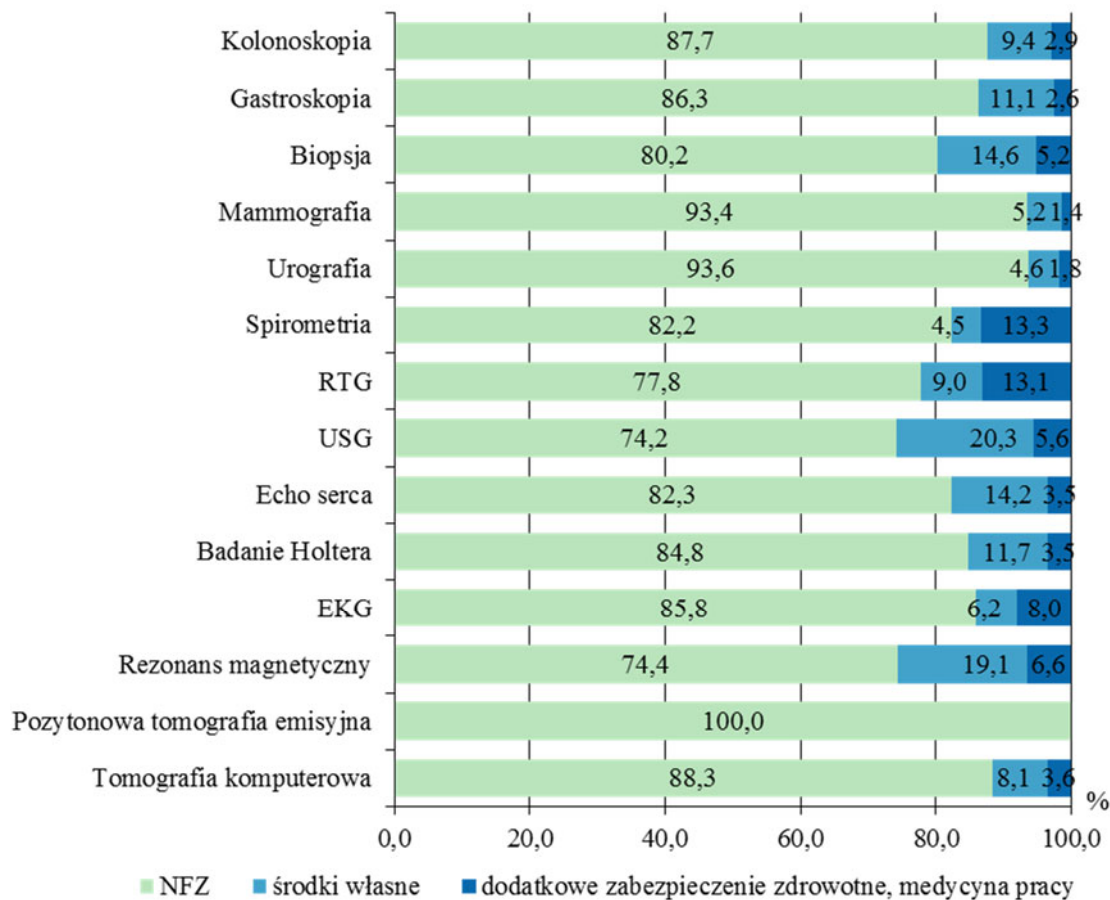
Percentage of population using imaging exams or other diagnosis services in 2016 by type of services



Rzadziej przeprowadzanymi wśród respondentów badaniami były: echokardiogram (4,8%), tomografia komputerowa (3,8%), rezonans magnetyczny (2,3%), spirometria (2,2%), badanie Holtera (2,0%), gastroskopia (1,4%), kolonoskopia (1,1%) i biopsja (1,0%). Badanie PET, wykorzystujące pierwiastki promieniotwórcze emitujące pozytony i mające zastosowanie głównie w onkologii, kardiologii i neurologii, wykonane było u 0,1% respondentów. Wykonanie mammografii zadeklarowało 7,3% kobiet.

Analiza sposobu finansowania ostatnio wykonanych badań w 2016 r. wykazała, że w zależności od rodzaju badania udział środków Narodowego Funduszu Zdrowia lub programów profilaktycznych wyniósł od 74,2% (USG) do 100% (pozytonowa tomografia emisyjna). Największy udział środków prywatnych pacjentów odnotowano w przypadku badań USG (ponad 20% tego typu badań). Środki własne gospodarstw domowych miały też istotne znaczenie w finansowaniu badań rezonansu magnetycznego (około 19%), biopsji czy echo serca (po ponad 14%). Udział dodatkowych zabezpieczeń zdrowotnych w finansowaniu badań był stosunkowo niewielki i wahał się w przedziale od 1,4% (mammografia) do 6,2% (rezonans magnetyczny). W ramach medycyny pracy realizowane były tylko niektóre badania. W największym stopniu finansowanie badań z tego źródła dotyczyło spirometrii i badań RTG (po prawie 9%), a w przypadku EKG udział ten wyniósł ponad 5%.

Wykres 85. Struktura finansowania badań obrazowych lub innych diagnostycznych w 2016 r.
Structure of financing imaging exams or other diagnosis services in 2016



Z badań diagnostycznych nie skorzystało w 2016 r., mimo istnienia takiej potrzeby, 2,1% członków gospodarstw domowych (1,9% mężczyzn i 2,3% kobiet). W przypadku dzieci i młodzieży w wieku do 24 lat sytuacje niewykonywania badań diagnostycznych zdarzały się bardzo rzadko. Częściej nie realizowały tego typu badań osoby starsze – w grupie wieku 60-69 lat odsetek ten stanowił 3,4%. Częściej z wykonania koniecznych badań diagnostycznych rezygnowali mieszkańcy miast (2,6%) niż wsi (1,4%).

Wśród przyczyn rezygnacji z wykonywania badań diagnostycznych pojawiały się oczekiwanie na termin wizyty (23,2%), brak skierowania (19,1%), brak pieniędzy (14,2%), strach przed badaniem (14,0%), a także brak czasu (10,8%) i oczekiwanie na samoistne ustąpienie objawów chorobowych (7,5%). Do trzech najczęściej podawanych przyczyn niekorzystania z badań wśród mężczyźni należały: długi czas oczekiwania na termin wizyty (ponad 25%), strach (ponad 21%) oraz brak skierowania (ponad 14%), natomiast wśród kobiet – brak skierowania (prawie 23%), długi czas oczekiwania na termin wizyty (ponad 21%) oraz brak pieniędzy (ponad 16%). Struktura przyczyn niekorzystania z badań diagnostycznych różniła się również ze względu na miejsce zamieszkania. Mieszkańcy miast wśród trzech, najważniejszych powodów niewykonania badań wymienili długi czas oczekiwania na

termin wizyty (prawie 24%), brak skierowania (prawie 23%) i strach przed badaniem (prawie 17%), podczas gdy mieszkający na wsi wskazali brak pieniędzy (około 29%), długi czas oczekiwania na termin wizyty (prawie 22%) i oczekiwanie na ustąpienie objawów (ponad 16%).

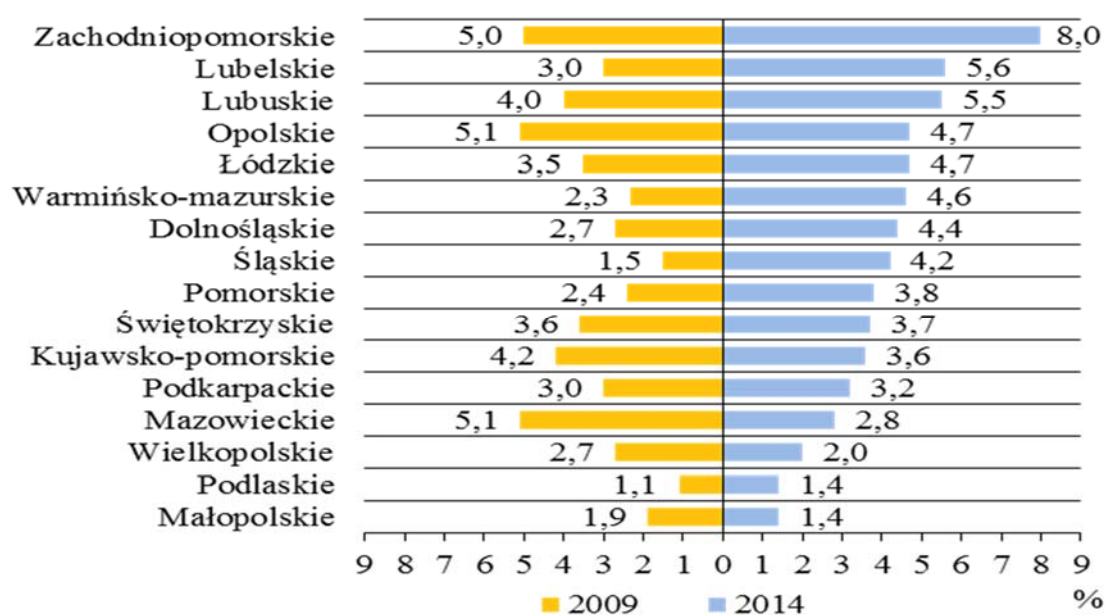
Wykres 86. Struktura przyczyn niekorzystania z badań diagnostycznych w 2016 r.
Structure of reasons for not using diagnostic tests in 2016



Badanie ankietowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”, realizowane cyklicznie, jest jedynym źródłem informacji o zrealizowanym popycie na medyczne usługi diagnostyczne, a prezentowane wyniki badania (ze względu na wielkość próby) uogólniane są wyłącznie na poziomie kraju (z tego też powodu wartości dotyczące rzadkich przypadków, uwzględnione w analizie, należy traktować ostrożnie). Natomiast dostępne obecnie informacje o placówkach prowadzących działalność w zakresie diagnostyki medycznej mają charakter fragmentaryczny i ogólnikowy. Celem zapelnienia luki informacyjnej w zakresie badań diagnostycznych Główny Urząd Statystyczny wraz z Urzędem Statystycznym w Krakowie oraz przy współpracy ekspertów zewnętrznych podejmuje dodatkowe prace polegające na rozpoznaniu problematyki badań diagnostycznych, infrastruktury podmiotów leczniczych prowadzących medyczną działalność diagnostyczną oraz skali ich działania. Mamy nadzieję, że w efekcie tych prac statystyka publiczna wzbogaci się o wiarygodne i kompleksowe dane o działalności diagnostycznej, pozwalające na analizę poziomu dostępności do tego typu usług zdrowotnych dla mieszkańców Polski w przekroju terytorialnym.

Częstość występowania niesprawności wśród dzieci w wieku 0-14 lat odznaczała się dużym zróżnicowaniem pomiędzy województwami. W 2014 r. odsetek niepełnosprawnych dzieci osiągnął najwyższą wartość w województwie zachodniopomorskim – 8%, w którym odnotowano największy wzrost w porównaniu do poprzedniej edycji badania. Odsetek niepełnosprawnych dzieci powyżej 5% wystąpił w województwach lubelskim i lubuskim, podczas gdy najmniej liczne były populacje dzieci niepełnosprawnych w małopolskim i podlaskim (po 1,4%). W porównaniu do 2009 r. znacznie rzadziej problem niepełnosprawności wystąpił u dzieci mieszkających w województwach mazowieckim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i opolskim.

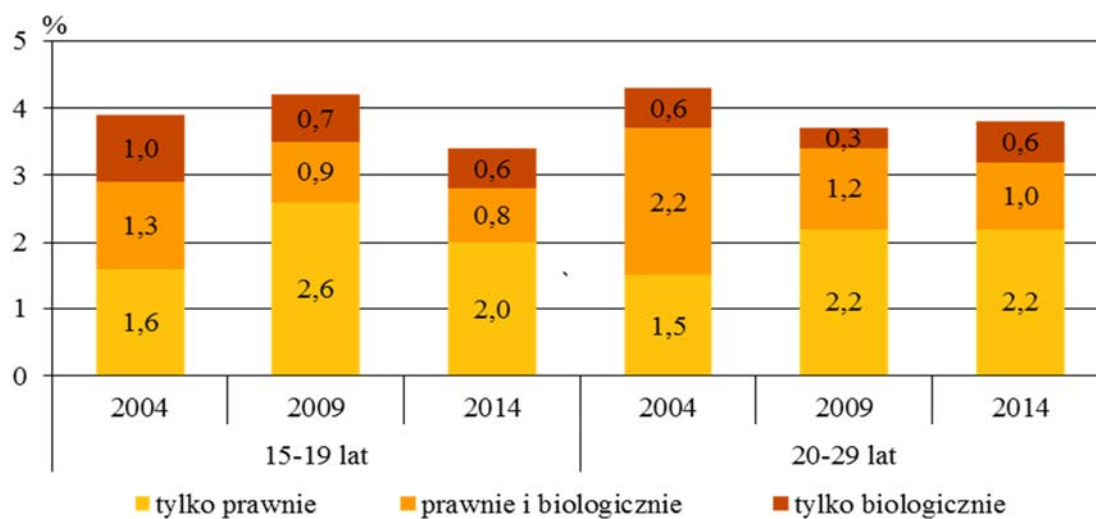
Wykres 83. Dzieci niepełnosprawne według województw w latach 2009 i 2014



Zgodnie z metodologią stosowaną w statystyce GUS odsetek niepełnosprawnej młodzieży w wieku 15-29 lat w 2014 r. wyniósł 3,7%, odsetek ten zmniejszył się o 0,2 p. proc. w porównaniu z 2009 r. i o 0,5 p. proc. w porównaniu z 2004 r. Relatywnie nieco częściej niepełnosprawność dotyczyła dwudziestolatków niż nastolatków (odpowiednio 3,8% i 3,4%). W obu grupach wieku najczęściej osób zadeklarowało, że posiada wyłącznie prawne orzeczenie niepełnosprawności. Zaledwie 0,6% młodzieży w obu grupach wieku to osoby bez orzeczeń, z poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności.

Według wyników dwóch ostatnich edycji badania niepełnosprawność częściej występowała wśród młodzieży zamieszkującej miasta niż wieś. Analizując natomiast wiek niepełnosprawnej młodzieży w miastach i na wsi można zauważyć, że w 2014 r. wśród nastolatków częstość występowania niepełnosprawności była wyższa na wsi, podczas gdy w starszej grupie wieku więcej niepełnosprawnych było w miastach. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na wyższy odsetek niepełnosprawnych mężczyzn niż kobiet, przy czym przewaga ta dotyczyła starszej grupy wieku.

Wykres 84. Częstość występowania niepełnosprawności wśród młodzieży według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)

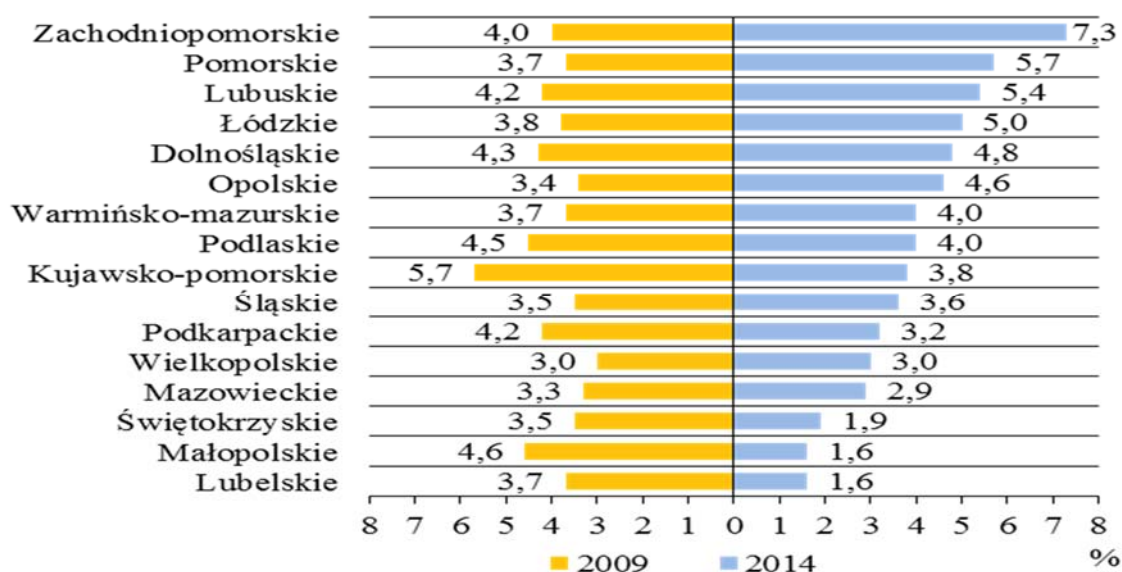


Tabl. 4D. Częstość występowania niepełnosprawności wśród młodzieży według grup wieku, płci i miejsca zamieszkania w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)

GRUPY WIEKU	Ogółem	Płeć		Miejsce zamieszkania	
		mężczyźni	kobiety	miasta	wieś
w odsetkach					
2004					
OGÓŁEM	4,2	4,8	3,5	4,1	4,4
15-19 lat	4,0	4,8	3,1	4,1	3,8
20-29 lat	4,3	4,9	3,7	4,0	4,7
2009					
OGÓŁEM	3,9	3,9	3,8	3,9	3,8
15-19 lat	4,2	4,0	4,4	4,4	4,0
20-29 lat	3,7	3,9	3,5	3,7	3,8
2014					
OGÓŁEM	3,7	4,2	3,1	4,2	3,6
15-19 lat	3,4	3,3	3,4	2,9	3,9
20-29 lat	3,8	4,5	3,0	3,9	3,5

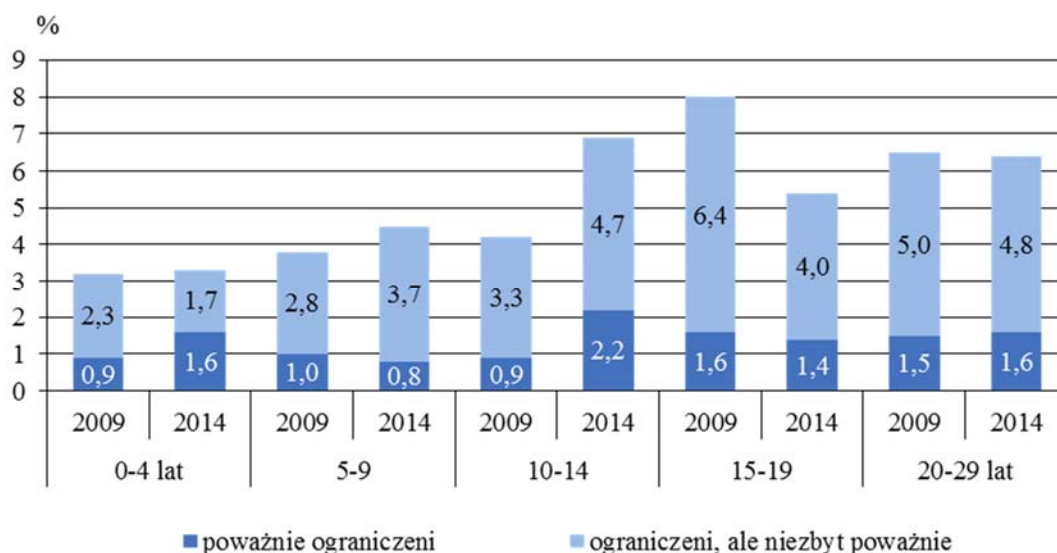
Odsetek niepełnosprawnych wśród młodzieży odznaczał się podobnym zróżnicowaniem terytorialnym jak w przypadku dzieci. W 2014 r. odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15-29 lat osiągnął najwyższe wartości w województwach: zachodniopomorskim oraz pomorskim i lubuskim, a najniższe w lubelskim i małopolskim. W porównaniu do poprzedniej edycji badania częściej niepełnosprawność dotyczyła młodzież w województwach zachodniopomorskim i pomorskim, największą poprawę sytuacji w tym zakresie odnotowano w małopolskim, lubelskim i kujawsko-pomorskim.

