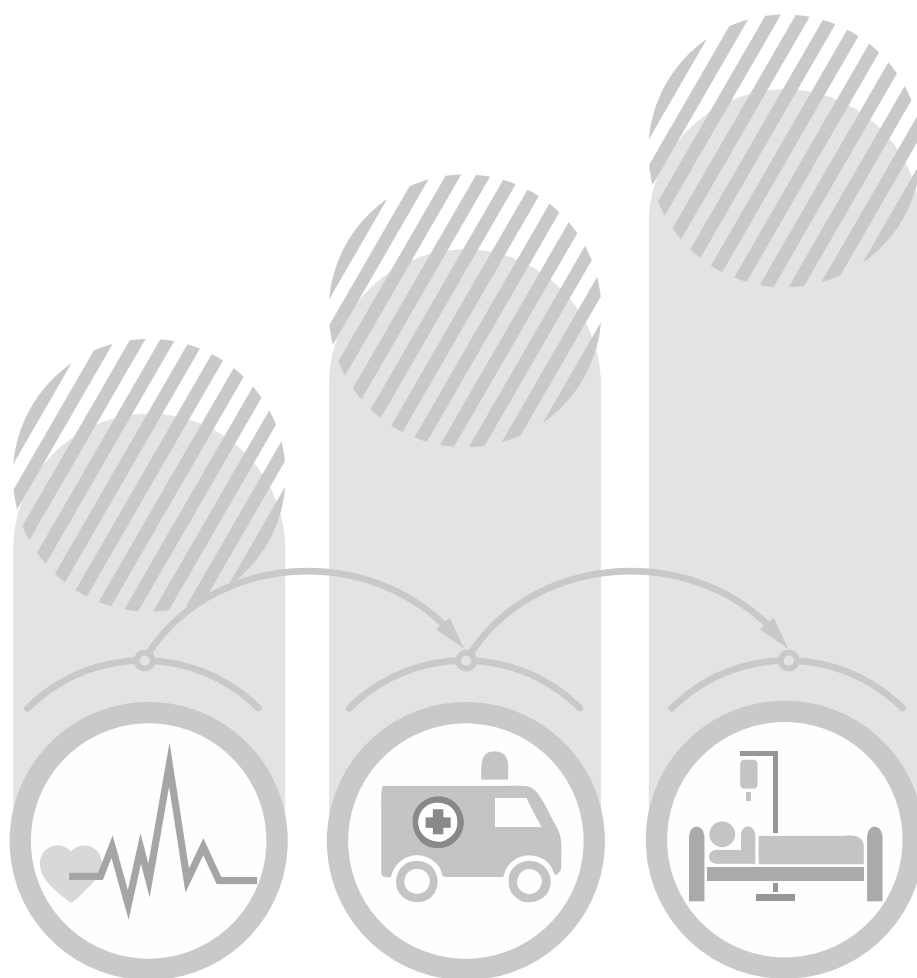


Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.

Health and health care in 2019



Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 r.

Health and health care in 2019

Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland

Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków

Warszawa, Kraków 2020

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

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

pod kierunkiem

supervised by

Szymon Wozniak, Małgorzata Żyra

Zespół autorski

Editorial team

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

Prace redakcyjne

Editorial works

Departament Badań Społecznych, GUS:

Agata Czekalska (p. 1.1), Natalia Koehne (p. 2.5, 2.6), Michał Koziński (p. 3.1), Krzysztof Nyczaj (p. 2.4, 4),
Urszula Salwa (p. 3.2), Izabela Wilkińska (p. 2.1, 2.3), Marzena Żytecka-Karolak (p. 2.2).

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, US Kraków:

Sylwia Duda, Maria Penpeska (aneks tabelaryczny).

Instytut Medycyny Pracy:

Institute of Occupational Medicine

Mariola Wojda (p. 2.7)

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Katarzyna Szymańska, Marzena Jędrzejewska, Beata Lipińska

ISSN 2084-0470

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publication available on website

stat.gov.pl

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła

When publishing Statistics Poland data — please indicate the source



Zakład Wydawnictw
Statystycznych

00-925 WARSZAWA, AL. NIEPODLEGŁOŚCI 208.

Informacje w sprawach sprzedaży publikacji GUS — tel. (22) 608 32 10, 608 38 10

Zam. 249/2020

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 informacje o źródłach danych oraz określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej, będącej głównym źródłem danych prezentowanych w części tabelarycznej.

Przedstawiona w publikacji analiza zawiera opis danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej, dotyczących stanu zdrowia ludności, jak również zasobów kadrowych i infrastruktury opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy ona też ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia. Tekst wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami, które obrazują wyniki przeprowadzonych badań statystyki publicznej dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

W części tabelarycznej (wyłącznie w wersji elektronicznej) zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, informacje o liczbie i działalności placówek ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych, a także wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla lat 2016, 2017 i 2018 oraz informacje o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia w 2019 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 w oparciu o dane Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (pracownicy medyczni, szpitale, opieka długoterminowa), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (zachorowania), Instytutu Psychiatrii i Neurologii (zakłady psychiatryczne), Instytutu Onkologii, Narodowego Centrum Krwi (krwiodawstwo), Instytutu Medycyny Pracy 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/>.

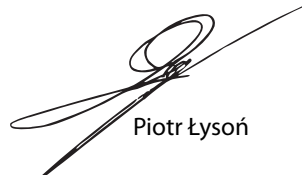
Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce w roku 2019, a więc ostatnim roku sprzed pandemii Covid-19. Jest to zatem opis i analiza stanowiące dobry punkt odniesienia dla dalszych dociekań związanych z wpływem pandemii Covid-19 na stan zdrowia i opiekę zdrowotną w Polsce w latach następnych. Zwracamy się z uprzejmą prośbą o nadsyłanie uwag i sugestii dotyczących zakresu tematycznego i formy opracowania – zostaną one wykorzystane w pracach nad kolejną edycją opracowania.

Dyrektor
Urzędu Statystycznego w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

Dyrektor
Departamentu Badań Społecznych



Piotr Łysoń

Warszawa, luty 2021 r.

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 information about data sources as well as terms and definitions used in the statistical reporting which is the main source of data presented in the tables.

Analysis of the results of the studies describes the data collected regularly in the framework of official statistics on health status as well as the health care personnel and infrastructure. As in previous years, it also applies to the economic aspects of 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 results of the National Health Account developed for 2016, 2017, 2018 as well as on public expenditure on health care in 2019.

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

The tables referring to health care are mainly based on the results of surveys carried out by the Statistics Poland but also on statistics provided by the Ministry of Health and Ministry of the Interior and Administration (medical staff, hospitals, long-term care), National Institute of Public Health (incidences of diseases), Institute of Psychiatry and Neurology (psychiatric care institutions), Institute of Oncology, National Blood Centre (blood donations), Institute of Occupational Medicine, 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 <https://stat.gov.pl/en/topics/health/>.

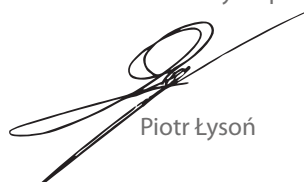
We hope that this publication will prove to be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland in 2019, the last year before the Covid-19 pandemic. Therefore it is the description and analysis serving as a good reference for further research related to the impact of the Covid-19 pandemic on health and healthcare in Poland in the following years. We are kindly asking you to send your comments and suggestions concerning the thematic scope and forms of development – they will be used in the preparation of the next edition of the publication.

Director
of the Statistical Office in Krakow



Agnieszka Szlubowska

Director
of the Social Survey Department



Piotr Łysoń

Warsaw, February 2021

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Spis tablic	7
List of tables	7
Spis wykresów	9
List of charts	9
Spis schematów	14
List of schemas	14
Spis map	14
List of maps	14
Objaśnienia znaków umownych. Ważniejsze skróty	16
Symbols. Main abbreviations	16
Synteza	19
Executive summary	23
CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ	27
PART I. RESULTS OF SURVEYS	27
1. Stan zdrowia	27
1. Health status	27
1.1 Zachorowalność na wybrane choroby	27
1.1 Incidence of selected diseases	27
2. Opieka zdrowotna	37
2. Health care	37
2.1 Kadra medyczna	37
2.1 Medical personnel	37
2.2 Stacjonarna opieka zdrowotna	50
2.2 In-patient health care	50
2.3 Ambulatoryjna opieka zdrowotna	95
2.3 Out-patient health care	95
2.4 Ratownictwo medyczne	104
2.4 Emergency medical services	104
2.5 Apteki	116
2.5 Pharmacies	116
2.6 Krwiodawstwo	121
2.6 Blood donation	121
2.7 Służba medycyny pracy	125
2.7 Occupational medicine	125
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	131
3. Economic aspects of health care	131
3.1 Narodowy Rachunek Zdrowia	131
3.1 National Health Accounts	131
3.2 Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną	142
3.2 Public expenditure on health care	142

4. Wybrane problemy	147
4. Selected problems	147
4.1 Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych	147
4.1 Measurement of access to public hospital services	147
CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE	157
PART II. METHODOLOGICAL NOTES	157
1. Źródła danych statystycznych	157
1. Sources of statistical data	171
2. Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne	159
2. Basic methodological explanations	172
3. Podstawowe definicje	164
3. Basic definitions	178

Spis tablic

List of tables

Tablica 1.	Najczęściej występujące choroby zakaźne w 2019 r. w porównaniu z 2018 rokiem na 100 tys. ludności	28
Table 1.	The most common infectious diseases in 2019 compared to 2018 per 100 thousand population	28
Tablica 2.	Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2017 r. w porównaniu z 2016 rokiem na 100 tys. ludności	31
Table 2.	The most common malignant neoplasms in 2017 compared to 2016 per 100 thousand population	31
Tablica 3.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w 2018 r. – szczegółowe diagnozy	34
Table 3.	Mental and behavioral disorders (in details) in 2018	34
Tablica 4.	Zachorowania na niektóre choroby w 2019 r.	36
Table 4.	Incidence of selected diseases in 2019	36
Tablica 5.	Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego. Stan w dniu 31 XII	38
Table 5.	Persons entitled to practice medical profession. As of 31 XII	38
Tablica 6.	Fizjoterapeuci posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego. Stan w dniu 31 XII	41
Table 6.	Physiotherapists entitled to practice medical profession. As of 31 XII	41
Tablica 7.	Pracownicy medycznia. Stan w dniu 31 XII	49
Table 7.	Medical personnel. As of 31 XII	49
Tablica 8.	Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)	79
Table 8.	Dynamics of health resort beds in health resort facilities (as of 31 December)	79
Tablica 9.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym	80
Table 9.	Dynamics of health resort patients inpatient and out-patients	80
Tablica 10.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym	81
Table 10.	Dynamics of health resort polish and foreign inpatients	81
Tablica 11.	Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska	92
Table 11.	Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located	92
Tablica 12.	Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2019 r.	99
Table 12.	The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2019	99
Tablica 13.	Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2019 r.	104
Table 13.	Out-patient health care in 2019	104
Tablica 14.	Apteki i punkty apteczne	121
Table 14.	Pharmacies and pharmaceutical outlets	121
Tablica 15.	Krwiodawcy i pobrana krew	124
Table 15.	Blood donors and collected blood	124
Tablica 16.	Porównanie agregatów pomiędzy metodologiami SHA 1.0 i SHA 2011	131
Table 16.	Comparison of aggregates between SHA 1.0 and SHA 2011 methodologies	131

Tablica 17.	Wydatki na ochronę zdrowia w 2016, 2017 i 2018 roku w mln zł i ich udział w PKB	133
Table 17.	Expenditure on health care for 2016, 2017 i 2018 in mln PLN and its share in GDP	133
Tablica 18.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD	138
Table 18.	Current expenditure on health care in OECD countries	138
Tablica 19.	Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia ..	144
Table 19.	The State and local government budget expenditure and on health care	144

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1.	Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2017 roku (w odsetkach)	30
Chart 1.	The most common malignant neoplasms in 2017 (in %)	30
Wykres 2.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2017 roku w podziale na grupy wieku (w odsetkach)	33
Chart 2.	Incidence of malignant neoplasms in 2017 by age group (in %)	33
Wykres 3.	Grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ogółem (w odsetkach)	33
Chart 3.	Groups of mental and behavioral disorders in total (in%)	33
Wykres 4.	Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe na 100 tys. ludności	35
Chart 4.	Incidence of neurotic disorders per 100 thousand population	35
Wykres 5.	Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarki oraz położnej	38
Chart 5.	Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife	38
Wykres 6.	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	39
Chart 6.	Doctors entitled to perform their profession by age	39
Wykres 7.	Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	39
Chart 7.	Dentists entitled to perform their profession by age	39
Wykres 8.	Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	40
Chart 8.	Nurses entitled to perform their profession by age	40
Wykres 9.	Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	40
Chart 9.	Midwives entitled to perform their profession by age	40
Wykres 10.	Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce	42
Chart 10.	Graduates of selected medical faculties at universities in Poland	42
Wykres 11.	Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności w 2019 r.	43
Chart 11.	Doctors and nurses working with patients at 10 thousand of the population in 2019	43
Wykres 12.	Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2019 (na 10 tys. ludności)	44
Chart 12.	Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2019 (per 10 thousand of the population)	44
Wykres 13.	Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych	45
Chart 13.	The education level of nurses, midwives	45
Wykres 14.	Poziom wykształcenia ratowników medycznych	46
Chart 14.	The level of education of paramedics	46
Wykres 15.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	46
Chart 15.	Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	46
Wykres 16.	Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców w 2019 r.	47
Chart 16.	Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population in 2019	47
Wykres 17.	Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	48
Chart 17.	Doctors working directly with the patient including the number of female	48
Wykres 18.	Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	48
Chart 18.	Dentists working directly with the patient the number of female	48

Wykres 19.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	49
Chart 19.	Pharmacists working directly with the patient including the number of female	49
Wykres 20.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych według województw	52
Chart 20.	Inpatients in general hospitals by voivodships	52
Wykres 21.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw	53
Chart 21.	Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodships	53
Wykres 22.	Pacjenci leczenia dziennie w szpitalach ogólnych według województw	54
Chart 22.	Day care patients in general hospitals by voivodships	54
Wykres 23.	Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych (stan w dniu 31 grudnia)	56
Chart 23.	Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals (as of 31 December)	56
Wykres 24.	Pacjenci leczenia stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych	58
Chart 24.	Number of inpatients in wards of general hospitals	58
Wykres 25.	Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2019 r.	60
Chart 25.	Beds and number of inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2019	60
Wykres 26.	Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w 2019 r.	62
Chart 26.	Average patient stay in hospital wards by types of wards in 2019	62
Wykres 27.	Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw	63
Chart 27.	Average patient stay in hospital wards by voivodships	63
Wykres 28.	Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw [%]	65
Chart 28.	Usage of beds in general hospitals by voivodships [%]	65
Wykres 29.	Struktura łóżek (stan w dniu 31 grudnia) i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej (w ciągu roku) w 2019 r.	66
Chart 29.	Structure of beds (as of 31 December) and inpatients of psychiatric facilities (during the year) in 2019	66
Wykres 30.	Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2019)	69
Chart 30.	Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2019)	69
Wykres 31.	Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej według płci i grup wieku (stan w dniu 31 grudnia 2019)	70
Chart 31.	Patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards by sex and age groups (as of 31 December 2019)	70
Wykres 32.	Struktura pacjentów i łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia 2019)	70
Chart 32.	Structure of residents and beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility (as of 31 December 2019)	70
Wykres 33.	Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (stan w dniu 31 grudnia)	73
Chart 33.	Beds in chronic medical care homes and nursing homes (as of 31 December)	73
Wykres 34.	Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (w ciągu roku)	73
Chart 34.	Residents in chronic medical care homes and nursing homes (during the year)	73
Wykres 35.	Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci hospicjów	76
Chart 35.	Beds (as of 31 December) and patients in hospices	76
Wykres 36.	Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)	78
Chart 36.	Health resort facilities (as of 31 December)	78

Wykres 37.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia)	78
Chart 37.	Health resort beds by type of facility (as of 31 December)	78
Wykres 38.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego	80
Chart 38.	Inpatients in health resort facilities	80
Wykres 39.	Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	80
Chart 39.	Share of foreigners in inpatients of health resort facilities	80
Wykres 40.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci	81
Chart 40.	Patients of health resort facilities by sex	81
Wykres 41.	Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według grup wieku w 2019 r.	83
Chart 41.	Average stay of inpatients in health resort facilities by age structure in 2019	83
Wykres 42.	Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2019 r.	84
Chart 42.	Health resort inpatients by type of financing in 2019	84
Wykres 43.	Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2019 r.	85
Chart 43.	Self-pay inpatients in health resort facilities in 2019	85
Wykres 44.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu) w 2019 r.	86
Chart 44.	Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2019	86
Wykres 45.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2019 r.	86
Chart 45.	Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2019	86
Wykres 46.	Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2019 r. (w %)	88
Chart 46.	The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2019 (in %)	88
Wykres 47.	Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	89
Chart 47.	Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)	89
Wykres 48.	Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	89
Chart 48.	Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)	89
Wykres 49.	Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2019 r.	90
Chart 49.	Average stay of inpatients in sanatoria by age structure in 2019	90
Wykres 50.	Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według grup wieku w 2019 r.	91
Chart 50.	Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2019	91
Wykres 51.	Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej	94
Chart 51.	Average length of stay in inpatient health care facilities	94
Wykres 52.	Przychodnie w latach 2005–2019	95
Chart 52.	Out-patient departments in 2005–2019	95
Wykres 53.	Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych	96
Chart 53.	Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources	96

Wykres 54.	Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych	96
Chart 54.	Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources	96
Wykres 55.	Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad	97
Chart 55.	Structure of out-patient health care consultations	97
Wykres 56.	Przychodnie i udzielone w nich porady	97
Chart 56.	Out-patient departments and doctors' consultation	97
Wykres 57.	Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady	98
Chart 57.	Medical Practices and doctors' consultations	98
Wykres 58.	Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2019 r.	100
Chart 58.	Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2019	100
Wykres 59.	Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej) na 1 mieszkańca w 2019 r. ...	101
Chart 59.	Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita in 2019	101
Wykres 60.	Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców w 2019 r.	102
Chart 60.	Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population in 2019	102
Wykres 61.	Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2019 r. ..	106
Chart 61.	Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2019	106
Wykres 62.	Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2018–2019 r.	107
Chart 62.	Medical staff in a emergency rescue teams in 2018–2019.	107
Wykres 63.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2019 r.	108
Chart 63.	Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2019	108
Wykres 64.	Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2019 r.	109
Chart 64.	Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2019	109
Wykres 65.	Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw	110
Chart 65.	Structure of calls to the occurrence places by voivodships	110
Wykres 66.	Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć	113
Chart 66.	Health care services in hospital emergency wards and admission rooms	113
Wykres 67.	Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni	114
Chart 67.	Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics	114
Wykres 68.	Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku	115
Chart 68.	Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age	115
Wykres 69.	Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny	117
Chart 69.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet	117
Wykres 70.	Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi	119
Chart 70.	Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas	119
Wykres 71.	Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2019 r.	120
Chart 71.	Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2019	120

Wykres 72.	Krwiodawcy według płci i wieku w 2019 r.	122
Chart 72.	Blood donors by sex and age in 2019	122
Wykres 73.	Krwiodawcy według województw	123
Chart 73.	Blood donors by voivodships	123
Wykres 74.	Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2019 r.	126
Chart 74.	Structure of occupational medicine service units in 2019	126
Wykres 75.	Struktura lekarzy medycyny pracy według wymogów kwalifikacyjnych w 2019 r.	126
Chart 75.	Structure of occupational physicians by qualification in 2019	126
Wykres 76.	Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych	127
Chart 76.	No. of pre-employment, periodic and control prophylactic examinations	127
Wykres 77.	Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych	128
Chart 77.	Change in number of visits in companies and visits work posts and registered of suspicions of occupational diseases	128
Wykres 78.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018r. według schematów finansowania	134
Chart 78.	Current expenditure on health care in 2018 according to financing schemes	134
Wykres 79.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według funkcji	135
Chart 79.	Current expenditure on health care in 2018 according to functions	135
Wykres 80.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według świadczeniodawców	136
Chart 80.	Current expenditure on health care in 2018 according to providers	136
Wykres 81.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia	137
Chart 81.	Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2018	137
Wykres 82.	Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD według parytetu siły nabywczej w USD na 1 mieszkańca w 2018 r.	140
Chart 82.	Current expenditure on health care in OECD countries per capita in 2018, current prices, PPPs,	140
Wykres 83.	Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD jako % PKB w 2017 r.	141
Chart 83.	Current expenditure on health care in OECD countries as % of GDP in 2017	141
Wykres 84.	Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w 2019 r.	142
Chart 84.	Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund in 2019	142
Wykres 85.	Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r.	143
Chart 85.	Structure of public expenditure on health care in 2019	143
Wykres 86.	Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2019 r.	145
Chart 86.	Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2019	145

Spis schematów

List of schemas

Schemat 1. Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011	132
Schema 1. The core and extended accounting framework of SHA 2011	132

Spis map

List of maps

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2016 r. na 100 tys. ludności	32
Map 1. New cases of malignant neoplasms in 2016 per 100 thousand population	32
Mapa 2. Szpitale ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2018)	51
Map 2. General hospitals per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2018)	51
Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2018)	71
Map 3. Beds in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2018)	71
Mapa 4. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw w 2018 r.	72
Map 4. Residents in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships in 2018 ..	72
Mapa 5. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia 2018)	74
Map 5. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice-palliative care in general hospitals per 10 thousand population (as of 31 December 2018)	74
Mapa 6. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2018 r.	75
Map 6. Patients in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice – palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2018	75
Mapa 7. Uzdrowiska w Polsce w 2018 r.	77
Map 7. Health Resort Ara in Poland in 2018	77
Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2018 r. (stan w dniu 31 grudnia)	79
Map 8. Location of health resort beds in 2018 (as of 31 December)	79
Mapa 9. Kuracjusze leczeni stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2018 r.	82
Map 9. Inpatients by type of health resort facilities in 2018	82
Mapa 10. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2018 r.	106
Map 10. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2018	106
Mapa 11. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności w 2018 r.	108
Map 11. Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2018	108

Mapa 12.	Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy	112
Map 12.	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	112
Mapa 13.	Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2019 r.	118
Map 13.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2019	118
Mapa 14.	Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2019 r.	124
Map 14.	Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2019	124
Mapa 15.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) niefinansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] w 2019 r.	149
Map 15.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population [person] in 2019	149
Mapa 16.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności	151
Map 16.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's - the place of residences, per 1 thousand population	151
Mapa 17.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018r.	152
Map 17.	People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviat than the poviat's place of residences, per 1 thousand population [person]	152
Mapa 18.	Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego	153
Map 18.	Percentage of patients – residents of poviat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviat of the place of residence, in the total number of patients – residents of poviat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level	153
Mapa 19.	Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy wyemigrowali do innych powiatów niż powiat – miejsce zamieszkania w celu dzielenia ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ	155
Map 19.	Percentage of patients – residents of poviat who emigrated to poviats other than the poviat – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund	155

Objaśnienia znaków umownych

Symbols

Symbol Symbol	Opis Description
Kreska (-)	zjawisko nie wystąpiło magnitude zero
Kropka (.)	brak informacji no data
Znak (x)	wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe not applicable
„w tym” „of which”	oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy indicates that not all elements of the sum are given
Zero (0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,5 magnitude less than 0.5
Zero (0,0)	zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05 magnitude not zero, but less than 0.05 of a unit

Ważniejsze skróty

Major abbreviations

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
AOS	Ambulatoryjna Specjalistyczna Opieka Zdrowotna Specialised out-patient health care
CSIOZ	Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia Centre for Health Information Systems
CU	Centrum urazowe Trauma center
Eurostat	Europejski Urząd Statystyczny European Statistical Office
GUS	Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland
HEMS	Śmigłowcowa Służba Ratownictwa Medycznego Helicopter Emergency Medical Service
JST	Jednostki Samorządu Terytorialnego Local government units
KRUS	Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego Agricultural Social Insurance Fund
LZRM	Lotniczy Zespół Ratownictwa Medycznego Medical Air Rescue Team
MON	Ministerstwo Obrony Narodowej Ministry of National Defence

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
MRPiPS	Ministerstwo Rodziny Pracy i Polityki Społecznej Ministry of Family, Labour and Social Policy
MSWiA	Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji Ministry of the Interior and Administration
MZ	Ministerstwo Zdrowia Ministry of Health
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia National Health Fund
NIL	Naczelna Izba Lekarska General Medical Chamber
NIPiP	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych General Chamber of Nurses and Midwives
NRZ	Narodowy Rachunek Zdrowia National Health Account
NIZP-PZH	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny National Institute of Public Health – National Institute of Hygiene
NTS	Klasyfikacja Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych Nomenclature of territorial units for statistics
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Organisation for Economic Co-operation and Development
PBSSP	Program badań statystycznych statystyki publicznej Programme of public statistics
PFRON	Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych State Fund for the Rehabilitation of the Disabled
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna Primary health care
PRM	Państwowe Ratownictwo Medyczne State Emergency Medical Services
RPWDL	Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą Register of Entities providing health care
SHA	System Narodowych Rachunków Zdrowia System of Health Accounts
SOR	Szpitalny oddział ratunkowy Hospital emergency ward
SWD PRM	System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego Support System for the State Emergency Medical Services
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia World Health Organisation
ZRM	Zespół ratownictwa medycznego Emergency rescue teams
ZUS	Zakład Ubezpieczeń Społecznych Social Insurance Institution

Synteza

Analizy wykonane głównie w oparciu o dane zamieszczone w dostępnym w Internecie Aneksie tabelarycznym stanowiącym integralną część niniejszej publikacji, wzbogacone wynikami innych prac studyjnych prowadzonych w ramach statystyki publicznej, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków odnośnie głównych aspektów opieki zdrowotnej w 2019 r.

Stan zdrowia

Najczęściej występującymi chorobami zakaźnymi w 2019 roku były: grypa, szkarlatyna i salmonelloza. Zachorowalność na grypę spadła w stosunku do 2018 roku o niemal 9 p.p. Nieznacznie rzadziej diagnozowano także salmonellozę i wirusowe zapalenie wątroby typu B. Na przestrzeni roku wzrosła natomiast zachorowalność na szkarlatynę o 11 p.p.

W porównaniu do poprzedniego roku, w 2018 r. zmniejszyła się częstość wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa, w 2017 roku zapadło na tę chorobę 161 tys. Polaków. W 2017 najczęściej występował nowotwór narządów trawiennych, który zdiagnozowano u co 5-tej osoby dotkniętej chorobą nowotworową. Największy przyrost zachorowań w stosunku do 2016 roku notujemy w przypadku czerniaka i innych nowotworów skóry (o 9 p.p.). Natomiast największy spadek zachorowalności obserwujemy w przypadku narządów oddechowych i klatki piersiowej (o 3 p.p.).

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2017 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczycyło się ponad 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków, tj. o ponad 26 tys. mniej niż przed rokiem.

Kadra medyczna

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

W 2019 r. wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych grupach zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek, położnych, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Największy przyrost w 2019 r. zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,2 %) i położnych (wzrost o 1,9 %).

W 2019 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyków uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wieku – 65 lat i więcej. Udział lekarzy w tej grupie, wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentyki, osiągnął w przypadku lekarzy 24,5% i lekarzy dentyków 22,7%. Utrzymała się również tendencja wzrostowa liczby pielęgniarek w najstarszej grupie wieku. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 15% wszystkich posiadających prawo wykonywania tego zawodu. Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55–64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o prawie 3 tys. Podobne tendencje jak w roku ubiegłym wystąpiły w strukturze wieku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45–54 lata – ponad 11 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 35–44 lata liczyła około 5 tys.

Z danych pozyskanych ze statystyk resortowych wynika, że bezpośrednio z pacjentem (pracujący w podmiotach leczniczych, aptekach, domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych – liczeni raz, według głównego miejsca pracy) w 2019 r. pracowało 90 tys. lekarzy (1,5% więcej niż w ub. roku), lekarzy dentyków – 13 tys. (4,5 % więcej), farmaceutów – 28 tys. (2,3 % mniej), pielęgniarek – 193 tys. (0,1 % wię-

cej), położnych – prawie 23 tys. (0,1 % więcej), fizjoterapeutów – 29 tys. (prawie 6% więcej) i diagnostów laboratoryjnych – 12 tys., czyli o 4,5 % więcej.

Stacjonarna opieka zdrowotna

Leczenie szpitalne jest formą opieki, na którą pacjent decyduje się gdy inne możliwe rodzaje opieki medycznej nie są wystarczające w celu zachowania zdrowia na pożądanym poziomie. Jest to więc najbardziej złożona forma opieki stacjonarnej, której celem jest zdiagnozowanie pacjenta, podjęcie działań ratujących zdrowie lub życie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Na terenie kraju funkcjonowało 890 stacjonarnych ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących 166,8 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,3 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 43,5 łóżek na 10 tys. mieszkańców co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 230 mieszkańców (o 19 mieszkańców więcej niż w 2018 r.). Hospitalizowanych było 7464,4 tys. pacjentów (o 2,9% mniej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3867,2 tys. pacjentów, o 13,1% więcej niż w 2018 roku.

Kolejną formą opieki, polegającą na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia pacjenta są hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej. Odnotowano 115 hospicjów (o 9 więcej) i 77 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej działających niezależnie poza strukturą szpitala lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały 3,6 tys. łóżek (o 6,1% więcej niż w 2018 r.) i zapewniły opiekę 40,6 tys. pacjentów (o 2,3% więcej niż przed rokiem).

Inny rodzajem opieki medycznej jest stacjonarna opieka długoterminowa, sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu. Świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W 2019 roku odnotowano 599 zakładów tego typu, o 1,5% więcej niż w 2018 roku. Baza łóżkowa wyniosła 34,7 tys. łóżek, o 1,6% więcej. Opieką stacjonarną objęto, podobnie jak przed rokiem, 62,6 tys. osób, przy czym 12,4% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.

Odmienną formę opieki zdrowotnej stanowi lecnicstwo psychiatryczne. Do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Na terenie kraju funkcjonowało, 61 szpitali psychiatrycznych, dysponujących 17,8 tys. łóżek (o 1,4% więcej niż w końcu 2018 r.). Przebywało w nich 195,1 tys. pacjentów, o 3,2% (6,0 tys. osób) mniej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 55 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR). Dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek i skorzystało z nich 8,4 tys. osób uzależnionych (o 1,2% więcej niż w 2018 roku).

Formą opieki cieszącą się dużą popularnością jest lecnicstwo uzdrowiskowe, stanowiące często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo mające na celu ogólną poprawę stanu zdrowia kuracjusza. W 2019 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 45,3 tys. łóżek (o 1,1% więcej niż w 2018 r.) z których skorzystało 782,1 tys. osób (o 2,9% więcej). W trybie ambulatoryjnym przyjęto 75,9 tys. osób (o 3,5% mniej niż przed rokiem). Około 80% łóżek, znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły blisko 83% ogółem kuracjuszy przebywających w uzdrowiskach.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

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

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej odnotowano spadek liczby przychodni świadczących tę formę opieki medycznej jak i spadek liczby praktyk lekarskich, które udzielały porad w ramach umowy podpisanej bezpośrednio z NFZ.

Nieznacznie wzrosła liczba porad udzielonych w tych placówkach. W 2019 r. odnotowano ich 331 mln. W strukturze porad podstawową część stanowiły te udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (53,3 %), 36,1 % dotyczyło specjalistycznej opieki zdrowotnej, a 10,6 % porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 85% wszystkich porad ambulatoryjnych z czego 48 % dotyczyło POZ, 41,3 % - ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 10,6 % porad w miastach stanowiły porady udzielone przez lekarzy dentyistów. Struktura porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie zmieniła się istotnie w porównaniu z ubiegłym rokiem, w podstawowych analizowanych przekrojach.

Ratownictwo medyczne

W 2019 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało 1577 zespołów wyjazdowych, o 36 więcej niż przed rokiem. Zrealizowały one ok 3,01 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia.

Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadają 80 wyjazdów ZRM. Nie zmieniła się znacząco struktura płci i wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Nadal pomoc najczęściej była udzielana mężczyznom (52,8%) a osoby w wieku 18–64 lat stanowiły ok 49% ogółu osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy.

W roku 2019 załogi śmigłowców zrealizowały najwięcej lotów w swojej historii – łącznie 11 821 misji (o 3,7% więcej niż przed rokiem), w tym 10 366 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1455 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 470 misji.

W ramach systemu ratownictwa medycznego pomocy udzielało ponadto 237 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 7 więcej niż przed rokiem), 155 izb przyjęć w szpitalach oraz 17 centrów urazowych – o 3 więcej niż przed rokiem.

Krwiodawstwo

W 2019 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe) oraz 137 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 614,9 tys. osób. Krwiodawcy przekazali łącznie 1254 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 564,2 tys. litrów. Wśród dawców 76% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (72% dawców krwi). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim. Bazując na danych dla województw, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim. W 2019 r. pobrano w Polsce 1341 tys. donacji krwi i jej składników.