Wykres 85. Młodzież niepełnosprawna według województw w latach 2009 i 2014



Według kryterium unijnego pod koniec 2014 r. 4,8% dzieci miało z powodów zdrowotnych ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie dzieci zwykle wykonują. Poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności dotyczyło 1,5% dzieci, a kolejne 3,3% miało ograniczenia, ale niezbyt poważne. Niepełnosprawność biologiczna w większym stopniu była deklarowana wśród starszych dzieci. O ile wśród najmłodszych niepełnosprawność dotyczyła ponad 3% dzieci, to w grupie wieku 10-14 lat odsetek ten był dwukrotnie większy (prawie 7%).

Wykres 86. Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci i młodzieży według grup wieku w latach 2009 i 2014 (według kryterium unijnego)



Według kryteriów unijnych wśród młodzieży 6,1% osób w wieku 15-29 lat zaliczono do grupy niepełnosprawnych, przy czym 1,6% osób deklaroowało występowanie poważnych ograniczeń w wykonywaniu zwykłych czynności, a kolejne 4,6% mniej poważne ograniczenia. W 2014 r. częstość występowania niepełnosprawności biologicznej była większa wśród dwudziestolatków.

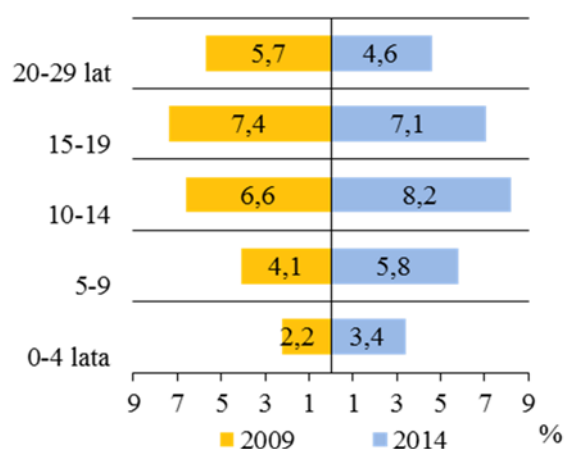
W porównaniu do poprzedniej edycji badania można zauważyć znaczny spadek odsetka nastolatków, którzy mieli niezbyt poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności (o 2,4 p. proc.).

Wypadki

W Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia zadawano pytanie o uleganie w okresie ostatnich 12 miesięcy wypadkom, których skutkiem był uraz, uszkodzenie lub zranienie, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Ponadto w tej kategorii uwzględniono zatrucia oraz zranienia, ugryzienia i użądlenia spowodowane przez zwierzęta i owady. Deklaracja wystąpienia wypadku wiązała się dodatkowo ze wskazaniem jednego z czterech rodzajów wypadków określonych ze względu na miejsce zdarzenia. Wyróżniono wypadki: drogowy (komunikacyjny) oraz takie, które miały miejsce w: pracy, placówce oświatowo-wychowawczej, domu oraz w czasie wolnym. Pytania dotyczące wypadków skierowano do rodziców dzieci/podopiecznych w wieku 0-14 lat lub respondentów w wieku powyżej 14 lat, którzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ulegli wypadkom.

Wypadki skutkujące powstaniem urazu dotyczyły co dwudziestego dziecka (5,7%). Częstość ulegania wypadkom rosła wraz z wiekiem dzieci – od 3,4 % dla najmłodszych do 8,2% dla najstarszych dzieci. Spośród dzieci, które uległy wypadkom, zdecydowanie najwięcej zdarzeń odnotowano w domu i jego otoczeniu (48,2%) oraz żłobku, przedszkolu i szkole (34,9%). Wypadki w czasie wolnym (20,2%) nie były już takie częste. W poprzedniej edycji badania przeważały wypadki w domu i w czasie wolnym. Najrzadziej dzieci ulegały wypadkom drogowym (6,3%).

Wykres 87. Dzieci i młodzież ulegająca wypadkom według grup wieku w latach 2009 i 2014



Pomocy medycznej w związku z wypadkiem drogowym wymagało blisko dwoje na troje (64,6%) poszkodowanych dzieci. Relatywnie częściej pomocy medycznej wymagały dzieci uczestniczące w wypadkach mających miejsce w czasie wolnym (75,5%), domu i jego otoczeniu (80,2%) czy żłobku, przedszkolu i szkole (88,0%). Niższe były odsetki dzieci, które na skutek odniesionego wypadku wymagały pobytu w szpitalu z noclegiem. Hospitalizacją najrzadziej kończyły się wypadki drogowe (5,9%). Częściej pobytu w szpitalu z noclegiem wymagały dzieci poszkodowane w wypadkach mających miejsce w domu (18,6%), środowisku szkolnym (20,3%) oraz czasie wolnym (25,9%).

W przypadku populacji młodzieży w wieku 15-29 lat, odsetek osób w wieku 20-29 lat, które uległy wypadkom (4,6%) był niższy od odnotowanego dla grupy wieku 15-19 lat (7,1%). Spośród osób młodych, które uległy wypadkom, najczęściej osób deklaroowało wypadek w czasie wolnym (33,8%) i wypadek drogowy (24,9%). Wypadek w domu, który w poprzednim badaniu był w dwojce najczęstszych lokalizacji wypadków, tym razem okazał się nieznacznie rzadziej występującym (23,8%) niż wypadek drogowy. Analogicznie jak w poprzedniej edycji badania, praca i szkoła okazały się środowiskami generującymi najmniejszą liczbę wypadków (22,2%). W porównaniu do populacji dzieci zaobserwowano bardziej wyrównany rozkład liczby wypadków pomiędzy czterema wyróżnionymi lokalizacjami wypadków.

Najczęściej potrzebę korzystania z pomocy medycznej wśród młodych osób stwarzały wypadki mające miejsce w pracy i szkole (82,7%) oraz w czasie wolnym (80,4%), a zdecydowanie rzadziej konieczność taką odnotowano dla wypadków drogowych (59,2%) oraz mających miejsce w domu i jego okolicach (71,4%). Ze zbliżoną częstotliwością hospitalizacją z noclegiem kończyły się wypadki w domu oraz pracy i szkole (odpowiednio: 8,3% i 8,8%), a także wypadki w czasie wolnym i drogowe (odpowiednio: 17,9% i 18,6%).

STYL ŻYCIA

Zdrowie uwarunkowane jest oddziaływaniem szeregu różnorodnych czynników, wśród których największą rolę w determinowaniu zdrowia przypisano stylowi życia człowieka. Zakres pytań Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia określających styl życia, zadawanych zarówno dzieciom, jak i osobom dorosłym obejmował spożycie owoców i warzyw, aktywność fizyczną oraz narażenie na dym tytoniowy. Dzieciom w wieku 2 lata i więcej zadano pytanie o spędzanie czasu wolnego przed ekranem TV lub monitorem komputera, natomiast do osób w wieku 15 lat i więcej skierowano pytania o palenie tytoniu i picie alkoholu.

Spożycie owoców i warzyw

Adresatem pytań dotyczących konsumpcji owoców i warzyw były dzieci w wieku powyżej 6 miesiąca życia oraz osoby dorosłe. Należało uwzględnić spożycie produktów surowych, jak i przetworzonych (w tym świeżo wyciśnięte 100% soki owocowe i warzywne oraz soki tzw. jednodniowe), a w przypadku warzyw nie badano spożycia ziemniaków.

W 2014 r. 72,5% dzieci w wieku 0-14 lat spożywało owoce przynajmniej raz dziennie, 17,3% jadło je 4-6 razy w tygodniu, a 8,2% 1-3 razy w tygodniu. Młodzież rzadziej spożywała owoce – ponad połowa osób w wieku 15-29 lat jadła owoce przynajmniej raz dziennie, prawie 22% 4-6 razy w tygodniu, a ponad 18% 1-3 razy w tygodniu.

Tabl. 4E. Częstość spożywania owoców przez dzieci i młodzież według grup wieku w 2014 r.

GRUPY WIEKU	Ogółem	Częstość spożywania owoców				
		1 raz dziennie lub częściej	4-6 razy w tygodniu	1-3 razy w tygodniu	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nigdy
	w odsetkach					
DZIECI	100,0	72,5	17,3	8,2	1,6	0,4
0-4 lata	100,0	78,9	13,9	5,8	1,1	0,4
5-9	100,0	71,8	18,4	7,6	1,9	0,4
10-14 lat	100,0	66,8	19,5	11,2	1,9	0,6
MŁODZIEŻ	100,0	54,1	21,9	18,4	5,3	0,3
15-19 lat	100,0	56,0	20,9	18,1	4,8	0,3
20-29 lat	100,0	53,4	22,3	18,5	5,5	0,3

Częstość spożycia owoców widocznie malała wraz z wiekiem dzieci. Najczęściej owoce jadły dzieci najmłodsze – prawie 79%, w grupie 10-14-latków – 2/3 dzieci, natomiast wśród 20-29-latków była to już tylko ponad połowa badanych.

Tabl. 4F. Częstość spożywania warzyw przez dzieci i młodzież według grup wieku w 2014 r.

GRUPY WIEKU	Ogółem	Częstość spożywania warzyw				
		1 raz dziennie lub częściej	4-6 razy w tygodniu	1-3 razy w tygodniu	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nigdy
	w odsetkach					
DZIECI	100,0	61,8	22,0	12,3	3,0	0,8
0-4 lata	100,0	68,7	18,9	9,7	1,9	0,9
5-9	100,0	60,4	22,2	13,0	3,5	0,9
10-14 lat	100,0	56,6	25,0	14,2	3,6	0,7
MŁODZIEŻ	100,0	52,4	25,4	17,9	4,0	0,2
15-19 lat	100,0	51,4	25,8	18,2	4,1	0,5
20-29 lat	100,0	52,8	25,3	17,8	3,9	0,1

Prawie 62% dzieci w wieku 0-14 lat jadło warzywa przynajmniej jeden raz dziennie, około jedna piąta dzieci – 4-6 razy w tygodniu, a jedna ósma – 1-3 razy w tygodniu. Codziennie warzywa konsumowała ponad połowa młodzieży, jedna czwarta spożywała je 4-6 razy w tygodniu, a 18% młodych osób tylko 1-3 razy w tygodniu.

W przekroju terytorialnym częstość spożycia owoców i warzyw była zróżnicowana. W 2014 r. zdecydowanie najczęściej owoce i warzywa zjadały dzieci z województwa dolnośląskiego – owoce konsumowało co najmniej raz dziennie 84% dzieci, a warzywa – ponad 77%. Tymczasem województwem, w którym dzieci najrzadziej spożywały codziennie owoce i warzywa było województwo lubelskie – codziennie owoce zjadało tam ponad 61% dzieci, a w przypadku warzyw – ponad połowa.

Aktywność fizyczna

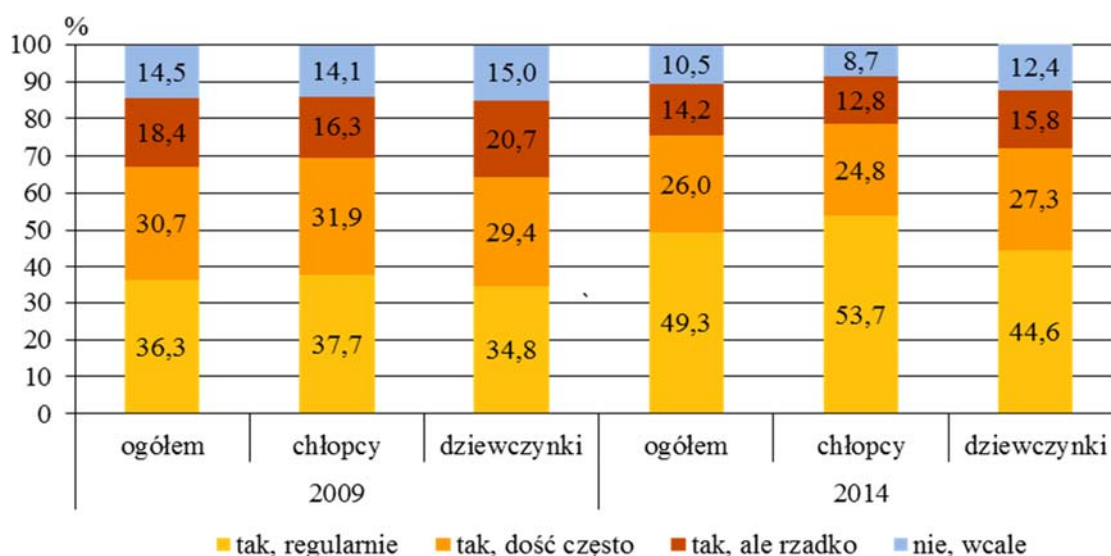
Pytania o aktywność fizyczną dzieci skierowane były do uczniów szkół (uczęszczających co najmniej do 1 klasy) i dotyczyły uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego oraz aktywności fizycznej w czasie wolnym.

W lekcjach wychowania fizycznego w 2014 r. uczestniczyło 98,3% dzieci uczęszczających do szkoły. Należy zauważyć, że jako nieuczestniczenie w tych zajęciach rozumiano tylko lekarskie zwolnienie z WF, a nie pojedyncze nieobecności z powodu np. choroby. Chłopcy nieznacznie częściej byli zwolnieni z lekcji wychowania fizycznego niż dziewczynki. Odsetek uczniów zwolnionych z tych zajęć nie zmienił się istotnie w porównaniu z wynikami uzyskanymi w poprzednich edycjach badania (w 2004 r. – 2,8%, a w 2009 r. – 2,4%). Najwięcej dzieci zwolnionych z WF było wśród najstarszych roczników (13 i 14 lat). W 2014 r. wśród 13-latków zwolnienie posiadało 3,1% osób, a wśród 14-latków – 3,4%.

Dzieci w wieku szkolnym są również w zdecydowanej większości aktywne fizycznie poza lekcjami wychowania fizycznego, to znaczy uprawiają jakiś sport, jeżdżą na rowerze, pływają, ćwiczą taniec lub gimnastykują się.

W 2014 r. troje na czworo dzieci w wieku 6-14 lat w wolnym czasie regularnie lub dość często uprawiały jakiś sport lub były w inny sposób aktywne fizycznie, przy czym bardziej aktywni byli chłopcy (78,5%) niż dziewczynki (71,9%). W porównaniu z poprzednią edycją badania zwiększyła się grupa dzieci, która regularnie lub dość często poświęcała czas na tego typu zajęcia (o ponad 8 p. proc.) natomiast mniej było dzieci niećwiczących wcale w wolnym czasie (o 4 p. proc.). Dzieci uprawiające sport lub rekreację poświęcały przeciętnie na te zajęcia 4,5 godziny tygodniowo, a ćwiczące regularnie nawet 4,9 godzin. Średnia liczba godzin aktywności fizycznej była uzależniona od płci i wieku dziecka – więcej czasu na ćwiczenia przeznaczali chłopcy niż dziewczynki oraz starsze roczniki niż młodsze.

Wykres 88. Aktywność fizyczna uczniów poza lekcjami WF według płci w latach 2009 i 2014

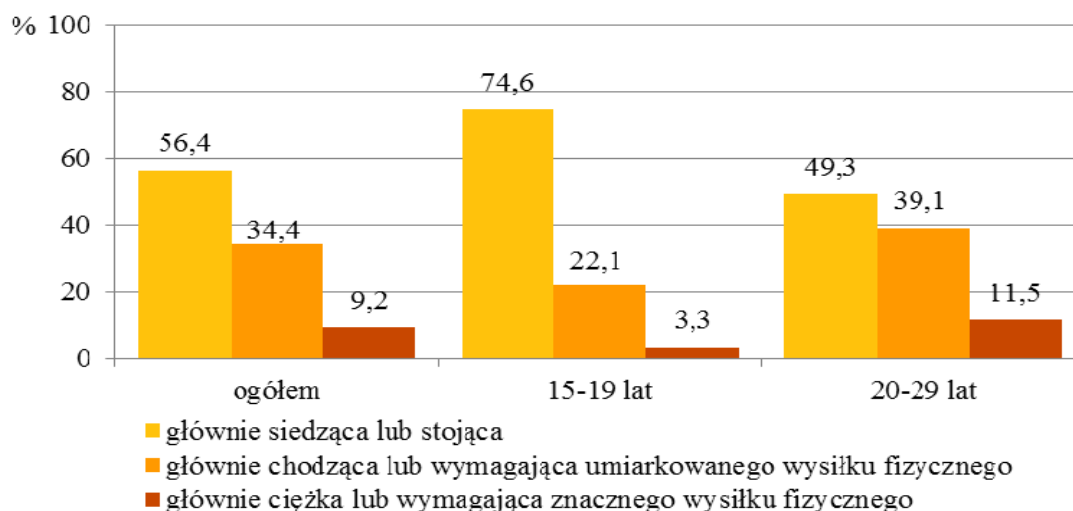


Aktywność fizyczna osób w wieku 15 lat i więcej w 2014 r. była badana mając na uwadze 3 rodzaje aktywności:

- aktywność fizyczną związaną z pracą, która jest głównym zajęciem wykonywanym w życiu codziennym. Określenie „praca” odnosiło się nie tylko do pracy zawodowej, ale obejmowało każdy rodzaj płatnych i nieodpłatnych czynności i obowiązków, które respondenci wykonują w życiu codziennym – dla osób pracujących zawodowo chodziło o wykonywanie obowiązków zawodowych, a dla uczniów i studentów o zadania wykonywane w ramach programu nauki;
- aktywność fizyczną związaną z przemieszczaniem się. Osoby dorosłe pytano o sposób docierania do różnych miejsc w sezonie jesiennym (czy chodzą albo dojeżdżają rowerem np. do pracy, szkoły, na zakupy);
- uprawianie sportów, fitness, inną rekreacyjną aktywność fizyczną lub ćwiczenia na siłowni przez co najmniej dziesięć minut bez przerwy, z intensywnością powodującą co najmniej przyspieszony oddech lub tętno.

Wśród osób w wieku 15-29 lat ponad połowa respondentów zadeklarowała, że wykonywała pracę głównie siedzącą lub stojącą, jedna trzecia – głównie chodzącą lub wymagającą umiarkowanego wysiłku fizycznego, a tylko blisko co dziesiąta młoda osoba – głównie ciężką lub wymagającą znacznego wysiłku fizycznego. Osoby wykonujące głównie siedzącą lub stojącą pracę dominowały wśród nastolatków, których trzy czwarte zadeklarowało ten rodzaj aktywności. Wśród dwudziestolatków była to prawie połowa badanych. Obciążenie fizyczne związane z codziennymi obowiązkami w większym stopniu dotyczyło starszej grupy wieku – nieco częściej niż co piąta osoba w wieku 15-19 lat wykonywała pracę głównie chodzącą lub wymagającą umiarkowanego wysiłku fizycznego, podczas gdy wśród dwudziestolatków grupa ta stanowiła 39,1%. Wykonywanie ciężkiej pracy lub wymagającej znacznego wysiłku fizycznego zadeklarował częściej niż co dziesiąty respondent w wieku 20-29 lat.

Wykres 89. Aktywność fizyczna młodzieży związana z codzienną pracą według grup wieku w 2014 r.



Analizując sposób docierania do różnych miejsc w sezonie jesiennym można zauważyć, że wśród młodzieży dominował pieszy sposób przemieszczania się. Wśród nastolatków 92,3% osób zadeklarowało, że do różnych miejsc docierała pieszo, a średni czas chodzenia w typowym tygodniu wyniósł u nich 253 minuty. W grupie dwudziestolatków odsetek osób chodzących w różne miejsca był nieznacznie mniejszy i stanowił 88,9%, przy czym osoby te przeznaczały na to nieco więcej czasu – 270 minut tygodniowo. Dojeżdżanie na rowerze do różnych miejsc było popularne wśród młodszych osób – ponad 45% nastolatków wykorzystywała rower do przemieszczania się, co zajęło im średnio 65 minut tygodniowo. U dwudziestolatków grupa dojeżdżających na rowerze do różnych miejsc stanowiła już 28,3% populacji, a średni czas jazdy w tygodniu wyniósł 47 minut.

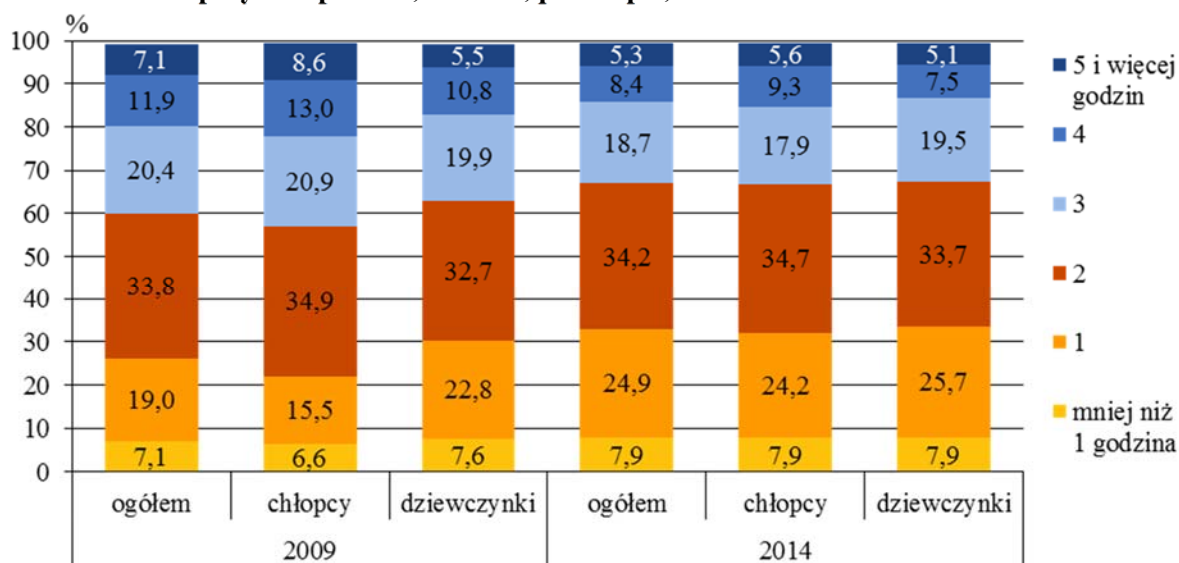
Uprawianie sportów, fitness i innej rekreacyjnej aktywności fizycznej lub ćwiczenia na siłowni zadeklarowało ponad 40% młodzieży w wieku 15-29 lat, w tym 18,2% ćwiczyło na siłowni. Bardziej aktywna była młodsza grupa wieku – prawie połowa nastolatków poświęciła czas wolny na taki rodzaj aktywności, w tym blisko 20% preferowało ćwiczenia na siłowni. Łącznie w tygodniu uprawianie sportów i innych podobnych zajęć zajmowało im średnio prawie 78 minut. W grupie dwudziestolatków aktywnych fizycznie było już tylko 37,2% osób. Krótszy też był czas ćwiczeń – średnio w tygodniu dwudziestolatkowie poświęcali na uprawianie sportu nieco ponad godzinę.

Spędzanie czasu przed telewizorem, komputerem i korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 2-14 lat

Na podstawie deklaracji rodziców/opiekunów dzieci w wieku 2-14 lat można stwierdzić, że w 2014 r. dzieci spędzały przed telewizorem i komputerem bądź innymi nowoczesnymi urządzeniami typu tablet albo smartfon średnio 2,2 godziny dziennie (tj. 2 godziny i 12 minut), czyli nieco mniej niż w 2009 r. (średnio 2,4 godziny tj. 2 godziny i 24 minuty). Średni czas przeznaczony na oglądanie telewizji i korzystanie z komputera lub urządzeń mobilnych wydłużał się wraz z wiekiem dzieci. Mimo że wśród dwulatków odnotowano największy odsetek dzieci, które w ogóle nie spędzały czasu w ten sposób (3,7%), to i tak pozostałe dwulatki poświęciły na te czynności średnio 1,5 godziny dziennie. Najwięcej czasu przed tymi urządzeniami spędzili 14-latkowie – 2,8 godzin.

Najwięcej (ponad jedna trzecia) dzieci spędzało przed ekranem lub monitorem dwie godziny, a jedna czwarta – 1 godzinę dziennie. Co dwudzieste dziecko przeznaczało na to 5 lub więcej godzin. Tylko 0,5% dzieci nie oglądało telewizji lub korzystało z komputera. W porównaniu do poprzedniej edycji badania zaobserwowano zmniejszanie się liczby godzin spędzanych codziennie przed telewizorem lub komputerem. W 2014 r. 3 lub więcej godzin dziennie poświęciło na te czynności ponad 32% dzieci, podczas gdy w 2009 r. było to ponad 39%.

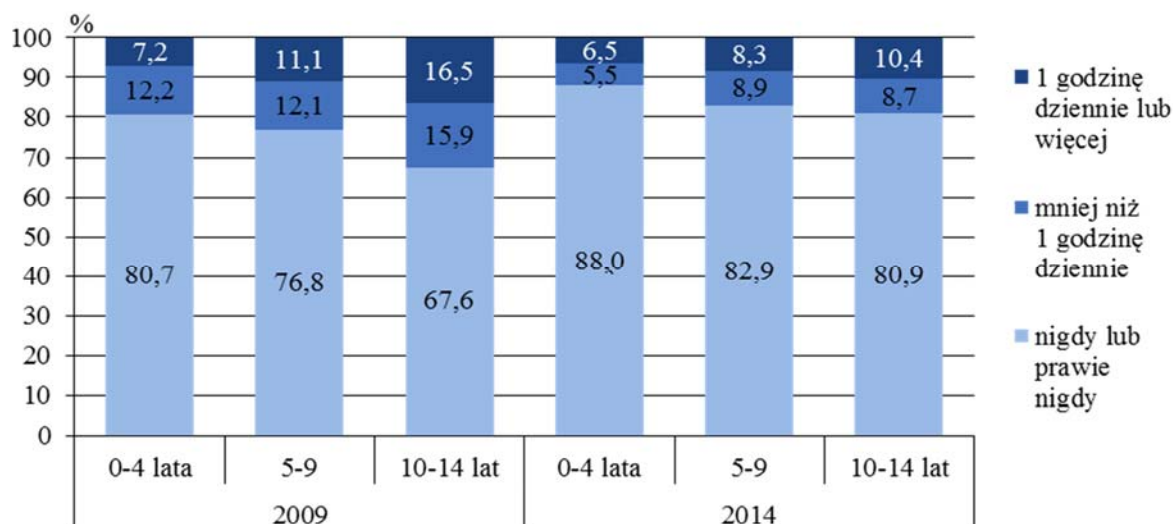
Wykres 90. Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin dziennie spędzanych przed telewizorem lub przy komputerze, tablecie, palmtopie, smartfonie w latach 2009 i 2014



Narażenie dzieci na dym tytoniowy w domu

Duży wpływ na zdrowie dzieci ma narażenie na dym tytoniowy, czyli tzw. bierne palenie. Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia wskazują, że sytuacja w tym zakresie poprawia się. W 2014 r. 84% dzieci nigdy lub prawie nigdy nie były narażonych na dym tytoniowy w domu, podczas gdy 5 lat wcześniej odsetek ten stanowił prawie 75%. Krócej niż jedną godzinę dziennie na szkodliwe działanie dymu tytoniowego narażonych było 7,7% dzieci, a przez co najmniej jedną godzinę dziennie – 8,3% dzieci (w 2009 r. odsetki te wyniosły odpowiednio 13,5% oraz 11,7%). Stopień narażenia dzieci na dym tytoniowy w domu był zróżnicowany w zależności od ich wieku. Najmniej narażone były dzieci najmłodsze (88% z nich nigdy lub prawie nigdy nie było narażonych na dym tytoniowy w domu), w następnej kolejności dzieci w wieku 5-9 lat (82,9%), a najmniej chronione były dzieci najstarsze (80,9%).

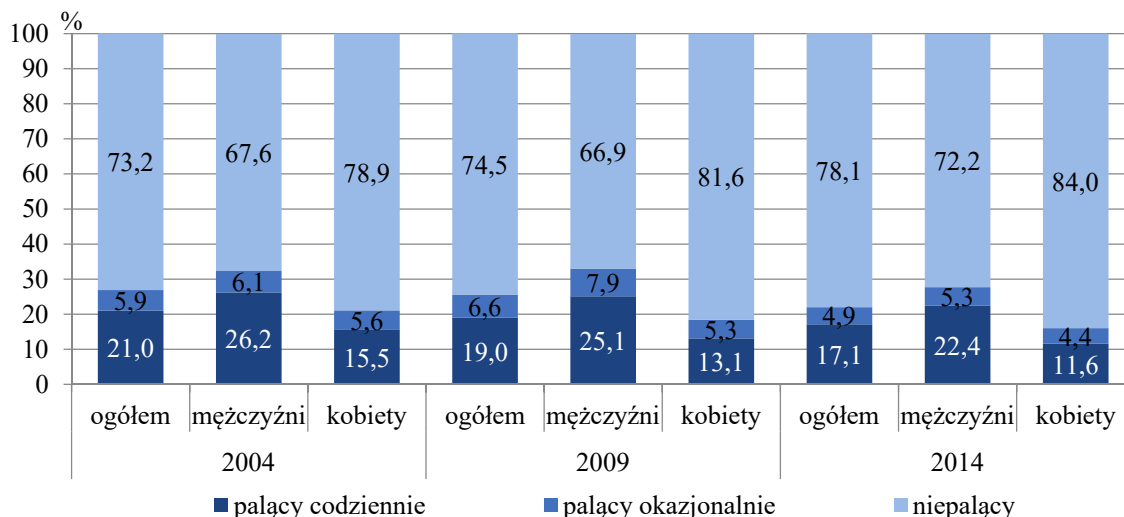
Wykres 91. Dzieci według grup wieku i czasu narażenia na dym tytoniowy w domu w latach 2009 i 2014



Palenie tytoniu i spożycie alkoholu przez młodzież

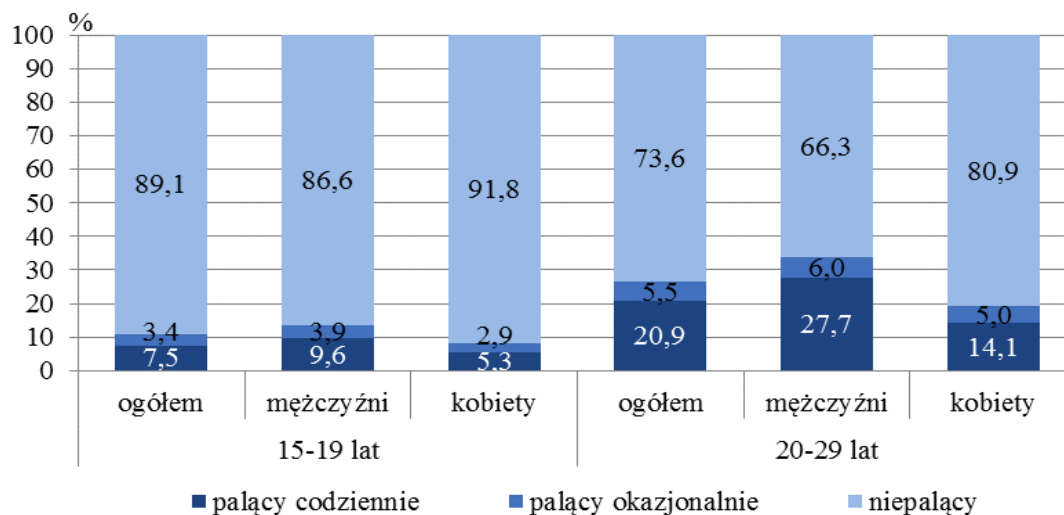
Do niekorzystnych czynników stylu życia należą zachowania antyzdrowotne takie jak: palenie tytoniu i picie alkoholu. Palenie tytoniu wśród młodzieży staje się coraz mniej popularne. Na przestrzeni dziesięciu lat odsetek niepalących osób w wieku 15-29 lat wzrósł z 73,2% do 78,1%. Pozytywnym zjawiskiem jest zmniejszanie się udziału osób palących codziennie (z 21% do ponad 17%), przy czym spadek ten w większym stopniu dotyczył kobiet niż mężczyzn.

Wykres 92. Palenie tytoniu przez młodzież według płci w latach 2004, 2009 i 2014

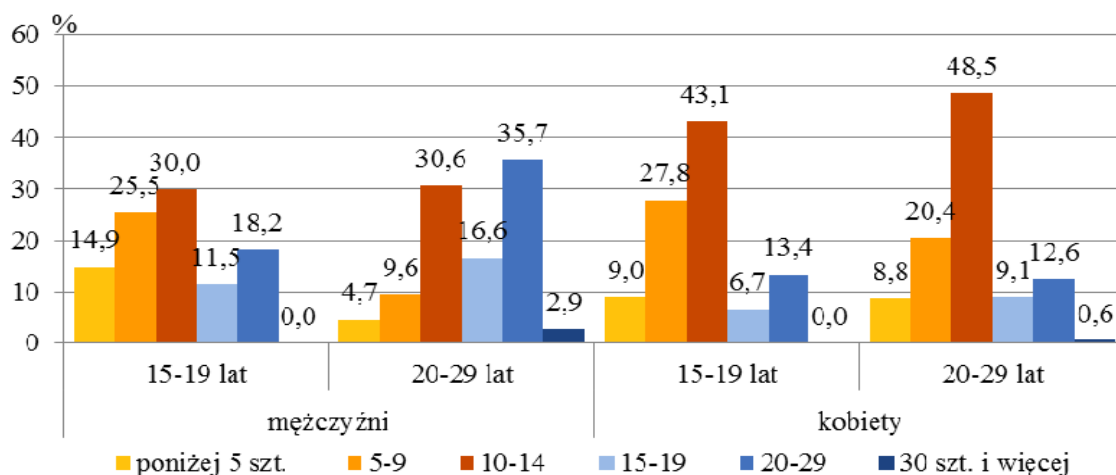


Uwzględniając płeć i grupy wieku można zauważyć, że nałóg palenia częściej występował u mężczyzn oraz wśród dwudziestolatków. W 2014 r. paliło 13,4% nastoletnich chłopców, z czego blisko 10% codziennie. Wśród dwudziestoparoletnich mężczyzn do nałogu przyznała się co trzecia osoba, z czego 27,7% paliło codziennie. Wśród kobiet odsetki palaczek tytoniu były znacznie niższe niż wśród mężczyzn. Wśród nastolatek paliło 8,2% dziewcząt, z czego 5,3% codziennie, a wśród dwudziestolatek co piąta kobieta, a wśród nich 14,1% codziennie.

Wykres 93. Palenie tytoniu przez młodzież według płci i grup wieku w 2014 r.

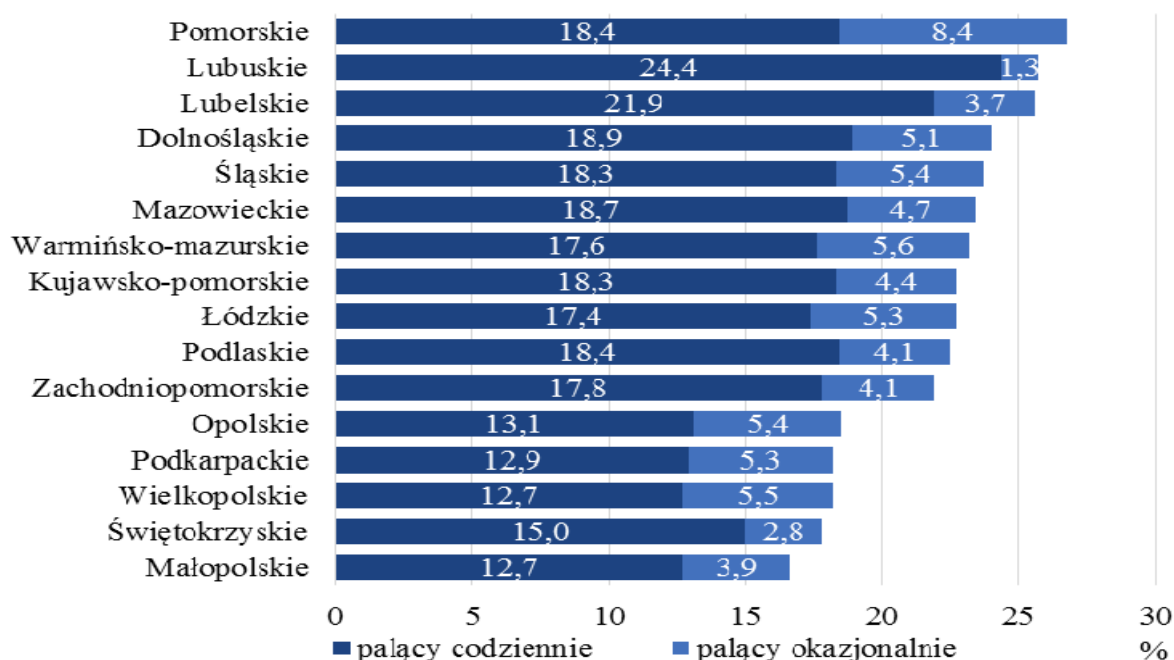


Wykres 94. Młodzież paląca tytoń codziennie według liczby wypalanych papierosów, grup wieku i płci w 2014 r.