Apteki

W 2019 r. na terenie Polski zbadano 12,3 tys. aptek ogólnodostępnych (o 1052 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe i 1,2 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,9%) należały do prywatnych właścicieli. W 2019 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadają przeciętnie 3,1 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2019 r. wyniosła przeciętnie 4,9 tys. W omawianym roku, podobnie do 2018 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,9% aptek ogólnodostępnych. Prawie 21% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2019 r. 77,4% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Były to najczęściej pochylnie, podjazdy, platformy. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu prowadziło w 2019 r. 2,3% aptek ogólnodostępnych.

Narodowy Rachunek Zdrowia

System rachunków zdrowia (SHA2011) jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny i zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ) umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków.

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2018 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 134,2 mld zł i były wyższe niż w 2017 r. o około 3,7 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,53%PKB, podczas gdy w 2017 r. ich udział wyniósł 6,56%. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (57,4%).

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2019 r. osiągnęły ponad 105 168 mln zł, co oznacza wzrost o 10,2% w porównaniu z ubiegłym rokiem. 85% tej sumy stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ. Wyniosły one prawie 89 765 mln zł, czyli o 10,7% więcej niż przed rokiem.

Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa, który w 2019 r. na ochronę zdrowia przeznaczył o 4% większą kwotę niż w 2018 r., bo 10 896,5 mln zł i budżety jednostek samorządu terytorialnego, które na ten cel wydatkowały łącznie 4 507,1 mln zł (o 17,3% więcej niż przed rokiem). Na każdym szczeblu jednostek samorządu dostrzec można wzrost wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia, porównując je do zeszłego roku.

Synthesis

Analyses based on the data included in the annex tables available on the Internet, constitute an integral part of this publication. The analyses are enriched with the results of other studies conducted as a part of public statistics and they allow to formulate the following conclusions regarding the main aspects of healthcare in 2019.

State of health

The most common infectious diseases in 2019 were influenza, scarlet fever and salmonellosis. The incidence of influenza decreased by almost 9 pp. compared to 2018. Salmonellosis and viral hepatitis type B were also slightly less frequently diagnosed. The incidence of scarlet fever increased by 11 pp. when compared to 2018.

The malignant neoplasms constitute a growing and very severe health problem of Polish society. In 2017 161 thousand people in Poland got ill with this disease. Digestive organs malignant neoplasm was diagnosed most often in 2017 and concerned every 5th person among afflicted by malignant neoplasms generally. The highest increase in morbidity compared to 2016 was noticed in terms of melanoma and other skin malignant neoplasms of skin (by 9 pp.). The greatest decrease concerning malignant neoplasms incidence can be observed in the case of respiratory and intrathoracic organs (by 3 pp.).

During 2017, outpatient clinics for people with mental disorders, addicted to alcohol and other substances treated over 1.6 million people, that gives over 4% of all Poles, i.e. by over 26 thousand less than one year earlier.

Medical Staff

Human resources are an important element for the effectiveness of any health care system. The efficiency of the health care system and the quality of medical services provided depend mainly on the knowledge, skills and motivation of the health care employees. The number of people authorized to practice medical activity, as well as, the number of people working with patients and the level of education of human resources in the health care are important.

In 2019, the number of people licensed to practice in the primary groups of medical professions: doctors, dentists, nurses, midwives, pharmacists and laboratory diagnosticians increased. The uttermost increase in 2019 have been reported in the group of laboratory diagnosticians (increase by 2,2 %) and midwives (increase by 1,9 %).

In 2019, alarming trends in the age structure of doctors and dentists authorized to practise continued. As in the previous years, there was an increase in the number of people belonging to the oldest age group – 65 years old and more. The participation of doctors in this group, among doctors and dentists licensed, reached 24,5% for doctors and 22,7% for dentists. The upward trend in the number of nurses in the oldest age group also continued. Nurses aged 65 and over accounted for 15% of all those licensed to pursue this profession. A similar situation also occurred in the 55–64 age group, where the number of nurses increased by almost 3000. Similar trends as in the previous year occurred in the age structure of midwives. Midwives aged 45–54 were the largest group – over 11000 people. On the other hand, the smallest group was the group of midwives aged 35–44 – about 5000.

The data obtained from departmental statistics show that in 2019, directly with patients (working in health care institutions, pharmacies, nursing homes, nurseries and kids clubs – counted once, according to the main place of work) 90 thousand doctors (1,5 % more than last year), dentists – 13 thousand (4,5 % more), pharmacists – 28 thousand (2,3 % less), nurses – 193 thousand (0,1% more), midwives – 23 thousand (0,1% more), physiotherapists – 29 thousand (almost 6% more) and laboratory diagnosticians – 12 thousand, i.e. 4,5% more.

Stationary health care

Hospital treatment is a form of the health care that the patient decides on when other possible types of medical care are not sufficient to maintain health at the desired level. Therefore, it is the most complex form of inpatient care, the purpose of which is to diagnose a patient, undertake health or life-saving measures and implement appropriate treatment. In the country there were 890 inpatient, publicly accessible general hospitals with 166.8 thousand beds. In relation to the number of citizens, it was 2.3 hospitals per 100,000 inhabitants and 43.5 beds per 10,000 inhabitants, which means that on average it was 230 inhabitants per bed (19 more than in 2018). 7464.4 thousand patients were hospitalized (2.9% less than in the previous year) and 3867.2 thousand patients were treated in daycare mode in inpatient hospitals and so-called day care hospitals (13.1% more than in 2018).

Another form of care, consisting in taking measures to alleviate pain and suffering at the end of the patient's life are inpatient hospices and palliative care units. There were 115 hospices (9 more) and 77 palliative and hospice care wards operating independently, outside the hospital structure, or within the structure of general hospitals. In total, these facilities had offered 3.6 thousand beds (6.1% more than in 2018) and provided care for 40.6 thousand patients (2.3% more than in previous year).

Another type of medical care is inpatients long-term care, provided to a diagnosed patient with a stable health condition and fixed treatment. It is provided to inpatients in chronic medical care homes as well as nursing homes of all types (i.e. general as well as psychiatric). In 2019, there were 599 facilities of this type, 1.5% more than in 2018. The bed base amounted to 34.7 thousand of beds, 1.6% more than in the previous year. Inpatient care was provided to 62.6 thousand persons of which 12.4% were psychiatric care patients.

A different form of the health care constitute the psychiatric treatment. Inpatient psychiatric care facilities include psychiatric hospitals, detoxification centres, addiction recovery centres, a.o. MONAR centres, state and regional centres of forensic psychiatry, psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes. In the country, there were 61 psychiatric hospitals with 17.8 thousand beds (1.4% more than at the end of 2018) that was used by 195.1 thousand patients (3.2% less than in the previous year). Moreover, there were 55 round the clock centers for addicted (rehabilitation centers for addicted to psychoactive substances and MONAR facilities). They had offered 2.4 thousand beds which were used by 8.4 thousand patients (1.2% more than in 2018).

A very popular form of health care is health resort treatment (spa treatment) often constituting a continuation of hospital treatment or outpatient treatment, or at general aimed to improve the health condition of a patient. In 2019 health resort hospitals and sanatoriums had offered 45.3 thousand beds (1.1% more than in 2018) which were used by 782.1 people (2.9% more). In ambulatory mode 75.9 thousand out-patients were serviced (3.5% more than in the previous year). About 80% of beds were located in sanatoriums, and nearly 83% of total number of health resorts patients were staying in sanatoriums.

Ambulatory health care

Primary health care and ambulatory health care constitute an important level in the health care system. Their condition/proficiency and effectiveness to a large extent depend on the effectiveness of the entire patient treatment process and the efficiency of the medical care system.

In outpatient health care has been a decrease in the number of out-patient departments providing this form of medical care and a decrease in the number of medical practices that provided medical consultation under an agreement signed directly with the National Health Fund.

The number of medical consultations provided in these institutions slightly increased. In 2019, there were 331 million of them. In the structure of medical consultations, the essential part was provided by primary health care (53,3%), 36,1% involving specialist health care and 10,6% by dentists. Medical consultations provided in cities accounted for 85% of all outpatient consultations of which 48% related to primary health care and 10,6% of consultations in cities were provided by dentists. The structure of consultations provided as part of outpatient health care has not changed significantly compared to the previous year in the basic analyzed breakdowns.

Emergency Medical Services

The State Emergency Medical Services (EMS) system was created to assist every person in a state of a sudden health emergency. It operated based on the voivodeship action plans of the system. The units of the system are medical rescue teams (MRT), including air medical rescue teams and hospital and hospital emergency departments (ED) with which contracts for the provision of healthcare services have been concluded. The system cooperated with trauma centers and organizational units of hospitals specialized in providing health services necessary for medical rescue, which were included in the voivodeship action plan of the EMS system.

In 2019, there were 1577 departing teams provided medical assistance under the State Medical Rescue system, 36 more than in the previous year. They made almost 3.01 million departures to the scene.

On average, there were 80 departures of the EMS per 1000 citizens. The structure of sex and age of people who received services at the scene of the accident has not changed. Still, the majority of help was provided to men (52.8%) and people age 18–64 (49%).

In 2019, helicopter crews completed the uttermost number of flights in their history – a total of 11821 flights (3.7% more than the year before), including 10366 flights for accidents and emergencies and 1455 inter-hospital transports. The crews of the Airplane Transport Team performed 470 missions.

As part of the medical emergency system, assistance was provided by 237 hospital emergency department (7 more than in the previous year), 155 admission rooms in hospitals and 17 trauma centers – the same number as a year before.

Blood donation

In 2019, there were 23 regional blood donation centers (including 2 departmental) and 137 regionals branched (including 7 under the responsibility of the Ministry of National Defense). The group of blood donors numbered 614,9 thousand people. Blood donors donated a total of 1254 thousand whole blood donation, i.e. approximately 564,2 thousand liters. Among the donors, 76% were those who donated blood more than once, i.e. multiple regular and repeat donors. Most of the blood donors were men (72%). As in the previous year, the biggest amount of blood was collected in the largest voivodeship in terms of the number of citizens: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim voivodeship. Based on the data for voivodeship, it can be observed that the largest number of blood donors per 10 thousand citizens is in podlaskie voivodeship. In 2019, 1341 thousand donations of blood and its components were collected.

Pharmacies

In 2019, there were 12,3 thousand generally available pharmacies examined in Poland (1052 less than the year before), 24 dispensaries and 1,2 thousand pharmaceutical outlets. Almost all generally available pharmacies (99,9%) belonged to private owners. In 2019, there was an average of 3,1 thousand citizens per one generally available pharmacy, including 2,3 thousand people in cities. After taking into account pharmaceutical outlets operating in rural areas, the average number of rural population per general available pharmacy and pharmaceutical outlets amounted to 4,9 thousand in 2019. In the year under review, similar to 2019, there were 2,9% of generally available pharmacies on permanent night duty. Almost 21% of them were on night duty periodically. In 2019, 77,4% of pharmacies had any facilities for the disabled (as in the previous year). These were most often slipways, driveways, platforms. In 2019, there were 2,3% of generally available pharmacies which were selling medicinal products via the Internet.

National Health Accounts

The System of Health Accounts 2011 (SHA2011) is an international framework designed to analyze health care expenditure comprehensively ensuring comparability between countries. SHA enables the systematic description of financial flows related to the final consumption of health care goods and services. Its purpose is to describe the health care system from the perspective of expenditure.

According to the National Health Account for 2018, current expenditure on health care amounted to 134,2 bln PLN and was higher than in 2017 by approximately 3,7bln PLN. This outlay accounted for 6,53%GDP, while in 2017 their share was 6,56%. The structure of expenditure in terms of functions did not change significantly. The largest part of this was expenditure on medical services (57,4%).

Public expenditure on health care

Public spendings on healthcare in 2019 exceeded 105 168 million zlotys, which means an increase of 10,2% compared to the previous year. 85% of this sum was the cost of health services for the insured, incurred by the National Health Fund. They amounted to almost 89 7976 million, i.e. 10,7% more than in the previous year.

In addition to the National Health Fund, the administrators of public funds for health care were the state budget, which in 2019 allocated a 4% more amount to health care than in 2018, i.e. 10896,5 million zlotys and the budgets of local government units, which spent a total of 4 507,1 million for this purpose (17,3% more than in the previous year). At each level of local government units, an increase in expenditure on health care can be observed, compared to last year.

CZĘŚĆ I

Part I

WYNIKI BADAŃ

Results of surveys

1. STAN ZDROWIA

1. Health status

1.1. Zachorowalność na wybrane choroby

1.1. Incidence of selected diseases

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie ludności Polski 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 2019 r¹.

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży w Polsce są nadal powszechne. Przeciwno gruźlicy zaszczepiono 9 na 10 noworodków posiadających karty uodpornienia². Najczęściej występującym szczepieniem jest to przeciwko błonicy/tężcowi.

Najczęściej występującymi chorobami zakaźnymi w 2019 roku były grypa, szkarlatyna, salmonelloza, gruźlica oraz wirusowe zapalenie wątroby typu C i B. Spośród najpowszechniej występujących chorób zakaźnych największe wzrosty zachorowań w stosunku do poprzedniego pomiaru notujemy w przypadku szkarlatyny (o 2056 przypadków) oraz chorób wenerycznych (o 705 osób). Spadki zachorowań w stosunku do poprzedniego roku można zaobserwować w przypadku grypy (o 449260 przypadków).

1 Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – PZH (na podstawie rejestru chorób zakaźnych prowadzonego przez stacje sanitarno-epidemiologiczne), Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Instytutu Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

2 Za PZH: W 2019 r. w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących szczepienia karty uodpornienia posiadało: 98,4% ogółu dzieci w 2 roku życia, 98,4% – w 3 roku życia, 98,3% – w 7 roku życia, 94,0% – w 11 roku życia, 93,8% – ogółu młodzieży w 15 roku życia, 91,9% – w 20 roku życia oraz 93,4% – ogółu dziewcząt w 14 roku życia (różyczka).

Tablica 1. Najczęściej występujące choroby zakaźne w 2019 r. w porównaniu z 2018 rokiem na 100 tys. ludności

Table 1. The most common infectious diseases in 2019 compared to 2018 per 100 thousand population

Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population			
Choroby Diseases	2019 2019	2018 2018	Różnica w stosunku do 2018 roku Difference to 2018
Szkarlatyna (płonica) Scarlet fever	54,3	48,9	5,4
Choroby weneryczne Venereal diseases	7,1	5,3	1,8
Wirusowe zapalenie wątroby typu C Viral hepatitis type C	8,7	9,0	-0,3
Gruźlica Tuberculosis	13,9	14,3	-0,4
Wirusowe zapalenie wątroby typu B Viral hepatitis type B	7,4	8,3	-0,9
Salmonellozy Salmonella infections	24,1	26,0	-1,9
Grypa Influenza	12478,4	13639,3	-1160,9

Łącznie w 2019 roku odnotowano 4790033 przypadków zachorowań na grypę, 1/3 tych zachorowań przypada na województwa mazowieckie i pomorskie. To właśnie w województwie pomorskim obserwujemy najwyższy wskaźnik zachorowalności (niemal trzykrotnie wyższy niż dla Polski ogółem – 36034 przypadki na 100 tys. ludności, podczas gdy dla Polski wskaźnik wynosi 12478 przypadków). Najniższy wskaźnik zachorowalności na grypę notujemy w województwie podkarpackim (3716 przypadków na 100 tys. ludności).

Drugą najczęściej występującą chorobą zakaźną wśród ludności Polski w 2019 roku była szkarlatyna (łącznie 20837 przypadków). Wskaźnik zachorowalności dla Polski wyniósł 54 przypadki na 100 tys. mieszkańców. W pięciu województwach obserwujemy wyższy wskaźnik zachorowalności na tę chorobę: pomorskim (77 przypadków na 100 tys. mieszkańców), mazowieckim (77 przypadków na 100 tys. mieszkańców), śląskim (69 przypadków na 100 tys. mieszkańców), małopolskim (67 przypadków na 100 tys. mieszkańców) i kujawsko-pomorskim (67 przypadków na 100 tys. mieszkańców). Szkarlatyna występowała najrzadziej w województwie łódzkim (27 przypadków na 100 tys. mieszkańców).

Salmonelloza wystąpiła w 2019 roku w 9234 przypadkach, a wskaźnik zachorowalności wyniósł 24 zachorowania na 100 tys. mieszkańców, w 2018 roku ten wskaźnik wynosił 26 przypadków. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na salmonellozę stwierdzono u mieszkańców województwa podkarpackiego, lubelskiego i małopolskiego: na 100 tys. ludności przypadły kolejno 55, 39, 34 przypadki na 100 tys. mieszkańców). Najniższy wskaźnik zachorowalności na salmonellozę obserwujemy w województwie zachodniopomorskim (9 przypadków).

W stosunku do 2018 roku zmniejszyła się liczba nowych przypadków zachorowań na gruźlicę. Spadek ten jest zauważalny i następuje systematycznie. W 2019 roku zachorowało 5,3 tysiąca osób, to mniej o 166 osób w porównaniu z 2018 rokiem.

Uwzględniając różnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2019 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego – 20 przypadków na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa śląskiego i łódzkiego (odpowiednio 19 i 17 przypadków), podczas gdy wskaźnik dla kraju był wyraźnie niższy – 14 zachorowań na 100 tys. ludności. Najrzadziej na gruźlicę chorowali mieszkańcy województwa wielkopolskiego (8 przypadków na 100 tys. ludności).

W porównaniu do poprzedniego roku, w 2019 r. zmniejszyła się częstość wykrywania wirusowego zapalenia wątroby zarówno typu B jak i C.

WZW typu C zarejestrowano w 3347 przypadkach, podczas gdy przed rokiem w skali kraju było ich 3443. Najwyższy wskaźnik zachorowalności na WZW typu C notujemy w województwach śląskim i kujawsko-pomorskim (po 13 przypadków na 100 tys. mieszkańców), podczas gdy dla Polski wskaźnik ten wyniósł 9 przypadków. Relatywnie rzadko występuje WZW typu C w województwie małopolskim (3 zachorowania na 100 tys. ludności).

Łącznie w Polsce zanotowano w 2019 roku 2855 zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu B (w poprzednim roku było ich o 341 przypadków więcej). Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców województwa łódzkiego, pomorskiego i kujawsko-pomorskiego – na 100 tys. ludności przypadało kolejno: 14, 14 i 12 przypadków, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wyniósł 7 zachorowań.

Spośród chorób wenerycznych odnotowano w 2019 roku 2744 przypadki wystąpienia, przy czym w 84% spośród tych zachorowań zdiagnozowano kiłę. Najwyższy współczynnik zachorowalności na choroby weneryczne notujemy w województwie wielkopolskim (22 przypadki na 100 tys. ludności, co daje 772 zachorowania), podczas gdy dla Polski ogółem wskaźnik wyniósł 7 przypadków na 100 tys. ludności. Na drugim miejscu pod względem liczby zachorowań na choroby weneryczne jest województwo mazowieckie (łącznie 690 zachorowań, co daje współczynnik zachorowalności 13 przypadków na 100 tys. mieszkańców). Najrzadziej choroby weneryczne występowały w województwie świętokrzyskim (łącznie 7 zachorowań, czyli 1 na 100 tys. mieszkańców).

Zmniejszyła się liczba nowych przypadków zachorowań na świnkę. W ciągu 2019 r. świnkę stwierdzono u 1338 osób, co oznacza 247 przypadków mniej niż w roku poprzednim.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2019 r. świnka najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa opolskiego oraz zachodniopomorskiego (po 5 przypadków na 100 tys. ludności).

W ciągu 2019 r. wirusowe zapalenie opon mózgowych stwierdzono u 943 osób. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców choroba ta występowała najczęściej w województwie podkarpackim (9 przypadków, podczas gdy dla ogółu Polski wskaźnik zachorowalności wyniósł 3 przypadki).

Na różyczkę zapadło w 2019 roku 285 osób (wskaźnik zachorowalności w przeliczeniu na 100 tys. ludności wnosi 0,7). Czerwonkę stwierdzono u 37 mieszkańców Polski (wskaźnik zachorowalności wynosi 0,1).

Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2017 r.³

Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa, w roku 2017 r. stwierdzono ich ponad 161 tys.⁴ W stosunku do poprzedniego pomiaru z 2016 przybyło 232 chorych na nowotwory złośliwe.

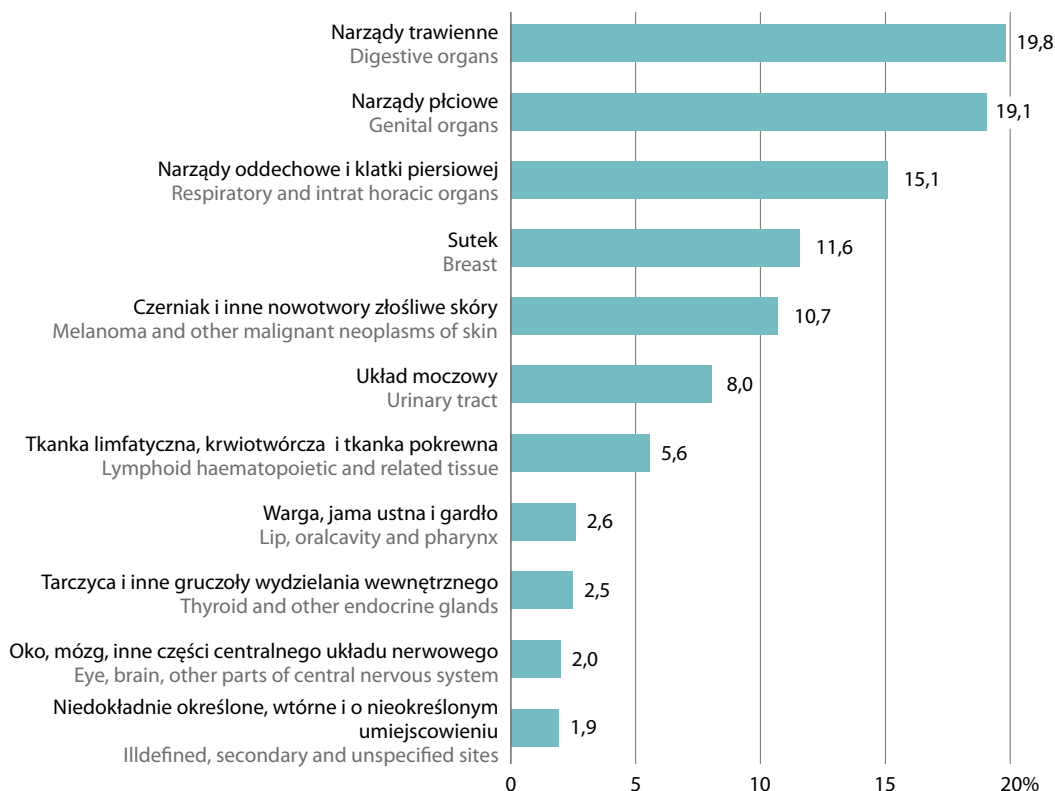
Wskaźnik zachorowalności wyniósł w 2017 roku 420 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy w 2016 roku – 419, a na początku tej dekady – 299.

Najczęściej diagnozowano nowotwory narządów trawiennych (łącznie 31993 osoby), a dalej – narządów płciowych (30767 osób) oraz narządów oddechowych i klatki piersiowej (24346 przypadków). Te trzy choroby odpowiadały za 54% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w 2017 roku.

³ Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2017 r.

⁴ <http://onkologia.org.pl/nawotwory-zlosliwe-ogolem-2/> [dostęp: 01.09.2020 r.].

Wykres 1. Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2017 roku (w odsetkach)
 Chart 1. The most common malignant neoplasms in 2017 (in %)



W stosunku do stanu z 2016 roku pogłębia się problem zachorowalności na czerniaka i inne złośliwe nowotwory skóry (przybyły 1452 osoby, u których zdiagnozowano te choroby). Częściej niż przed rokiem występują również nowotwory tkanki limfatycznej, krwiotwórczej i tkanki pokrewnej (więcej o 587 przypadków) oraz nowotwory układu moczowego (więcej o 255 przypadków).

Największe spadki zachorowalności w stosunku do 2016 roku notujemy w 2017 roku w przypadku nowotworów narządów oddechowych i klatki piersiowej (mniej o 660 diagnoz) oraz nowotworów narządów trawiennych (mniej o 482 diagnozy).

Tablica 2. Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2017 r. w porównaniu z 2016 rokiem na 100 tys. ludności

Table 2. The most common malignant neoplasms in 2017 compared to 2016 per 100 thousand population

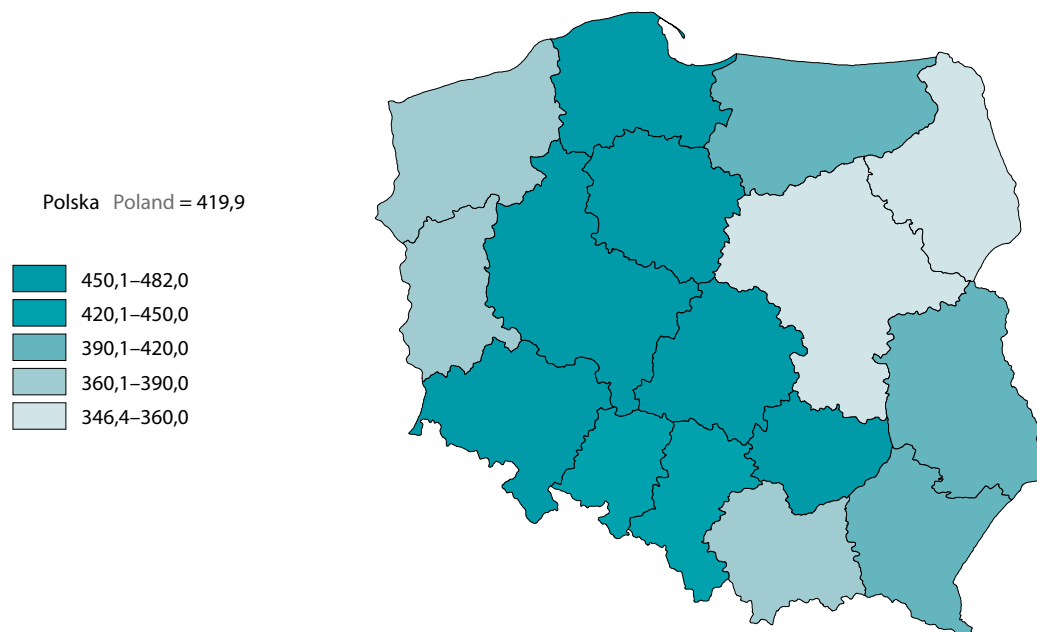
Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population			
Nowotwory złośliwe Malignant neoplasms	2017 2017	2016 2016	Różnica w stosunku do 2016 roku Difference to 2016
czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry melanoma and other malignant neoplasms of skin	44,9	41,1	3,8
tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna lymphoid haematopoietic and related tissue	23,4	21,9	1,5
układ moczowy urinary tract	33,8	33,1	0,7
narządy płciowe genital organs	80,1	79,9	0,2
sutek breast	48,6	48,8	-0,2
wargę, jamę ustną i gardło lip, oral cavity and pharynx	10,8	11,3	-0,5
oko, mózg, inne części centralnego układu nerwowego eye, brain, other parts of central nervous system	8,3	8,8	-0,5
tarczyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego thyroid and other endocrine glands	10,4	11,1	-0,7
niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu illdefined, secondary and unspecified sites	8,1	8,9	-0,8
narządy trawienne digestive organs	83,3	84,5	-1,2
narządy oddechowe i klatki piersiowej respiratory and intrathoracic organs	63,4	65,1	-1,7

Wzrost liczby zachorowań na nowotwory złośliwe w 2017 r. nie dotyczył każdego województwa. W ośmiu województwach zarejestrowano wyższy wskaźnik zachorowalności niż w 2016 roku.

W 2017 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województw pomorskiego (482 zachorowania na 100 tys. ludności) i kujawsko-pomorskiego (481 przypadków), a w dalszej kolejności wśród mieszkańców świętokrzyskiego, łódzkiego, wielkopolskiego i dolnośląskiego (co najmniej 450 nowych zachorowań na 100 tys. ludności).

Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane u mieszkańców województw podlaskiego i mazowieckiego – mniej niż 360 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2017 r. na 100 tys. ludności
 Map 1. New cases of malignant neoplasms in 2017 per 100 thousand population



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2017 r. w podziale na województwa można stwierdzić, że najczęściej nowotwory złośliwe w narządach trawiennych stwierdzano u mieszkańców województw dolnośląskiego (101 nowych zachorowań na 100 tys. ludności) oraz kujawsko-pomorskiego, śląskiego i wielkopolskiego (co najmniej 94 zachorowania na 100 tys. ludności), a najrzadziej u mieszkańców województw mazowieckiego i zachodniopomorskiego (poniżej 67 zachorowań na 100 tys. ludności).

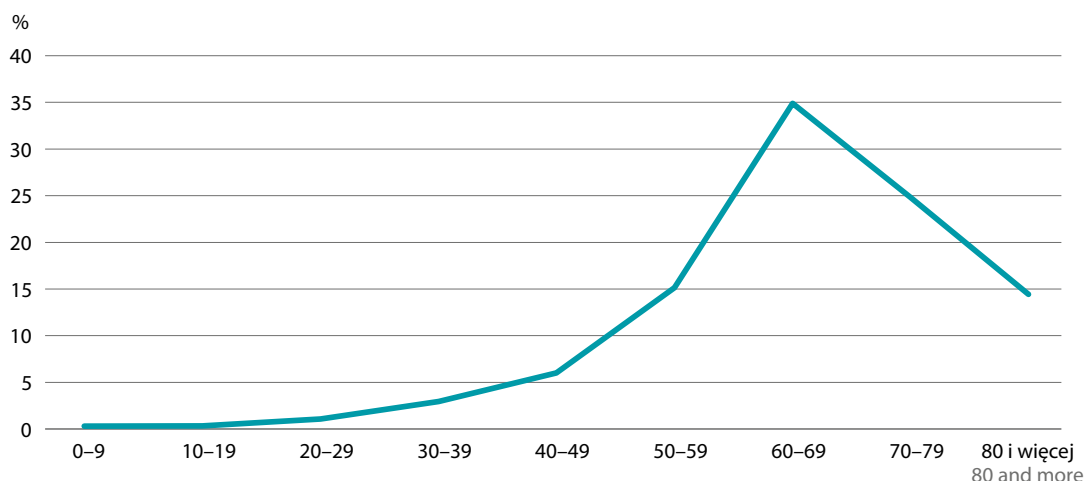
Nowotwory złośliwe narządów płciowych były najczęściej wykrywane u mieszkańców województw pomorskiego, świętokrzyskiego i kujawsko-pomorskiego – co najmniej 93 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności, najrzadziej natomiast u mieszkańców województw zachodniopomorskiego, lubuskiego i mazowieckiego – mniej niż 70 zachorowań na 100 tys. ludności.

Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej diagnozowano najczęściej u mieszkańców województw kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, dolnośląskiego i pomorskiego – co najmniej 74 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców województw małopolskiego i podlaskiego (po 49 przypadków).

Na czerniaka i inne złośliwe nowotwory skóry – choroby, które notują najwyższe wzrosty zachorowalności w porównaniu z 2016 rokiem, zapadali w 2017 r. najczęściej mieszkańcy województwa opolskiego (72 zachorowania na 100 tys. ludności, podczas gdy wskaźnik zachorowalności na tę chorobę w Polsce ogółem wyniósł 45). Wskaźnik ten wynosi również powyżej 60 zachorowań w przypadku 2 innych województw – lubelskiego i zachodniopomorskiego. Najrzadziej diagnozowano czerniaka i inne złośliwe nowotwory skóry w województwie podlaskim (29 przypadków na 100 tys. ludności).

Wśród osób, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy najliczniejszą grupą są sześćdziesięciolatekowie. Najczęściej występującymi rodzajami nowotworów w tej grupie są nowotwory narządów pokarmowych i oddechowych.

Wykres 2. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2017 roku w podziale na grupy wieku (w odsetkach)
Chart 2. Incidence of malignant neoplasms in 2017 by age group (in %)

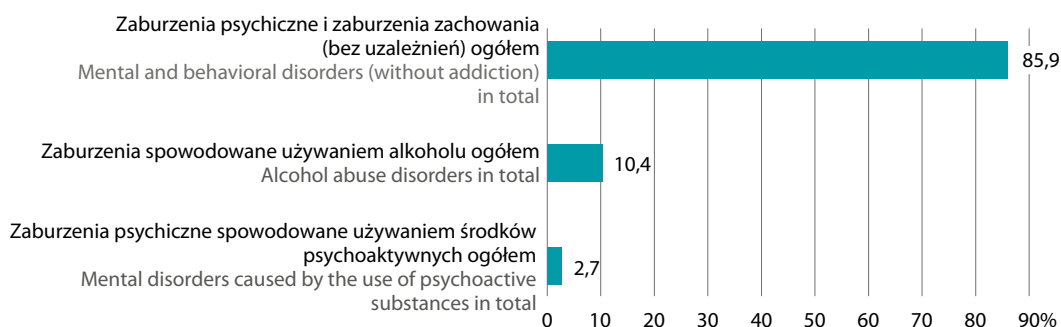


Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2018 r.⁵

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2018 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono ponad 1,6 mln osób, czyli ponad 4% ludności Polski. W stosunku do zeszłego roku mamy prawie 26,5 tysiąca mniej zgłoszeń dotyczących zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ogółem.