Biorąc pod uwagę deklarowaną w 2014 r. średnią liczbę wypalanych papierosów przez osoby palące codziennie można stwierdzić, że nastolatki najczęściej palili 10-14 sztuk dziennie (kobiety – 43,1%, mężczyźni – 30,0%), a następnie 5-9 sztuk dziennie (kobiety – 27,8%, mężczyźni – 25,5%). Wśród dwudziestolatków mężczyźni palili dziennie więcej papierosów niż kobiety. Mężczyźni w tej grupie wieku najczęściej wypalali dziennie 20-29 papierosów (35,7%), a następnie 10-14 sztuk (30,6%), podczas gdy prawie połowa palących kobiet wypalała dziennie po 10-14 papierosów, a jedna piąta – 5-9 sztuk.

Wykres 95. Młodzież paląca tytoń według województw w 2014 r.



W przekroju terytorialnym w 2014 r. najwięcej osób w wieku 15-29 lat palących tytoń, mieszkało w województwach: pomorskim (26,8%), lubuskim (25,7%) i lubelskim (25,5%). Najwięcej osób palących codziennie zaobserwowano w województwie lubuskim (24,4%), a palących

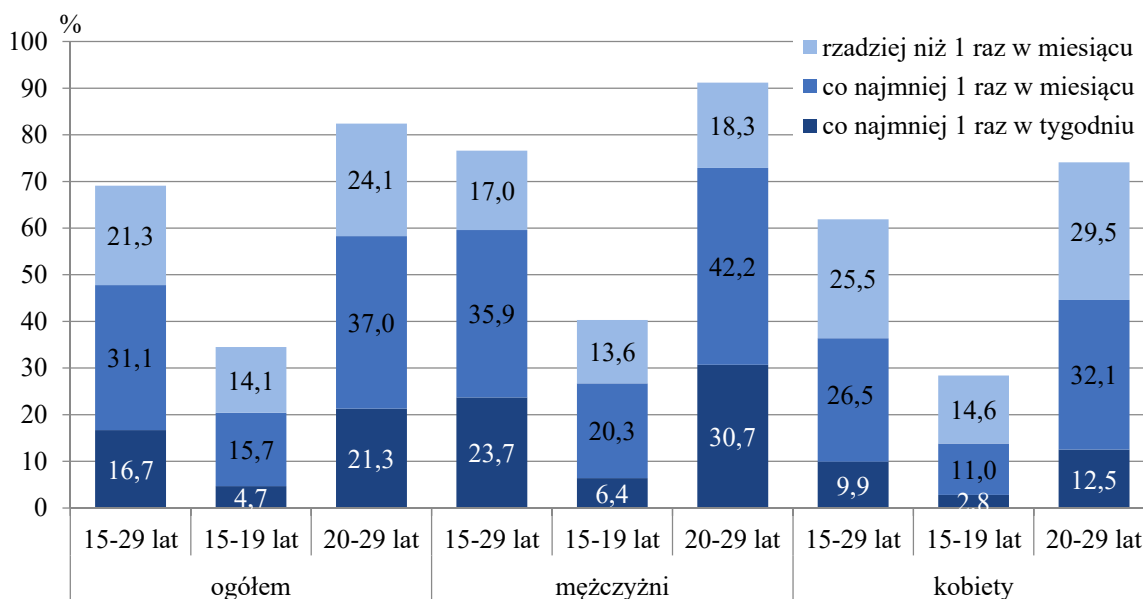
okazjonalnie w pomorskim (8,4%). Najmniej palaczy tytoniu było w województwach małopolskim (16,6%) i świętokrzyskim (17,8%).

Podobnie jak w przypadku palenia tytoniu, również w zakresie konsumpcji alkoholu można zaobserwować pozytywną tendencję, polegającą na spadku odsetka młodzieży deklarującej, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie piła napoje alkoholowe. W 2014 r. wśród ogółu młodych osób w wieku 15-29 lat niespełna 31% było abstynentami, podczas gdy w poprzedniej edycji badania odsetek ten wyniósł 28,5%. Spadek odsetka pijących alkohol wyraźnie zaznaczył się wśród nastolatków, przy czym w większym zakresie dotyczył od mężczyzn niż kobiet.

Tabl. 4G. Młodzież, która w ciągu ostatnich 12 miesięcy piła alkohol według płci i grup wieku w latach 2009 i 2014

WYSZCZEGÓLNIENIE	2009	2014
	w odsetkach	
OGÓLEM	71,5	69,1
15-19 lat	42,2	34,5
20-29 lat	83,0	82,3
Mężczyźni	78,9	76,6
15-19 lat	48,8	40,4
20-29 lat	91,4	91,2
Kobiety	64,4	61,9
15-19 lat	35,4	28,5
20-29 lat	75,2	74,1

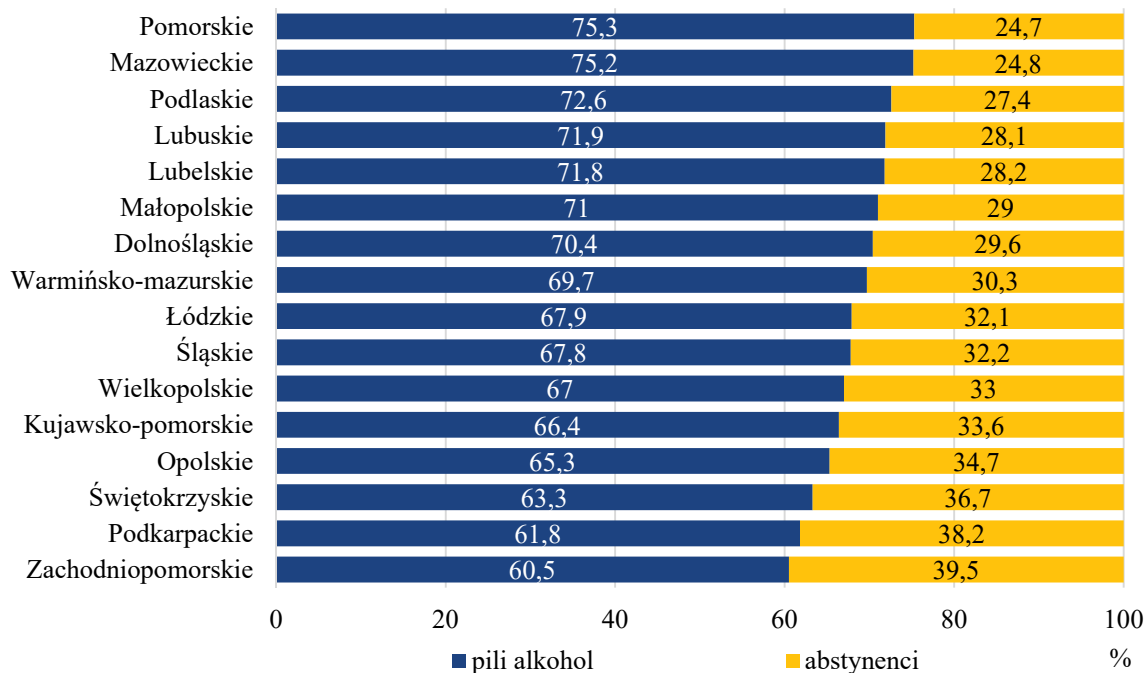
Wykres 96. Picie alkoholu przez młodzież w ciągu ostatnich 12 miesięcy według płci i grup wieku w 2014 r.



Analizując częstość picia alkoholu można stwierdzić, że w 2014 r. 31,1% osób w wieku 15-29 lat piło napoje alkoholowe co najmniej raz w miesiącu. Około co piąty młody człowiek pił rzadziej niż raz w miesiącu (21,3%), podczas gdy 16,7% osób w tym wieku spożywało alkohol co najmniej raz w tygodniu. Pomimo wzrostu abstynencji wśród nastolatków ponad jedna trzecia osób w wieku 15-19 lat deklarowała, że piła alkohol, przy czym 15,7% – co najmniej raz w miesiącu. Zdecydowanie licniejszą grupę pijących alkohol stanowili dwudziestolatki, spośród których ponad 80% piło

alkohol w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. 37% osób w tym wieku spożywało napoje alkoholowe co najmniej 1 raz w miesiącu. Mężczyźni pili alkohol częściej niż kobiety. Przewaga ta dotyczyła w większym stopniu dwudziestolatków, a uwagę zwraca wysoki odsetek mężczyzn w wieku 20-29 lat pijących alkohol co najmniej 1 raz w tygodniu (ponad 30%).

Wykres 97. Picie alkoholu przez młodzież w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można zaobserwować, że stosunkowo najwięcej młodych osób pijących alkohol w 2014 r. było mieszkańcami województw pomorskiego i mazowieckiego (ponad 75%). Najwięcej abstynentów zadeklarowało się wśród młodych mieszkańców województw zachodniopomorskiego (39,5%) i podkarpackiego (38,2%).

OPIEKA ZDROWOTNA

W trakcie realizacji Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia respondenci odpowiadali na pytania dotyczące m.in. wykonywania szczepień i badań profilaktycznych; leczenia w ramach podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, leczenia w szpitalach w trybie dziennym i stacjonarnym, oraz stosowania leków. Respondenci określali, czy i kiedy wykonywali badania profilaktyczne, czy konsultowali się z lekarzem pediatrą, rodzinnym lub lekarzem POZ, lekarzami specjalistami, dentystą lub ortodontą.

Profilaktyka zdrowotna

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia dostarczają informacji o podejmowanych zabiegach i badaniach profilaktycznych. Pytano m.in. o: szczepienia przeciwko grypie i wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW typu B), pomiar cholesterolu we krwi oraz pomiar

ciśnienia krwi lub poziomu cukru wykonany przez pracownika ochrony zdrowia. Pytanie o szczepienie przeciwko grypie zadawane było wszystkim respondentom bez względu na wiek. W przypadku pozostałych zabiegów i badań profilaktycznych pytania kierowano do osób w wieku 15 lat i więcej.

W 2014 r. według deklaracji rodziców szczepienia przeciw grypie wykonano kiedykolwiek u niespełna 8% dzieci. Najrzadziej szczepione były dzieci najmłodsze (zaledwie 3,8%), a stosunkowo najczęściej szczepienia wykonywano u 10-14-latków. Zgodnie z zaleceniami lekarskimi szczepienie przeciw grypie powinno się powtarzać co roku. Tymczasem jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań obserwuje się zmniejszenie zainteresowania tego typu szczepieniami.

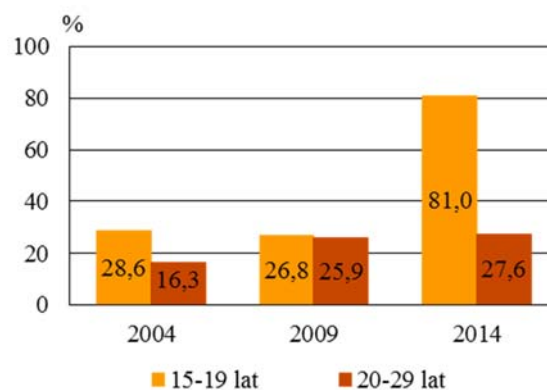
Spadek odsetka zaszczepionych dzieci wystąpił we wszystkich grupach wieku, przy czym największy charakteryzował 5-9 latków. Wśród młodzieży w wieku 15-29 lat prawie 18% osób zadeklarowało wykonanie kiedykolwiek szczepienia przeciwko grypie. Stosunkowo częściej szczepieniu poddawały się osoby w wieku 20-29 lat (19,1%) niż nastolatki (14,7%). Mimo że w porównaniu z 2009 r. odsetek młodzieży deklarującej wykonanie szczepienia spadł o 1,3 p. proc., to i tak był on o 0,6 p. proc. większy niż w 2004 r.

Zdecydowanie lepsza sytuacja przedstawia się w przypadku szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. W 2014 r. ponad 42% młodzieży zostało zaszczepionych przeciw tej chorobie. Deklarację wykonania kiedykolwiek szczepienia przeciwko WZW typu B złożyło aż 81,0% nastolatków oraz 27,6% dwudziestolatków. W 2009 r. wykonanie tego szczepienia zadeklarowało 26,2% osób w wieku 15-29 lat. Na wzrost wskaźnika zaszczepienia wśród młodych osób miało wpływ objęcie obowiązkowymi szczepieniami przeciw WZW typu B wszystkich noworodków i niemowląt (od 1996 r.) oraz wprowadzenie szczepienia u młodzieży w wieku 14 lat (od 2000 r.).

Tabl. 4H. Dzieci i młodzież szczepiona kiedykolwiek przeciw grypie według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2004	2009	2014
	w odsetkach		
DZIECI	11,3	9,8	7,8
0-4 lata	5,9	4,5	3,8
5-9	12,3	10,1	7,7
10-14 lat	14,3	14,5	12,4
MŁODZIEŻ	17,3	19,2	17,9
15-19 lat	14,7	17,4	14,7
20-29 lat	18,6	20,0	19,1

Wykres 98. Młodzież szczepiona kiedykolwiek przeciw WZW typu B według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

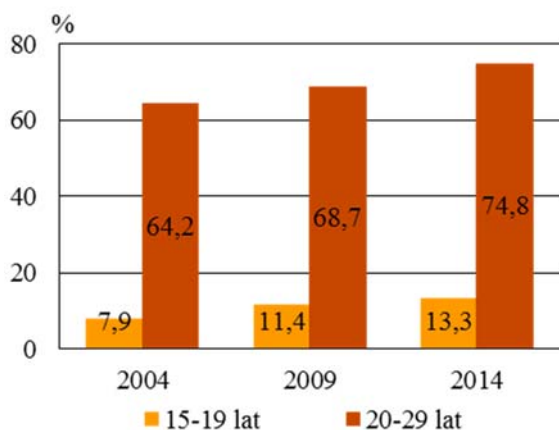


Wśród młodych osób wzrasta częstość wykonywania profesjonalnych badań profilaktycznych przeprowadzanych przez pracowników ochrony zdrowia. Najbardziej powszechnym badaniem był pomiar ciśnienia krwi. W 2014 r. wykonanie tego pomiaru w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało 42,8% osób w wieku 15-29 lat. Badanie poziomu cukru we krwi w ciągu ostatnich 12 miesięcy miało wykonanych 27,8% młodzieży, natomiast w tym czasie poziom cholesterolu we krwi badała co 5 młoda osoba. Częściej badaniom poddawały się osoby w wieku 20-29 lat niż nastolatki.

Tabl. 4I. Wykonywanie badań profilaktycznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez młodzież według grup wieku w latach 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2009	2014
	w odsetkach	
	pomiar ciśnienia krwi	
OGÓLEM	38,5	42,8
15-19 lat	35,3	37,3
20-29 lat	39,7	44,9
	poziom cukru we krwi	
OGÓLEM	20,9	27,8
15-19 lat	13,5	20,1
20-29 lat	23,9	30,7
	poziom cholesterolu we krwi	
OGÓLEM	11,5	20,2
15-19 lat	5,8	12,7
20-29 lat	13,8	23,1

Wykres 99. Kobiety w wieku 15-29 lat, u których wykonano kiedykolwiek badanie cytologiczne według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Zwiększa się liczba młodych kobiet wykonujących badania cytologiczne, które mają kluczowe znaczenie w diagnozowaniu nowotworów narządów rodnych, przede wszystkim raka szyjki macicy. W 2014 r. ¾ młodych kobiet wieku 20-29 lat zadeklarowało, że miały kiedykolwiek wykonane to badanie. Wśród młodszych kobiet w wieku 15-19 lat badanie to wykonało 13,3% dziewcząt. W porównaniu z wynikami poprzednich badań największy wzrost odsetka przebadanych kobiet zaobserwowano w grupie dwudziestolatków (o ponad 6 p. proc. w stosunku do 2009 r.).

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

W 2014 r. z porady lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry udzielonej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie skorzystało 93% dzieci w wieku 0-14 lat (92,8% chłopców i 93,2% dziewcząt). Biorąc pod uwagę poszczególne grupy wieku najczęściej do pediatry chodziły dzieci w wieku 0-4 lata (97,2%), a stosunkowo najrzadziej 10-14 latki (88%). Nieznacznie częściej

z porad lekarskich korzystali chłopcy, z wyjątkiem grupy nastolatków, w której lekarza częściej odwiedzały dziewczęta.

Odsetek dzieci, które ponad rok temu lub dawniej korzystały z usług lekarza pierwszego kontaktu/pediatry wyniósł 6,6%, a biorąc pod uwagę płeć odsetki te utrzymywały się na zbliżonym poziomie (6,8% wśród chłopców i 6,4% wśród dziewczynek). Zaledwie 0,4% dzieci w wieku 0-14 lat nigdy nie było u lekarza POZ. Sytuacja ta dotyczyła w równym stopniu chłopców i dziewczynek.

Tabl. 4J. Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry w ciągu ostatnich 12 miesięcy w latach 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziew- częta	ogółem	chłopcy	dziew- częta
	w odsetkach					
DZIECI	88,4	88,4	88,5	93,0	92,8	93,2
0-4 lata	96,1	96,3	95,9	97,2	97,5	97,0
5-9	88,9	89,6	88,2	93,3	93,6	93,1
10-14 lat	80,6	79,7	81,6	88,0	86,9	89,2
MŁODZIEŻ	62,6	56,2	69,2	68,4	60,6	76,4
15-19 lat	69,6	64,9	74,5	73,3	68,8	78,1
20-29 lat	59,9	52,7	67,1	66,5	57,1	75,8

W stosunku do 2009 r. zaobserwowano wzrost odsetka dzieci korzystających z porad lekarzy ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym niemal w równym stopniu dotyczyło to zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Częstość odwiedzin lekarza pediatry najwięcej wzrosła w najstarszej grupie wieku (o 7,4 p. proc.).

W 2014 r. do lekarza pierwszego kontaktu lub rodzinnego w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zgłosiło się 68,4% młodych osób w wieku 15-29 lat (wzrost o 5,8 p. proc. w stosunku do 2009 r.), a niespełna 31% odbyło taką wizytę dawniej. Liczniej do lekarza pierwszego kontaktu zgłaszały się kobiety niż mężczyźni. W 2014 r. z porad lekarza rodzinnego skorzystało 76,4% kobiet i 60,6% mężczyzn (w porównaniu do 2009 r. wzrost odpowiednio o 7,2 i 4,4 p. proc.). Przewaga kobiet w korzystaniu z usług lekarskich zaznaczyła się najbardziej w grupie 20-29-latków i wyniosła 18,7 p. proc. w 2014 r.