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania można podzielić na cztery grupy schorzeń, z których najliczniej reprezentowana jest grupa zaburzeń niezwiązanych z uzależnieniami i stanowi blisko 86% wszystkich zarejestrowanych przypadków. Trzy inne grupy zaburzeń są związane z nadużywaniem alkoholu, tytoniu i substancji psychoaktywnych i stanowią łącznie ponad 13%.

Wykres 3. Grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ogółem (w odsetkach)
Chart 3. Groups of mental and behavioral disorders in total (in%)



Wskaźnik chorobowości zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania bez uzależnień wyniósł 3611 przypadków na 100 tys. ludności, zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu – 437 przypadków, zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych – 113 przypadków, używania tytoniu – 4 przypadki.

⁵ Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2018 r.

W 2018 roku zdiagnozowano ponad 22 tysiące mniej zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania z wyłączeniem uzależnień niż rok wcześniej. W porównaniu z 2017 rokiem, w 2018 odnotowano natomiast więcej o 682 przypadki zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu i o 759 przypadków zaburzeń psychicznych spowodowanych użyciem środków psychoaktywnych.

Wśród osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania 20% cierpi na afektywne zaburzenia nastroju, 13% na organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi. Na schizofrenię cierpi 9%, tyle samo na zespół uzależnienia spowodowany używaniem alkoholu.

Tablica 3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w 2018 r. – szczegółowe diagnozy
Table 3. Mental and behavioral disorders (in details) in 2018

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ogółem) Mental and behavioral disorders (in total)	W liczbach bezwzględnych In absolute numbers	W odsetkach ogółem In total (in %)	W odsetkach wśród pacjentów w ramach grupy Among patients in the group of disorders (in %)
(1) Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem Mental and behavioral disorders (without addiction) in total	1387035	85,90%	100,0%
zaburzenia nerwicowe neurotic disorders	467793	29,0%	33,7%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	326566	20,2%	23,5%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	211445	13,1%	15,2%
schizofrenia schizophrenia	142646	8,8%	10,3%
(2) Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem Alcohol abuse disorders in total	168031	10,41%	100,0%
zespół uzależnienia addiction syndrome	145066	9,0%	86,3%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	15888	1,0%	9,5%
(3) Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem Mental disorders caused by the use of psychoactive substances in total	43207	2,68%	100,0%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	33600	2,1%	77,8%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	7006	0,4%	16,2%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1076	0,1%	2,5%
(4) Używanie tytoniu Smoking	1522	0,09%	100,0%

Wśród zdiagnozowanych na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców zanotowano w województwie kujawsko-pomorskim (4660), a najniższy w zachodniopomorskim (2626).

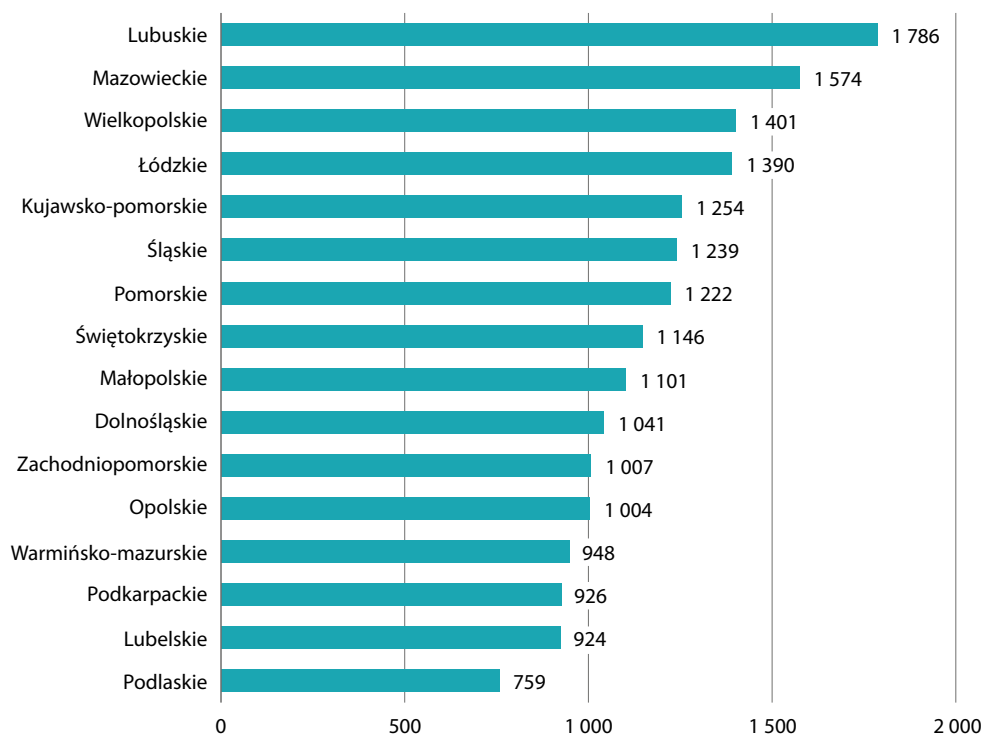
W przypadku uzależnień od alkoholu i związanymi z tym zaburzeniami najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców reprezentuje województwo wielkopolskie (562), a najniższy – pomorskie (309).

W województwie lubuskim odnotowano najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców w przypadku zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (232). Najniższy wskaźnik to 36 i dotyczy województwa podkarpackiego.

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych w 2018 roku dominowały zaburzenia nerwicowe, stanowiące 1/3 w grupie zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania z wyłączeniem uzależnień.

Ogółem wśród osób dotkniętych zaburzeniami psychicznymi i zaburzeniami zachowania (łącznie z uzależnieniami) zaburzenia nerwicowe stanowiły 29% (wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców to 1218). Najwyższy wskaźnik chorobowości w przypadku zaburzeń nerwicowych notujemy w województwie lubuskim (1786).

Wykres 4. Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe na 100 tys. ludności
Chart 4. Incidence of neurotic disorders per 100 thousand population



Tablica 4. Zachorowania na niektóre choroby w 2019 r.
Table 4. Incidence of selected diseases in 2019

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Gru- żlica Tub- ercu- losis	Grypa ^a Influ- enza ^a	Sal- monel- lozy Salmo- nella infec- tions	Czer- wonka bak- teryj- na Shigel- losis	Inne bakte- ryjne zatrue- cia po- kar- mowe Other bacteria food- borne intoxi- cations	Wiru- sowe zapa- lenie opon mózgo- wych Viral menin- gitis	Wiru- sowe zapa- lenie wątro- by ty- pu B Viral hepa- titis type B	Wiru- sowe zapa- lenie wątro- by ty- pu C Viral hepa- titis type C	Świnka (zapa- lenie przy- usznicy nagmi- nne) Mump	Róży- czka Rubel- la	Szkar- latyna (pło- nica) Scarlet fever	Choro- by we- nery- czne Vene- real diseas- es	Nowo- twory złośliwe Malign- ant neoplas- msa
----------------------------	---	---	--	--	--	---	--	--	---	-------------------------------	--	---	---

W liczbach bezwzględnych In absolute numbers

POLSKA	5321	4790033	9234	37	452	943	2855	3347	1338	285	20837	2744	8988
Dolnośląskie	384	251120	288	0	66	52	149	378	78	7	1098	122	760
Kujawsko-pomorskie	253	252451	381	2	17	61	244	275	73	12	1387	79	457
Lubelskie	423	169399	830	1	21	31	51	175	72	4	983	138	460
Lubuskie	94	54644	93	0	3	17	64	112	42	4	395	58	137
Łódzkie	429	211666	657	2	12	52	346	233	78	20	652	36	1068
Małopolskie	398	477631	1161	9	2	88	126	90	130	25	2294	276	677
Mazowieckie	885	865984	1552	12	28	90	381	500	204	48	4151	690	985
Opolskie	112	56435	237	0	3	39	48	83	45	3	448	49	260
Podkarpackie	236	79061	1172	0	42	67	57	73	53	37	593	38	604
Podlaskie	114	84341	222	0	16	110	98	116	46	6	429	18	282
Pomorskie	280	842388	376	3	20	52	330	160	95	37	1808	248	633
Śląskie	863	450220	1070	2	99	59	417	360	173	46	3129	149	1009
Świętokrzyskie	208	103448	279	0	68	33	34	81	33	8	446	7	355
Warmińsko-mazurskie	150	83632	286	0	5	42	86	127	42	4	518	16	255
Wielkopolskie	281	719657	481	6	44	92	316	403	97	17	1581	772	877
Zachodniopomorskie	211	87956	149	0	6	58	108	181	77	7	925	48	169

Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population

POLSKA	13,9	12478,4	24,1	0,1	1,2	2,5	7,4	8,7	3,5	0,7	54,3	7,1	23,4
Dolnośląskie	13,2	8659,4	9,9	0,0	2,3	1,8	5,1	13,0	2,7	0,2	37,9	4,2	26,2
Kujawsko-pomorskie	12,2	12169,1	18,4	0,1	0,8	2,9	11,8	13,3	3,5	0,6	66,9	3,8	21,9
Lubelskie	20,0	8020,0	39,3	0,0	1,0	1,5	2,4	8,3	3,4	0,2	46,5	6,5	21,6
Lubuskie	9,3	5394,1	9,2	0,0	0,3	1,7	6,3	11,1	4,1	0,4	39,0	5,7	13,5
Łódzkie	17,4	8603,7	26,7	0,1	0,5	2,1	14,1	9,5	3,2	0,8	26,5	1,5	43,1
Małopolskie	11,7	14027,9	34,1	0,3	0,1	2,6	3,7	2,6	3,8	0,7	67,4	8,1	20,0
Mazowieckie	16,4	16002,8	28,7	0,2	0,5	1,7	7,0	9,2	3,8	0,9	76,7	12,8	18,3
Opolskie	11,4	5733,3	24,1	0,0	0,3	4,0	4,9	8,4	4,6	0,3	45,5	5,0	26,2
Podkarpackie	11,1	3716,2	55,1	0,0	2,0	3,1	2,7	3,4	2,5	1,7	27,9	1,8	28,4
Podlaskie	9,7	7151,0	18,8	0,0	1,4	9,3	8,3	9,8	3,9	0,5	36,4	1,5	23,8
Pomorskie	12,0	36033,8	16,1	0,1	0,9	2,2	14,1	6,8	4,1	1,6	77,3	10,6	27,3
Śląskie	19,1	9951,6	23,7	0,0	2,2	1,3	9,2	8,0	3,8	1,0	69,2	3,3	22,2
Świętokrzyskie	16,8	8360,3	22,5	0,0	5,5	2,7	2,7	6,5	2,7	0,6	36,0	0,6	28,4
Warmińsko-mazurskie	10,5	5864,9	20,1	0,0	0,4	2,9	6,0	8,9	2,9	0,3	36,3	1,1	17,8
Wielkopolskie	8,0	20588,3	13,8	0,2	1,3	2,6	9,0	11,5	2,8	0,5	45,2	22,1	25,2
Zachodniopomorskie	12,4	5178,9	8,8	0,0	0,4	3,4	6,4	10,7	4,5	0,4	54,5	2,8	9,9

a Dane dotyczą 2017 r.

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2. Health care

2.1. Kadra medyczna

2.1. Medical personnel

Zasoby kadrowe są ważnym elementem stanowiącym o skuteczności funkcjonowania każdego systemu opieki zdrowotnej. Efektywność systemu ochrony zdrowia i jakość realizowanych świadczeń medycznych uzależnione są w głównej mierze od wiedzy, umiejętności i motywacji pracowników służby zdrowia. Istotną 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 ochrony zdrowia.

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

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

Od lat podejmowane są próby poszerzenia informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia. W pracy badawczej „Usługi publiczne w obszarze ochrony zdrowia” realizowanej w GUS w latach 2017–2018, w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014–2020, opracowano dane dotyczące personelu medycznego pracującego w podmiotach świadczących usługi opieki zdrowotnej finansowane ze środków publicznych w oparciu o rejestry i źródła administracyjne.

W 2019 r. w ramach projektu „Dane niefinansowe z zakresu statystyki zdrowia” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej przeprowadzono w GUS próbę obliczenia zasobów kadry medycznej wyłącznie w oparciu o źródła administracyjne. Wypracowane algorytmy naliczania podlegały dalszym pracom i weryfikacji w 2020 r. Przewiduje się zakończenie prac w roku 2021.

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale pochodzą z badań prowadzonych na dotychczasowych zasadach i odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2019 r. (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2018/2019).

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 2019 prawo wykonywania zawodu posiadało 150 tys. lekarzy, 42 tys. lekarzy dentyistów, 299 tys. pielęgniarek, 39 tys. położnych, 36 tys. farmaceutów i 16 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2019 r. zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,2 %) i położnych (wzrost o 1,9 %).

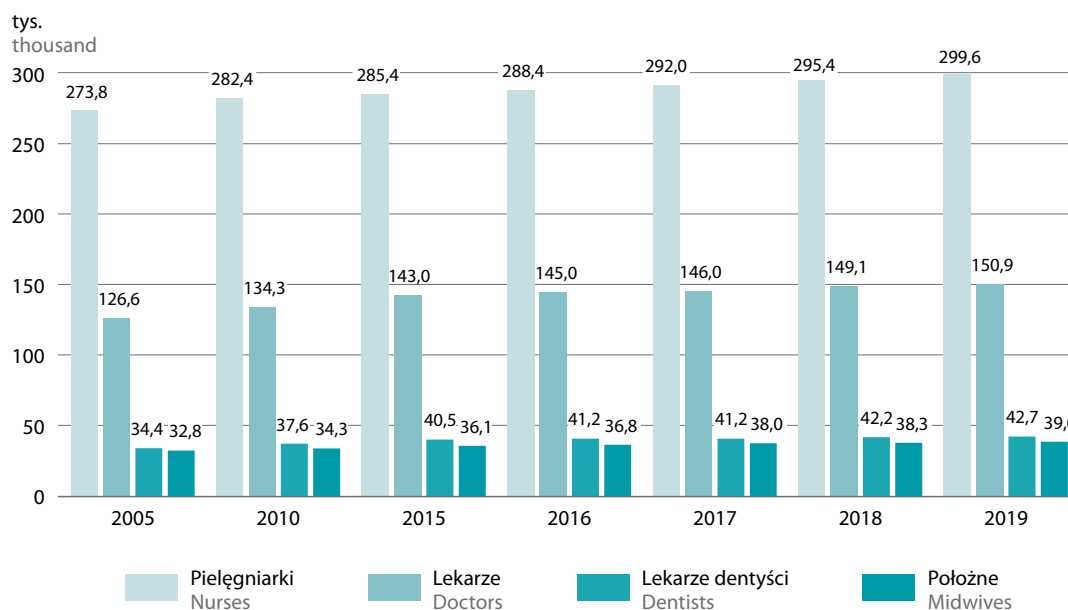
**Tablica 5. Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego
Stan w dniu 31 XII**

Table 5. Persons Entitled to practice medical profession
As of 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2018	2019
Lekarze Doctors	134292	142962	144982	149134	150914
Lekarze dentyści Dentists	37104	40455	41194	42282	42761
Farmaceuci Pharmacists	28330	33111	33914	35553	36117
Pielęgniarki Nurses	282420	285431	288446	295464	299629
Położne Midwives	34302	36103	36839	38312	39029
Diagności laboratoryjni ^a Laboratory diagnosticians ^a	12966	15109	15563	16340	16697

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

Wykres 5. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej
Chart 5. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife

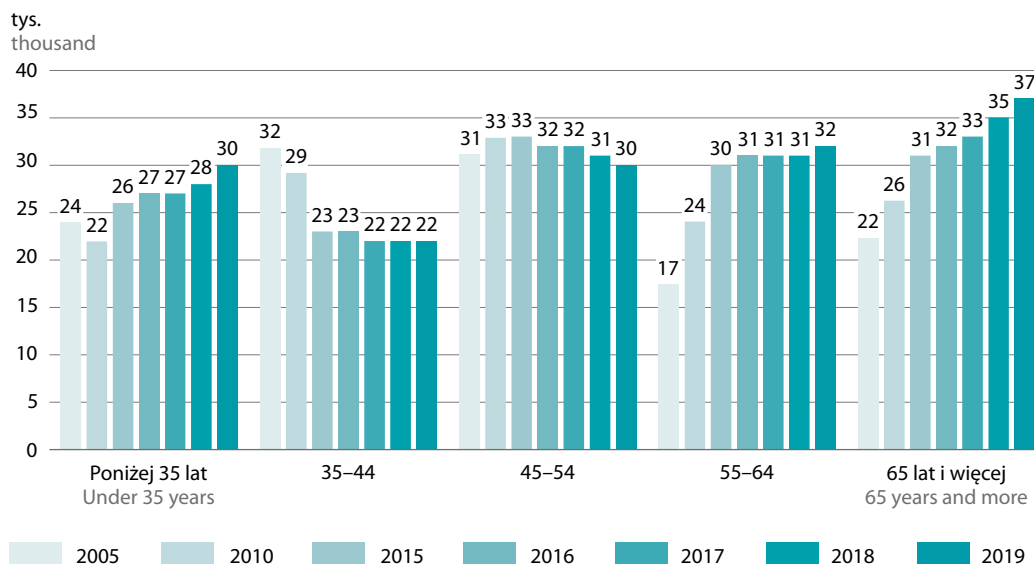


Na dynamikę liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem roczników starszych.

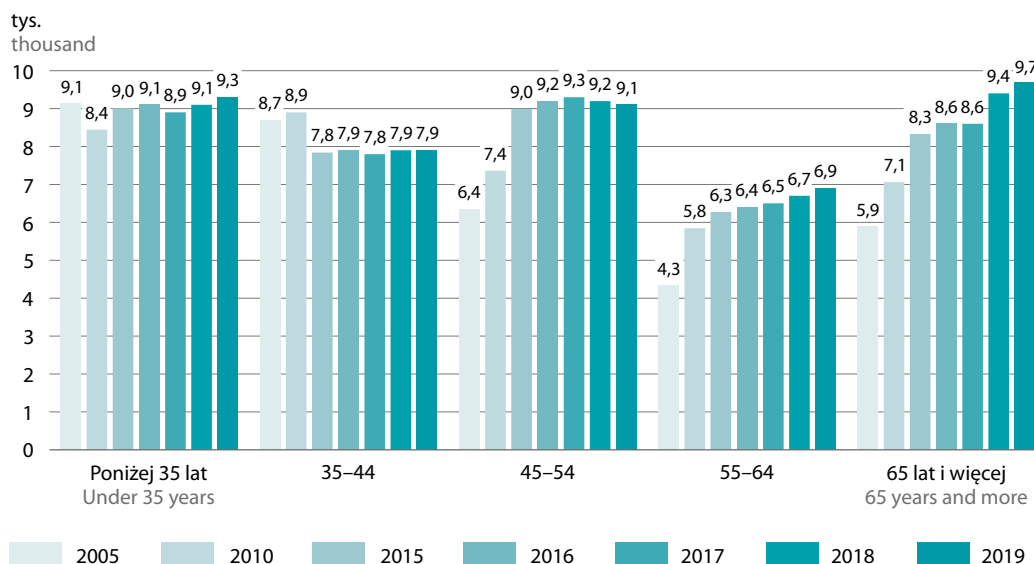
Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2019 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystry uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wieku – 65 lat

i więcej. W 2019 r. udział lekarzy w tej grupie wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry wyniósł w przypadku lekarzy 24,5% i lekarzy dentystrów 22,7%.

Wykres 6. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku
Chart 6 Doctors entitled to perform their profession by age



Wykres 7. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku
Chart 7 Dentists entitled to perform their profession by age

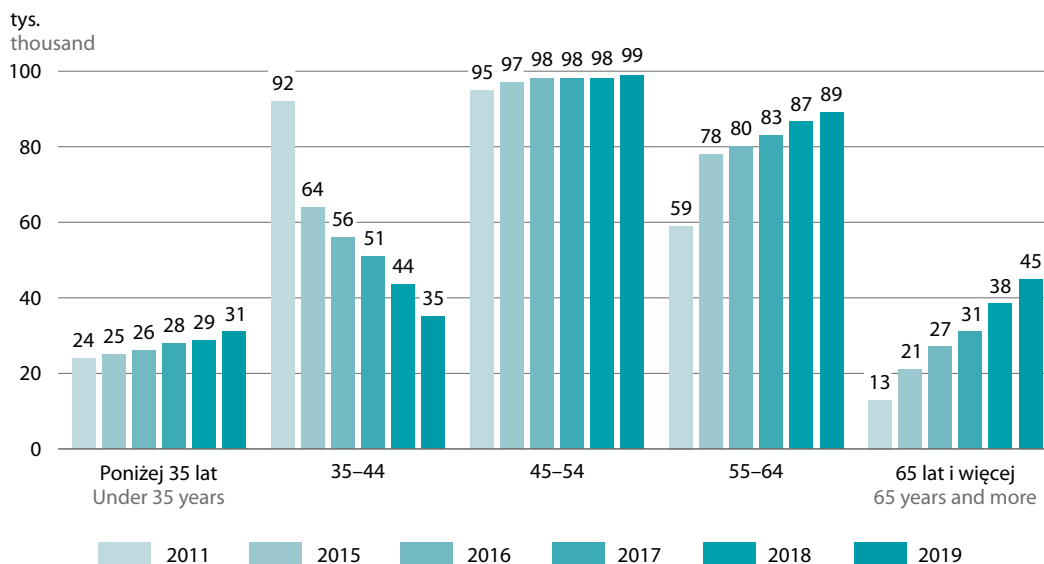


Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2019 najczęściej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45–54 lata – 99 tys. Podobnie jak w poprzednim roku najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat. W 2019 r. było ich 31 tys., co stanowiło 10,4% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu pielęgniarki.

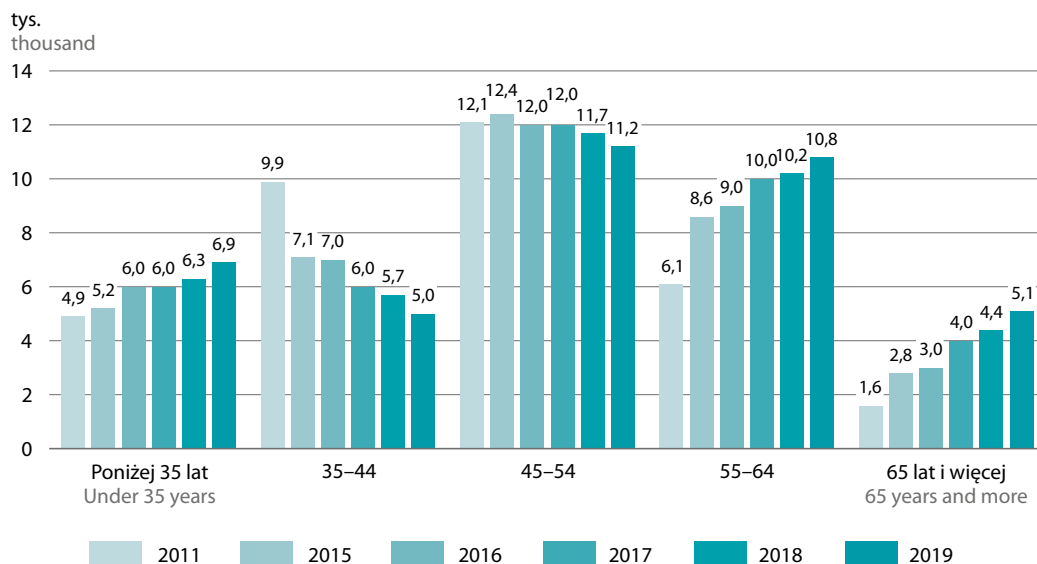
Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. W 2018 r. wzrost ten był dość znaczny – o prawie 7 tys. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 15% wszystkich posiadających prawo

wykonywania zawodu pielęgniarki (w 2011 r. – 4,4%). Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55–64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o prawie 3 tys.

Wykres 8 Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku
Chart 8 Nurses entitled to perform their profession by age



Wykres 9. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku
Chart 9. Midwives entitled to perform their profession by age



Podobne tendencje jak w roku ubiegłym wystąpiły w strukturze wieku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45–54 lata – ponad 11 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 35–44 lata – niecałe 5 tys. Położne w wieku 65 lat i więcej – stanowiły ponad 5 tys., tj. o 663 osoby więcej niż przed rokiem.

Powyższe dane potwierdzają tendencję starzenia się społeczeństwa, co dotyczy także pracowników systemu ochrony zdrowia. Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń

w grupie personelu medycznego, a także najlepsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zgodnie z potrzebami systemu oraz wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników.

Według danych Krajowego Rejestru Fizjoterapeutów w 2019 r. prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty miało 65,8 tys. osób, wśród których znaczącą przewagę (ok.74%) stanowiły kobiety. Niemal 88% fizjoterapeutów to osoby z wyższym wykształceniem: 20% posiadało licencjat a 68% tytuł magistra, natomiast technicy stanowili 12% ogółu fizjoterapeutów.

Tablica 6. Fizjoterapeuci posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego Stan w dniu 31 XII

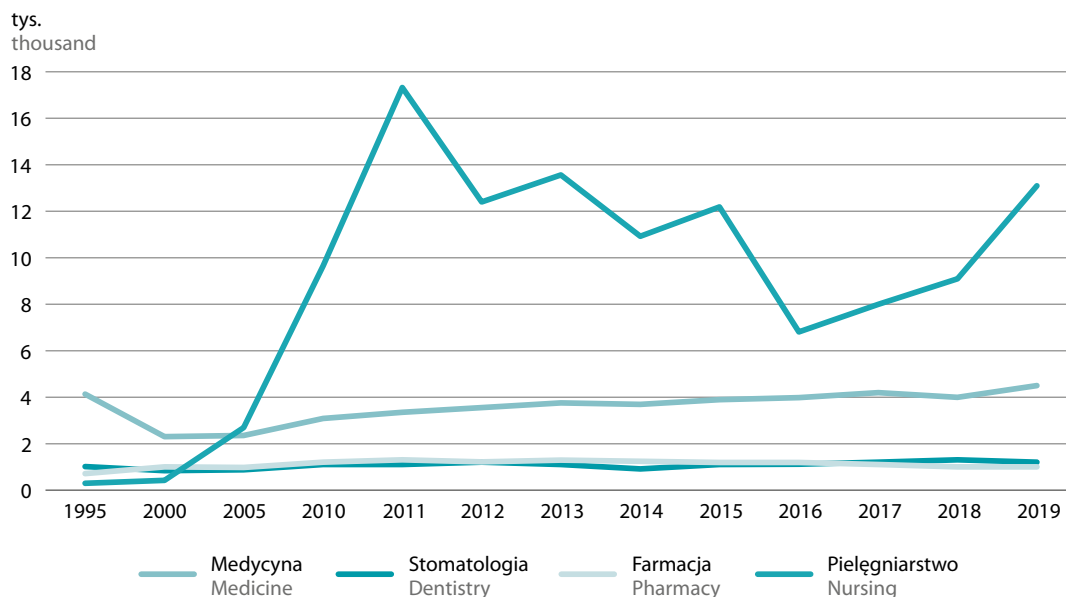
Table 6. Physiotherapists entitled to practice medical profession As of 31 XII

Województwo	Ogółem	Płeć		Wykształcenie		
		Kobieta	Mężczyzna	Licencjat	Magister	Technik
Ogółem	65796	48812	16984	13263	44568	7965
Dolnośląskie	5511	4076	1435	1137	3709	665
Kujawsko-pomorskie	3180	2375	805	696	1827	657
Lubelskie	3612	2694	918	626	2680	306
Lubuskie	1244	967	277	278	745	221
Łódzkie	3614	2554	1060	651	2440	523
Małopolskie	6946	5216	1730	1324	4928	694
Mazowieckie	9292	6446	2846	1880	6566	846
Opolskie	1763	1325	438	243	1386	134
Podkarpackie	4555	3554	1001	592	3442	521
Podlaskie	1542	1148	394	301	1043	198
Pomorskie	3081	2350	731	866	1734	481
Śląskie	7574	5646	1928	1520	4862	1192
Świętokrzyskie	2811	2204	607	584	2017	210
Warmińsko-mazurskie	1831	1364	467	425	1217	189
Wielkopolskie	5658	4222	1436	1102	4075	481
Zachodniopomorskie	3000	2215	785	888	1506	606
Zagranica	582	456	126	150	391	41

a Osoby, którym wydano PWZFz od początku do 31.12.2019 r.

W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat⁶.

Wykres 10. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce
 Chart 10. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland



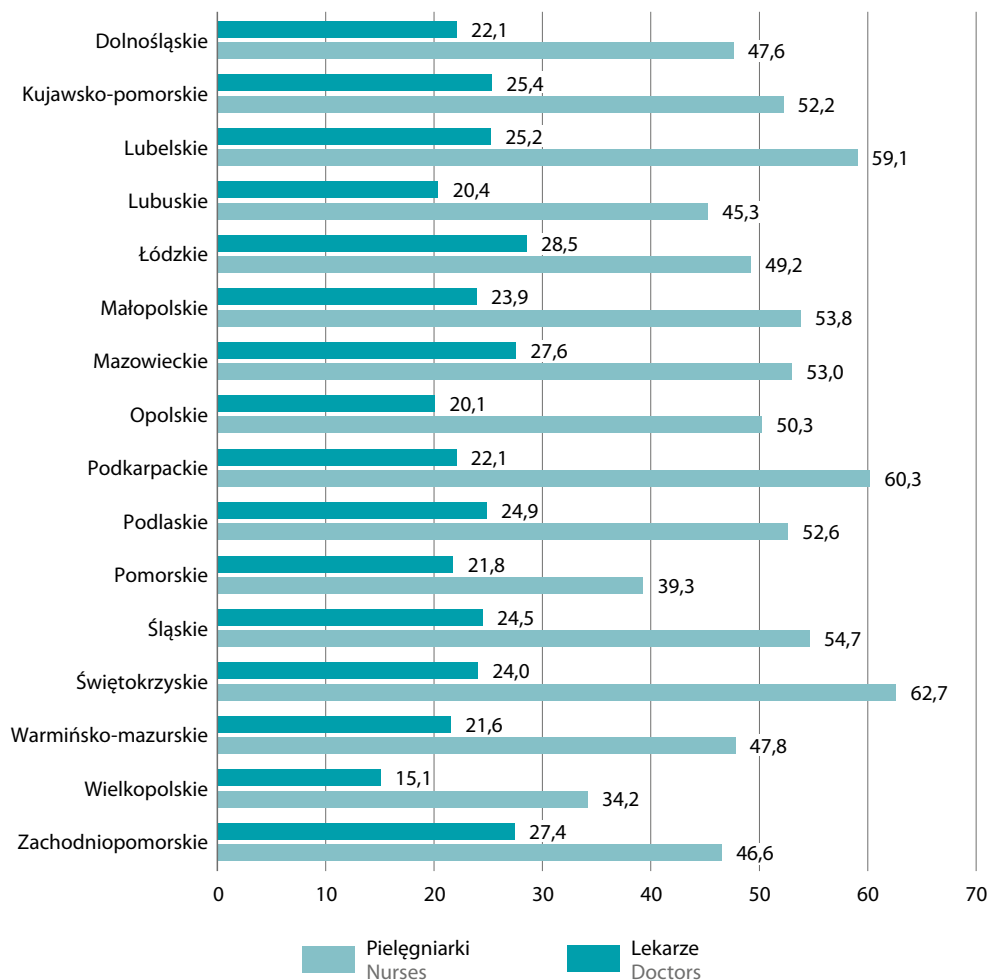
Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo⁷. W roku 2019 został odnotowany jej wzrost o 4 p.proc.

Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem. Lekarze specjaliści

Jedną z najważniejszych kwestii jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego opartej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność ta zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15,1 w województwie wielkopolskim do 28,5 w województwie łódzkim. Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców w roku 2019 była najniższa w województwie wielkopolskim – 34,2 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców oraz w województwie pomorskim, gdzie przypadały 39,3 pielęgniarki na 10 tys. osób. Najwięcej pielęgniarek było w województwie świętokrzyskim – 62,7 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, w województwie podkarpackim – 60,3 oraz w lubelskim – 59,1.

⁷ 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).

Wykres 11. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności w 2019 r.
 Chart 11. Doctors and nurses working with patients at 10 thousand of the population in 2019

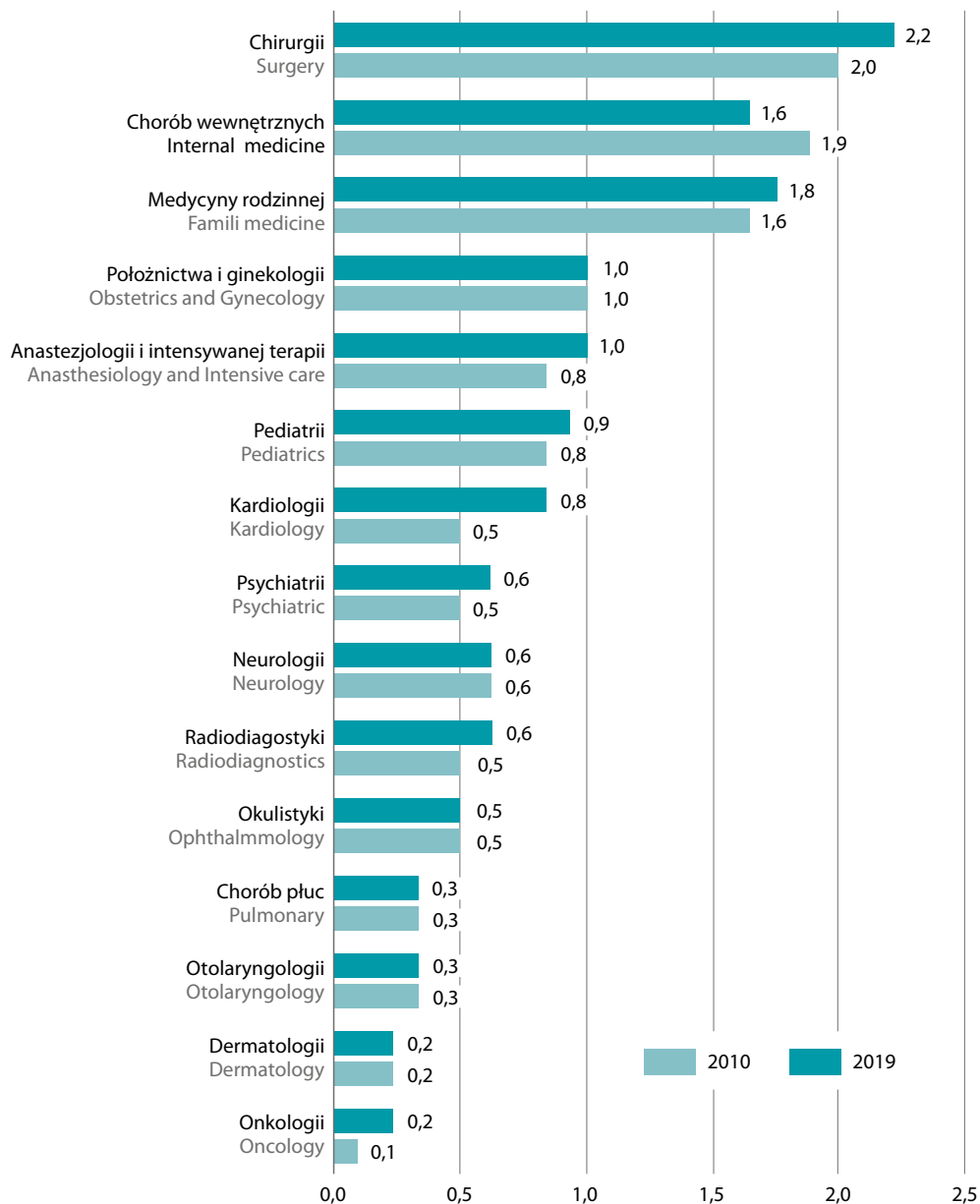


Poza dostępnością pracowników medycznych wyrażoną przez odniesienie liczby pracujących z pacjentem do liczby potencjalnych pacjentów, ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że miernikiem poziomu kwalifikacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów⁸, a w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

⁸ Zarówno w przypadku lekarzy pracujących z pacjentem jak również lekarzy specjalistów, liczby do wyliczenia wskaźnika dotyczą osób wg głównego miejsca pracy, co dla specjalistów oznacza specjalizację wskazaną przez lekarza w głównym miejscu pracy.

Wykres 12. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2019 (na 10 tys. ludności)

Chart 12. Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2019 (per 10 thousand of the population)



W 2019 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wynosiła ponad 60 tys., a wśród lekarzy dentyistów specjalizację posiadało 3,0 tys., co stanowiło 22,5% wszystkich lekarzy dentyistów. Dobrze przedstawia to wskaźnik dotyczący liczby lekarzy dentyistów przypadających na 10 tys. ludności, który utrzymuje się od lat na podobnym niskim poziomie (2016 r. – 3,5, 2018 r. – 3,4, 2019 r. – 3,5).

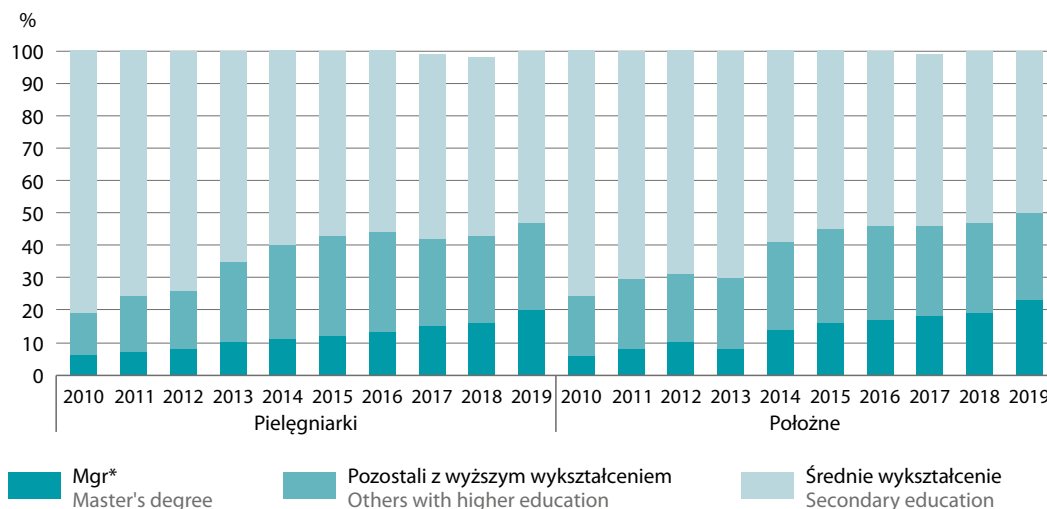
Według opinii krajowych konsultantów można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Co kilka lat minister zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określone są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie brakuje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

Na koniec 2019 r. najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych. Spośród wymienionych na wykresie lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: onkologia czy dermatologia.

Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2019 r., spośród ogółu pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało prawie 20 % (w roku 2018 było to 16%).

Wykres 13. Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych

Chart 13. The education level of nurses, midwives



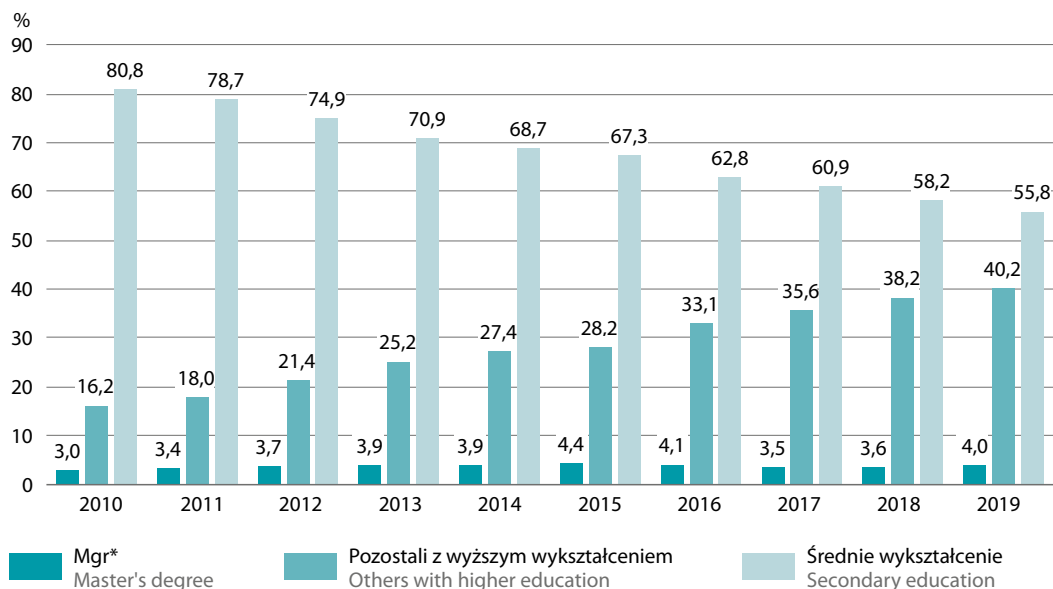
* W przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa.
 * In the case of nurses – masters of nursing, in the case of midwives – masters of obstetrics.

Odsetek osób z tytułem magistra w grupie położnych wyniósł w 2019 r. 23,2% (w 2018 r. – 19,5%), wskaźnik dotyczący grupy: „pozostali z wyższym wykształceniem” był wyrównany w obu zawodach: w zawodzie pielęgniarki wyniósł 26,8%, natomiast w zawodzie położnej – 27,2%.

W 2019 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,5 tys. ratowników medycznych⁹ ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim było 0,6 tys.

⁹ <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ratownicy-medyczni>.

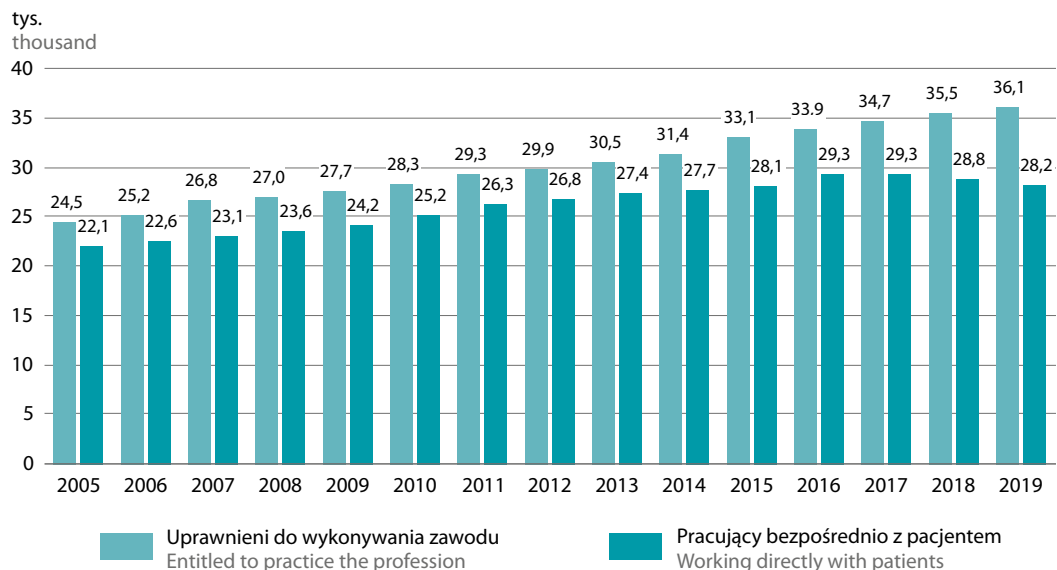
Wykres 14. Poziom wykształcenia ratowników medycznych
Chart 14. The level of education of paramedics



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

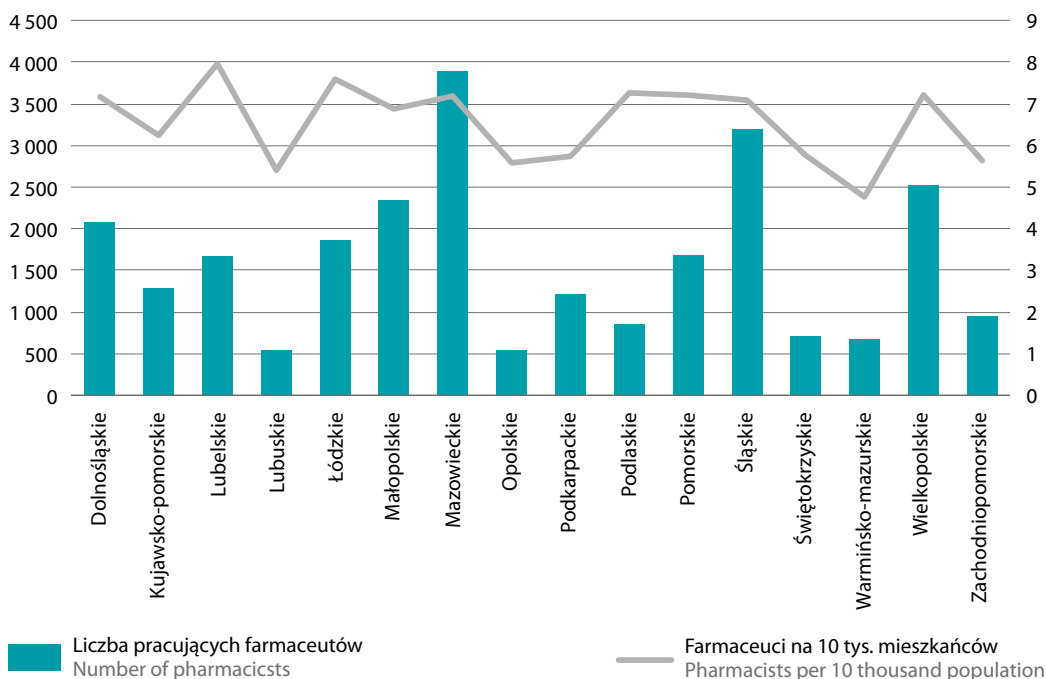
Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2019 r. uprawnionych było ponad 36 tys. Dane wskazują, że prawie 73% wszystkich uprawnionych pracowało w aptekach bezpośrednio z pacjentem.

Wykres 15. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu
Chart 15. Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession



Liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty systematycznie rośnie. W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2019 r. pracowało ponad 26 tys. magistrów farmacji oraz ponad 33 tys. techników farmaceutycznych.

Wykres 16. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców w 2019 r.
 Chart 16. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population in 2019



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

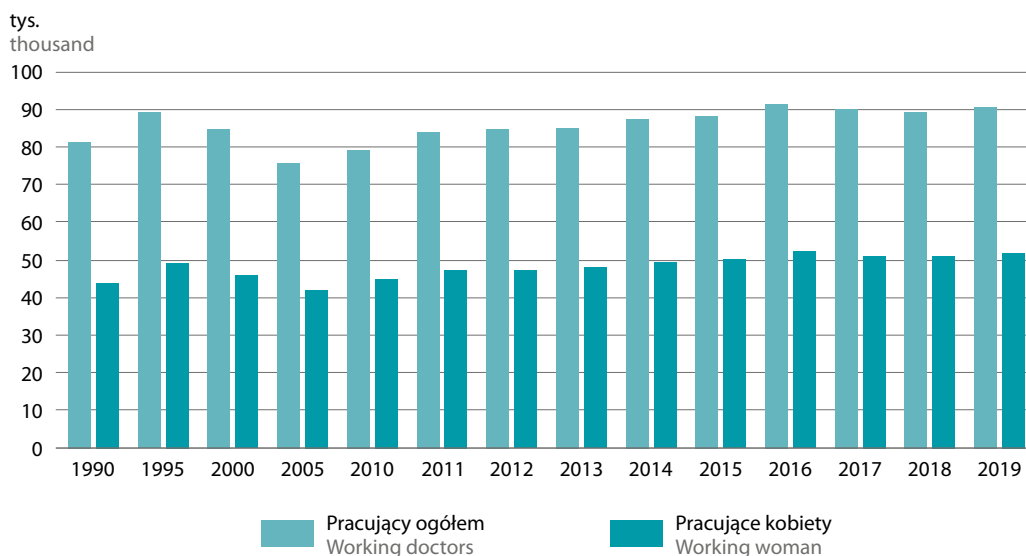
Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy, tak samo jak przed rokiem, w województwie lubelskim i łódzkim – 8 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim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

Feminizacja zawodów medycznych

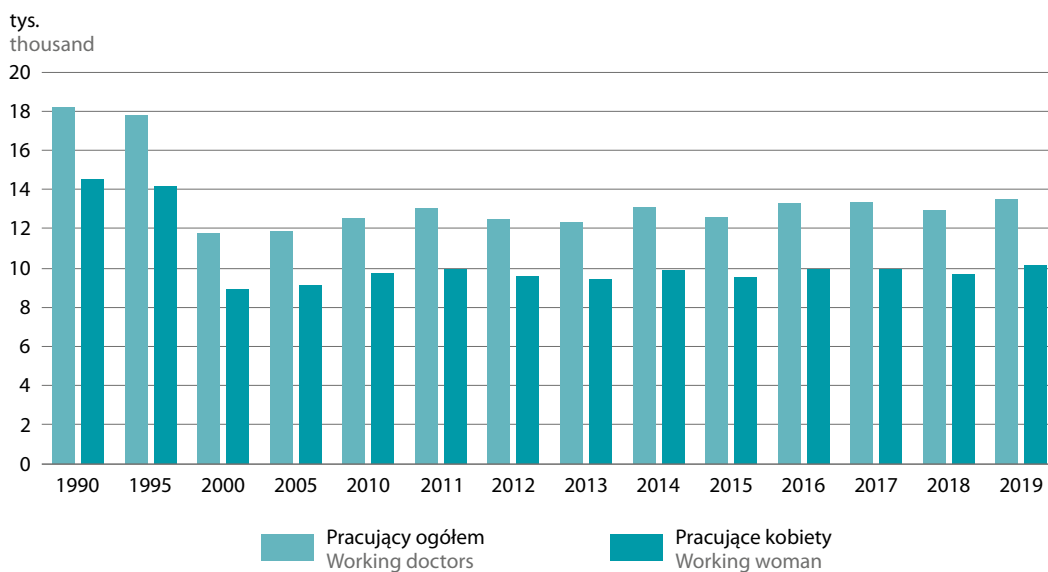
W Polsce w 2019 r. najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. Na przestrzeni zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale 25 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W zawodzie lekarza dentystry także przeważają kobiety, które stanowią prawie 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 szczegółowym uwzględnieniem liczby kobiet pracujących w danym zawodzie.

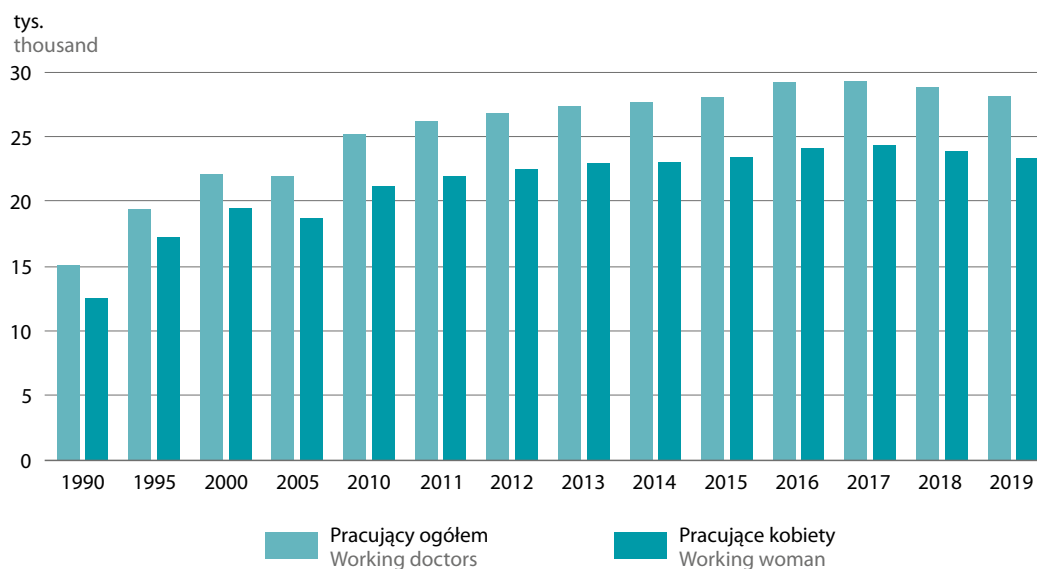
Wykres 17. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
 Chart 17. Doctors working directly with the patient including the number of female



Wykres 18. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
 Chart 18. Dentists working directly with the patient including the number of female



Wykres 19. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
 Chart 19. Pharmacists working directly with the patient including the number of female



Tablica 7. Pracownicy medyczni^a
Stan w dniu 31 XII

Table 7. Medical personnel^a
 As of 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017	2018	2019
W LICZBACH BEZWZGLĘDNYCH IN ABSOLUTE NUMBERS						
Lekarze Doctors	83201	88437	91730	90284	89532	90884
w tym kobiety of which women	47131	50343	52422	51318	51291	51932
Lekarze dentyści Dentists	12549	12603	13308	13331	12927	13509
w tym kobiety of which women	9717	9544	9930	9918	9664	10133
Farmaceuci Pharmacists	25203	28121	29268	29330	28873	28195
w tym kobiety of which women	21237	23441	24178	24364	23920	23384
Pielęgniarki Nurses	200769	197381	195838	193700	192964 ^b	193132 ^b
Położne Midwives	22616	22464	22885	22742	22880 ^c	22892 ^c
Fizjoterapeuci Physiotherapists	21470	25145	26003	26495	27787	29361
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	.	11477	10602	11599	11657	12176

**Tablica 3. Pracownicy medyczni^a (dok.)
Stan w dniu 31 XII**

Table 3. Medical personnel^a (cont.)
As of 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017	2018	2019
NA 10 tys. LUDNOŚCI PER 10 thousand POPULATION						
Lekarze Doctors	21,6	23,0	23,9	23,5	23,3	23,7
Lekarze dentyści Dentists	3,3	3,3	3,5	3,5	3,4	3,5
Farmaceuci Pharmacists	6,5	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3
Pielęgniarki Nurses	52,1	51,4	51,0	50,4	50,2	50,3
Położne ^d Midwives ^d	11,4	11,3	11,5	11,5	11,5	11,5
Fizjoterapeuci Physiotherapists	5,6	6,5	6,8	6,9	7,2	7,6
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	3,0	2,7	3,0	3,0	3,2

a W 2015 r. bez stażystów. b, c W tym magistrzy: b — pielęgniarstwa — 38477, c — położnictwa — 5316. d Na 10 tys. kobiet.
a In 2015 excluding trainees. b, c Of which masters: b — of nursing — 38477, c — of midwifery — 5316. d Per 10 thousand females.

2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna

2.2. In-patient health care

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

Szpitala ogólne¹⁰

W Polsce na koniec 2019 r. funkcjonowało 890 stacjonarnych **szpitali ogólnych**, o 6,2% mniej niż przed rokiem, oraz 225 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), o 13,6% więcej niż w 2018 r. Dysponowały one łącznie 167,3 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia), o 8,0% (o 14,5 tys.) mniej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego, przy czym zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych¹¹, zaledwie 0,3% łóżek szpitalnych oraz 20,3% wszystkich miejsc dziennych było w szpitalach dziennych. Łącznie w szpitalach stacjonarnych i dziennych odnotowano 5,6 tys. miejsc dziennych, o 4,8% więcej niż w 2018 r. Wskaźnik liczby szpitali¹² na 100 tys. mieszkańców, uwzględniający placówki jednego dnia, wyniósł 2,9 szpitala i był największy w województwach: śląskim (4,0), dolnośląskim (3,8), warmińsko-mazurskim (3,7) i opolskim (3,4), a najmniejszy w województwie wielkopolskim (1,9), pomorskim (2,2) i podkarpackim (2,4). Ten sam wskaźnik dla szpitali stacjonarnych wyniósł 2,3 szpitala, o 0,2 mniej niż w roku poprzednim.

W porównaniu do poprzedniego roku wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 43,5 i było to o 4 łóżka mniej niż przed rokiem (stan w dniu 31 grudnia). Tym samym oznacza to że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 230 mieszkańców, o 19 osób więcej niż w 2018 r.

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

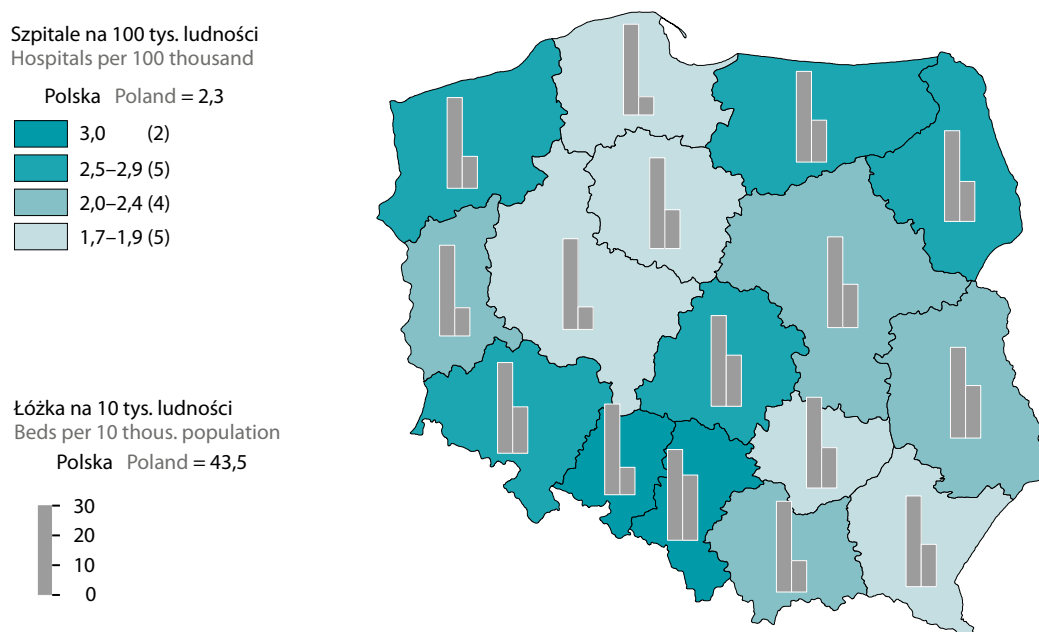
11 Od 2019 r. podmioty lecznicze samodzielnie decydowały o charakterze działalności prowadzonej szpitala (szpital stacjonarny/dzienny), patrz: wzór sprawozdania MZ-29 – o działalności szpitala ogólnego za 2019 r.

12 Uwzględniając szpitale dzienne.

W 2019 r. liczba łóżek przypadająca na 10 tys. mieszkańców poszczególnych województw w porównaniu do poprzedniego roku, była mniejsza we wszystkich województwach. Największy spadek tego wskaźnika wystąpił w województwach: podlaskim (o 6,7), opolskim (o 5,7), wielkopolskim (o 5,7), zachodniopomorskim (o 5,6), dolnośląskim (o 5,2) oraz lubelskim (o 4,5). Biorąc po uwagę bezwzględną liczbę łóżek w szpitalach ogólnych, największy spadek odnotowano w woj. wielkopolskim (o 2,0 tys. łóżek mniej), mazowieckim (o 1,7 tys.), dolnośląskim (o 1,5 tys.) i śląskim (o 1,4 tys. łóżek mniej).

Mapa 2. Szpitale ogólne¹³ na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2019)

Map 2. General hospitals¹³ per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2019)



Około 28,4% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnodostępnych w Polsce¹⁴ znajdowało się w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim (24,0 tys. łóżek) i śląskim (23,3 tys. łóżek). Najmniejsze województwa pod względem liczebności mieszkańców, takie jak województwo lubuskie i opolskie, skupiały łącznie 4,7% łóżek w szpitalach ogólnych w kraju (lubuskie – 4,0 tys. łóżek i opolskie – 3,8 tys.).

W 2019 r. w szpitalach ogólnych hospitalizowano 7464,4 tys. pacjentów¹⁵ (o 2,9% mniej niż w 2018 r.) co oznacza, że na 10 tys. ludności Polski przypadało 1945 hospitalizacji, o 56 mniej w porównaniu do poprzedniego roku.

W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) liczba osób hospitalizowanych na 10 tys. ludności zmniejszyła się w większości województw. Największy spadek tego wskaźnika odnotowano w województwie lubuskim (o 300), podlaskim (o 237) i pomorskim (o 120) a największy wzrost w województwie podkarpackim (o 68).

Podobnie jak w latach ubiegłych najwięcej pacjentów było hospitalizowanych w województwach o największej liczbie mieszkańców. W województwie mazowieckim było to 15,3%, śląskim – 11,7% pacjentów, a w wielkopolskim – 9,2% ogółem hospitalizowanych w kraju. Najmniej osób przebywało na leczeniu stacjonarnych w województwach takich jak: opolskie (2,1%), lubuskie (2,3%) i podlaskie (3,1% ogółu hospi-

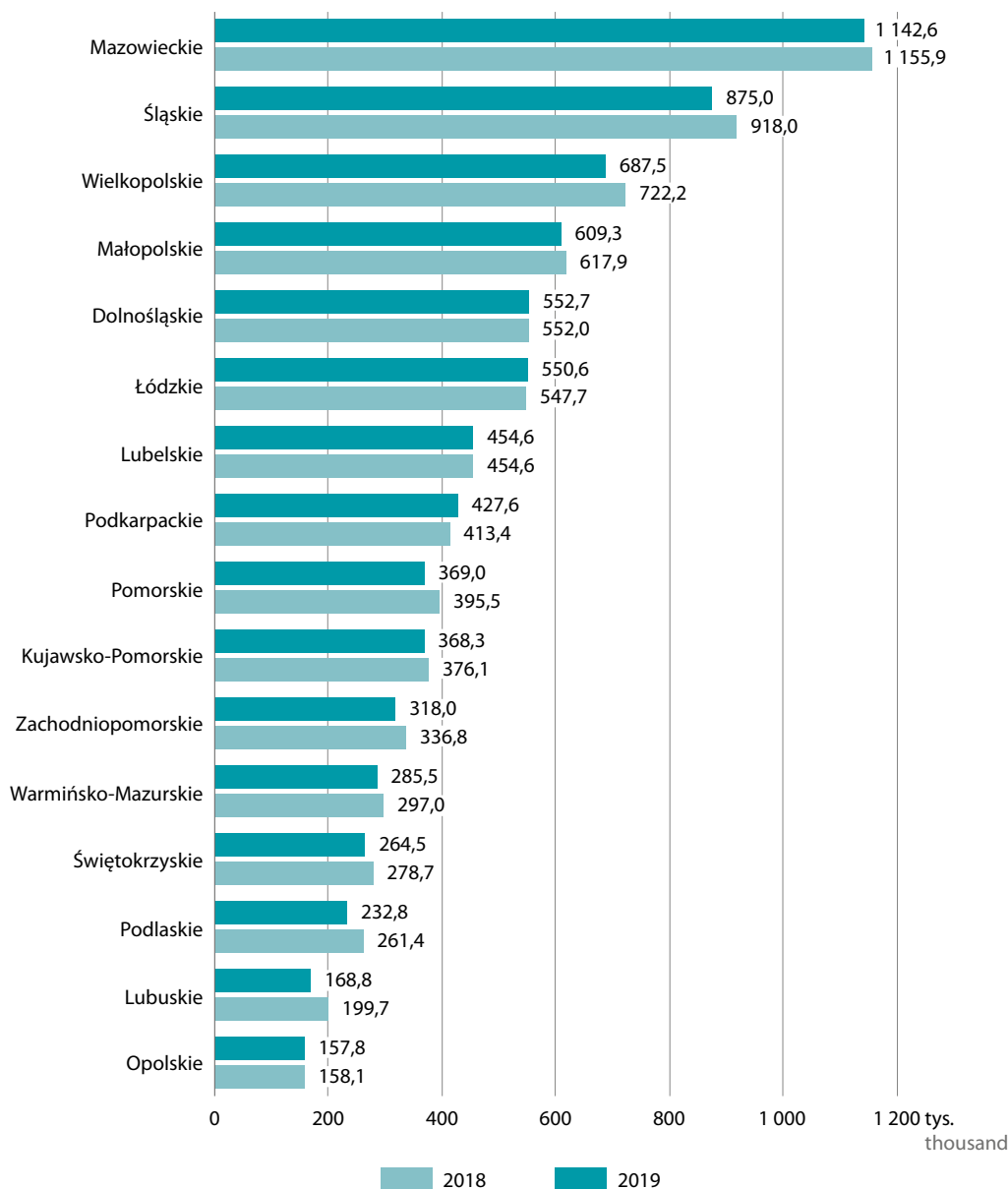
¹³ Bez szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia). Excluding day care hospital, i.e. one day hospitals.

¹⁴ Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

¹⁵ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala (tzw. leczenia bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i przyjęci do szpitala (hospitalizowani). Ten sam pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku, bądź przebywający kilka razy w tym samym szpitalu w ciągu roku, liczony jest za każdy razem niezależnie.