Analizując wiek pacjentów należy odnotować, że częściej z usług lekarza rodzinnego korzystały osoby w wieku 15-19 lat niż w wieku 20-29 lat. Tendencję tę zaobserwowano zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, przy czym w większym stopniu dotyczyła ona mężczyzn niż kobiet. W 2014 r. w przypadku mężczyzn różnica pomiędzy nastolatkami a dwudziestolatkami wyniosła 11,7 p. proc., podczas gdy dla kobiet stanowiła tylko 2,3 p. proc.

W 2014 r. z usług lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie skorzystało 48,2% dzieci. Nieco częściej u specjalisty byli chłopcy niż dziewczynki i dotyczyło to

wszystkich grup wieku. Wizytę u takiego lekarza odbyło 50,6% chłopców oraz 45,8% dziewczynek. Niespełna 26% dzieci odwiedziło specjalistę ponad rok temu lub dawniej, natomiast nigdy nie było leczonych u specjalisty 24,1% chłopców i 28,1% dziewczynek.

Tabl. 4K. Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku w latach 2009 i 2014

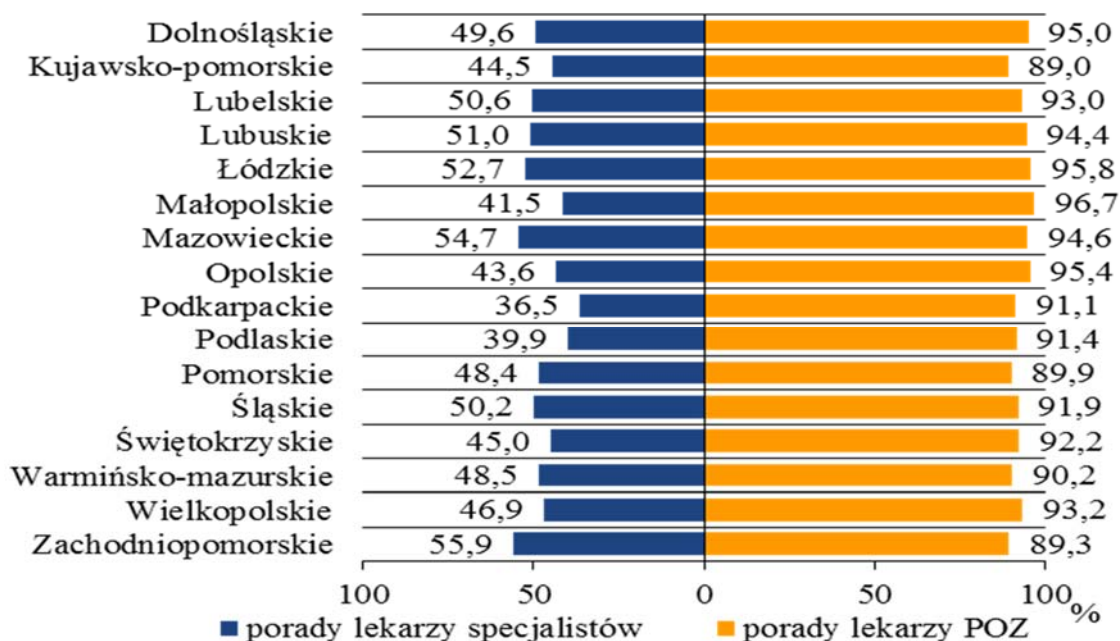
GRUPY WIEKU	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziew- częta	ogółem	chłopcy	dziew- częta
	w odsetkach					
DZIECI	40,0	41,4	38,5	48,2	50,6	45,8
0-4 lata	43,5	45,7	41,2	49,5	50,5	48,6
5-9	39,7	41,6	37,7	47,8	50,1	45,4
10-14 lat	36,8	37,2	36,4	47,2	51,3	43,0
MŁODZIEŻ	36,6	28,4	44,9	42,8	32,4	53,4
15-19 lat	34,0	30,6	37,5	40,0	34,9	45,5
20-29 lat	37,6	27,5	47,8	43,9	31,4	56,5

Odsetek dzieci korzystających z porad specjalistycznych malał wraz z wiekiem. W przypadku najmłodszej grupy wieku u lekarzy specjalistów była prawie połowa dzieci. Jednakże uwzględniając płeć, wśród chłopców największy odsetek dzieci korzystających z porad lekarzy specjalistów odnotowano w najstarszej grupie wieku (51,3%). Duża liczba dzieci w poszczególnych grupach wieku nigdy nie korzystała z porad lekarza specjalisty – w przypadku dzieci najmłodszych odsetek ten wyniósł 34,3%, dla starszych – 24,1%, a dla 10-14 latków – 19,2%.

Podobnie jak w przypadku wizyt u lekarza pierwszego kontaktu/pediatry w porównaniu do 2009 r. zaobserwowano wzrost odwiedzin u lekarzy specjalistów, zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewczynek. Odsetki korzystających z porad lekarza specjalisty wzrosły we wszystkich grupach wieku, przy czym największy (o 14,1 p. proc.) zaobserwowano wśród najstarszych chłopców. U dziewcząt dotyczył on grupy wieku 5-9 lat (7,7 p. proc.). Odsetek dzieci, które nigdy nie były u lekarza specjalisty zmniejszył się o 6,1 p. proc i wyniósł 26,1%.

W 2014 r. lekarzy specjalistów, w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, odwiedziło 42,8% młodych osób (wzrost o 6,2 p. proc. w stosunku do 2009 r.), a kolejne 38,1% w okresie ponad rok lub dawniej. Mężczyźni zdecydowanie rzadziej niż kobiety korzystali z usług specjalistów – w ciągu roku poprzedzającego badanie u specjalistów był leczony co trzeci mężczyzna i co druga kobieta. W przypadku mężczyzn częstość korzystania z usług lekarza specjalisty malała wraz z wiekiem – częściej specjalistów odwiedzali nastolatki niż mężczyźni w starszej grupie wieku, podczas gdy w grupie kobiet wystąpiła sytuacja odwrotna – przewaga kobiet w wieku 20-29 lat korzystających z porad lekarza specjalisty w porównaniu z młodszymi kobietami wyniosła 11 p. proc.

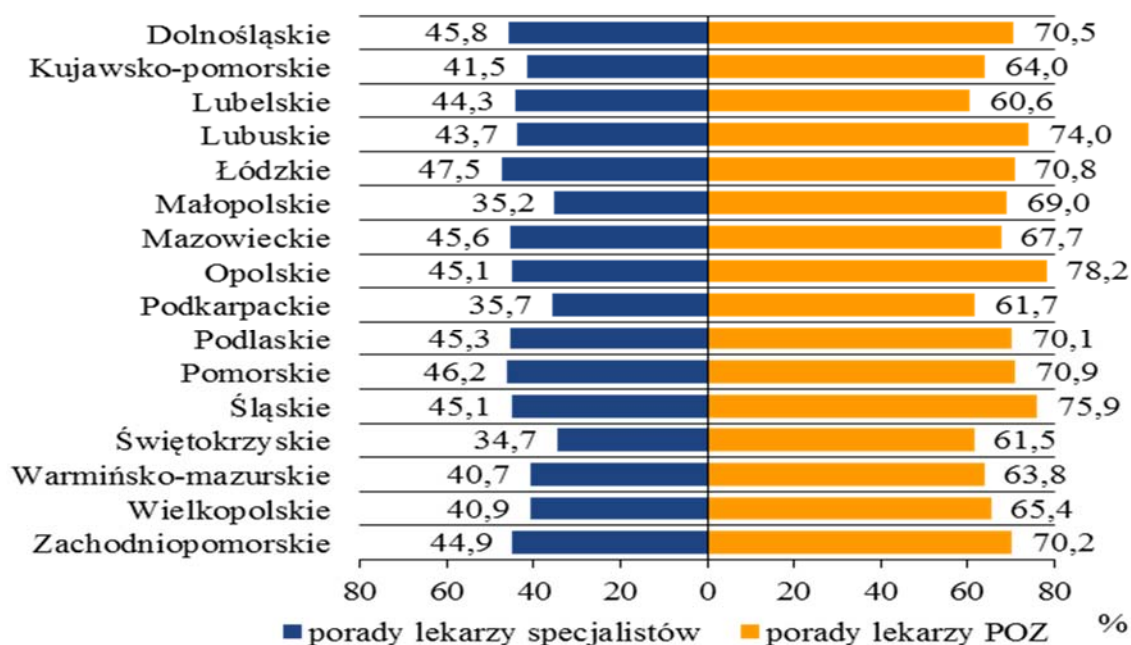
Wykres 100. Dzieci korzystające z porad lekarzy POZ i specjalistów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2014 r. najwięcej dzieci w wieku 0-14 lat korzystających z porad lekarza POZ w ciągu ostatnich 12 miesięcy odnotowano w województwach małopolskim (96,7%), łódzkim (95,8%) i opolskim (95,4%). Jedynie w trzech województwach: kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim i pomorskim, odsetek dzieci, które odbyły wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry nie przekroczył poziomu 90%. Analizując korzystanie przez dzieci z porad lekarzy specjalistów w okresie ostatnich 12 miesięcy można zauważyć, że najwięcej dzieci odwiedziło specjalistów w województwach zachodniopomorskim (55,9%), mazowieckim (54,7%) i łódzkim (52,7%), a najmniej w podkarpackim (36,5%) i podlaskim (39,9%).

W 2014 r. najwięcej młodzieży w wieku 15-29 lat korzystających z porad lekarzy pierwszego kontaktu w ciągu 12 ostatnich miesięcy odnotowano w województwach opolskim (78,2%) i śląskim (75,9%), a najmniej w województwach lubelskim (60,6%), świętokrzyskim (61,5%) i podkarpackim (61,7%). Z pomocy lekarzy specjalistów najliczniej skorzystała młodzież w województwach pomorskim (46,2%), dolnośląskim (45,8%) i mazowieckim (45,6%). Najmniej młodzieży leczyło się u lekarzy specjalistów w województwach świętokrzyskim (34,7%), małopolskim (35,2%) i podkarpackim (35,7%).

Wykres 101. Młodzież korzystająca z porad lekarzy POZ i specjalistów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Poprawiła się sytuacja w zakresie korzystania przez dzieci i młodzież z usług lekarzy stomatologów. W 2014 r. w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie dentystę lub ortodontę odwiedziło 70,4% dzieci w wieku 2-14 lat (o 14 p. proc. więcej niż w 2009 r.). Podobnie jak w poprzednim badaniu najczęściej z porad stomatologicznych korzystały dzieci w wieku 10-14 lat (odpowiednio 81,3% i 67,1%). Dentystę odwiedziło 78,3% dzieci w wieku 5-9 lat i 41,3% dzieci w wieku 2-4 lat (w porównaniu z 2009 r. odpowiednio więcej o 15,9 p. proc. i o 13,7 p. proc.). Kolejne 11,8% dzieci było u dentysty ponad rok temu lub dawniej, najwięcej z grupy 10-14-latków (15,9%). Nigdy do stomatologa nie zgłosiło się 17,8% dzieci (spadek o 3,5 p. proc. w porównaniu z 2009 r.). Podobnie jak i w poprzednim badaniu największą grupę niekorzystających z porad stomatologicznych odnotowano wśród najmłodszych (odpowiednio 52,6% i 63,0%). Odsetek dzieci, które nigdy nie odwiedziły gabinetów stomatologicznych dotyczył w równym stopniu chłopców i dziewczynek.

Tabl. 4L. Dzieci i młodzież lecząca się u lekarzy dentystów lub ortodontów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku w latach 2009 i 2014

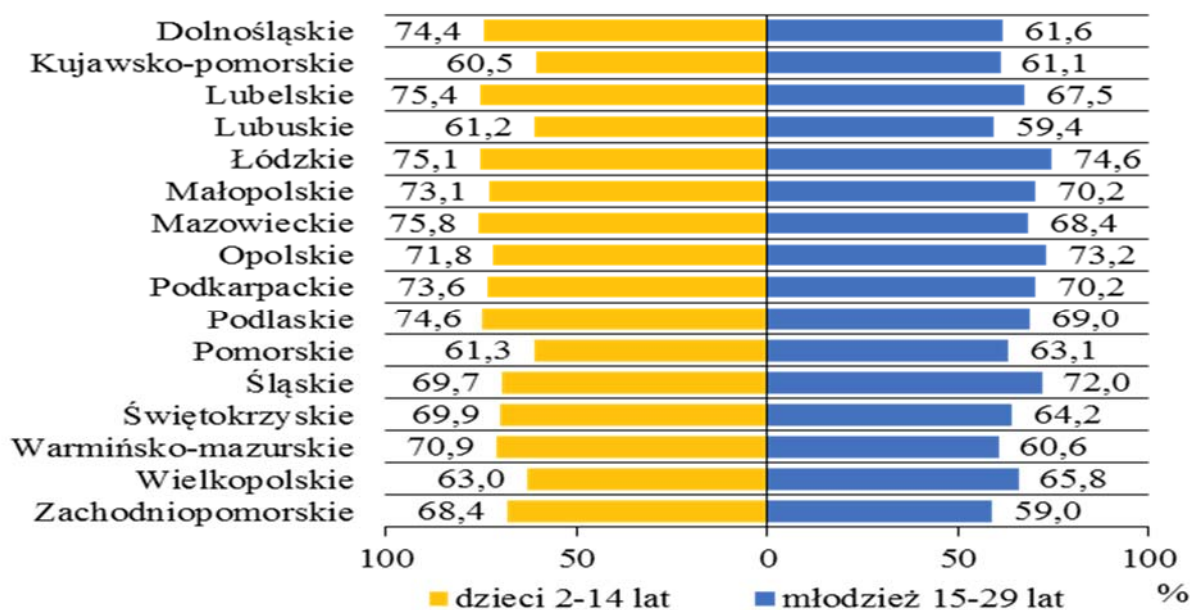
GRUPY WIEKU	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziewczęta	ogółem	chłopcy	dziewczęta
	w odsetkach					
DZIECI	56,4	54,8	58,0	70,4	69,7	71,1
2-4 lata	27,6	27,0	28,2	41,3	43,8	38,7
5-9	62,4	61,9	62,9	78,3	76,7	80,1
10-14 lat	67,1	64,2	70,2	81,3	79,3	83,4
MŁODZIEŻ	56,2	49,2	63,3	67,0	60,8	73,4
15-19 lat	59,1	53,5	64,9	72,3	68,0	76,9
20-29 lat	55,0	47,4	62,7	64,9	57,7	72,0

Generalnie chłopcy mniej licznie zgłaszali się do gabinetów dentystycznych. Tendencja ta występowała zarówno w 2014, jak i 2009 r., aczkolwiek przewaga dziewcząt zmniejszyła się w tym czasie z 3,2 p. proc. do 1,4 p. proc. Biorąc pod uwagę grupy wieku można zauważyć, że przewaga dziewcząt w korzystaniu z porad dentysty dotyczyła w 2014 r. tylko starszych grup – wśród najmłodszych dzieci to chłopcy częściej odwiedzali dentystę.

Podobnie jak w przypadku dzieci, również wśród młodzieży wzrósł odsetek korzystających z usług lekarzy dentystów lub ortodontów. W 2014 r. w ciągu ostatniego roku 67,0% osób w wieku 15-29 lat zgłosiło się do gabinetów dentystycznych (o 10,8 p. proc. więcej w porównaniu z 2009 r.). Wśród młodzieży odsetek osób leczących się u lekarzy dentystów zmniejszał się wraz z wiekiem. Częściej wizytę stomatologom składały osoby w wieku 15-19 lat (72,3%) niż dwudziestolatkowie (64,9%). Ponad rok temu lub dawniej dentystę odwiedziło 26,7% osób w wieku 15-19 lat i 33,9% w wieku 20-29 lat. Nigdy u dentysty lub ortodonta nie było 1,2% młodzieży i sytuacja ta dotyczyła w równym stopniu osób z młodszej i starszej grupy wieku.

Do lekarzy stomatologów częściej chodziły młode kobiety niż mężczyźni. W 2014 r. w okresie ostatnich 12 miesięcy z porad lekarza stomatologa skorzystało 73,4% kobiet, więcej o 12,6 p. proc. w porównaniu do mężczyzn, przy czym przewaga ta była większa w grupie 20-29-latków (14,3 p. proc.). Odsetki kobiet i mężczyzn, którzy nigdy nie odwiedzili gabinetów stomatologicznych, były na zbliżonym poziomie.

Wykres 102. Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarzy dentystów i ortodontów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Analizując zróżnicowanie terytorialne można zauważyć, że w 2014 r. najwyższy odsetek dzieci, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbyły wizytę u stomatologa odnotowano w województwach mazowieckim (75,8%), lubelskim (75,4%) i łódzkim (75,1%), a najniższy w kujawsko-pomorskim (60,5%), lubuskim (61,2%) i pomorskim (61,3%). W przypadku młodzieży największy odsetek korzystających z porad lekarzy dentyków/ortodontów odnotowano w województwie łódzkim (74,6%). Na drugim miejscu uplasowało się województwo opolskie (73,2%). Najmniejszy odsetek młodzieży korzystającej ze świadczeń stomatologicznych zaobserwowano w województwach zachodniopomorskim (59,0%) i lubuskim (59,4%).

Leczenie w szpitalach

W 2014 r. leczeniem szpitalnym, które wymagało pozostania w szpitalu przynajmniej na 1 noc, objętych było w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie 9,6% populacji dzieci w wieku 0- 4 lat. Odsetek dzieci hospitalizowanych malał wraz z wiekiem. Najczęściej w szpitalu przebywały najmłodsze dzieci – 13,5% (w 2009 r. 15,6%), podczas gdy w starszych grupach wieku odsetek przebywających w szpitalu był już prawie o połowę mniejszy i wynosił ponad 7%.

Porównując dane z lat poprzednich można zaobserwować, że częstość hospitalizacji nie zmieniła się znacząco w odniesieniu do 2009 r. Natomiast w porównaniu z wynikami badania stanu zdrowia w 2004 r. odsetek dzieci leczonych w trybie stacjonarnym zwiększył się o 1,0 p. proc.

Tabl. 4Ł. Dzieci i młodzież przebywająca w szpitalu z noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku w latach 2004, 2009, 2014

GRUPY WIEKU	2004	2009	2014		
			ogółem	chłopcy	dziewczeta
w odsetkach					
DZIECI	8,6	9,9	9,6	9,5	9,6
0-4 lata	12,6	15,6	13,5	11,4	15,8
5-9	8,1	8,2	7,8	9,3	6,1
10-14 lat	6,1	6,0	7,3	7,8	6,7
MŁODZIEŻ	7,5	6,0	6,3	4,8	7,8
15-19 lat	5,6	6,4	5,6	5,2	5,9
20-29 lat	8,4	5,8	6,6	4,6	8,6

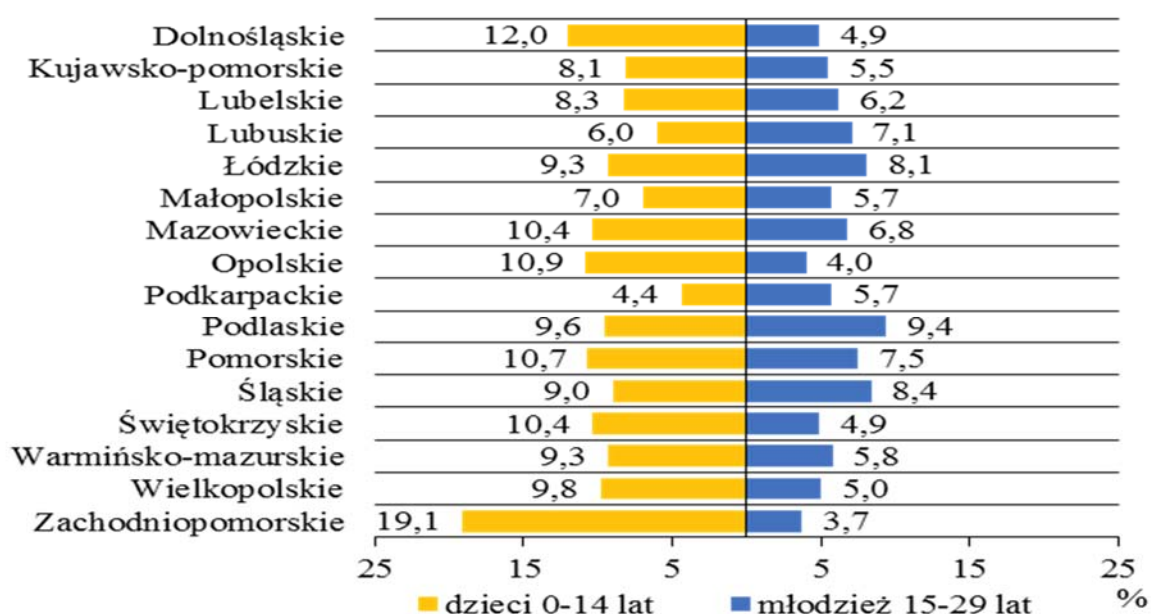
W 2014 r. w odróżnieniu od lat poprzednich chłopcy nieznacznie rzadziej przebywali w szpitalu niż dziewczęta. Analizując poszczególne grupy wieku można zauważyć, że różnica ta była najbardziej znacząca wśród najmłodszych (11,4% chłopców oraz 15,8% dziewczynek), podczas gdy w starszych grupach wieku rzadziej do szpitali z noclegiem przyjmowane były dziewczęta.

Wśród młodzieży w wieku 15-29 lat w 2014 r. leczeniu szpitalnemu poddało się 6,3% osób, podobnie jak w 2009 r. Częściej hospitalizowana była młodzież w wieku 20-29 lat, natomiast biorąc pod uwagę płeć pacjentów w szpitalu częściej przebywały kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 7,8% i 4,8%). W odróżnieniu od dzieci przebywających w szpitalach częstość hospitalizacji młodzieży

spadła w porównaniu do wyników badania z 2004 r., przy czym spadek dotyczył zbiorowości leczonych mężczyzn.

Analizując zróżnicowanie terytorialne można zaobserwować, że najliczniej leczono stacjonarnie dzieci z województwa zachodniopomorskiego (19,1%), a najrzadziej dzieci zamieszkałe w województwie podkarpackim (4,4%). W przypadku młodzieży z leczenia szpitalnego najczęściej korzystała młodzież mieszkająca w województwie podlaskim (9,4%), a najrzadziej młodzież z województwa zachodniopomorskiego (3,7%) i opolskiego (4,0%).

Wykres 103. Dzieci i młodzież leczona w szpitalach z noclegiem w ciągu 12 ostatnich miesięcy według województw w 2014 r.



Alternatywną formą leczenia szpitalnego jest leczenie w tzw. szpitalach dziennych. Pacjent po przyjęciu rano do szpitala ma wykonywane niezbędne badania i zabiegi, a następnie tego samego dnia jest wypisany do domu.

W 2014 r. z takiej formy leczenia szpitalnego w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie skorzystało 6,8% dzieci w wieku 0-14 lat. Najczęściej jednodniowej hospitalizacji poddawały się najmłodsze dzieci – 7,1%. Odsetek dzieci leczonych w szpitalach w trybie dziennym malał wraz z ich wiekiem – wśród dzieci w wieku 5-9 lat wyniósł 6,8%, a w najstarszej grupie wieku – 6,5%.

Tabl. 4M. Dzieci i młodzież przebywająca w szpitalu w trybie dziennym w ciągu 12 ostatnich miesięcy według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2004	2009	2014		
			ogółem	chłopcy	dziewczęta
w odsetkach					
DZIECI	2,0	3,0	6,8	7,5	6,1
0-4 lata	2,9	3,2	7,1	8,4	5,8
5-9	1,8	2,8	6,8	7,3	6,4
10-14 lat	1,4	2,9	6,5	6,8	6,1
MŁODZIEŻ	2,2	2,1	4,9	5,1	4,7
15-19 lat	2,0	1,5	4,3	4,5	4,0
20-29 lat	2,2	2,4	5,1	5,4	4,9

W 2014 r. częściej z pobytu dziennego w szpitalach korzystali chłopcy niż dziewczęta (o 1,4 p. proc. więcej). Taką tendencję zaobserwowano w każdej grupie wieku, przy czym największa różnica wystąpiła w najmłodszej grupie – przewaga chłopców nad dziewczynkami wyniosła 2,6 p. proc.

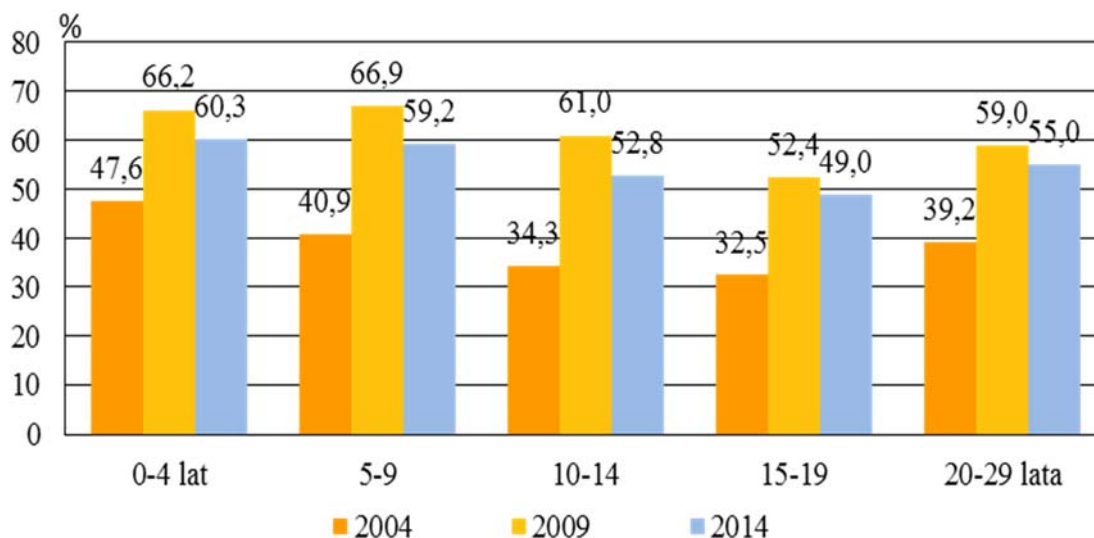
W porównaniu do poprzedniego badania odsetek leczonych dzieci w szpitalach dziennych wzrósł ponad dwukrotnie. Podobny wzrost wystąpił w grupie młodzieży. W 2014 r. leczeniu szpitalnemu w trybie dziennym poddało się 4,9% młodzieży w wieku 15-29 lat, podczas gdy w 2009 r. było to ponad 2%. W odróżnieniu od populacji dzieci odsetek młodych osób, które poddawały się jednodniowej hospitalizacji rósł wraz z wiekiem. Częściej z tej formy leczenia korzystali mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 5,1% i 4,7%).

Stosowanie leków

Pytania dotyczące stosowania leków były zadawane według dwóch odrębnych list leków (dla dzieci i dla dorosłych) i obejmowały wszystkie zażywane w okresie ostatnich 2 tygodni leki, zarówno przepisane przez lekarza, jak i przyjmowane „na własną rękę”. W przypadku osób w wieku 15 lat i więcej na pytania nie mogła odpowiadać osoba zastępcza. Należy również zauważyć, że Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia, czyli w okresie nasilenia dolegliwości związanych z przeziębieniami i grypą, co mogło powodować zwiększenie częstości stosowania leków.

W 2014 r. w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie 57,6% dzieci do 14 roku życia zażywało leki. Wraz z wiekiem zmniejszał się odsetek dzieci, którym podawano leki. W 2014 r. leki nieznacznie częściej przyjmowały dziewczęta niż chłopcy – odpowiednio 58,6% i 56,7%. We wcześniejszych edycjach badania wystąpiła odwrotna tendencja.

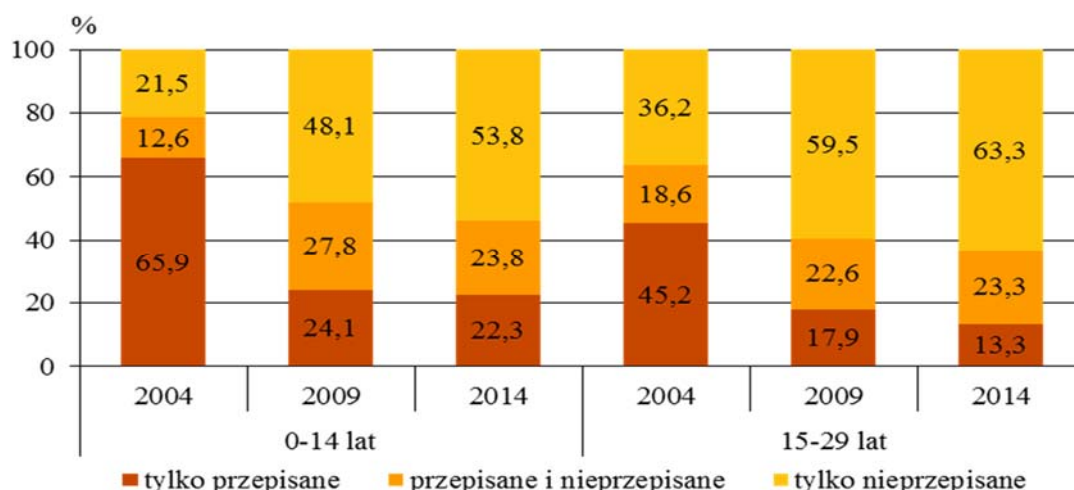
Wykres 104. Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Wśród młodzieży odsetek zażywających leki był mniejszy niż w przypadku populacji dzieci i wyniósł 53,3%. Częściej leki stosowali dwudziestolatkowie niż osoby w wieku 15-19 lat. Analizując strukturę młodych osób zażywających leki według płci można zauważyć, że leki częściej zażywały kobiety niż mężczyźni i tendencję taką zaobserwowano we wszystkich edycjach badania. Jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań w porównaniu do 2009 r. nastąpił spadek konsumpcji leków we wszystkich grupach wieku, jednakże w perspektywie 10 lat częstość zażywania różnych medykamentów przez dzieci i młodzież znacznie wzrosła.

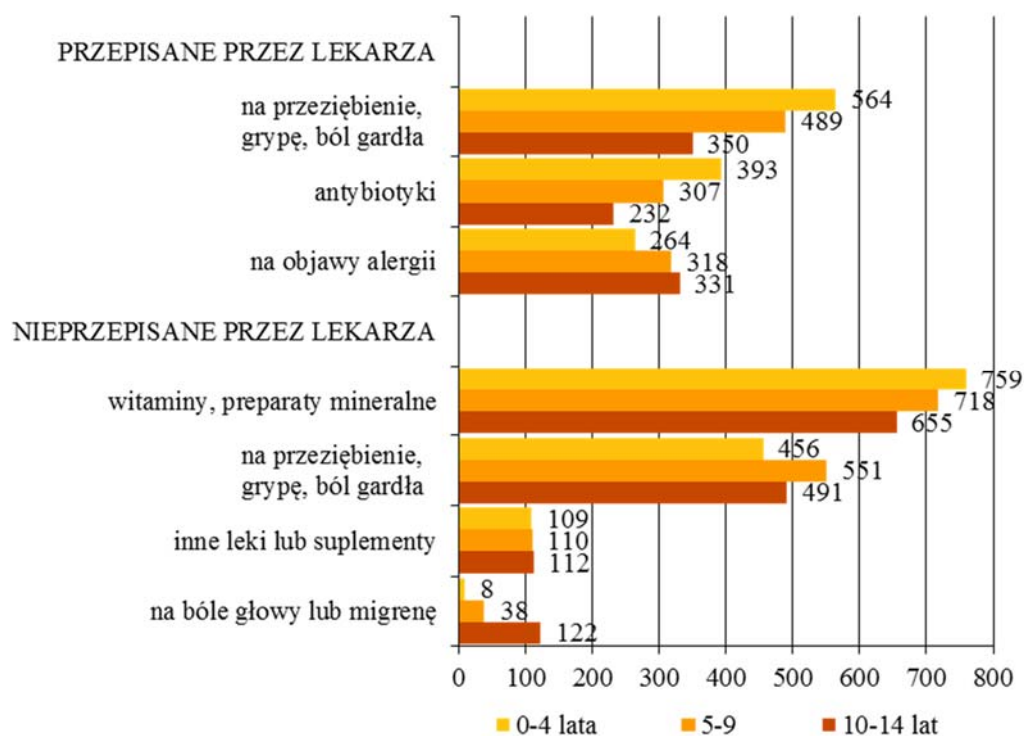
Analizując strukturę dzieci i młodzieży zażywającej leki według rodzaju przyjmowanych leków można zauważyć, że w 2014 r. ponad połowa dzieci i prawie dwie trzecie młodzieży w wieku 15-29 lat zażywającej leki stosowała wyłącznie medykamenty nieprzepisane przez lekarza. Relatywnie częściej tego rodzaju leki aplikowano starszym dzieciom (5-14 lat), jak również młodzieży. Wyłącznie leki przepisane przez lekarza zażywało 22,3% dzieci oraz 13,3% młodych osób. W porównaniu do poprzednich edycji badania zmieniła się struktura konsumpcji leków polegająca na coraz częstszym przyjmowaniu wyłącznie leków kupowanych bez recepty. W porównaniu do 2004 r. odsetki dzieci i młodzieży zażywających tylko leki przepisane przez lekarza spadły 3-krotnie.

Wykres 105. Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według rodzaju leków w 2014 r.

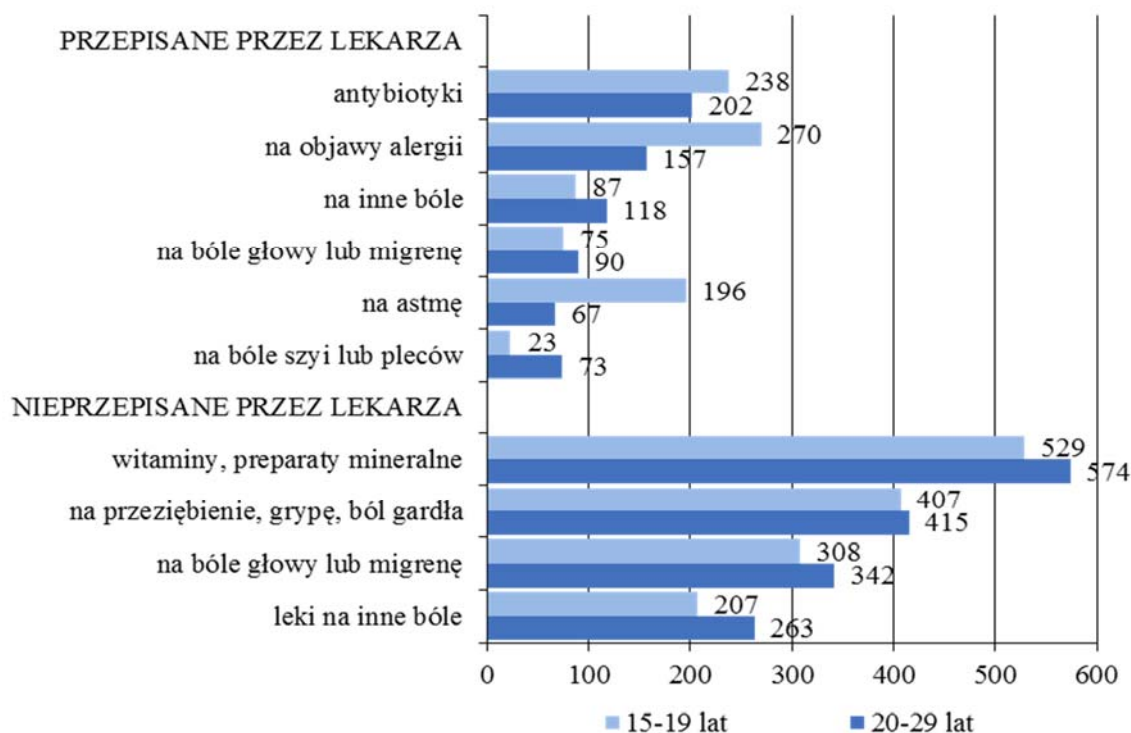


Spośród leków przepisanych przez lekarza w 2014 r. dzieci najczęściej przyjmowały leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (przyjmowało je 480 dzieci na 1000 zażywających leki), antybiotyki (319 dzieci) oraz na objawy alergii (301 dzieci). Spośród leków stosowanych bez recepty dzieciom najczęściej aplikowano witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające (przyjmowało je 715 dzieci na 1000 zażywających leki nieprzepisane przez lekarza) oraz leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (501 dzieci). Warto zauważyć, że w 2014 r. dzieci stosunkowo często zażywały leki na bóle głowy lub migrenę (51 dzieci na 1000 zażywających), przy czym leki te najczęściej stosowano w najstarszej grupie wieku (122 dzieci).