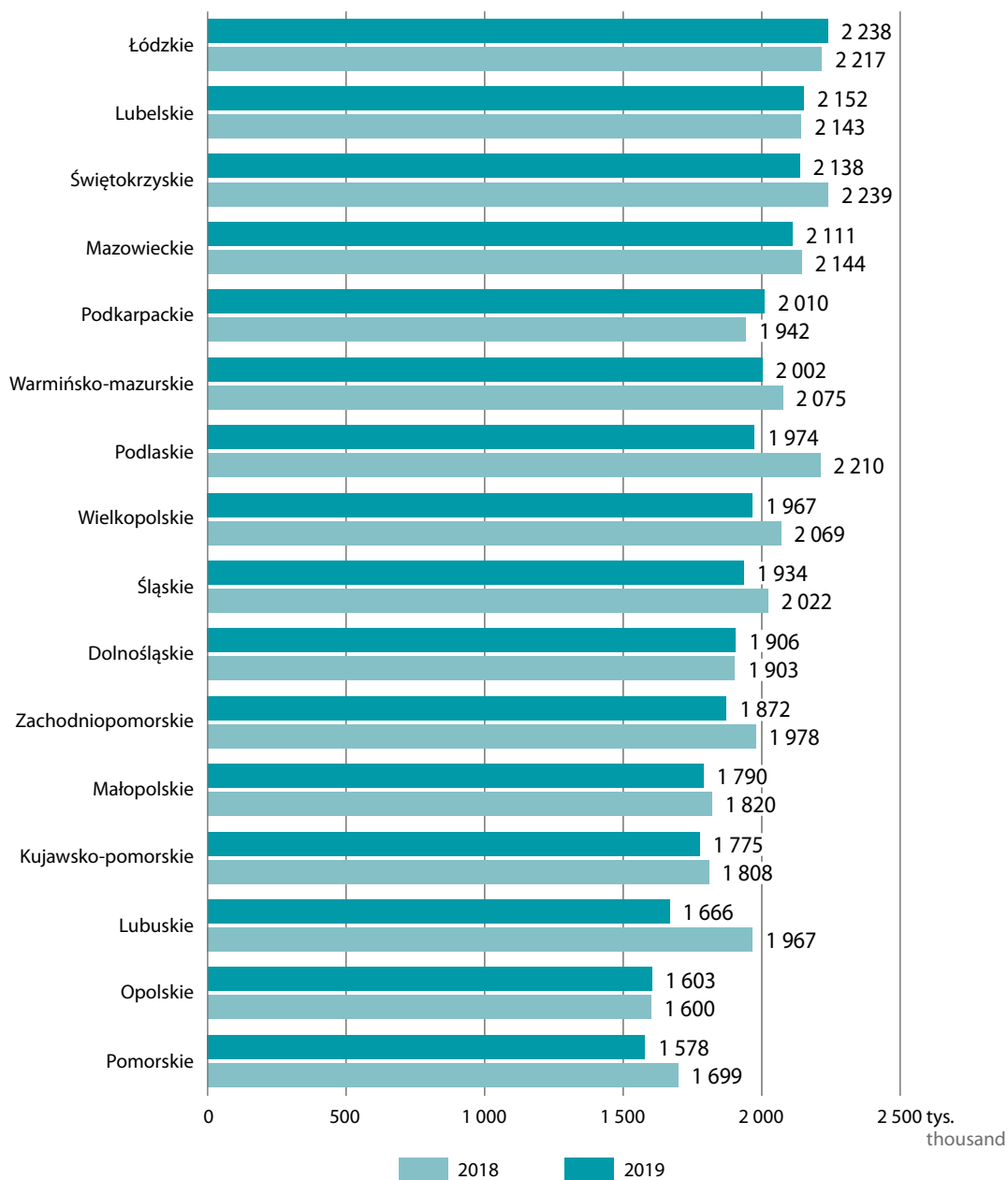
talizacji). W dwóch, spośród najmniej licznych województw (województwo lubuskie i podlaskie), wystąpił też największy spadek liczby hospitalizowanych pacjentów w porównaniu do 2018 r. (lubuskie o 30,9 tys., tj. o 15,5%) i podlaskie (o 28,7 tys., tj. o 11,0%). Wzrost liczby odnotowanych hospitalizacji, w porównaniu do poprzedniego roku, wystąpił w przypadku województwa podkarpackiego (o 14,3 tys. osób, tj. o 3,4%).

Wykres 20. Pacjenci hospitalizowani¹⁶ w szpitalach ogólnych według województw
Chart 20 Inpatients in general hospitals by voivodships



¹⁶ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala (tzw. leczenia bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i przyjęci do szpitala (hospitalizowani). Ten sam pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku, bądź przebywający kilka razy w tym samym szpitalu w ciągu roku, liczony jest za każdy razem niezależnie.

Wykres 21. Pacjenci hospitalizowani¹⁷ w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw
 Chart 21. Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships

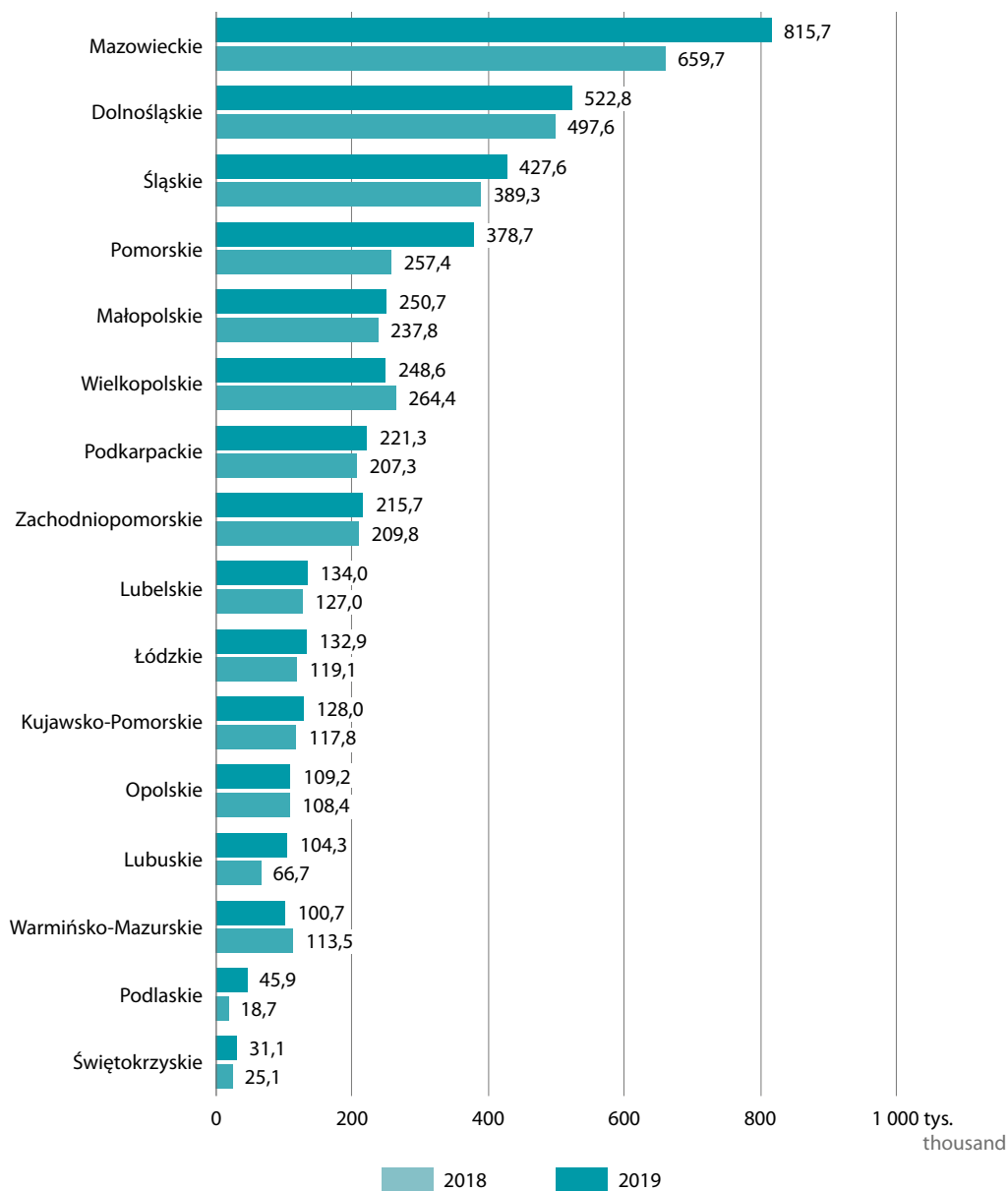


Odsetek dzieci i młodzieży do 18 roku życia leczonych w systemie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w kraju wyniósł 17,2% (tj. 1287,0 tys. osób). W województwach: mazowieckim, podlaskim, pomorskim i kujawsko-pomorskim, około 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (do 18 roku życia), podczas gdy w województwie świętokrzyskim było to 8,4% a w opolskim 11,5% hospitalizacji. Najwięcej hospitalizacji dzieci i młodzieży, łącznie 232,9 tys. osób odnotowano w szpitalach województwa mazowieckiego. Stanowiło to 18,1% ogółu dzieci hospitalizowanych w kraju.

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

W ramach opieki dziennej, leczonych było łącznie 3867,2 tys. osób, o 13,1% więcej niż w 2018 r., przy czym pacjenci leczeni dziennie w szpitalach stacjonarnych stanowili 95,1% a leczeni w szpitalach dziennych (tzw. szpitalach jednego dnia) – 4,9%.

Wykres 22. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach ogólnych¹⁸ według województw
Chart 22. Day care patients in general hospitals by voivodships



¹⁸ Pacjenci w szpitalach stacjonarnych i dziennych.

W 2019 r. W szpitalach ogólnych przyjęto 368,5 tys. porodów (o 3,7% mniej niż przed rokiem), z czego 53,6% stanowiły porody fizjologiczne a 44,8% cesarskie cięcia. Urodziło się 371,7 tys. dzieci¹⁹ i było to w skali kraju o 3,6% mniej niż w 2018 r. i o 2,3% (tj. 8,8 tys.) mniej w porównaniu do 2016 r.

W 2019 r. w odniesieniu do 2018 r. mniejsza liczba dzieci urodziła się we wszystkich województwach a spadek ten wahał się w granicach od 1,5% w przypadku województwa pomorskiego do – 9,6% w województwie opolskim. W najliczniej zamieszkiwanym województwie mazowieckim urodziło się, podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej dzieci (60,7 tys.) ale było to mniej o 2,6% w porównaniu do 2018 r.

Oddziały szpitalne w szpitalach ogólnych

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

W 2019 r. pomimo odnotowanej mniejszej niż przed rokiem liczby łóżek szpitalnych ogółem w kraju nadal najwięcej łóżek – 35,3 tys. łóżek (21,1% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych), przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego²⁰. Blisko połowa łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (17,9 tys. łóżek), około 1/4 (9,0 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej a około 5% łóżek chirurgicznych przeznaczonych było na leczenie najmłodszych pacjentów (do 18 roku życia). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej (0,4 tys. łóżek).

Poza omówioną grupą oddziałów o specjalności chirurgicznej, oddziałami dysponującymi znaczną liczbą łóżek w skali kraju, były oddziały: chorób wewnętrznych (12,3% łóżek), ginekologiczno-położnicze (9,4%), rehabilitacyjne (11,1%), kardiologiczne (5,1%), neonatologiczne (4,9%), pediatryczne (4,8%), neurologiczne (4,6%) oraz gruźlicy i chorób płuc (3,8% łóżek).

Oddziały, na których odnotowano największy spadek liczby łóżek w porównaniu do 2018 r. to m.in. oddziały o charakterze chirurgicznym (łącznie o 10,3%, tj. o 4,1 tys. łóżek mniej) przy czym najwięcej łóżek ubyło na oddziałach chirurgii ogólnej (o 11,1% tj. o 2,2 tys. łóżek). Następnie kolejno to oddziały chorób wewnętrznych (o 10,8%, tj. o 2,5 tys. łóżek mniej), oddziały ginekologiczno-położnicze (o 11,7%, tj. o 2,1 tys. łóżek), pediatryczne (o 15,0%, tj. o 1,4 tys. łóżek), neonatologiczne (o 10,1%, tj. 0,9 tys.) i gruźlicy i chorób płuc (o 11,8% tj. 0,9 tys. łóżek).

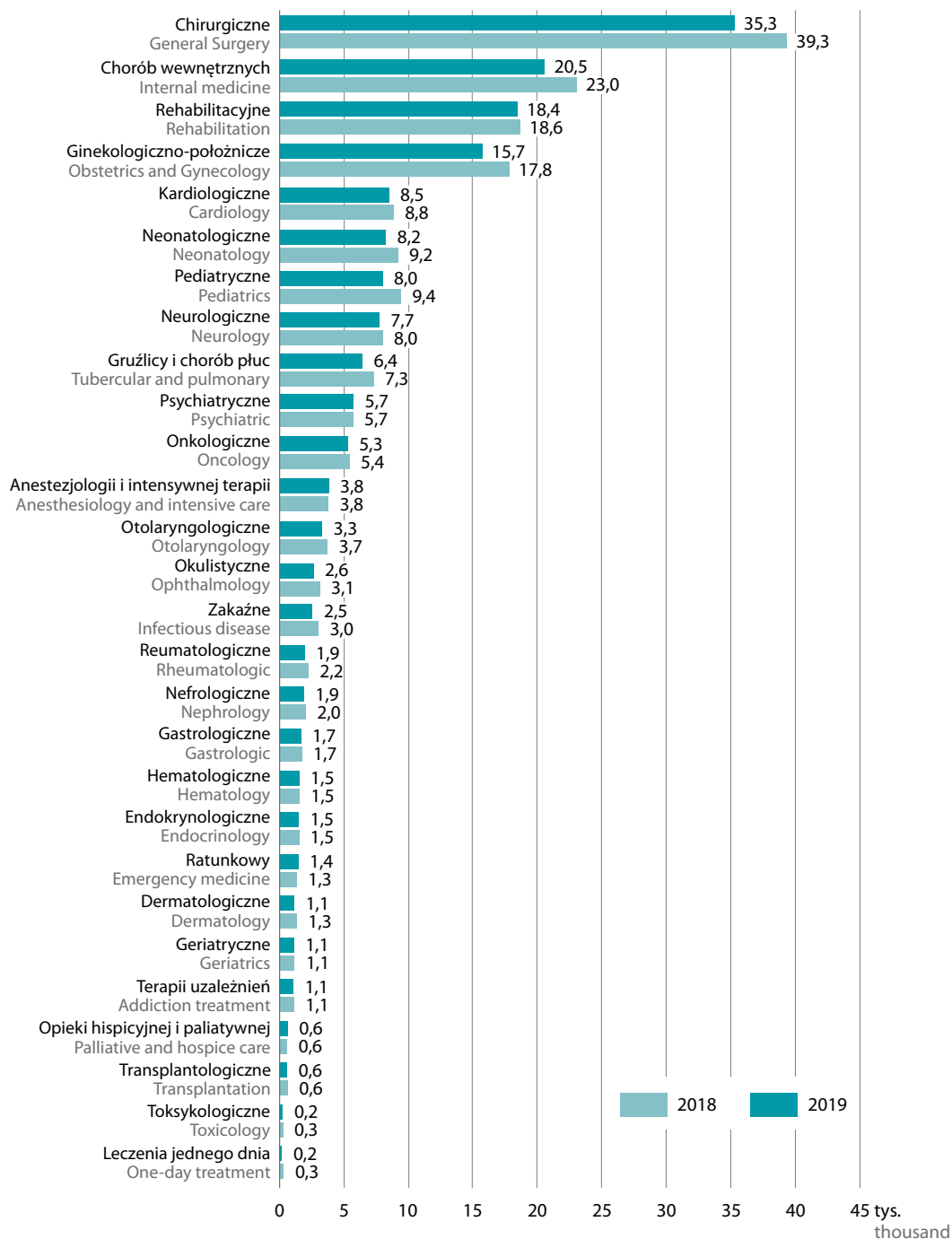
Spośród mniejszych oddziałów, takich jak oddziały transplantologiczne, dysponujące łącznie 572 łózkami, liczba łóżek zmniejszyła się o 49 łóżek, natomiast na oddziałach opieki hospicyjno – paliatywnej, liczba łóżek kolejny rok z rzędu wzrosła i wyniosła 624 łóżka (o 51 łóżek więcej niż przed rokiem).

Na szczególną uwagę zasługują tzw. oddziały leczenia jednego dnia, charakterystyczne dla placówek typu dziennego. Liczba tych oddziałów a także liczba rejestrowanych na tych oddziałach łóżek od kilku lat systematycznie rosła. W 2019 r. ze względu na możliwość zadeklarowania przez podmioty lecznicze (szpitale) charakteru zakładu (szpital dzienny, szpital stacjonarny), liczba łóżek na tych oddziałach w szpitalach stacjonarnych uległa zmniejszeniu blisko o połowę (161 łóżek, o 47% mniej).

¹⁹ Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dób życia i bez dzieci martwo urodzonych.

²⁰ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym.

Wykres 23. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 23. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals (as of 31 December)



W 2019 r. na oddziałach szpitalnych przebywało blisko 8078,9 tys. pacjentów²¹, o 3,5% mniej niż w 2018 r. Podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejszą grupę, blisko 1/4 ogółu leczonych (2024,7 tys. osób, o 1,5% mniej niż w 2018 r.) stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków były to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1010,8 tys. pacjentów).

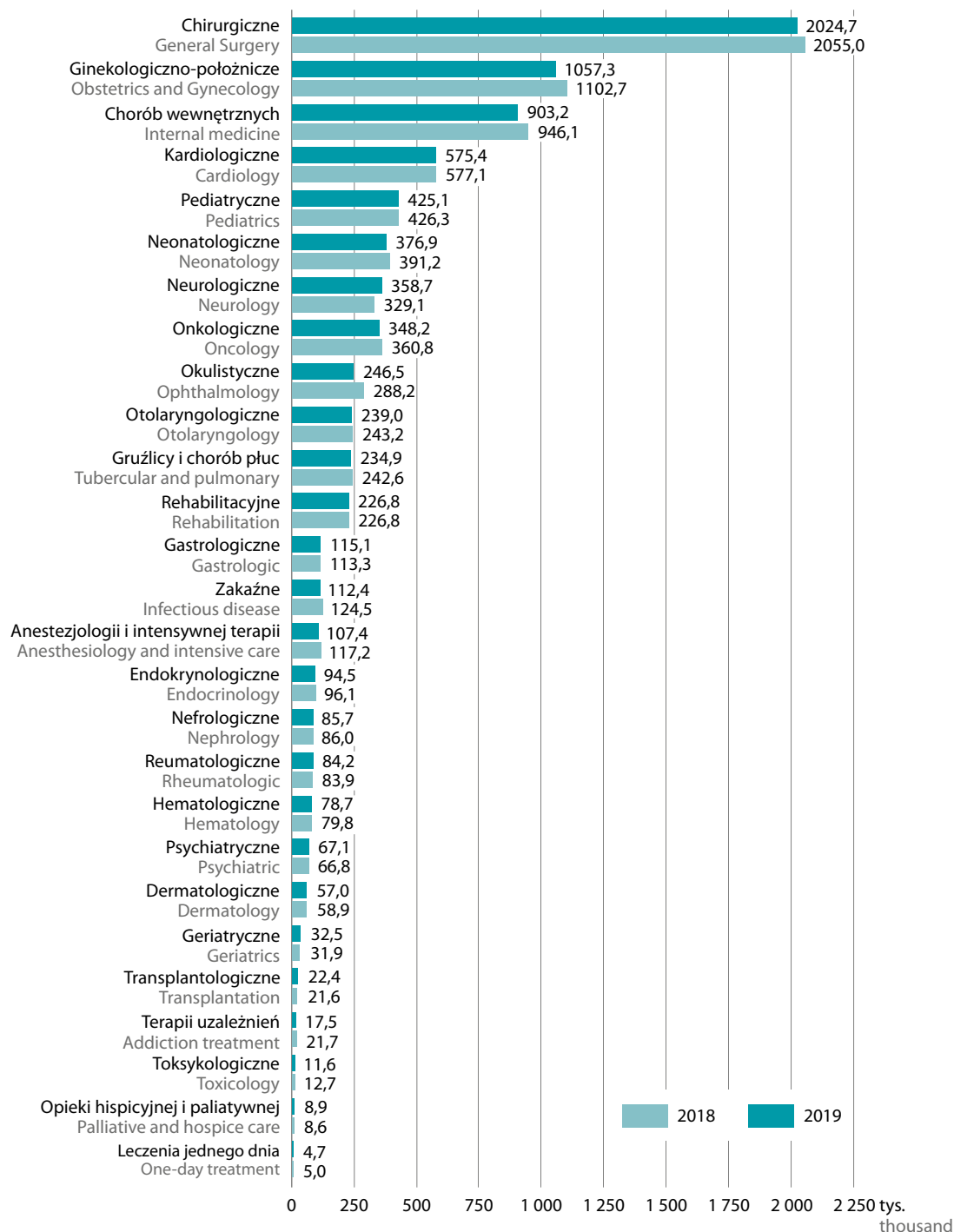
Kolejną liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,1%, tj. 1057,3 tys. osób) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (11,1% ogółem leczonych, tj. 903,2 tys. pacjentów).

Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach kardiologicznych – 7,1% (tj. 575,4 tys. osób), pediatrycznych – 5,3% (tj. 425,1 tys.), neonatologicznych – 4,7% (tj. 376,9 tys.), onkologicznych – 4,3% (tj. 348,2 tys.) czy neurologicznych, (4,4% tj. 358,7 tys. osób) na których odnotowano największy wzrost liczby pacjentów (o 9,0%, tj. 29,5 tys. osób więcej), pomimo mniejszej (o 3,3%) liczby łóżek niż przed rokiem.

W 2019 r. największy wzrost liczby pacjentów (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: neurologicznych (o 9,0%, tj. o 29,5 tys. osób), gastrologicznych (o 1,6%, tj. o 1,8 tys. osób), transplantologicznych (o 3,7%, tj. 0,8 tys.), geriatrycznych (o 1,8%, tj. 0,6 tys.), opieki paliatywno-hospicyjnej (o 2,9%, tj. o 0,3 tys.) oraz reumatologicznych (o 0,3%, tj. 0,2 tys.). Na pozostałych oddziałach przebywało mniej pacjentów niż w 2018 r., przy czym największy spadek wystąpił na oddziałach wewnętrznych (o 4,5% tj. 42,8 tys.), ginekologiczno-położniczych (o 4,1%, tj. 45,4 tys.), okulistycznych (o 4,4%, tj. 41,6 tys.) oraz chorób zakaźnych (o 9,7%, tj. o 12,1 tys.).

²¹ Leczeni stacjonarnie z tzw. międzyoddziałowym ruchem chorych (suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych i na każdym oddziale pacjent liczony był niezależnie).

Wykres 24. Pacjenci leczenia stacjonarnie na oddziałach²² w szpitalach ogólnych
 Chart 24. Number of inpatients in wards of general hospitals in 2019



²² Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala.

Pewnych informacji obrazujących działalność oddziałów szpitalnych dostarcza porównanie liczby pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach (leczeni z ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (leczeni bez ruchu chorych). Na podstawie tych danych szacunkowa wielkość tzw. ruchu chorych dla wszystkich szpitali w kraju w 2019 r., wyniosła 8,2%, przy czym największy ruch chorych odnotowano w województwach: opolskim (blisko 15,5%), podkarpackim (11,2%), wielkopolskim (11,1%) i dolnośląskim (10,0%). Natomiast najmniejszy ruch chorych wystąpił w województwie małopolskim (niespełna 4,9%), kujawsko-pomorskim (5,5%) i pomorskim (5,9%). Znaczące różnice w wielkości ruchu chorych pomiędzy szpitalami czy województwami są przejawem nie tylko faktycznego poziomu ruchu chorych, ale także mogą wynikać z różnych zasad elektronicznej rejestracji pacjentów w poszczególnych szpitalach.

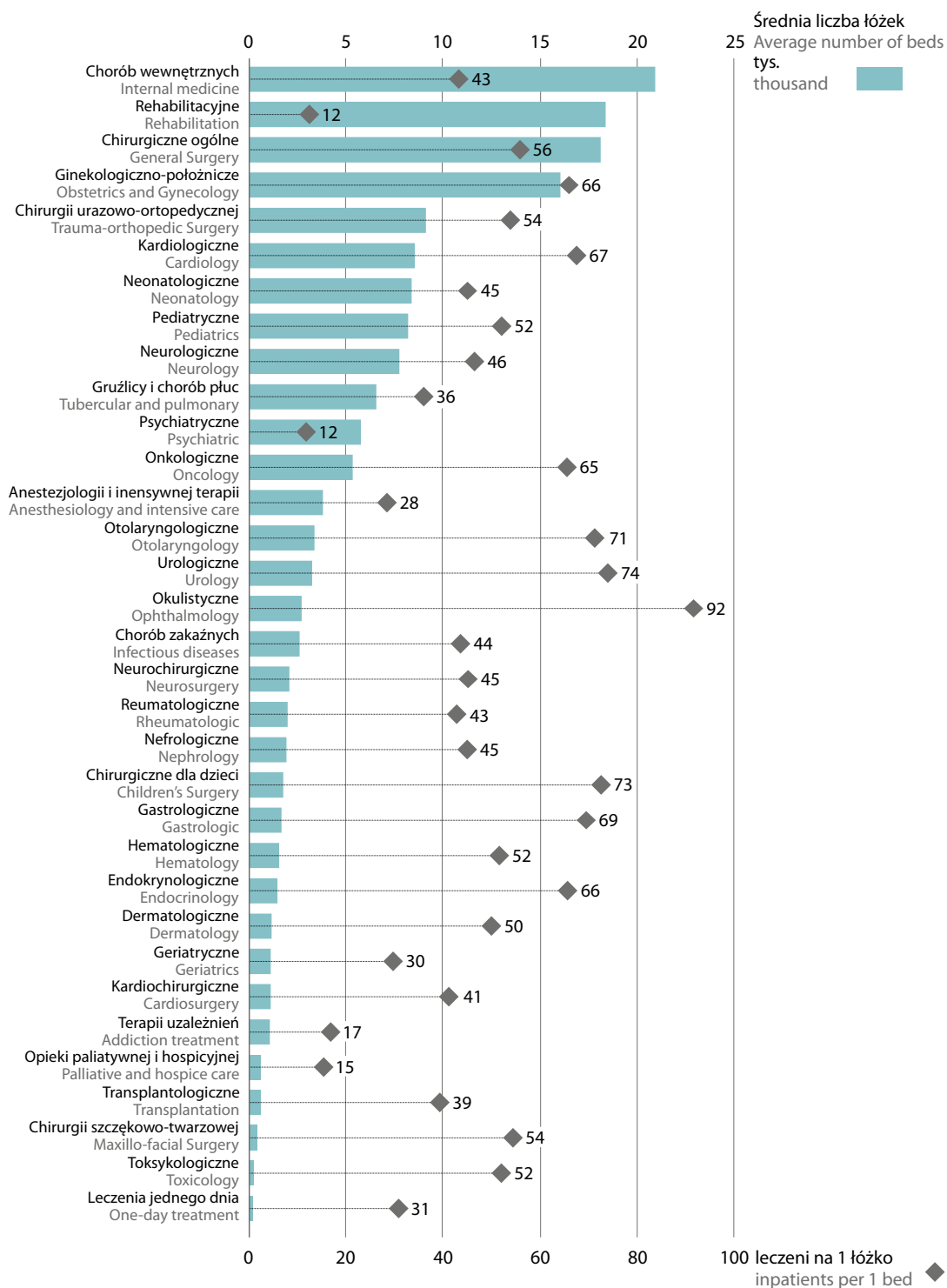
Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest tzw. wskaźnik przelotowości²³ oraz średni czas pobytu na oddziale²⁴.

W skali kraju wskaźnik przelotowości dla wszystkich oddziałów łącznie był podobny jak przed rokiem i wyniósł 48,0 pacjenta na jedno łóżko (wzrost o 2,4 w porównaniu do 2018 r.).

²³ Wskaźnik tzw. przelotowości – iloraz liczby pacjentów na oddziale i przeciętnej miesięcznej liczby łóżek w roku na oddziale.

²⁴ Iloraz osobodni pobytu i leczonych na oddziale.

Wykres 25. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2019 r.
Chart 25. Beds and number of impatiens per one bed in wards of general hospitals in 2019



Podobnie jak w latach ubiegłych, największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (92, o 1 więcej niż przed rokiem), urologicznych (74, o 3 więcej), chirurgicznych dla dzieci (73, o 7 więcej) oraz onkologicznych (65, bez zmian do roku poprzedniego). Natomiast najmniej pacjentów na łóżko przypadało na oddziałach: psychiatrycznych i rehabilitacyjnych (12, bez zmiany do roku poprzedniego), opieki paliatywnej i hospicyjnej (15, bez zmiany do roku poprzedniego) czy terapii uzależnień²⁵ (17, o 3 mniej niż w roku poprzednim).

W 2019 r. wskaźnik przelotowości wzrósł na większości oddziałów za wyjątkiem omówionych powyżej oddziałów terapii uzależnień, a także oddziałów anestezjologii i intensywnej terapii, na których był o 2,6 mniejszy niż przed rokiem, czy oddziałów hematologicznych (spadek o 1,3).

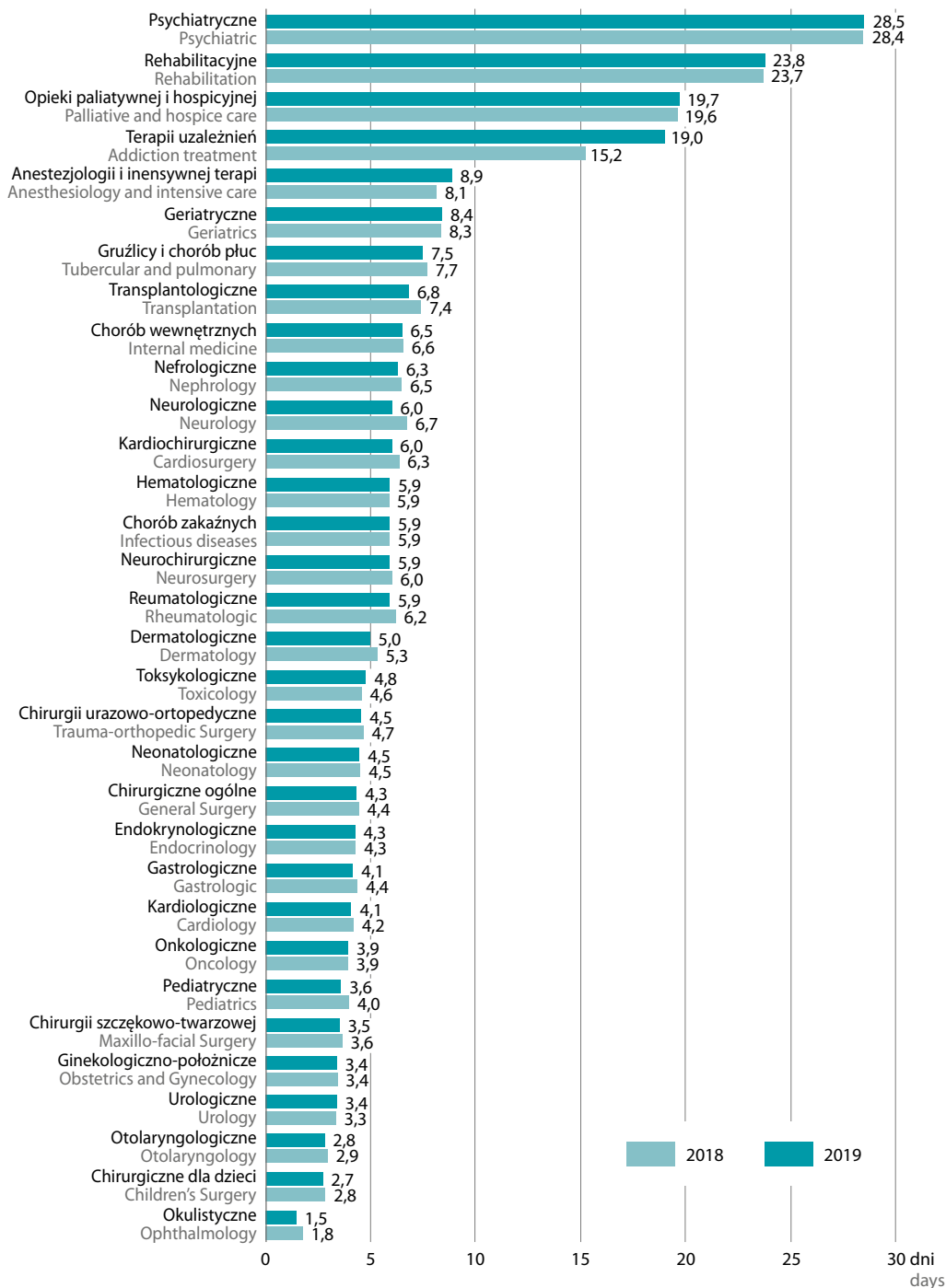
W największym stopniu zwiększył się na oddziałach: leczenia jednego dnia (o 13), dermatologicznych, pediatrycznych, chirurgicznych dla dzieci, otorynolaryngologicznych (o około 7), reumatologicznych i gastrologicznych (blisko o 6), chirurgicznych ogólnych, neurologicznych, chirurgii urazowo-ortopedycznej i ginekologiczno-położniczych (o około 5).

W 2019 r. średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju, wyniósł 5,3 dnia i nie zmienił się w porównaniu do 2018 r., natomiast w odniesieniu do 2010 r. był krótszy o 0,4 dnia.

Średni czas pobytu pacjentów na oddziale wahał się w zależności od rodzaju oddziału od 28,5 dnia na oddziałach psychiatrycznych do 1,5 dnia na oddziałach okulistycznych. W odniesieniu do roku poprzedniego w największym stopniu wydłużył się na oddziałach terapii uzależnień (był o 3,8 dnia dłuższy) i anestezjologii i intensywnej terapii (o 0,7 dnia dłuższy). Natomiast w największym stopniu uległ skróceniu na oddziałach neurologicznych (był o 0,7 dnia krótszy) i transplantologicznych (o 0,6 dnia krótszy).