Wykres 106. Dzieci zażywające leki w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie według wybranych rodzajów leków w 2014 r. (na 1000 dzieci zażywających leki)



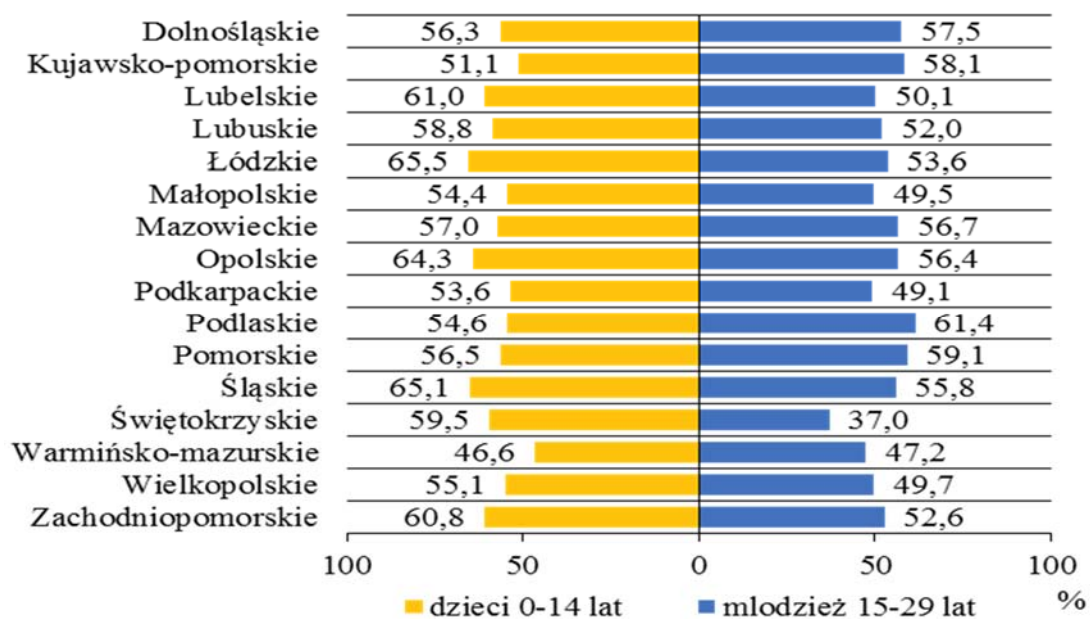
Wykres 107. Młodzież zażywająca leki w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie według wybranych rodzajów leków w 2014 r. (na 1000 osób zażywających leki)



Spośród leków przepisanych przez lekarza młodzież najczęściej stosowała antybiotyki – 211 osób na 1000 osób zażywających tego rodzaju leki. Na drugiej pozycji w 2014 r. znalazły się leki na objawy alergii (185 osób), a na trzeciej – leki na inne bóle (111 osób). Spośród leków kupowanych bez recepty w 2014 r. młodzież najczęściej zażywała witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające (odpowiednio 563 osoby na 1000 stosujących leki), leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (413 osób), na bóle głowy lub migrenę (333 osoby) oraz leki na inne bóle (249 osób).

Analizując zróżnicowanie terytorialne można zaobserwować, że w 2014 r. leki w badanym okresie najczęściej przyjmowały dzieci w województwach łódzkim i śląskim (ponad 65%), natomiast w przypadku populacji osób w wieku 15-29 lat relatywnie najczęściej leki zażywała młodzież w województwie podlaskim (ponad 61%). Leki najrzadziej stosowały dzieci w województwie warmińsko-mazurskim (ponad 46%) oraz młodzież w województwie świętokrzyskim (37%).

Wykres 108. Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według województw w 2014 r.



4.2 PROBLEMY POMIARU DOSTĘPU DO PUBLICZNYCH ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (AOS)

Wprowadzenie

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych realizowanych w ramach projektu badawczego pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”¹³¹. Jego celem było rozpoznanie możliwości uzyskania nowych wskaźników lub opracowania metodologii badań statystycznych na podstawie danych administracyjnych w wybranych obszarach, ważnych z punktu widzenia prowadzenia monitoringu polityki spójności, w perspektywie finansowej 2014-2020. Obszarem badawczym były usługi publiczne realizowane lub nadzorowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub służby państwowe a przedmiotem badania realizacja zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia polegających na zapewnieniu obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Badanie zostało przeprowadzone z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza głównie powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2), a w niektórych przypadkach gminy (NTS 5).

Problemy z wiarygodnością pomiaru dostępności do świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z ustawami o samorządach: gminnym, powiatowym i wojewódzkim jednostki samorządu terytorialnego (jst) realizują zadania związane z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa. Dla określonej jednostki samorządu terytorialnego, na potrzeby takich analiz ważne są trzy grupy pacjentów. Pierwsza grupa to mieszkańcy, którzy podejmują leczenie w miejscu zamieszkania. Druga grupa to mieszkańcy, którzy podejmują leczenie w placówkach opieki zdrowotnej działających poza miejscem zamieszkania. Zdarza się również, że placówka lecznicza znajduje się w obrębie analizowanej jednostki samorządu terytorialnego ale obejmuje opieką mieszkańców sąsiednich miejscowości. Ich mieszkańcy stanowią trzecią grupę pacjentów. Z perspektywy oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej przez JST ważne są dwie pierwsze grupy. Brak na terenie danej jednostki samorządu oddziału szpitalnego lub poradni specjalistycznej danej specjalności często stanowi przesłankę, na podstawie której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Należy jednak mieć na uwadze, że pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala lub przychodni

¹³¹ Praca realizowana w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2007-2013 oraz programowania i monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013. Praca została wykonana przez Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS w Jachrance na zlecenie Głównego Urzędu Statystycznego (umowa nr 27/BR-POPT/CBiES/2015 z dnia 22 stycznia 2015 r.).

specjalistycznej kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem lub przychodnią, nie zawsze musi być najważniejsza.

Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne to podstawowy wskaźnik brany pod uwagę podczas dyskusji nad stanem systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście bieżącej polityki krajowej. Posiada on silne umocowanie w systemie ochrony zdrowia. Źródłem jego stosowania jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), dla której aktem wykonawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661) zwanych dalej listami oczekujących. W konsekwencji, to listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, ze względu na szeroki zasięg, są w Polsce jedynym systemowym rozwiązaniem służącym ocenie dostępności do świadczeń, chociaż, co należy mieć na względzie, posiadającym ograniczenia. Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest kształtowana bowiem przez czynniki leżące zarówno po stronie świadczeniodawcy (np. poprzez skracanie czasu pracy placówek udzielających świadczenia, wydłużanie czasu jednostkowego świadczenia, nieefektywną organizację), ich płatnika (np. poprzez określony budżet, wycenę świadczeń zdrowotnych, przestrzenną strukturę finansowania świadczeń), organizatora opieki zdrowotnej (m.in. poprzez niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i samego świadczeniobiorcy czyli pacjenta (m.in. poprzez zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia korzystanie z usług zdrowotnych)¹³².

Wskaźnik „czas oczekiwania” paradoksalnie wykorzystywany jest zarówno przez zwolenników tezy o poprawiającym się systematycznie stanie opieki zdrowotnej jak i jej przeciwników. Wynika to z braku możliwości odniesienia wartości obliczonego wskaźnika do przyjętych standardów dotyczących maksymalnego czasu oczekiwania na określone świadczenie zdrowotne. Problematykę tę porusza w pewnym stopniu rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.¹³³ Zgodnie z nim ustalenie dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego lub świadczenia wysokospecjalistycznego dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł profesora

¹³² Krot K., Glińska E. Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, Uniwersytet Rzeszowski, 2003-2004, nr 3, s. 399-413

¹³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U.07.250.1884)

lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Ustalenia takiego dokonuje się jednak indywidualnie w odniesieniu do pacjenta, na podstawie: stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby. W trakcie analiz i ocen dotyczących dostępności do świadczeń zdrowotnych warto mieć na uwadze, że niezależnie od miejsca w kolejce, w przypadku zagrożenia zdrowia pacjent może być przyjęty poza kolejnością, a w przypadku zagrożenia życia, przyjmowany jest do szpitala natychmiast. W wielu przypadkach pacjenci, chociaż mają możliwość wyboru szpitala, gdzie czas oczekiwania jest krótszy, to decydują się na dłuższe oczekiwanie ze względu na takie czynniki jak: odległość od miejsca zamieszkania swojego lub rodziny, renowacja placówki, opinia na temat lekarza. Uwarunkowania te sprawiają, że czas oczekiwania nie jest do końca obiektywnym wskaźnikiem umożliwiającym ocenę dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych i konieczne jest poszukanie innego bardziej miarodajnego wskaźnika.

Dostępność do publicznych usług ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej i szpitalnej często analizuje się na podstawie porównania liczby szpitali i poradni specjalistycznych z kontraktem NFZ i bez kontraktu, oraz analizy tych wielkości z perspektywy jednostek samorządu terytorialnego. Brak szpitala lub przychodni ambulatoryjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych w oparciu o kontrakt z NFZ stanowi często argument pod kątem konieczności rozbudowy infrastruktury szpitalnej i ambulatoryjnej- specjalistycznej. Nawet, jeśli analizy takie dokonuje się na wyższym poziomie szczegółowości tj. przy uwzględnieniu liczby łóżek, hospitalizacji czy liczby porad specjalistycznych w odniesieniu do liczbę mieszkańców danego szczebla samorządu terytorialnego to pomiary takie nadal mogą być obarczone błędem, gdyż wykonywane są według miejsca wykonania świadczenia i często nie biorą pod uwagę kwestii migracji pacjentów pomiędzy województwami i powiatami. Czynnikiem wpływającym na wybór szpitala lub przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez pacjenta są nie tylko odległość szpitala od miejsca zamieszkania, ale i renowacja placówki, czas oczekiwania, specjalizacja oddziału lub możliwość zapewnienia opieki przez rodzinę. Dostępność do oddziałów o specjalności chirurgia ogólna oraz położnictwo powinno się rozpatrywać raczej z perspektywy powiatu (NUTS-4) niż województwa, natomiast dostępność do oddziałów o specjalności: kardiologia czy neurologia odwrotnie tj. z perspektywy województwa (NUTS-2).

Próbę przyporządkowania specjalności oddziałów do poziomów referencyjnych Ministerstwo Zdrowia podjęło już w 1998 roku.¹³⁴ Do pierwszego poziomu referencyjnego miały trafić szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Mogły one także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia wymagał świadczeń zdrowotnych w dłuższym okresie czasu niż 4 tygodnie, a w szczególności

¹³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz. U. 1998 nr 164 poz. 1193, z późn. zm.)

w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej oraz psychiatrycznej. Drugi poziom referencyjny miał obejmować szpitale wojewódzkie udzielające oprócz świadczeń zdrowotnych przypisanych do pierwszego poziomu referencyjnego również świadczenia z zakresu kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej. Szpitale te mogły także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia nie wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej. Trzeci poziom referencyjny miał obejmować szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe resortowi zdrowia.¹³⁵

Statystyczny pomiar dostępności do świadczeń zdrowotnych. Możliwości i ograniczenia.

Poszukując bardziej miarodajnego wskaźnika można przyjąć założenie, że sytuacja, kiedy pacjent podejmuje decyzję, że jest gotowy sfinansować leczenie ze środków innych niż publiczne (środki prywatne, ubezpieczenie komercyjne) może oznaczać uznanie, że według jego standardów, świadczenie oferowane w ramach systemu publicznego jest niedostępne i musi je nabyć w ramach środków prywatnych. Konstrukcja wskaźnika np. w przypadku leczenia szpitalnego powinna więc opierać się na porównaniu danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczących hospitalizacji sfinansowanych ze środków publicznych oraz danych dotyczących wszystkich hospitalizacji niezależnie od sposobu ich sfinansowania, a także uwzględniać miejsce zamieszkania pacjenta. Obliczenia takiego wskaźnika można dokonać porównując dane gromadzone w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29 oraz dane gromadzone w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej NFZ. Wyniki porównania danych dotyczących szpitalnych świadczeń zdrowotnych zgromadzonych przez NFZ za lata 2009 – 2011 w rodzaju leczenie szpitalne¹³⁶ oraz danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia za lata 2009 – 2011 wykazały, że udział hospitalizacji sfinansowanych w ramach środków NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji wyniósł w 2009 r. – 80,97%, w roku 2010 – 78,19%, a w roku 2011 – 84,60%. Można z tego wyciągnąć wniosek, że ogólna dostępność do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych zauważalnie wzrosła.

Próba dokonania obliczeń tego wskaźnika na poziomie powiatu oraz w obrębie poszczególnych typów oddziałów trafia jednak na poważne bariery wynikające ze specyfiki procesów

¹³⁵ We wrześniu 2016 roku Ministerstwo Zdrowia powróciło do koncepcji powołania krajowej sieci szpitali. Do konsultacji społecznych trafił projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzający rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali. Projekt zmian ma na celu optymalizację liczby oddziałów specjalistycznych i umożliwienie lepszej koordynacji świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

¹³⁶ Analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009 – 2011 w rodzaju leczenie szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>

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

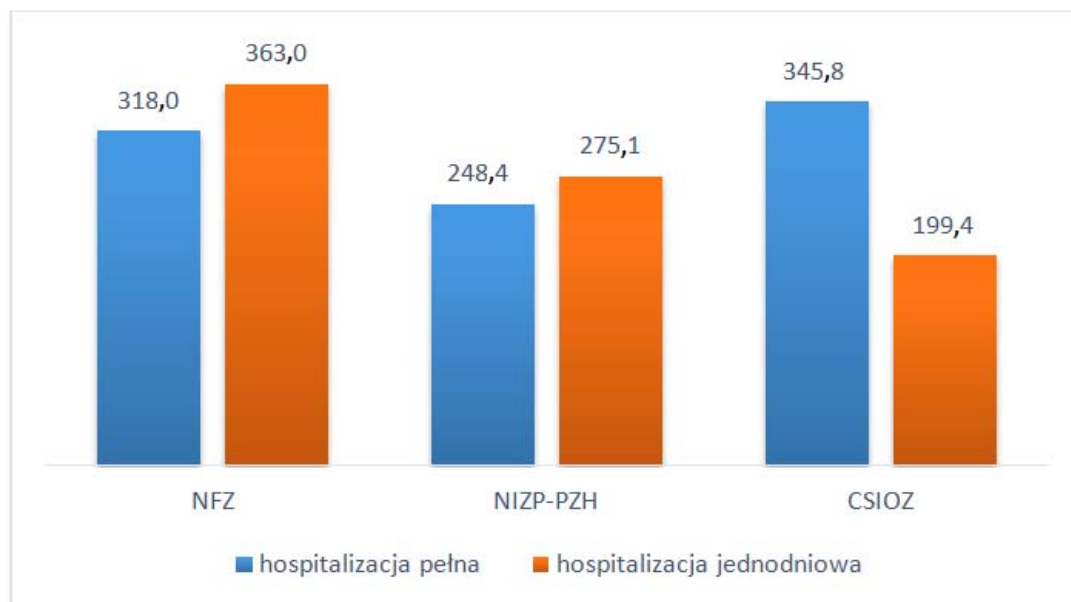
Z porównania danych zgromadzonych przez NFZ i NIZP-PZH wynika, że w wielu przypadkach liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NFZ jest większa niż liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NIZP-PZH. Nierzadko zdarza się również, że choć usługa medyczna ma charakter ambulatoryjny, to jednak ze względu na duży poziom skomplikowania i duże prawdopodobieństwo powikłań zagrażających życiu pacjenta musi być wykonana na oddziale szpitalnym, a co za tym idzie może być wykazywana w sprawozdaniach do NFZ, jako hospitalizacja jednodniowa. Może natomiast nie być wykazywana w rocznych sprawozdaniach MZ-29 przesyłanych do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Takie sytuacje mogą zdarzać się zwłaszcza w przypadku chemioterapii i radioterapii. Tezę tę potwierdza analiza danych gromadzonych w NFZ, CSIOZ oraz NIZP-PZH wykonana podczas realizacji wspomnianego na wstępie projektu badawczego pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”. Według danych z systemu RUM-NFZ¹³⁷ w roku 2014 na oddziałach onkologicznych odnotowano 318,1 tys. hospitalizacji pełnych oraz 363,1 tys. jednodniowych. Podobne proporcje pomiędzy liczbą hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych zaobserwować można analizując dane gromadzone przez NIZP-PZH. Według NIZP-PZH za rok 2014 odnotowano na oddziałach onkologicznych 248,4tys. hospitalizacji pełnych i 275.1 tys. jednodniowych. Oczywiście liczba hospitalizacji finansowanych w ramach umów z NFZ nie może być większa od całkowitej liczby hospitalizacji, a różnica wynika przede wszystkim z mniejszej kompletności badań prowadzonych przez NIZP-PZH¹³⁸. Jednak proporcje pomiędzy hospitalizacją pełną i jednodniową są podobne. W przypadku NFZ stosunek hospitalizacji pełnych do hospitalizacji jednodniowych wyniósł 0,88 a w przypadku NIZP-PZH – 0,90. Inne wyniki uzyskamy analizując dane gromadzone przez

¹³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2013 poz. 514).

¹³⁸ Jednym ze sposobów umożliwiających podniesienie kompletności danych gromadzonych przez PZH – NIZP mogłoby być wprowadzenie identyfikatora karty statystycznej szpitalnej wykazywanej obowiązkowo w sprawozdaniach przesyłanych do NFZ, jako elementu kontrolnego, tak jak zrobiono to w przypadku karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

CSIOZ na podstawie sprawozdań z działalności szpitala ogólnego MZ-29, Według nich, w roku 2014 hospitalizacji pełnych na oddziałach onkologicznych było 345,8 tys. a jednodniowych 199,4 tys.¹³⁹.

Wykres 109. Liczba hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych wg informacji gromadzonych przez NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH w 2014 (w tys.)



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

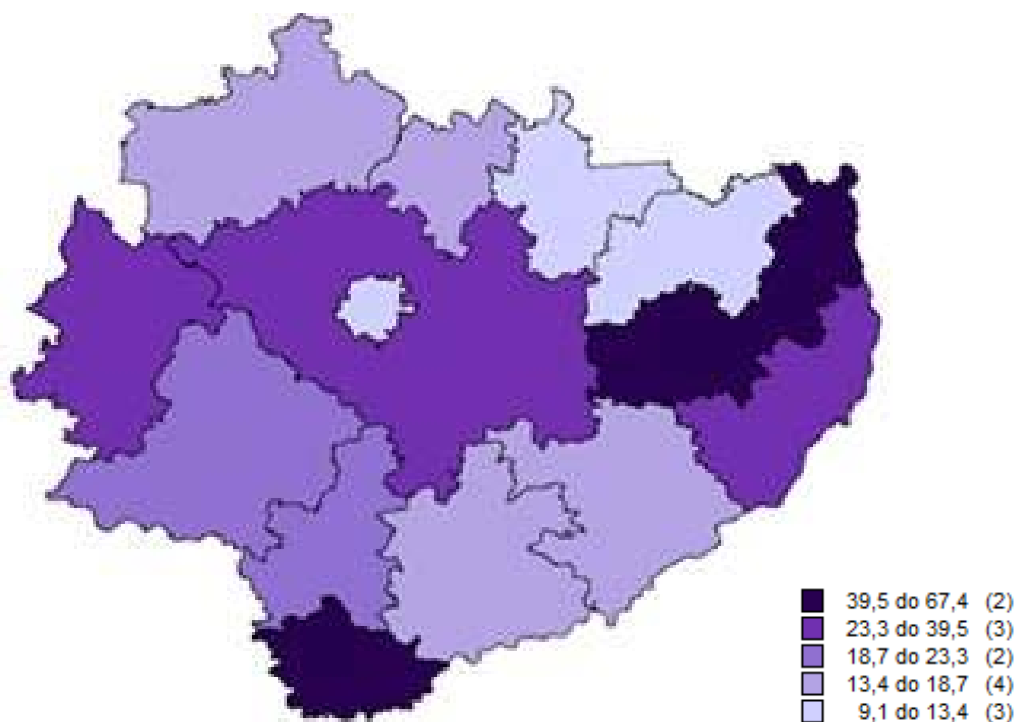
Większość z istniejących wskaźników posiada mocne ograniczenia, aby można było na ich podstawie wyciągać uprawnione wnioski, co do stanu dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Największe ograniczenia posiada wskaźnik: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wśród nich można znaleźć zarówno duże centra zdrowia, których zasięg działania obejmuje niekiedy cały powiat, a nierzadko kilka sąsiadujących ze sobą powiatów jak i małe specjalistyczne praktyki lekarskie.