²⁵ Do 2016 r. były to oddziały odwykowe.

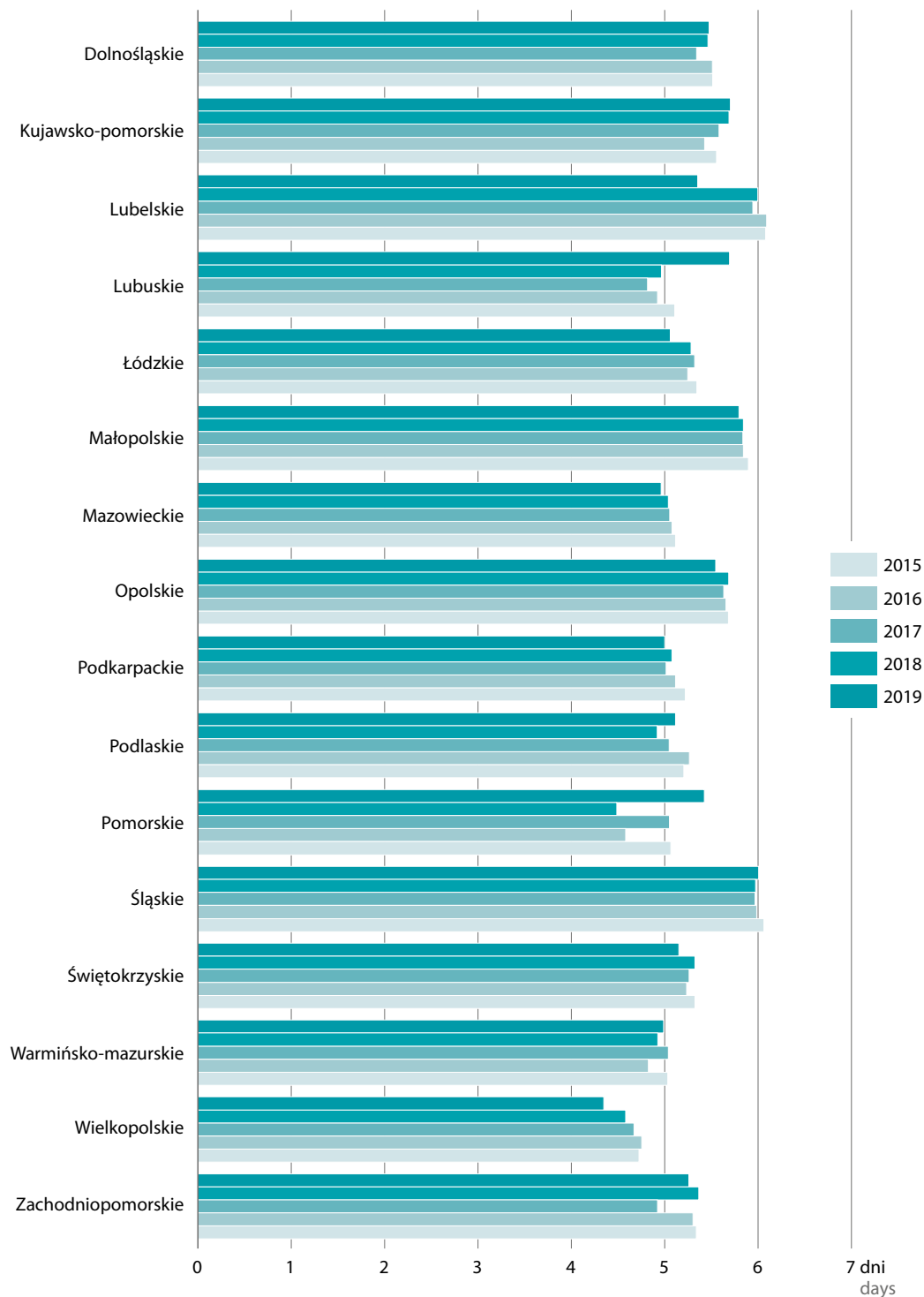
Wykres 26. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych w 2019 r.
Chart 26. Average patient stay in hospital wards by types of wards in 2019



W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) najdłuższy średni pobyt w szpitalach ogólnych odnotowano w przypadku województwa śląskiego (6,0 dnia), małopolskiego (5,8 dnia) oraz kujawsko-pomorskiego (5,7 dnia), a najkrótszy w województwie wielkopolskim (4,3 dnia), mazowieckim i warmińsko-mazurskim (po 5,0 dnia). W 2019 r. średni pobyt pacjenta na oddziale szpitalnym był w większości województw zbl-

żony jak przed rokiem, przy czym w największym stopniu uległ wydłużeniu w województwie pomorskim (o 0,9 dnia) i lubuskim (o 0,7 dnia), a skróceniu w województwie lubelskim (o 0,6 dnia).

Wykres 27. Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw
Chart 27. Average patient stay in hospital wards by voivodships

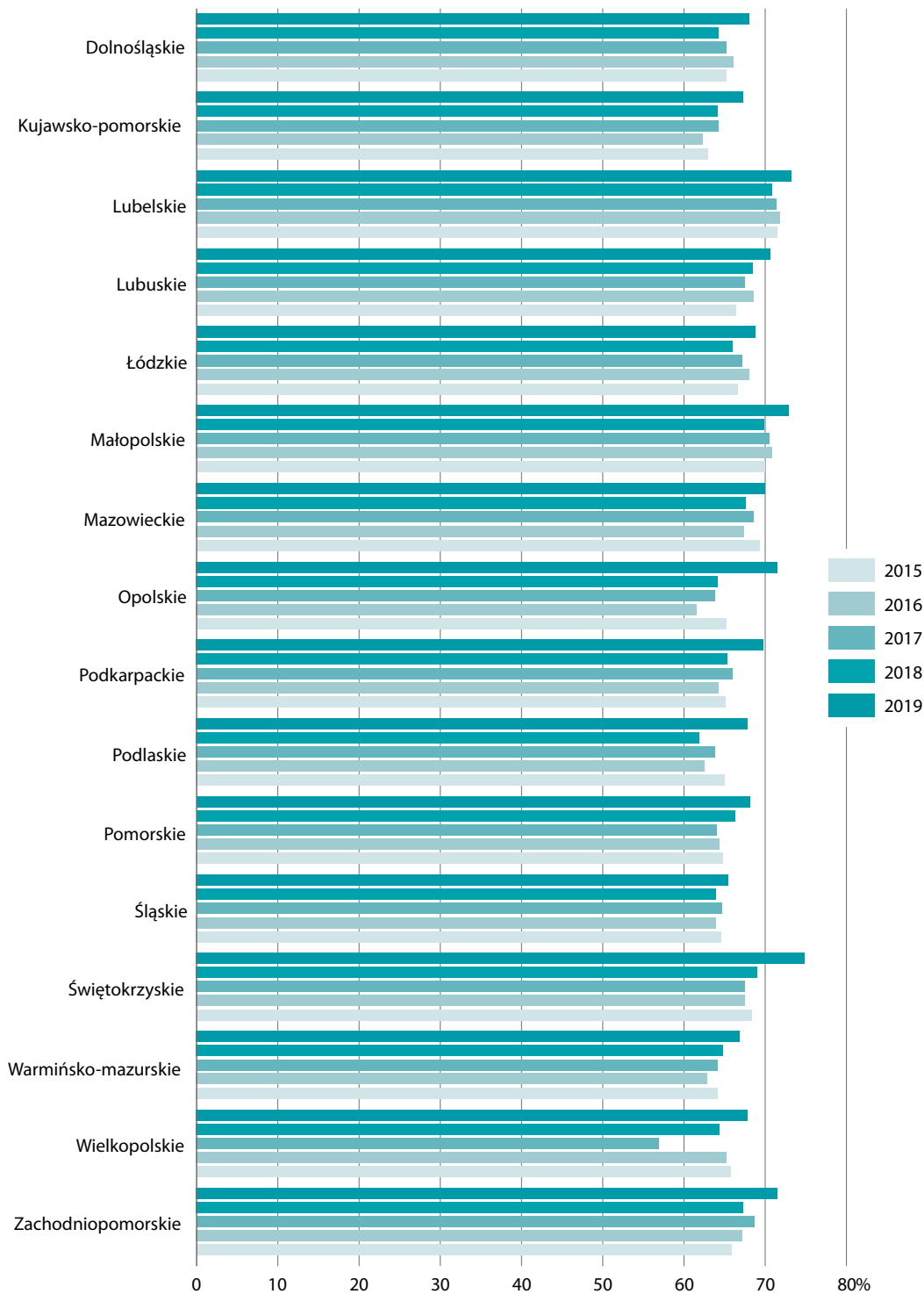


Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie²⁶ łóżek w ciągu roku. Wskaźnik ten dla wszystkich szpitali ogólnych w Polsce wyniósł 69,2%²⁷ i był o 3,0 p. proc. większy niż w 2018 r. Wskaźnik ten, rozpatrywany na poziomie poszczególnych województw, był także w każdym województwie wyższy, przy czym największy wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych odnotowano w województwach: opolskim, podlaskim oraz w świętokrzyskim, w którym wskaźnik ten był także najwyższy (74,8%). Najniższe wykorzystanie łóżek odnotowano, podobnie jak przed rokiem, w województwie śląskim (65,4%) i było ono o 1,5 p. proc. wyższe niż w 2018 r. W województwie mazowieckim wskaźnik ten wyniósł 70,0%, o 2,4 p. proc. więcej niż w roku poprzednim.

²⁶ Iloraz osobodni pobytu pacjenta i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział % dni w roku. W typowych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia, przyjmuje się iż wykorzystanie łóżek szpitalnych na poziomie 85% jest optymalną wartością tego wskaźnika.

²⁷ Odpowiada to blisko 253 dniom (o 11 dni więcej niż w 2018 r. i o 4 dni mniej niż w 2010 r.).

Wykres 28. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw [%]
 Chart 28. Usage of beds in general hospitals by voivodships [%]



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

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

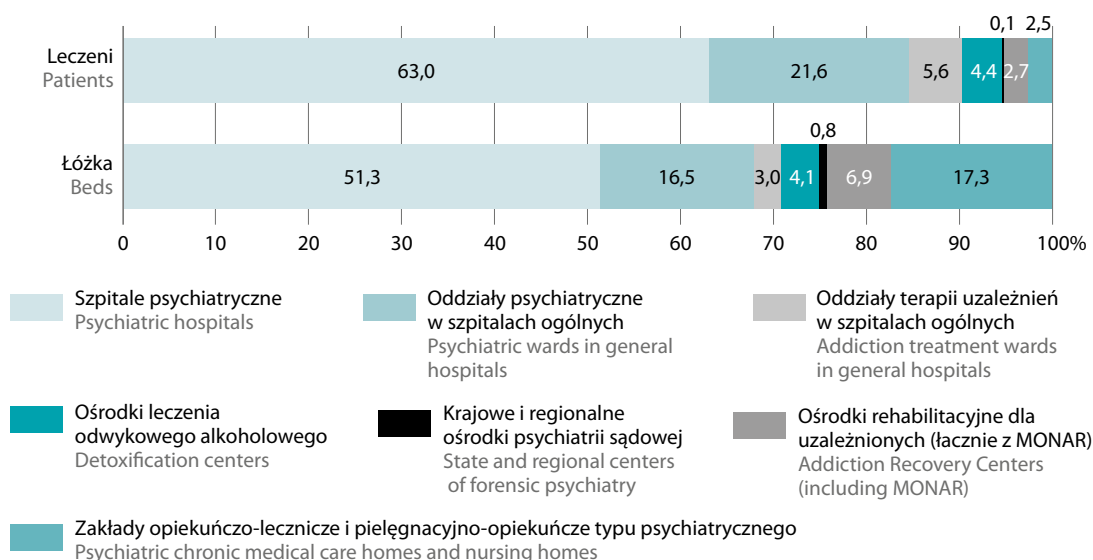
Do zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego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

W 2019 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną²⁸ przeznaczonych było łącznie 34,6 tys. łóżek (o 0,6% więcej niż w 2018 r.). Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według rodzaju realizowanej opieki nie uległa znaczącym zmianom. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (70,9%) przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (24,5 tys. łóżek, o 1,0% tj. 227 łóżek więcej) realizowaną w szpitalach psychiatrycznych oraz w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych i oddziałach terapii uzależnień.

Natomiast na długoterminową opiekę psychiatryczną, świadczoną w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, przeznaczonych było 6,0 tys. łóżek (17,3%) a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR) oraz Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej) dysponowały łącznie 4,1 tys. łóżek (11,7%).

Wykres 29. Struktura łóżek (stan w dniu 31 grudnia) i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej (w ciągu roku) w 2019 r.

Chart 29. Structure of beds (as of 31 December) and inpatients of psychiatric facilities (during the year) in 2019



²⁸ Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych.

Na koniec 2019 r. na terenie kraju odnotowano, podobnie jak przed rokiem, 61 **szpitali psychiatrycznych** (o 13 więcej niż przed rokiem), dysponujących 17,8 tys. łóżek (o 1,4% więcej niż w końcu 2018 r.). Z leczenia stacjonarnego skorzystało 195,1 tys. pacjentów, o 3,2% (6,0 tys. osób) mniej niż w 2018 r.

Najwięcej łóżek przeznaczonych na leczenie szpitalne znajdowało się w najliczniejszych, dużych województwach. W województwie mazowieckim było to 2,7 tys. łóżek, śląskim 2,2 tys. łóżek a w województwie wielkopolskim 1,5 tys. łóżek. W szpitalach tych województw przebywało łącznie 38% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w kraju.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 159 **oddziałach psychiatrycznych** i 46 **oddziałach terapii uzależnień**. W oddziałach tych dostępnych było łącznie, podobnie jak przed rokiem, 6,8 tys. łóżek, z których skorzystało 84,6 tys. pacjentów (o 4,4%, tj. 3,9 tys. mniej niż w roku poprzednim) przy czym pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili zdecydowaną większość (79,5%).

Średni czas hospitalizacji (pobyt chorego) w szpitalach psychiatrycznych w kraju wyniósł 31,0 dnia a w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był nieco krótszy i wyniósł 28,5 dnia. Na oddziałach terapii uzależnień, gdzie pobyty są znacznie krótsze, średnio trwał 19,0 dnia.

Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwie podkarpackim (blisko 47,4 dni), następnie w małopolskim (40,4 dni) i śląskim (40,6 dni), a najkrótszy – w województwie opolskim (20,0 dni) i wielkopolskim (24,4 dni).

Kolejnym rodzajem placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób z problemami psychicznymi są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. Podobnie jak przed rokiem dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek (o 2,3% łóżek mniej niż w roku poprzednim), a skorzystało z nich 8,4 tys. osób uzależnionych (o 1,2% więcej niż w 2018 r.). Średni pobyt podopiecznych wyniósł 84,6 dnia i był krótszy niż przed rokiem o 4,6 dnia, głównie w wyniku krótszych pobytów w zakładach MONAR.

Blisko 64,0% podopiecznych obu typów zakładów przebywało²⁹ w placówkach zlokalizowanych w pięciu województwach: mazowieckim, pomorskim, śląskim, zachodniopomorskim i lubuskim.

Podobnie jak przed rokiem, w 2019 r. działało 29 **ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. Dysponowały one 1240 łózkami, o 28 łóżek mniej, a przebywało w nich 4,0 tys. osób (o 5,0% mniej niż w poprzednim roku). Średni czas pobytu pacjenta w placówkach poszczególnych województw wahał się od 171,4 dnia w województwie lubelskim do 65,2 dnia w województwie świętokrzyskim. Dla wszystkich tego typu placówek w kraju średnio wyniósł 92,7 dnia i był o 0,3 dnia dłuższy niż w 2018 r.

Liczba zakładów **MONAR** (26 placówek) nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego. Baza łóżkowa wyniosła 1137 łóżek, o 27 łóżek mniej niż przed rokiem, a opieki udzielono 4,4 tys. osób i było to o 0,3 tys. więcej niż w 2018 r. 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 62% pacjentów ogółem leczonych w takich ośrodkach. Średni pobyt w placówkach poszczególnych województw wahał się od 138,1 dnia w województwie lubelskim do 55,9 dnia w województwie małopolskim. Średnio dla kraju wyniósł 77,1 dnia i był o 8,6 dnia krótszy w stosunku do 2018 r.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych, na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 32 **ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego**. Dysponowały one 1,4 tys. łóżek, o 78 łóżek więcej niż przed rokiem, ale skorzystała z nich nieznacznie mniejsza liczba osób (13,7 tys. osób, o 0,3% mniej). Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 30,8 dnia i w porównaniu do oddziałów terapii uzależnień w szpitalach ogólnych, pobyt był dłuższy o 12 dni. W zależności od województwa średnia długość pobytu leczonego wahała się – od 19,4 dnia w województwie małopolskim do 64,5 dnia w województwie mazowieckim.

²⁹ Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym, są **Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej**. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych, skierowani do ośrodka przez Sąd, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne. W 2019 r. na terenie kraju odnotowano 4 tego typu zakłady, dysponujące łącznie 260 łózkami. Przebywało w nich 366 osób (o 8 osób więcej niż w roku poprzednim), a średni czas pobytu pacjenta wyniósł 226,8 dnia i był o 17 dni dłuższy niż w 2018 r.

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa istotną rolę w systemie opieki zdrowotnej pełnią zakłady opieki długoterminowej, zapewniające pacjentom całodobowe świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne, a także kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego w dłuższym okresie czasu.

Opieka długoterminowa świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym.

Z opieką długoterminową często łączona jest inna forma opieki jaką jest opieka hospicyjno-paliatywna, mająca na celu łagodzenie bólu i cierpienia pacjenta w schyłkowym okresie jego życia.

W 2019 r. na terenie kraju funkcjonowało 599 zakładów typu leczniczo – pielęgnacyjnego³⁰, o 1,5% więcej niż w 2018 r. i 192 stacjonarne placówki świadczące usługi hospicyjno-paliatywne³¹. Stacjonarne placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały, łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych, 38,3 tys. łózek, i było to o 2,0% więcej niż w 2018 r. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 103,2 tys. osób, o blisko 0,8% więcej niż w poprzednim roku.

Struktura płci i wieku osób przebywających w tego typu placówkach³² wskazuje iż udział osób w wieku 65 lat i więcej był o 0,7 p. proc. większy niż w analogicznym okresie 2018 r. i stanowili oni 79,1% ogółu leczonych. Osoby w wieku tzw. późnej starości (80 lat i więcej), podobnie jak w latach poprzednich, stanowiły najliczniejszą grupę (16,6 tys. osób, o 2,7% tj. 443 osoby więcej w porównaniu do 2018 r.). Liczniejsza była także grupa pacjentów w wieku 65-74 lata (6,5 tys. podopiecznych, o 8,8% więcej, tj. 526 osób).

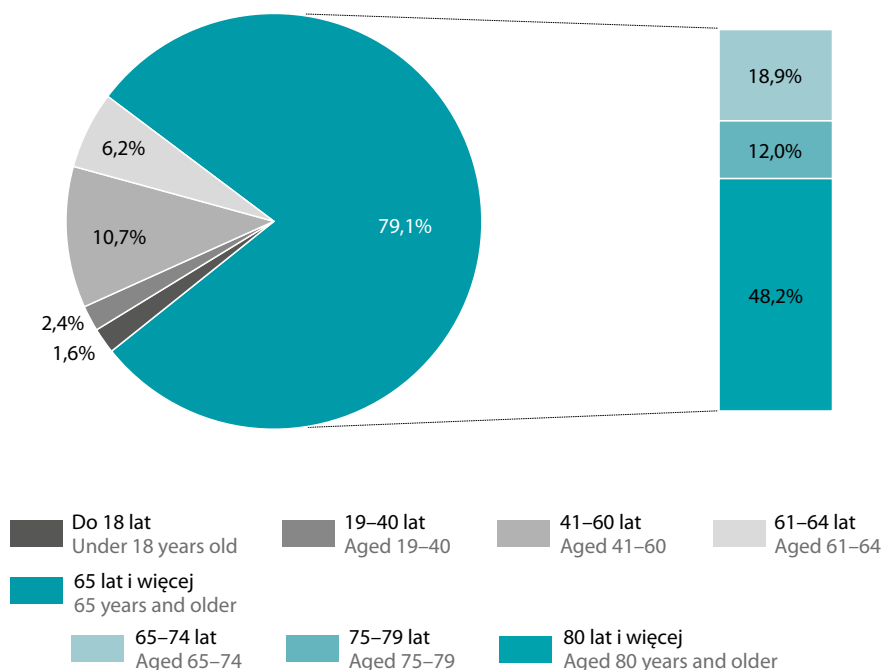
30 Zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym.

31 Hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej oraz oddziały hospicyjno-paliatywne działające w szpitalach ogólnych.

32 Według stanu pacjentów w dniu 31 grudnia i dotyczy pacjentów w zakładach: opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ogólnych i psychiatrycznych, hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej; nie dotyczy oddziałów hospicyjno-paliatywnych działających w szpitalach ogólnych.

Wykres 30. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2019)³³

Chart 30. Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2019)

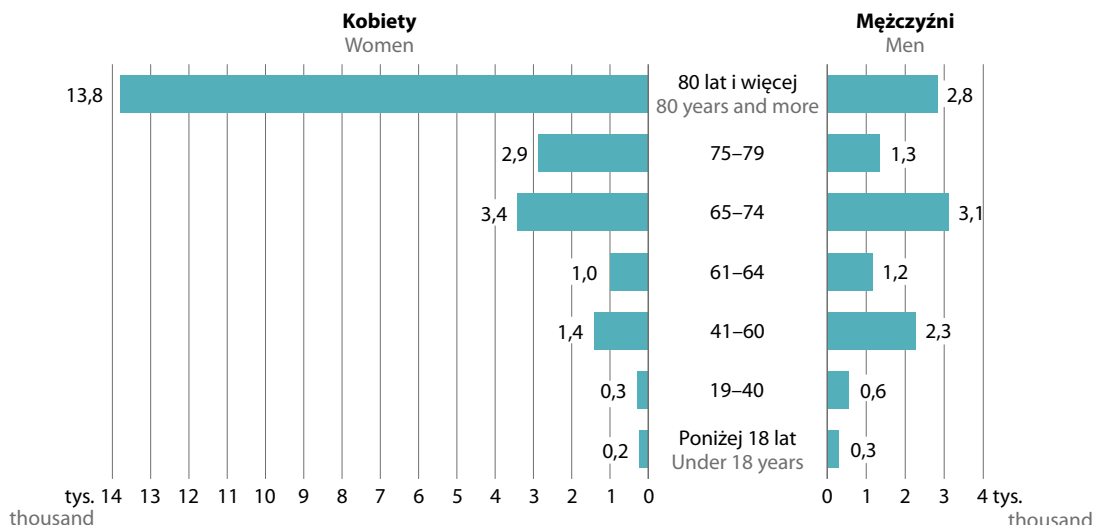


Podobnie jak przed rokiem w zakładach tych przebywało dwa razy więcej kobiet (23,0 tys.) niż mężczyzn (11,5 tys.), ale proporcje te były różne zależnie od rozpatrywanej grupy wieku. W przypadku osób powyżej 65 roku życia, na jednego mężczyznę przypadały blisko 3 kobiety, a w najstarszej grupie (80 lat i więcej) na jednego mężczyznę przypadało blisko 5 kobiet (w 2017 r. – 4 kobiety). W niższych grupach wieku, poniżej 65 roku życia, przeważali mężczyźni, którzy stanowili 60,0% (tj. 4,3 tys.) pacjentów.

³³ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

Wykres 31. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej według płci i grup wieku (stan w dniu 31 grudnia 2019)

Chart 31. Patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards by sex and age groups (as of 31 December 2019)

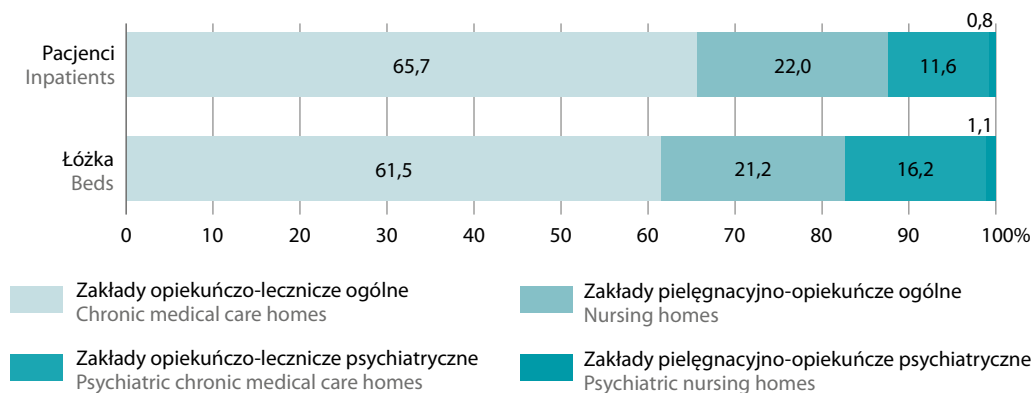


Na koniec 2019 r. baza łóżkowa **zакładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym** wyniosła 34,7 tys., o 1,6% łóżek więcej niż w 2018 r. Wzrost liczby łóżek odnotowano w zakładach o charakterze ogólnym łóżek (28,7 tys. łóżek, o 2,1% łóżek więcej niż w 2018 r.). Łóżek przeznaczonych na długoterminową opiekę psychiatryczną było 6,0 tys., o 0,7% mniej niż przed rokiem. łącznie w zakładach tych przebywała podobna liczba pacjentów (62,6 tys. osób) przy czym 12,4% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej. Było to 7,7 tys. osób, o 1,9% więcej niż przed rokiem.

W przeliczeniu na ludność kraju, z długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej skorzystało, podobnie jak przed rokiem, około 16 osób na 10 tys. ludność, natomiast w przypadku łóżek wskaźnik ten także był zbliżony do wartości sprzed roku i wyniósł blisko 9 łóżek na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia).

Wykres 32. Struktura pacjentów i łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia 2019)

Chart 32. Structure of residents and beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility (as of 31 December 2019)

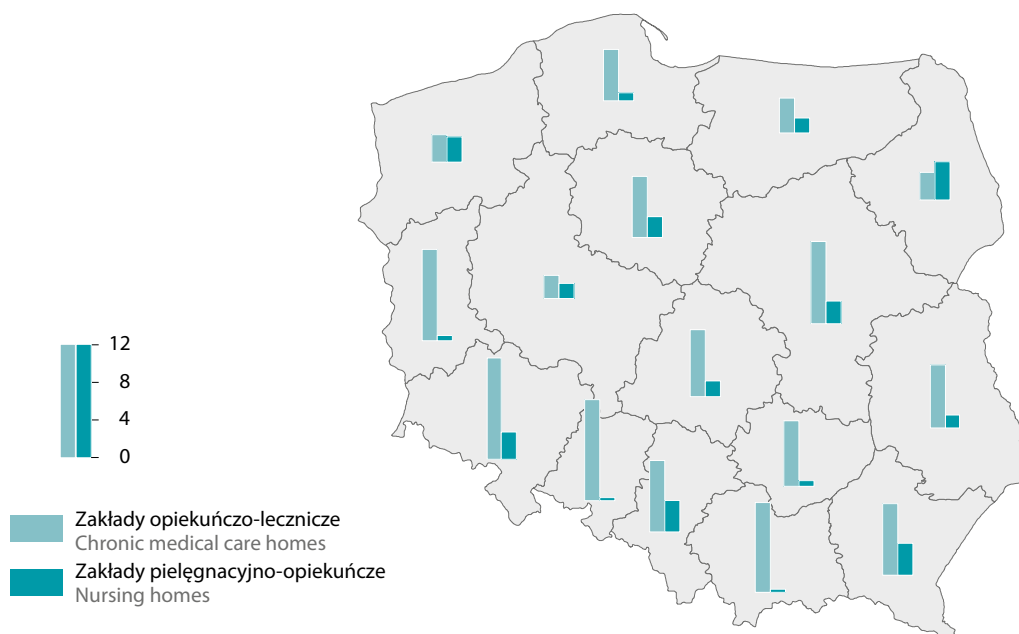


Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 10 tys. ludności województw było w województwach: dolnośląskim (13,6), mazowieckim (11,1), opolskim i podkarpackim (po 11,0) oraz śląskim (10,9) a najmniej w województwach: wielkopolskim (4,0), warmińsko-mazurskim (5,3) i zachodnio-pomorskim (5,6). Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do poprzedniego roku wystąpił w województwach: lubuskim (o 0,8), kujawsko-pomorskim (o 0,7), łódzkim (o 0,6) i śląskim (o 0,4), a spadek jego wartości odnotowano w województwach: mazowieckim (o 0,4) i warmińsko-mazurskim (o 0,1).

Najwięcej pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności województw, przebywało w placówkach zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim (23,5), opolskim (20,8) i śląskim (18,7), a najmniej w województwach: wielkopolskim (8,4), zachodniopomorskim (12,2) i podlaskim (12,4). Największy wzrost wskaźnika w porównaniu do poprzedniego roku wystąpił w województwach: lubuskim (1,4), dolnośląskim (o 1,1), wielkopolskim i łódzkim (po 0,7). Mniejszy wskaźnik niż przed rokiem wystąpił w województwach podlaskim (o 2,2), mazowieckim, świętokrzyskim i zachodnio-pomorskim (po 0,7).

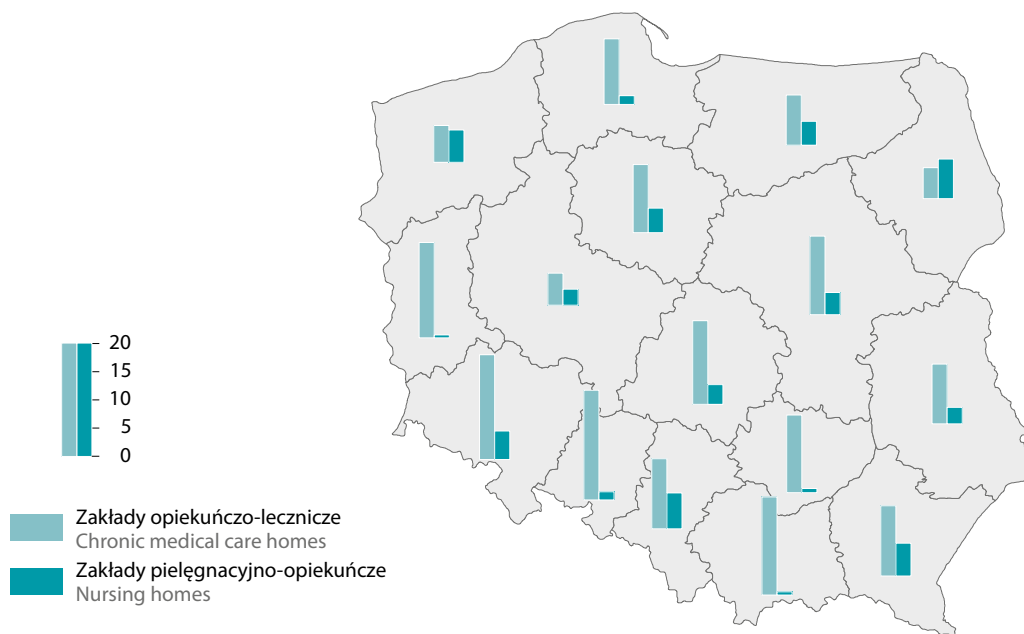
Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2019)

Map 3. Beds in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2019)



Mapa 4. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw w 2019 r.

Map 4. Residents in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships in 2019



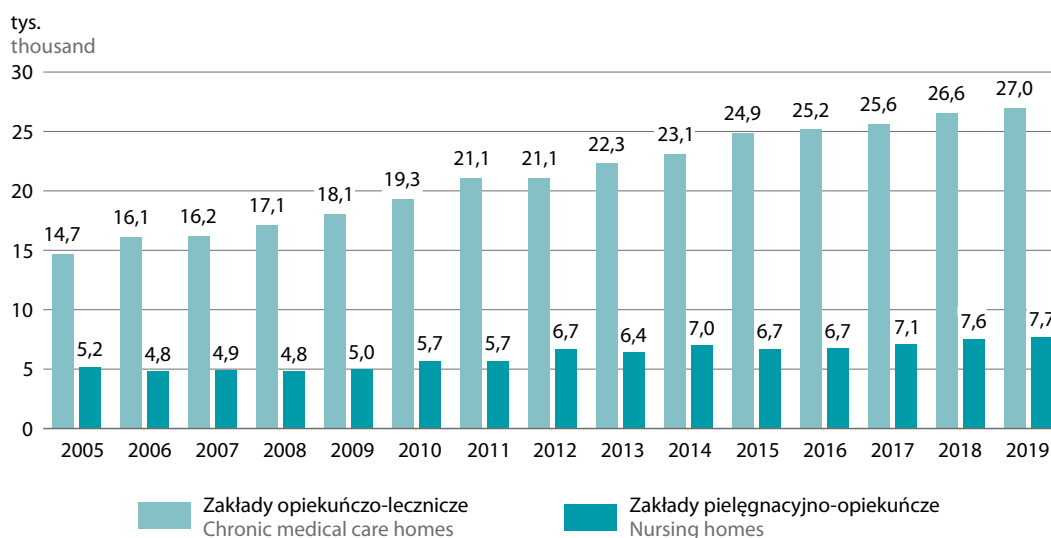
Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek. Dla zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł 91,2% (333 dni), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych 87,6% (320 dni) i był w obu przypadkach krótszy o 5 dni w porównaniu do 2018 r.

W zakładach typu psychiatrycznego wykorzystanie łóżek, podobnie jak w latach ubiegłych, było wyższe niż w przypadku zakładów o profilu ogólnym i wyniosło w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych blisko 97,9% (357 dni, o 3 dni mniej), a w opiekuńczo-leczniczych 96,1% (351 dni, o 9 dni mniej niż przed rokiem).

Rozpatrując liczbę łóżek oraz liczbę pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w dłuższym okresie czasu widoczna jest w obu przypadkach tendencja wzrostowa. W stosunku do 2005 r. liczba łóżek, rozpatrywana łącznie dla wszystkich rodzajów tych zakładów, zwiększyła się o 74%, a liczba pacjentów o 37%.

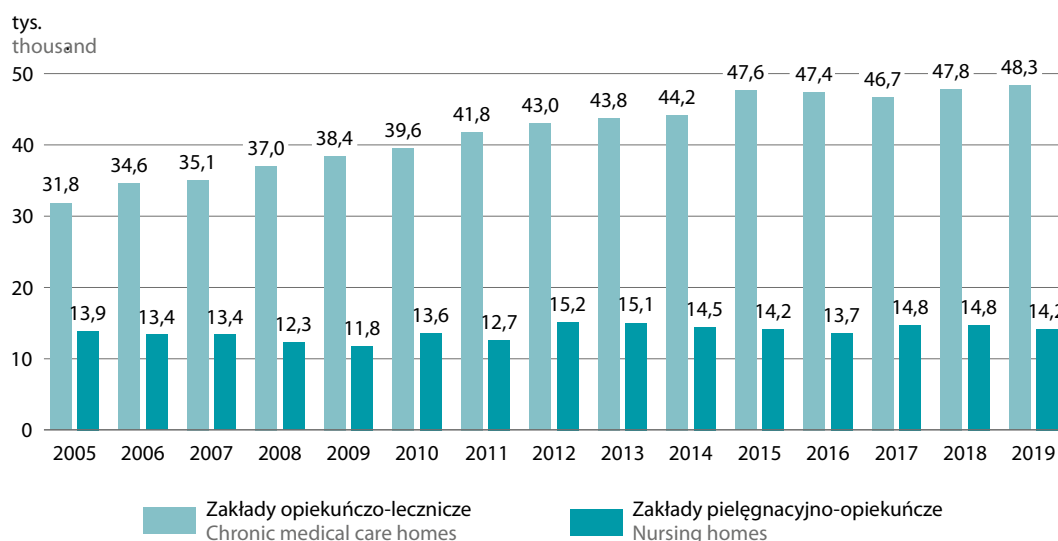
Wykres 33. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych³⁴ i pielęgnacyjno-opiekuńczych (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 33. Beds in chronic medical care homes and nursing homes (as of 31 December)



Wykres 34. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (w ciągu roku)³⁵

Chart 34. Residents in chronic medical care homes and nursing homes (during the year)



W 2019 r. odnotowano 371 zakładów **opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym** (o 1 więcej niż w 2018 r.), Dysponowały one 21,3 tys. łóżek (o 1,8% tj. 374 łóżka więcej niż przed rokiem). Z tej formy opieki skorzystało 41,1 tys. osób, o 0,5% więcej, a średni pobyt pacjenta w porównaniu do 2018 r. nie zmienił się i wyniósł 171 dni.

³⁴ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
³⁵ j.w.

Także w zakładach **pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym** odnotowano większą niż przed rokiem liczbę łóżek (7,3 tys. o 3,0% tj. 222 łóżek więcej), ale leczonych było o 2,9% mniej pacjentów (13,7 tys.) przy czym średni pobyt pacjenta był blisko o 3 dni dłuższy niż przed rokiem i trwał około 165 dni.

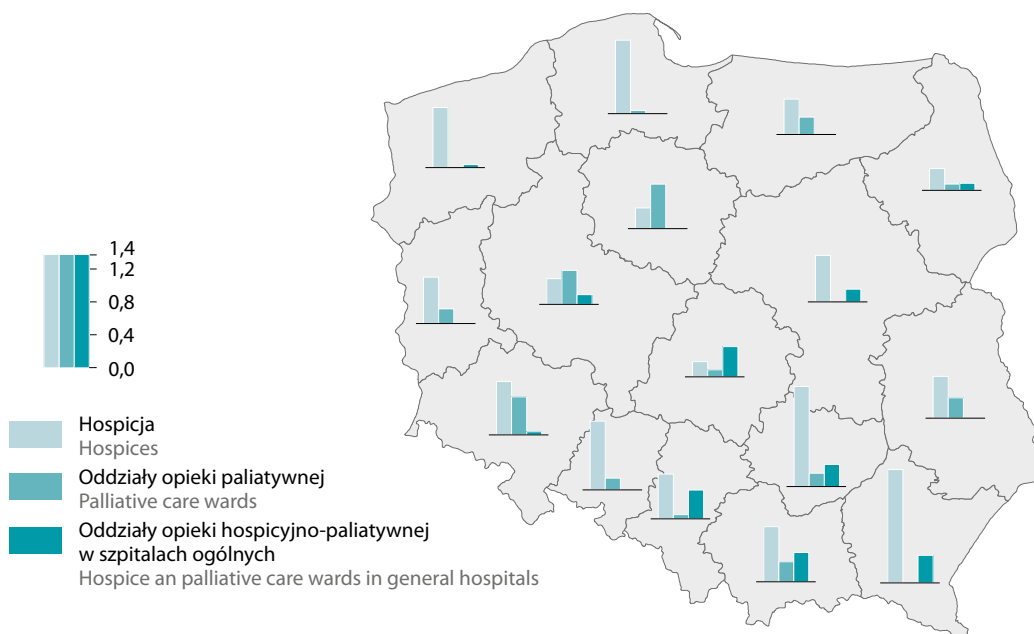
W 2019 r. sytuacja placówek **opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego**, w porównaniu do 2018 r., nie uległa zmianom w zakresie dostępnej bazy łóżkowej. Odnotowano o 2 zakłady więcej (66 zakładów) które dysponowały podobnie jak przed rokiem 6,0 tys. łóżek. Skorzystało z nich w ciągu roku 7,7 tys. pacjentów, o 1,9% więcej niż w 2018 r.

W 2019 r. opieka **hospicyjno-paliatywna** realizowana była w **hospicjach stacjonarnych** (115 placówek), **oddziałach opieki paliatywnej** (39 placówek) oraz na **oddziałach hospicyjno-paliatywnych działających w szpitalach ogólnych** (38 oddziałów). Łącznie placówki te dysponowały 3,6 tys. łóżek, (o 6,1% więcej niż w 2018r.) i udzieliły pomocy 40,6 tys. pacjentów (o 2,3% więcej niż przed rokiem), przy czym ponad połowa pacjentów (55,5% tj. 22,5 tys.) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej, działających poza strukturą szpitala (22,6% pacjentów) lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych (21,8% pacjentów). Średni pobyt pacjenta w hospicjach trwał 30,2 dnia, w oddziałach paliatywnych, działających poza strukturą szpitali, był zdecydowanie krótszy – 21,8 dnia, a na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych był najkrótszy – 19,7 dnia.

W przeliczeniu na ludność kraju, ze stacjonarnej formy opieki hospicyjno-paliatywnej, realizowanej w wymienionych trzech rodzajach zakładów, skorzystało blisko 11 osób na 10 tys. ludność.

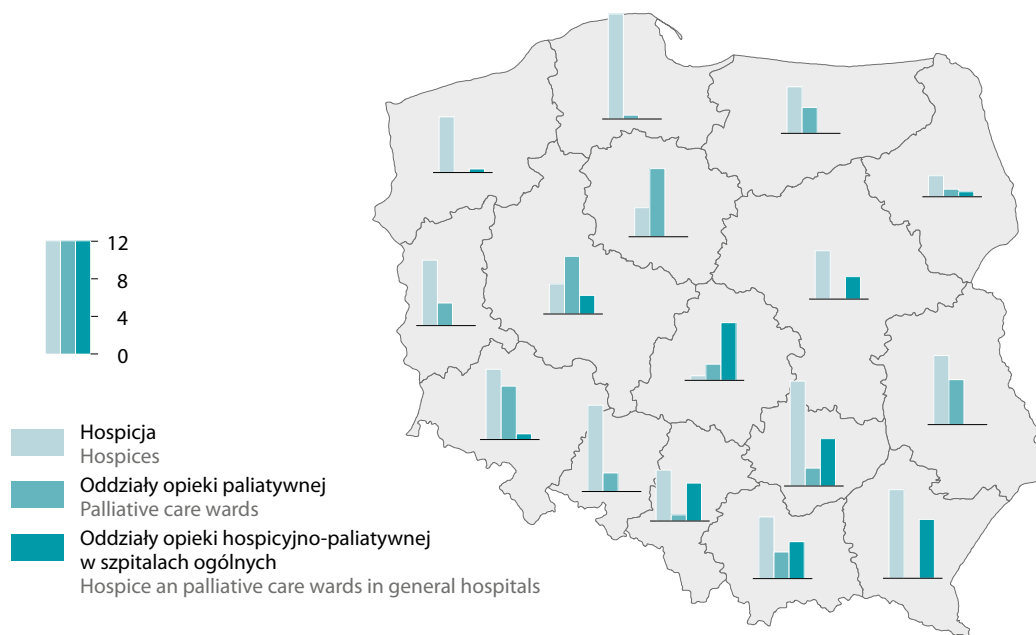
Mapa 5. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia 2019)

Map 5. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice-palliative care in general hospitals per 10 thousand population (as of 31 December 2019)



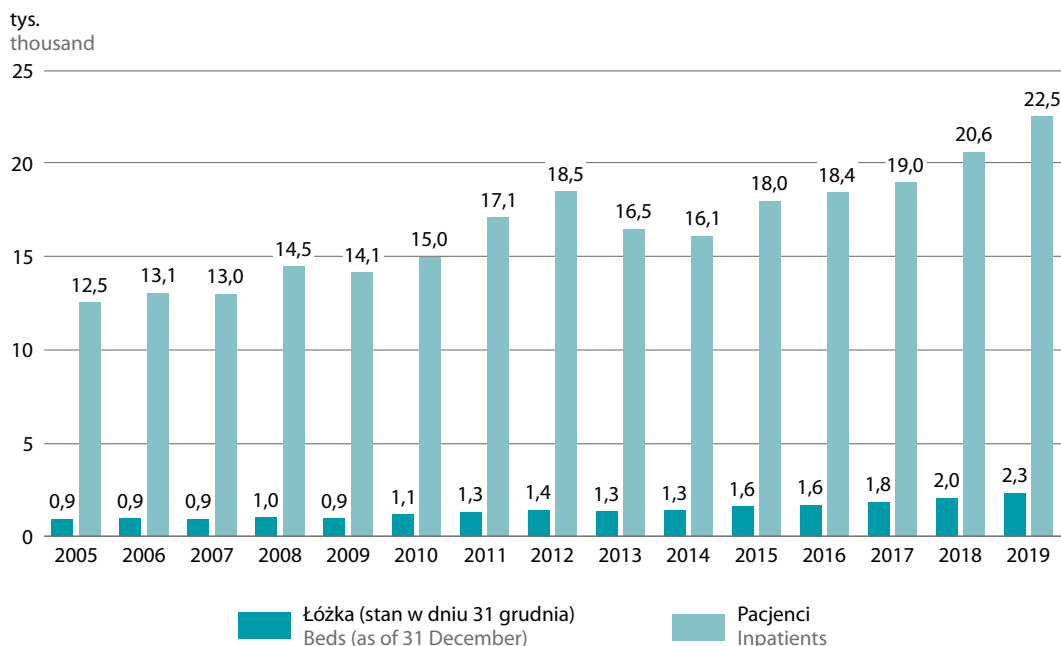
Mapa 6. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2019 r.

Map 6. Patients in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice – palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2019



Analiza działalności tego typu placówek w dłuższym okresie czasu (od 2005 r.), która możliwa jest wyłącznie dla hospicjów stacjonarnych, wskazuje na stałe zwiększanie się zarówno bazy łóżkowej, jak i liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki. W porównaniu do stanu łóżek w hospicjach w końcu 2005 r. baza łóżkowa wzrosła 2,5 krotnie (o blisko 1,4 tys. łóżek) a liczba pacjentów przebywających w hospicjach stacjonarnych zwiększyła się o 80%.

Wykres 35. Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci hospicjów
 Chart 35. Beds and patients in hospices



Podobnie jak w latach poprzednich, oprócz działalności stacjonarnej, prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz placówki opieki hospicyjnej i paliatywnej, niektóre z zakładów świadczyły także usługi w zakresie opieki domowej lub dziennej. W 2019 r. tego typu opieką objęto łącznie około 6,0 tys. osób, o 1/4 więcej niż w 2018 r. Większość pacjentów (82%) stanowili pacjenci leczeni w domu.

Lecznictwo uzdrowiskowe³⁶

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

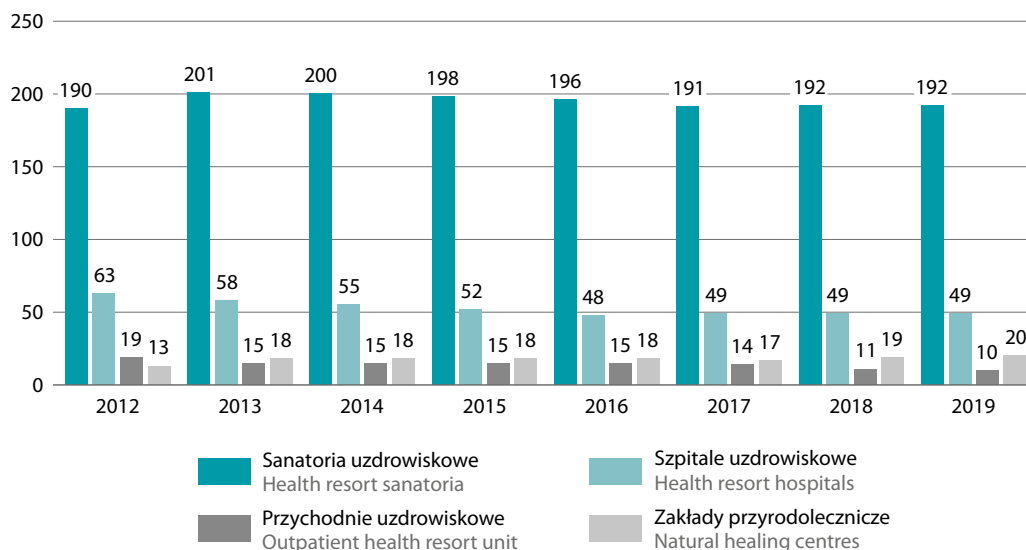
³⁶ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

Mapa 7. Uzdrawiska w Polsce w 2019 r.
Map 7. Health Resort Ara in Poland in 2019



Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w czterech województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 57 zakładów) małopolskim (10 uzdrowisk – 48 zakładów), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 45 zakładów) i kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 33 zakłady). W tych czterech województwach znajdowało się blisko 68% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym, najwięcej na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (24) i Ciechocinek (25). Łącznie na terenie kraju, podobnie jak przed rokiem, odnotowano 271 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (stan na koniec 2019 r.).

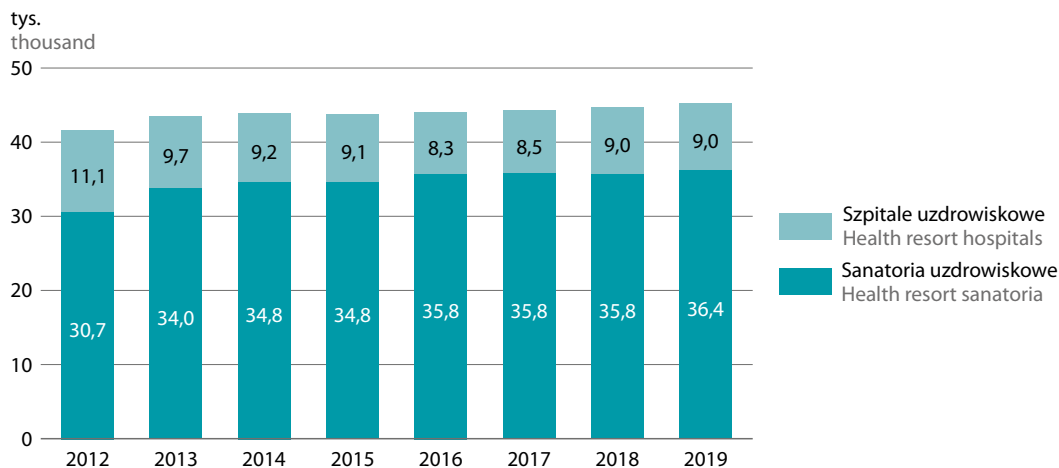
Wykres 36. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 36. Number of health resort facilities (as of 31 December)



Przeważającą większość zakładów uzdrowiskowych (88,9%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym - sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Zakłady uzdrowiskowe działające w trybie ambulatoryjnym - przychodnie uzdrowiskowe i samodzielne zakłady przyrodolecnicze³⁷ stanowiły 11,1%.

W 2019 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 45,3 tys. łóżek³⁸, o 1,1% więcej niż w 2018 r. i o 8,6% więcej niż w 2012 roku. Podobnie jak w latach poprzednich, blisko 80% bazy łóżkowej znajdowało się w sanatoriach.

Wykres 37. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 37. Health resort beds by type of facility (as of 31 December)



³⁷ W 2018 r. odnotowano ponadto 55 zakładów przyrodolecniczych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej poszczególnych rodzajów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

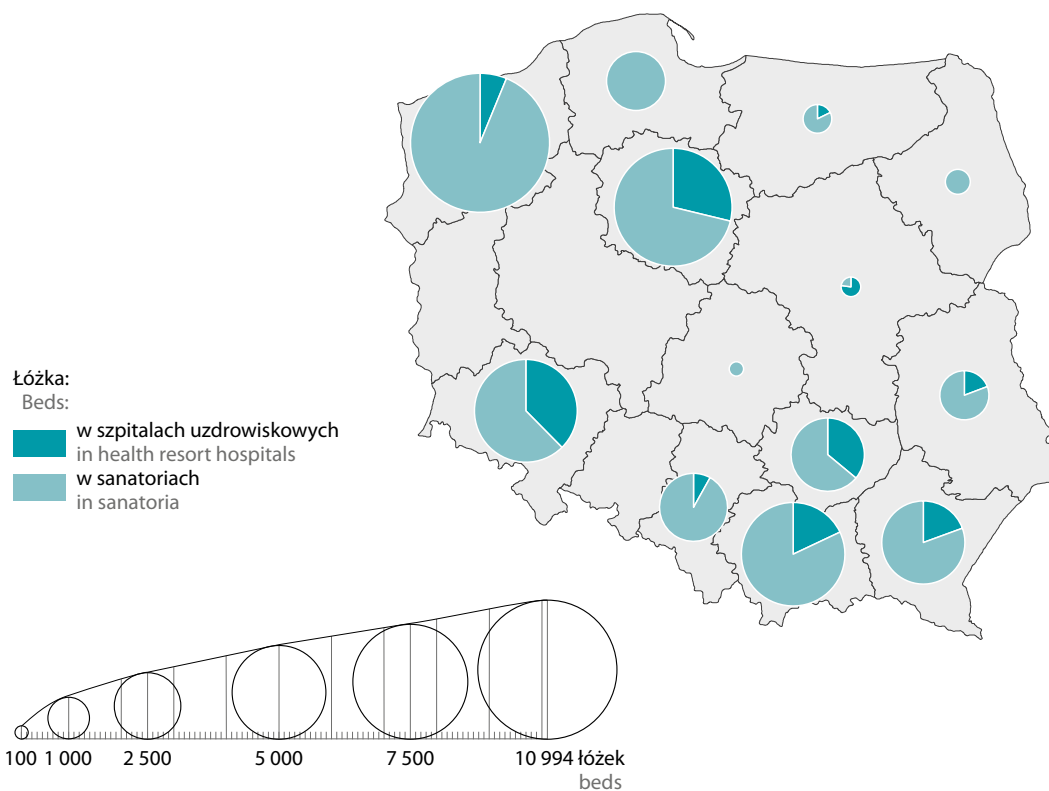
³⁸ W ciągu roku sprawozdawczego.

Tablica 8. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)
 Table 8. Dynamics of health resort beds in health resort facilities (as of 31 December)

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	rok poprzedni = 100 previous year = 100						
Łóżka ogółem (stan w dniu 31 grudnia) Total beds (as of 31 December)	104,6	100,8	99,8	100,3	100,7	101,1	101,5
Szpitala uzdrowiskowe Health resort hospitals	87,2	95,2	99,6	90,8	102,7	105,5	99,6
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	110,8	102,4	99,9	102,8	100,2	100,0	101,1

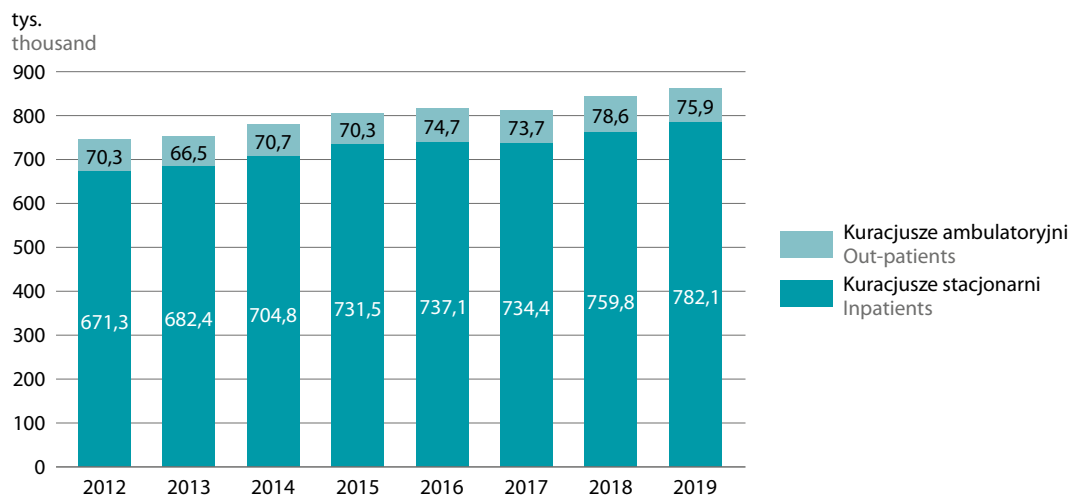
Najwięcej łóżek uzdrowiskowych, ponad 2/3 ogółu łóżek, znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskim (10,6 tys. łóżek, w tym 6,3 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskim (7,9 tys. łóżek, w tym 5,0 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskim (6,0 tys. łóżek, w tym 3,7 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Długopole Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój) oraz małopolskim (6,1 tys. łóżek, z czego najwięcej na terenie uzdrowisk Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica i Wysowa).

Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2019 r. (stan w dniu 31 grudnia)
 Map 8. Location of health resort beds in 2019 (as of 31 December)



W 2019 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 858,1 tys. osób, o 2,3% więcej niż w 2018 r., i o 15,7% więcej w porównaniu do 2012 r. Większość 91,2% stanowili kuracjusze stacjonarni (782,1 tys. osób) i było ich o 2,9% więcej niż przed rokiem. Z leczenia ambulatoryjnego skorzystało 75,9 tys. osób, o 3,5% kuracjuszy mniej.

Wykres 38. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 38. Inpatients in health resort facilities

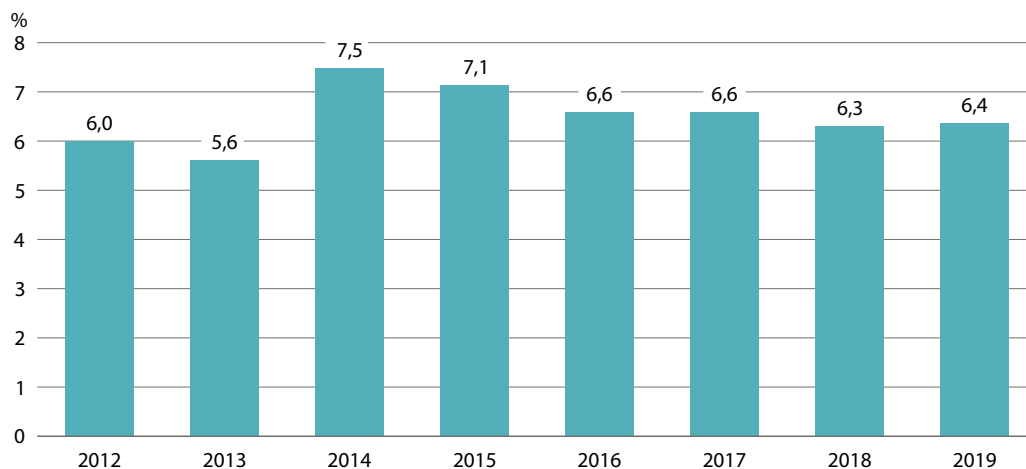


Tablica 9. Dynamika zmian liczby kuracjuszy leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym
Table 9. Dynamics of health resort patients inpatient and out-patients

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	rok poprzedni = 100 previous year = 100						
Kuracjusze ogółem Total patients	101,0	103,5	103,4	101,3	99,5	103,8	102,3
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	101,7	103,3	103,8	100,8	99,6	103,5	102,9
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	94,6	106,2	99,5	106,3	98,6	106,7	96,5

Spośród leczonych stacjonarnie, polskich kuracjuszy było 732,4 tys. osób, o 2,9% więcej niż w roku poprzednim natomiast kuracjuszy zagranicznych było 49,8 tys. osób, o 3,9% więcej niż przed rokiem. Cudzoziemcy stanowili 6,4% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 39. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 39. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities



Tablica 10. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym

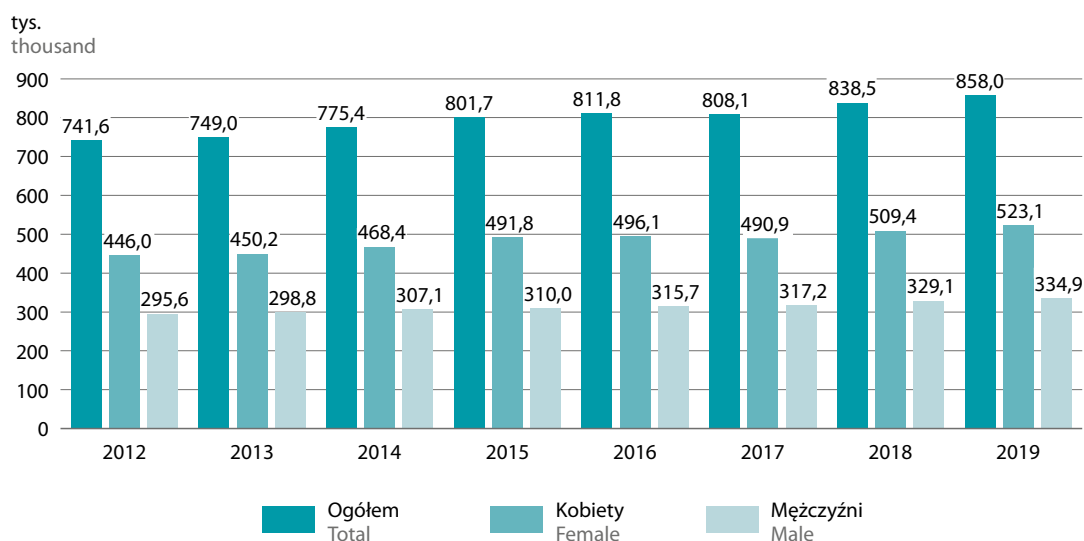
Table 10. Dynamics of health resort polish and foreign inpatients

Kuracjusze stacjonarni Inpatients	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
	rok poprzedni = 100 previous year = 100						
Polacy Poles	102,1	101,2	104,2	101,4	99,6	103,8	102,9
Cudzoziemcy Foreigners	94,7	137,8	98,9	92,8	100,0	98,9	103,9

W odniesieniu do ludności Polski z leczenia uzdrowiskowego³⁹ skorzystało, podobnie jak przed rokiem, 2,1% mieszkańców (808,3 tys. osób) i podobnie jak w latach ubiegłych, leczyło się więcej kobiet (61% ogółu kuracjuszy) niż mężczyzn (39%). Szacuje się że z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 2,5% kobiet oraz 1,7% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

Wykres 40. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci

Chart 40. Patients of health resort facilities by sex



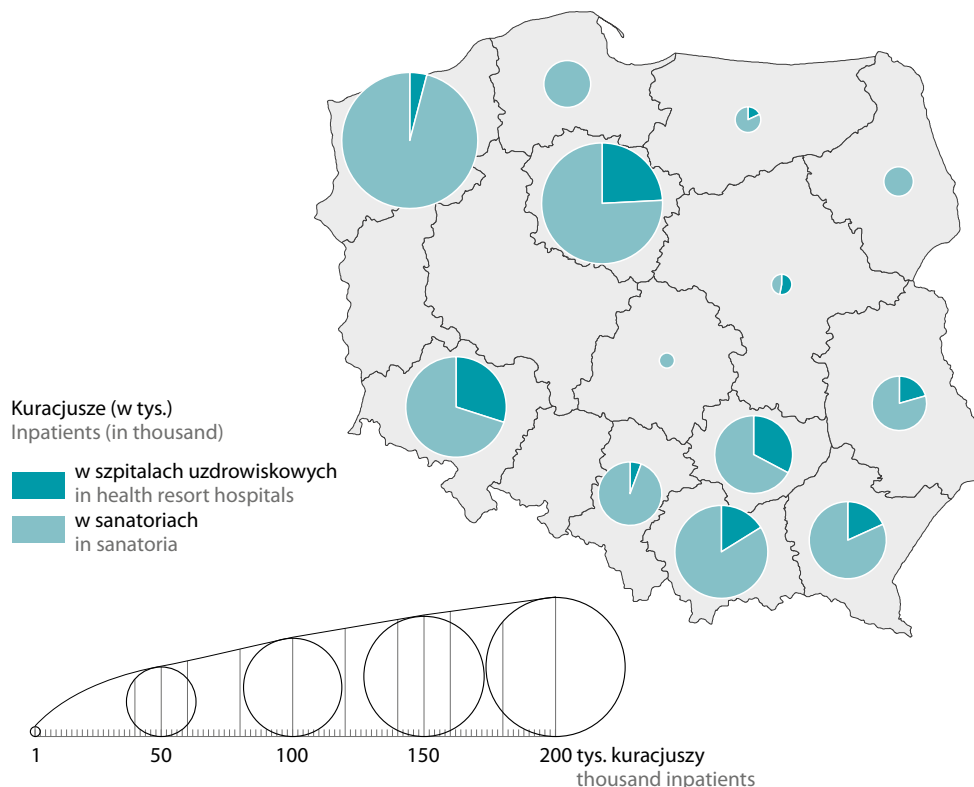
Lecznictwo uzdrowiskowe w większym stopniu zaspokaja potrzeby osób starszych na co wskazuje większy odsetek kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej w porównaniu do odsetka osób w młodszych grupach wiekowych. Kuracjusze w tej grupie wiekowej (381,8 tys. osób) stanowili 5,6% mieszkańców w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65 roku życia, (426,4 tys. osób) stanowiły 1,4% ogółu ludności w tym wieku.

Rozmieszczenie kuracjuszy w ujęciu wojewódzkim, w ślad za nierównomiernym rozmieszczeniem uzdrowiskowej bazy łóżkowej, wykazuje duże zróżnicowanie. Najwięcej kuracjuszy⁴⁰ przebywało w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego i małopolskiego.

³⁹ W trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, wśród kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym nie wyróżnia się cudzoziemców.

⁴⁰ Bez względu na obywatelstwo.