Ponadto, podobnie jak w przypadku szpitali, zasadniczy problem dotyczy sposobu identyfikacji przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Może zostać ona wyodrębniona, jako odrębne przedsiębiorstwo, jednostka organizacyjna

¹³⁹ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2015.

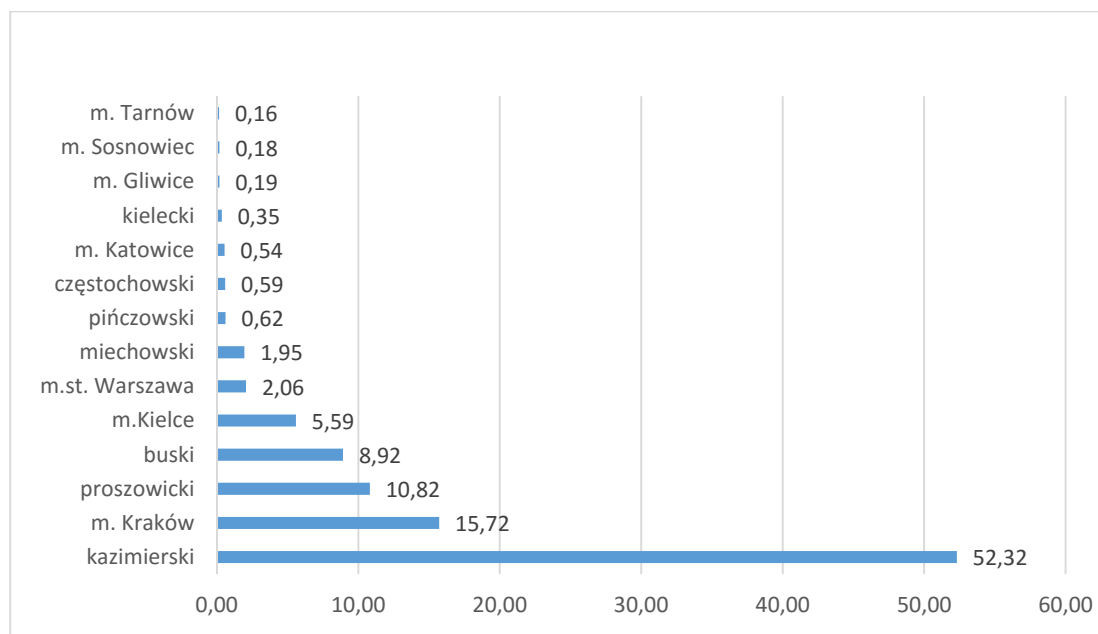
przedsiębiorstwa lub jego komórka organizacyjna. Szczególnie widać to w przypadku dużych sieci medycznych, w skład, których może wchodzić wiele przedsiębiorstw ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z których każde może mieć kilka przychodni, stanowiących odrębne jednostki organizacyjne. GUS na , opracowuje sprawozdanie ZD-3 w kontekście położenia przedsiębiorstw i jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego a nie podmiotu leczniczego jako całości, co pozwala na uniknięcie tych trudności. Warto jednak podkreślić, że na podstawie samej liczby przychodni nie powinno się wyciągać zbyt kategorycznych wniosków co do dostępności do opieki specjalistycznej, gdyż przychodnie różnią się wielkością i potencjałem pod względem np. liczby zatrudnionych lekarzy. Ponadto statystyki nie uwzględniają ruchów migracyjnych pacjentów, którzy mogą kierować się różnymi przesłankami dotyczącymi wyboru poradni, niekoniecznie związanymi z odległością i terminem dotarcia do placówki opieki zdrowotnej z miejsca zamieszkania (np. bliskość miejsca nauki lub pracy). Problem ten ukazuje mapa 18. Wynika z niej, że ponad 40% mieszkańców powiatu opatowskiego oraz kazimierskiego w województwie świętokrzyskim otrzymało w 2013 roku świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. Z wykresu 109 wynika, że główne kierunki migracji mieszkańców powiatu kazimierskiego w celu uzyskania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to dwa powiaty woj. małopolskiego tj. Miasto Kraków oraz powiat proszowski.

Mapa 18. Odsetek mieszkańców powiatów woj. świętokrzyskiego, którzy skorzystali ze świadczeń AOS finansowanych ze środków NFZ w placówkach innych powiatów w 2014 r., według powiatów [%]



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

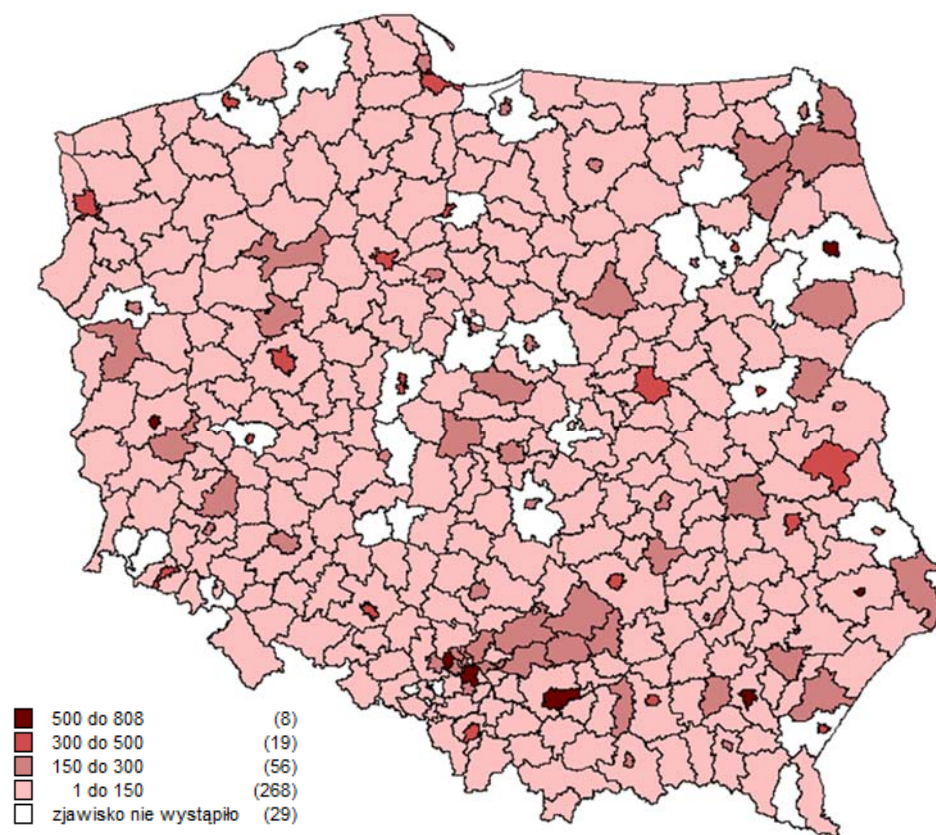
Wykres 110. Mieszkańcy powiatu kazimierskiego korzystający z usług AOS w 2014, według lokalizacji placówki (w %)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

Innym wskaźnikiem często stosowanym w statystyce jest liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów. Wskaźnik ten lepiej odzwierciedla skłonność do korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej na terenie powiatu, jednak również ma swoje ograniczenia, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pomiędzy powiatami, które, jak wspomniano wyżej, może mieć różne przyczyny. Z analizy mapy 19 wnioskować można, że istnieje wyraźna tendencja do korzystania z poradni kardiologicznych zlokalizowanych na terenie miast wojewódzkich oraz dużych miast. Istnieje ponadto wiele powiatów, na terenie, których nie udzielono żadnych porad kardiologicznych, co nie oznacza, że mieszkańcy takich powiatów nie mają dostępu do poradni kardiologicznych. Korzystają oni najprawdopodobniej z poradni zlokalizowanych na terenie sąsiednich powiatów. Podczas analizy mapy 19 należy jednak mieć ponadto na uwadze różnice w metodzie i organizacji procesów sprawozdawczości statystycznej. Jeśli bowiem np. w danym powiecie została zlokalizowana poradnia kardiologiczna, ale stanowi ona pod względem formalno-prawnym komórkę organizacyjną, wchodzącą w skład jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa zlokalizowanego w innym powiecie, to dane dotyczące liczby porad kardiologicznych wykonanych w tej komórce organizacyjnej zostaną przypisane do jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa, a więc potraktowane będą, jako porady wykonane w powiecie zgodnym z lokalizacją jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa.

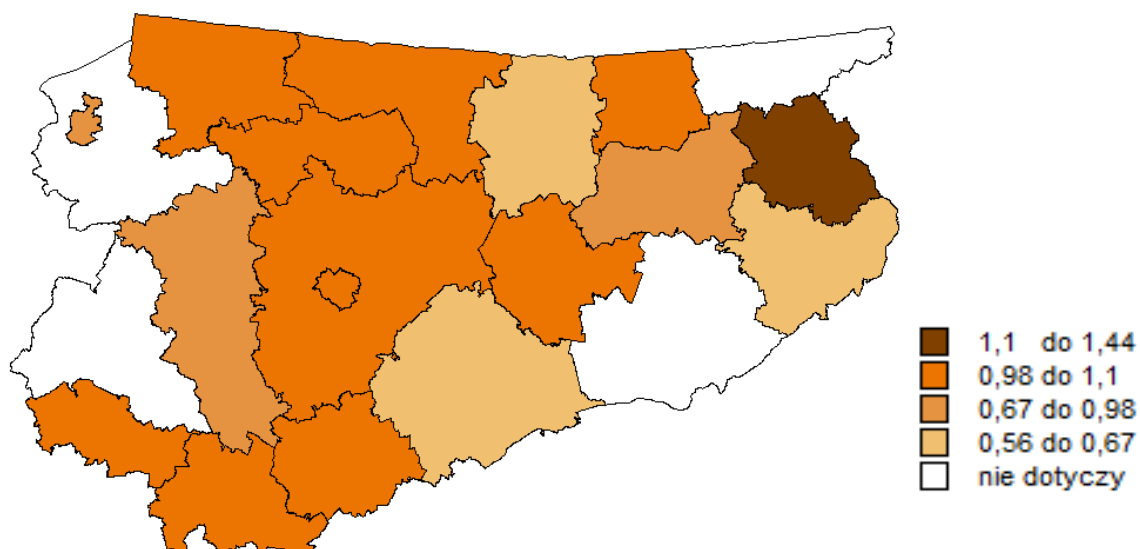
Mapa 19. Liczba porad kardiologicznych udzielonych na terenie powiatu w poradniach danego typu na 1 tys. mieszkańców w 2014 r.



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

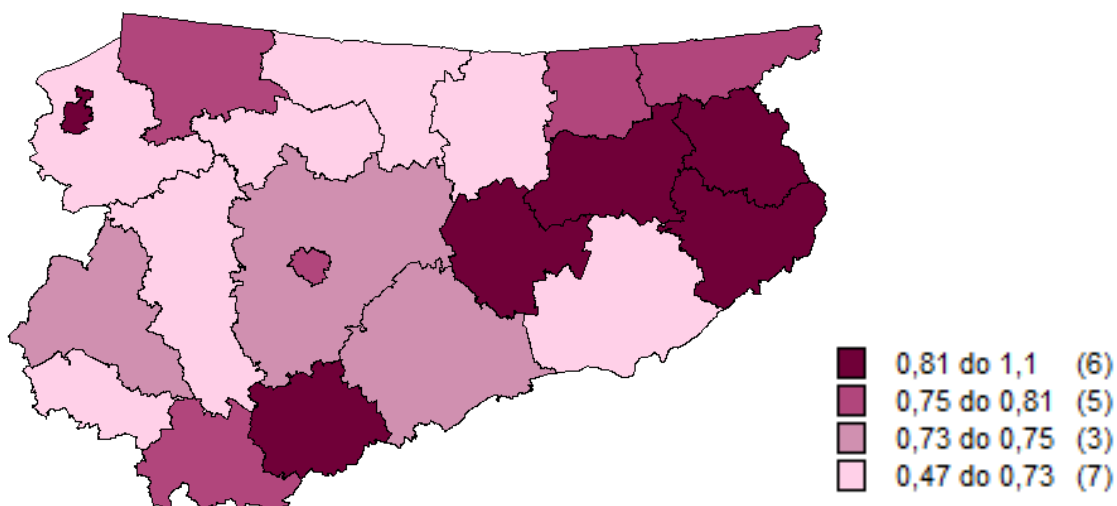
Pomiaru dostępności do publicznych usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej można dokonać poprzez porównanie danych gromadzonych przez NFZ oraz GUS. W związku z tym, że dane gromadzone przez NFZ dotyczą usług finansowanych ze środków publicznych, a dane gromadzone przez GUS dotyczą wszystkich usług, można byłoby wysunąć tezę, że to dobry sposób na ocenę *skłonności pacjentów do korzystania z komercyjnych świadczeń zdrowotnych*. Interpretacja wskaźnika mogłaby być następująca: mniejszy udział porad ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych przez NFZ w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych oznacza większą skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków prywatnych, a więc mniejszą dostępność do usług publicznej opieki ambulatoryjnej. Taki wskaźnik można byłoby zastosować do porad udzielonych w wybranych rodzajach poradni (wg 8 części kodu resortowego) oraz odnieść do poziomu powiatu.

Mapa 20. Udział wizyt w poradniach onkologicznych AOS finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach onkologicznych na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. (w %)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

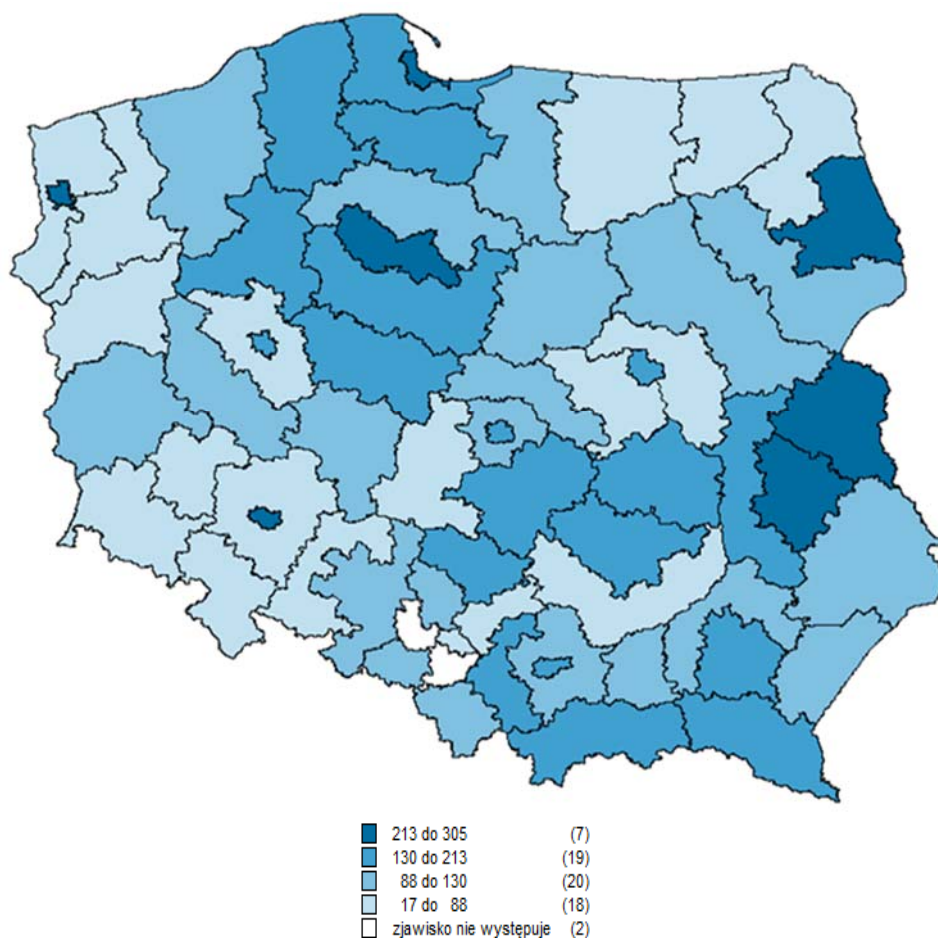
Mapa 21. Odsetek wizyt w poradniach stomatologicznych finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach AOS na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. (w %)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

Problemem w stosowaniu tak skonstruowanego wskaźnika jest jednak fakt, że dane dotyczące liczby porad w powiatach gromadzone przez GUS nie zawsze są porównywalne z danymi gromadzonymi przez NFZ. Różnice wynikają z różnic w sposobie kwalifikowania porad przez GUS i NFZ. Dotyczy to zwłaszcza porad składających się z cyklu wizyt (rehabilitacja, psychologia), co może mieć związek ze specyfiką rozliczeń, które w przypadku niektórych typów świadczeń ambulatoryjnych generują zjawisko zwielokrotniania porad wykazywanych do NFZ zrealizowanych w trakcie jednej wizyty pacjenta.

Mapa 22. Świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w 2014 r. (sztuka)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

Innym sposobem oceny dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych może być *analiza liczby świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbach przyjęć oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych*. Podstawą analizy byłaby teza, że w przypadku braku dostępności do świadczeń ambulatoryjnych, w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjenci udadzą się do izby przyjęć, aby uzyskać tam świadczenie zdrowotne bez konieczności oczekiwania w kolejce.

Mapa 22 prezentuje świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności. Na jej podstawie można wnioskować, że mieszkańcy podregionu białostockiego, bialskiego, lubelskiego, gdańskiego oraz bydgosko-toruńskiego mają nieco gorszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych niż mieszkańcy innych podregionów.

Podsumowanie

Obserwacja statystyczna systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest niezwykle trudna i skomplikowana. Wpływ na to ma zarówno złożony różnorodny system opieki zdrowotnej jak również brak spójności między różnorodnymi źródłami informacji, które mogłyby być potencjalnie źródłami danych statystycznych. Mimo, że zasadniczym zadaniem statystyki publicznej jest dostarczenie kompleksowej informacji o systemie ochrony zdrowia w Polsce, to istotnym brakującym jej elementem okazuje się wydzielenie informacji o roli usług publicznych (zwłaszcza finansowanych ze środków NFZ) w tym systemie, szczególnie z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. Prace nad wypełnieniem tej luki informacyjnej trwają. Wymagają one ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NIZP-PZH, CSIOZ i NFZ) i podejmowania rozwiązań, które umożliwiłyby łączenie i analizę danych pochodzących z różnych źródeł. Przedstawione sposoby oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymagają dalszych prac, które będą kontynuowane w ramach projektów zaplanowanych do realizacji w latach 2017-2018.