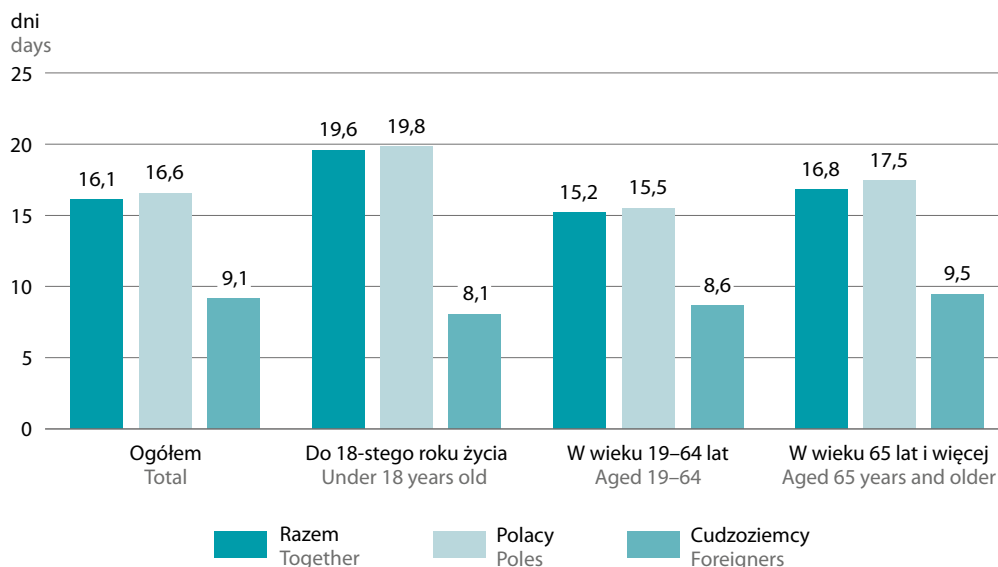
Mapa 9. Kuracjusze leczenia stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2019 r.
 Map 9. Inpatients by type of health resort facilities in 2019



Analizując liczbę kuracjuszy w poszczególnych powiatach zdecydowanie największą liczbę pacjentów leczonych stacjonarnie odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 117,4 tys. osób (o 0,6% mniej niż przed rokiem), następnie w powiatach: aleksandrowskim – 102,7 tys. osób (o 3,8% więcej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 63,2 tys. osób (o 1,8% mniej) – tereny uzdrowisk Busko-Zdrój i Solec-Zdrój, nowosądeckim 58,8 tys. osób (o 4,5% więcej) oraz w powiecie kłodzkim – 58,0 tys. osób (o 3,8% więcej niż w 2018 r.) – tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój.

Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i narodowość, wyniósł 16,1 dnia i był o 0,3 dnia krótszy niż w roku poprzednim i o 1,1 dnia krótszy niż w 2012 r.

Wykres 41. Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według grup wieku w 2019 r.
 Chart 41. Average stay of inpatients in health resort facilities by age structure in 2019



W 2019 roku, podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część polskich kuracjuszy skorzystała z różnych rodzajów dofinansowań do pobytu stacjonarnego. Pomoc ta przyznawana jest na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej⁴¹ lub o systemie ubezpieczeń społecznych⁴² albo o ubezpieczeniu społecznym rolników⁴³, a także, w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej⁴⁴.

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinansowanych 410,7 tys. pobyków stacjonarnych, o 0,2% mniej niż w 2018 roku. Stanowiło to, nie uwzględniając cudzoziemców, 56,1% osób leczonych stacjonarnie. W odniesieniu do ogółu ludności Polski z dofinansowania z NFZ do pobytu stacjonarnego w uzdrowisku skorzystało 1,1% mieszkańców kraju.

W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 43,1 tys. osób (o 9,9% mniej niż w roku poprzednim), a z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało, podobnie jak przed rokiem, 8,1 tys. osób o 1,0% mniej niż w 2018 r.

41 Osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019 poz. 1373).

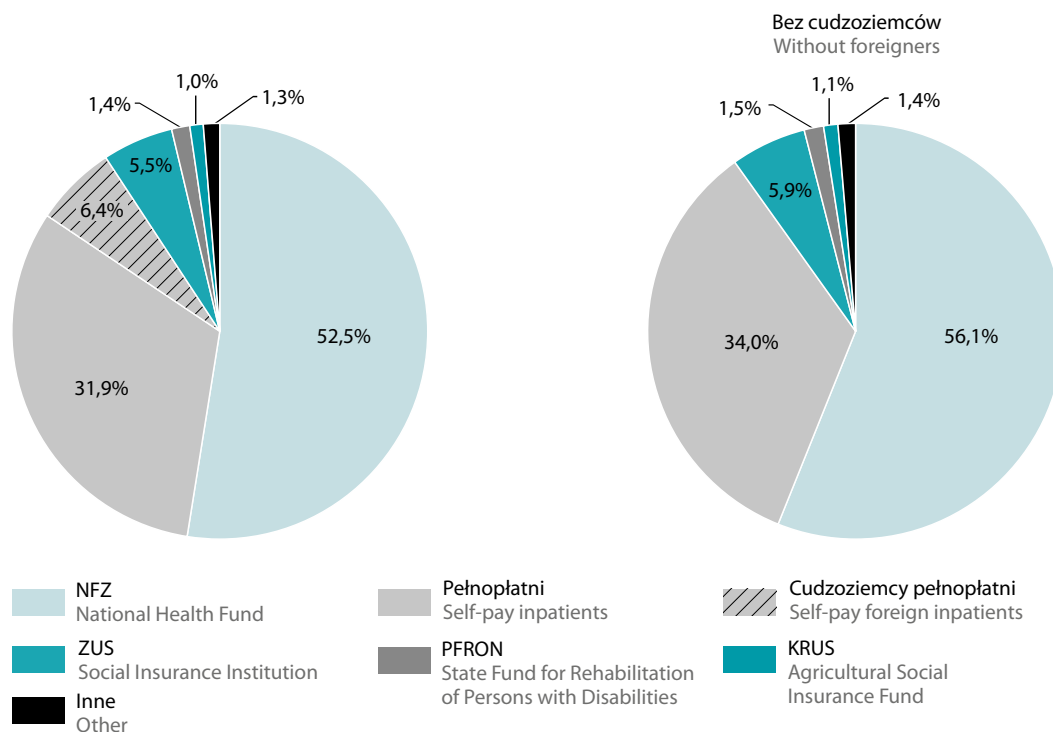
42 Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2019 poz. 300)).

43 Osoby dofinansowane przez KRUS przebywających na rehabilitacji leczniczej (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. 2019. poz. 299)).

44 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2019 poz. 1172) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

Wykres 42. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2019 r.

Chart 42. Health resort inpatients by type of financing in 2019

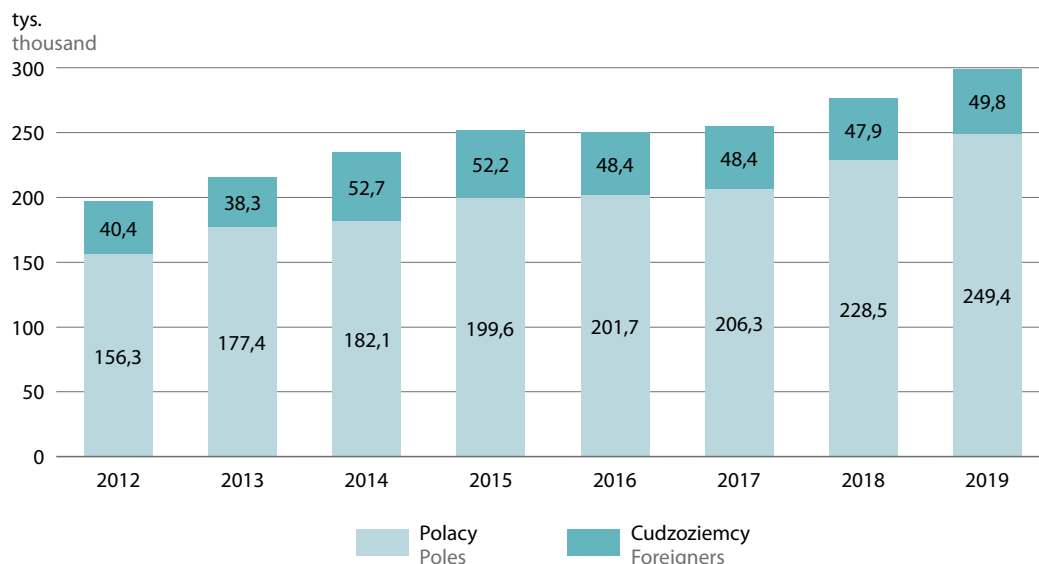


W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizowane są także turnusy rehabilitacyjne⁴⁵ dofinansowywane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Ich celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej. W 2019 r. w uzdrowiskach przebywało 11,1 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych z PFRON i było to o 16,0% więcej niż w 2018 roku.

Podobnie jak w latach poprzednich, uzdrowiska, a w szczególności sanatoria, cieszyły się niemalejącą popularnością wśród polskich i zagranicznych kuracjuszy pełnopłatnych. Wyrazem tego był wzrost liczby polskich kuracjuszy pełnopłatnych przebywających w uzdrowiskach o 9,1% przy równoczesnym wzroście liczby leczonych pełnopłatnych cudzoziemców o 3,9%.

⁴⁵ Rozporządzenie Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

Wykres 43. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2019 r.
 Chart 43. Self-pay inpatients in health resort facilities in 2019



W najliczniej odwiedzanych miejscowościach uzdrowiskowych, takich jak Kołobrzeg czy Ciechocinek, udział kuracjuszy pełnopłatnych⁴⁶ w ogólnej liczbie leczonych w systemie stacjonarnym wyniósł: w uzdrowisku Kołobrzeg – 54,6%, a Ciechocinek – 48,4%. Przy czym w Kołobrzegu odsetek cudzoziemców wśród pełnopłatnych sięgał 28,5% (18,3 tys. osób) natomiast w Ciechocinku udział obcokrajowców był niewielki – 2,1% (1,1 tys. osób).

Spośród uzdrowisk przyjmujących największą liczbę pacjentów znaczny odsetek osób samodzielnie finansujących swój pobyt odnotowano w powiecie buskim – 44,1%, (z czego cudzoziemcy stanowili 2,4%), nowosądeckim 26,3% (z czego cudzoziemcy 1,6%) i uzdrowiskach kłodzkich – 27,4%, gdzie obcokrajowcy stanowili 6,7% pełnopłatnych.

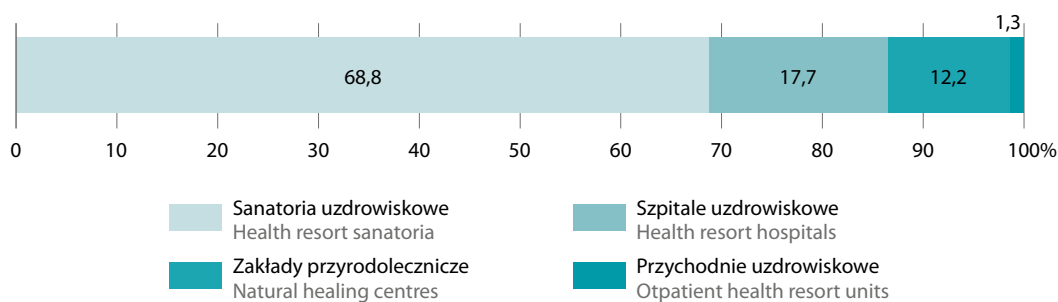
Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej pełnopłatnych cudzoziemców (90,6%) było w dwóch granicznych województwach zachodniej części Polski – województwie zachodniopomorskim i dolnośląskim. W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców przebywała w sanatoriach dwóch uzdrowisk - Świnoujście, gdzie 42,2% pacjentów było obcego pochodzenia (o 11,2 pkt proc. więcej), oraz Kołobrzeg, w którym cudzoziemcy stanowili 15,6%. W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego, w którym stanowili ponad połowę kuracjuszy (54,7% tj. 11,0 tys.) oraz w Jeleniej Górze, gdzie ich udział sięgał 13,7% (2,2 tys. osób).

W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 38,4 mln zabiegów (o 3,3% więcej niż w 2018 r.) z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Średnio wykonano 45 zabiegów na osobę.

⁴⁶ Łącznie z cudzoziemcami.

Wykres 44. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu) w 2019 r.

Chart 44. Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2019



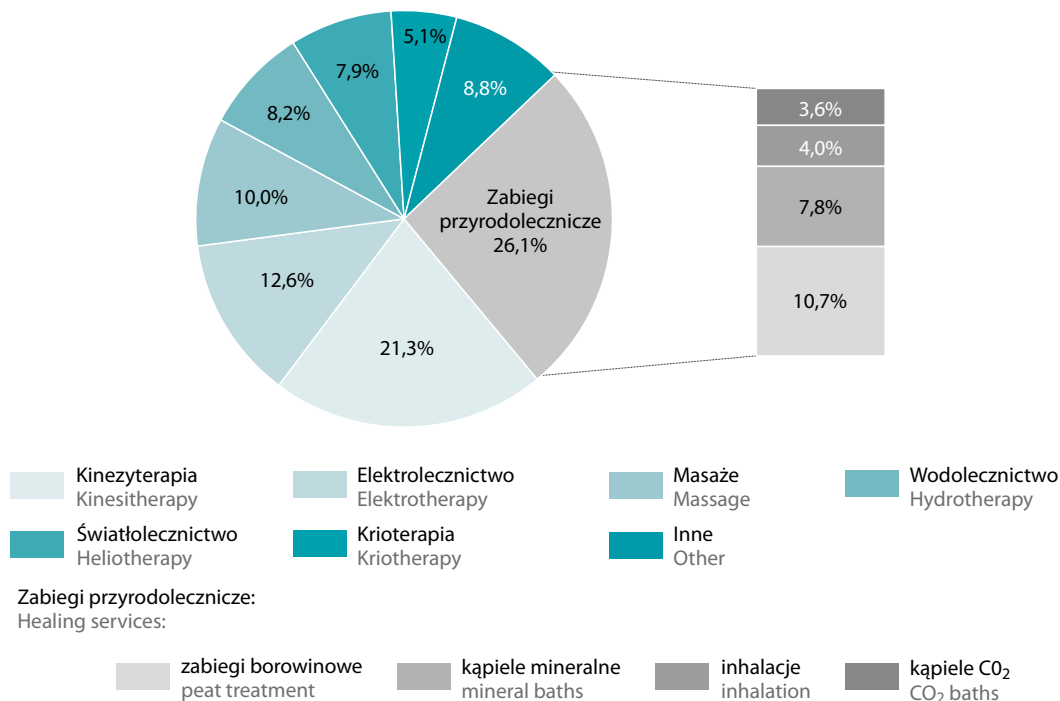
Struktura liczby i rodzajów wykonywanych zabiegów, rozpatrywana w skali kraju, jest stosunkowo stabilna. W 2019 roku najwięcej zabiegów, podobnie jak w latach poprzednich, wykonano z zakresu kinezyterapii, która nadal stanowiła około 1/5 wszystkich zabiegów.

Zabiegi przyrodolecznictwa takie jak: zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje, łącznie stanowiły 26,1% wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach. Skorzystało z nich, 724,9 tys. kuracjuszy leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym (o 2,3% więcej niż w 2018 roku).

Wykonano więcej zabiegów niż w roku poprzednim w zakresie większości zabiegów, przy czym, największy wzrost odnotowano w przypadku kąpiele CO₂ (o 11,3% więcej), kinezyterapii (o 8,1% więcej) oraz zabiegów z grupy „inne zabiegi” (o 22,0% więcej). Przeprowadzono mniej zabiegów wodolecznictwa (o 8,4% mniej), kąpiele mineralnych (o 1,2% mniej), inhalacji (o 1,6% mniej) oraz zabiegów parafinowych (o 0,1% mniej).

Wykres 45. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2019 r.

Chart 45. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2019



Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego z uwagi na lokalizację na terenach o walorach przyrodniczo-klimatycznych, a także z uwagi na szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, są placówkami cieszącymi się popularnością wśród osób z niepełnosprawnościami, dla których problem dostosowania zakładu do różnych rodzajów dysfunkcji jest szczególnie istotny.

Podobnie jak w latach ubiegłych najlepszy stopień dostosowania wykazały szpitale uzdrowiskowe (49 placówek), spośród których 98% wykazało obecność wind a 88% deklaroowało możliwość korzystania z wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. 96% placówek wskazywało na obecność pochylni, podjazdów czy też platform, ułatwiających wejście do budynku, i taki sam odsetek zakładów (96%) deklaroowało dostosowane pokoje oraz pokoje z łazienkami.

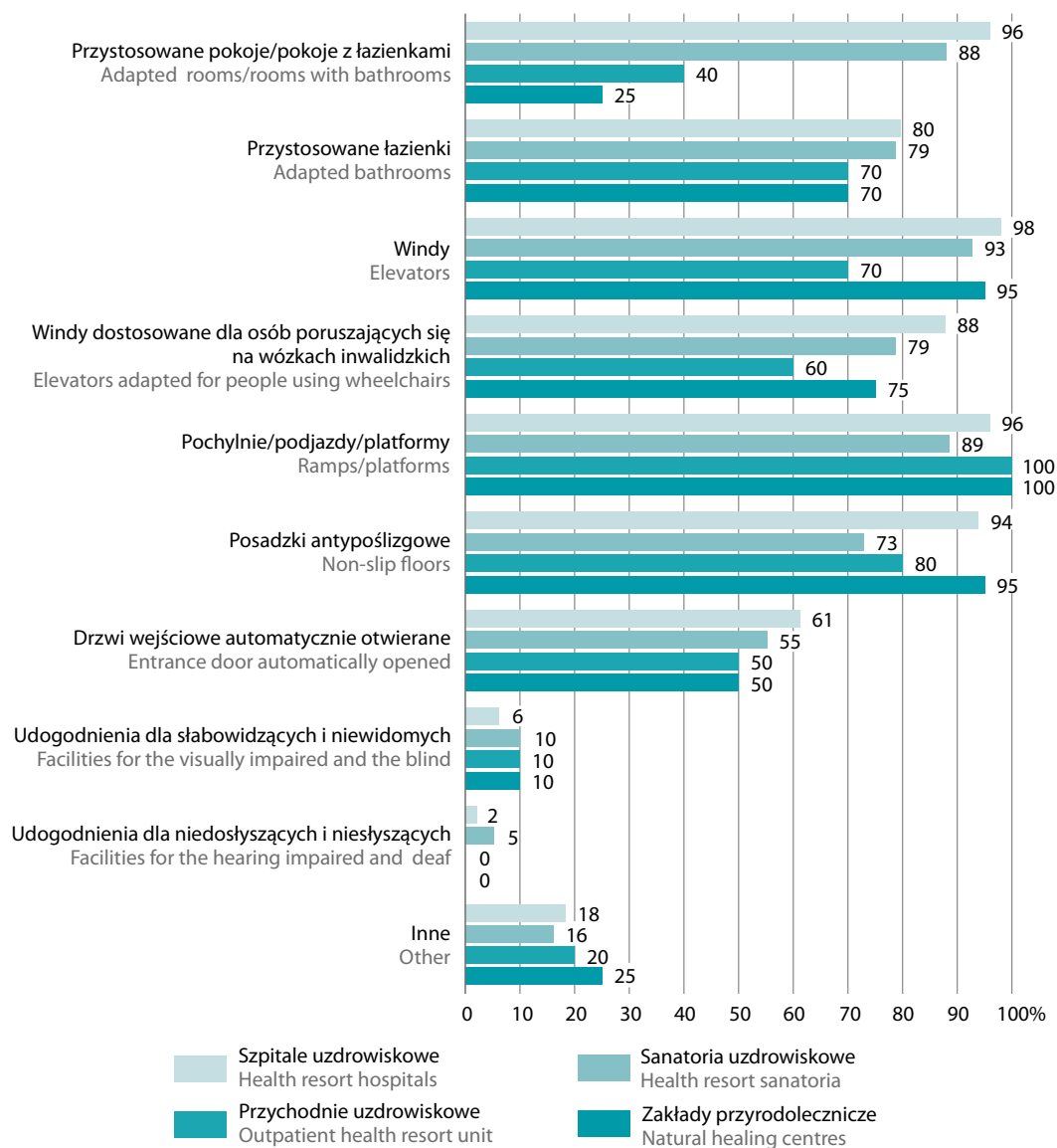
Spółród 192 sanatoriów, 93% zakładów wykazało obecność wind, a 79% – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, 89% – deklaroowało posiadanie pochylni, podjazdów czy też platform, 88% zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i pokoje z łazienkami) jako dostosowane, a ponad połowa badanych placówek (55%) była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane.

Zarówno szpitale uzdrowiskowe, jak i sanatoria deklaroowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 6% i 10% zakładów.

Wśród nielicznych zakładów, udzielających świadczeń wyłącznie w trybie ambulatoryjnym, podjazdy czy też platformy, posiadały wszystkie badane zakłady przyrodolecznicze (20 placówek) i przychodnie uzdrowiskowe (10 placówek). W zakresie występowania wind przystosowanych do osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – 6 przychodni i 15 zakładów przyrodoleczniczych określiło się jako dostosowane a w przypadku wyposażenia w posadzki antypoślizgowe – 19 zakładów przyrodoleczniczych i 8 przychodni.

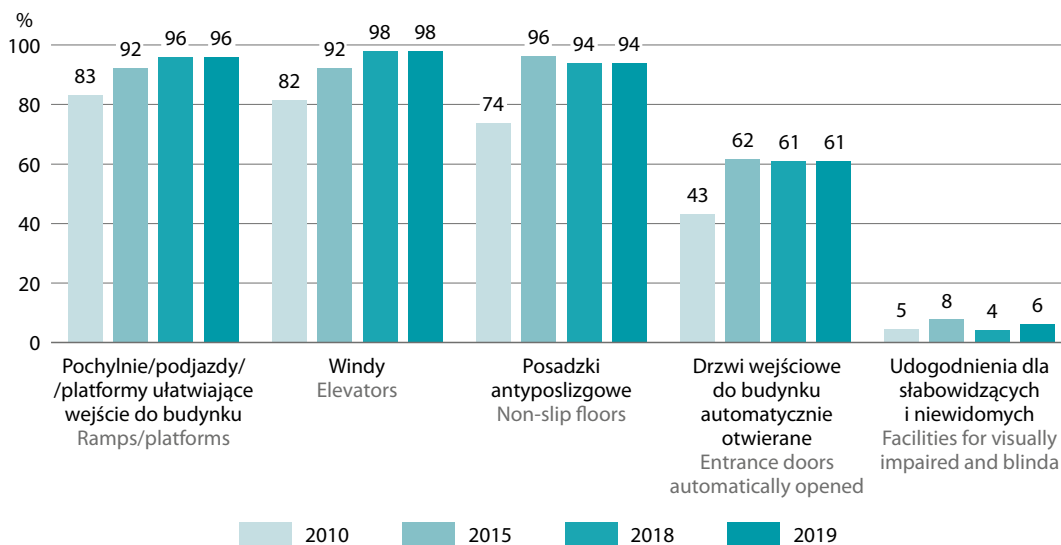
Wykres 46. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2019 r. (w %)

Chart 46. The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2019 (in %)



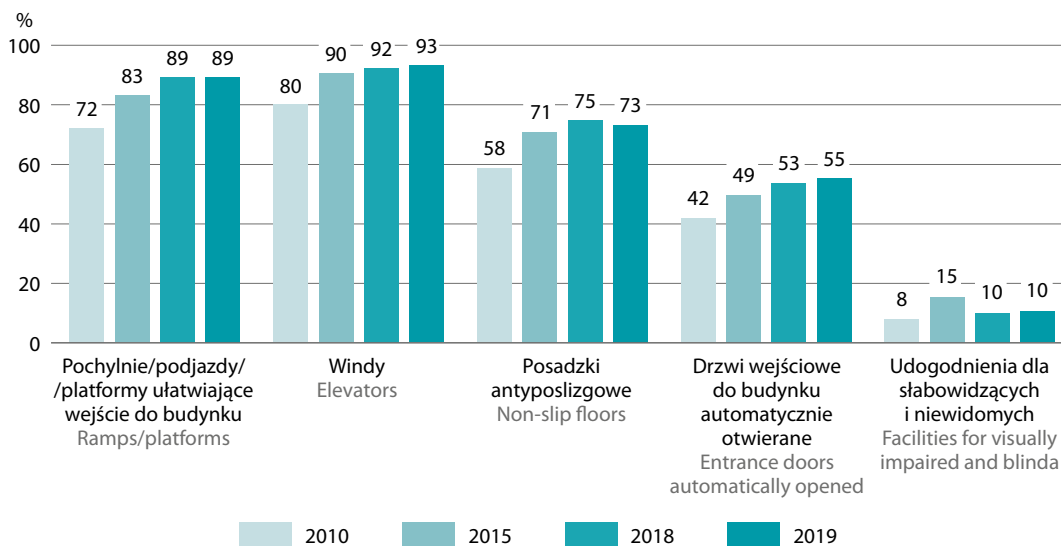
Wykres 47. Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 47. Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)



Wykres 48. Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 48. Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)



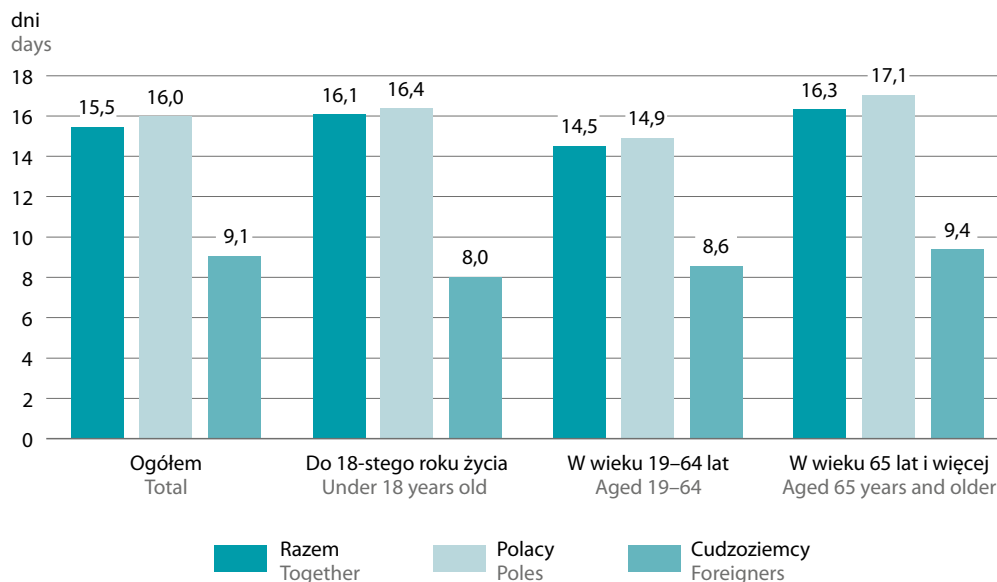
Najpopularniejszą formą opieki leczenia uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**. Na koniec 2019 r. funkcjonowały 192 sanatoria dysponujące 36,4 tys. łóżek o 1,5% więcej. Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim – 10,3 tys., kujawsko-pomorskim – 5,7 tys. łóżek, małopolskim – 5,0 tys. łóżek i dolnośląskim – 3,8 tys. łóżek. Skorzystało z nich 69% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Z leczenia w sanatorium, w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, łącznie skorzystało 673,0 tys. osób, z czego blisko 96% to kuracjusze leczeni stacjonarnie (o 3,0% więcej niż w 2018 r.). 61,1% kuracjuszy leczonych stacjonarnie to kobiety, których w porównaniu do 2018 r. było o 3,5% więcej (396,0 tys. osób).

Z leczenia stacjonarnego w sanatorium skorzystało więcej kuracjuszy powyżej 65 roku życia (332,8 tys. osób, o 7,3% więcej niż przed rokiem). Zmalała natomiast grupa dzieci i młodzieży do 18-stego roku życia (13,1 tys. osób, o 10,9% mniej). Ponad połowa (53,5%) polskich kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatorium korzystała ze środków NFZ, a blisko co trzeci był pacjentem pełnopłatnym. Pełnopłatni cudzoziemcy (48,7 tys. osób, o 3,8% więcej niż w roku poprzednim), stanowili 7,5% kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach i zarazem 98,0% ogółu obcokrajowców leczonych w polskich uzdrowiskach.

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość (ogółem kuracjusze), trwał 15,5 dnia (o 0,3 dnia krócej niż w 2018 r.) a w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej, stanowiących blisko połowę leczonych, pobyty były nieco dłuższe i średnio trwały - 16,3 dnia (o 0,3 dnia krócej niż w roku poprzednim i o 0,8 dnia krócej niż dwa lata temu).

Wykres 49. Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2019 r.
Chart 49. Average stay of inpatients in sanatoria by age structure in 2019.



Średni czas pobytu polskiego kuracjusza, w porównaniu ze średnim pobytem cudzoziemca był dłuższy o 6,9 dnia, a w przypadku kuracjuszy seniorów, powyżej 65 roku życia, pobyt polskiego seniora w sanatorium trwał średnio o 7,7 dnia dłużej.

Pobyt kuracjusza cudzoziemca w sanatorium średnio trwał 9,1 dnia i w porównaniu do poprzedniego roku był krótszy o 1,0 dnia. W przypadku cudzoziemców seniorów także uległ on skróceniu (o 1,2 dnia) i wyniósł 9,4 dnia.

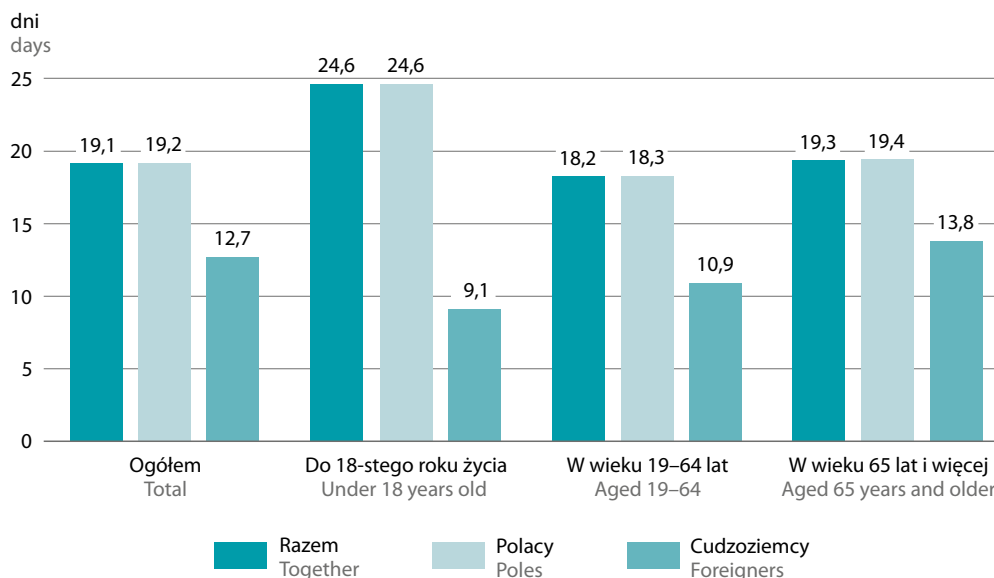
W sanatoriach przeprowadzono 26,4 mln zabiegów, tj. 68,8% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Nie jest to jednak całkowita liczba zabiegów gdyż niejednokrotnie są one wykonywane w sąsiadujących zakładach uzdrowiskowych.

Na koniec 2019 roku odnotowano 49 **szpitali uzdrowiskowych**, które zlokalizowane były w 10 województwach i łącznie dysponowały zbliżoną jak przed rokiem liczbą łóżek (9,0 tys. łóżek, o 0,4% mniej niż w 2018 roku). Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w 4 województwach: kujawsko-pomorskim (2,3 tys. łóżek), dolnośląskim (2,3 tys. łóżek), świętokrzyskim (1,1 tys.) i małopolskim (1,1 tys. łóżek).

W 2019 r. w szpitalach uzdrowiskowych przebywało 134,7 tys. kuracjuszy, o 2,8% więcej niż w roku poprzednim. W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia skorzystało 67,7% pacjentów szpitali uzdrowiskowych (90,5 tys. osób), a 9,8% pobytych zostało sfinansowanych przez ZUS (13,1 tys. osób). Kuracjusze pełnopłatni, podobnie jak przed rokiem stanowili około 1/5 pacjentów szpitali uzdrowiskowych (28,3 tys.

osób, o 7,5% więcej niż przed rokiem), z czego 3,7% (1,1 tys. osób) to pełnopłatni cudzoziemcy. Pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek trwał średnio 19,1 dnia i był o 0,3 dnia krótszy, natomiast w przypadku dzieci i młodzieży (osoby do 18-stego roku życia) trwał podobnie jak przed rokiem – 24,6 dnia.

Wykres 50. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według grup wieku w 2019 r.
Chart 50. Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2019



W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 6,8 mln zabiegów i było to o 7,7% więcej niż w roku 2018. Należy podkreślić, że podobnie jak w przypadku sanatoriów, nie są to wszystkie zabiegi jakich udzielono pacjentom przebywającym na leczeniu w szpitalach uzdrowiskowych gdyż niejednokrotnie pacjenci korzystają z zabiegów wykonywanych w sąsiadujących zakładach uzdrowiskowych.

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, omówionymi powyżej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w systemie ambulatoryjnym, takich jak przychodnie uzdrowiskowe (10 zakładów) i niezależne zakłady przyrodolecznicze (20 zakładów). W 2019 roku z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 42,5 tys. kuracjuszy, niespełna o 1,1 tys. mniej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych, przeprowadzono 5,2 mln zabiegów (13,5% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego o 0,5 p. proc. mniej niż przed rokiem).

Kolejną grupą zakładów, w których opieka zdrowotna realizowana jest w warunkach stacjonarnych, są **stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej**. Lokalizacja takich zakładów nie jest ograniczona do terenów uzdrowiskowych, jak w przypadku zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ale może być i jest sprawowana także poza terenami o statusie uzdrowiska.

Na koniec 2019 r. odnotowano 34 **stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej**⁴⁷, o 5 zakładów więcej niż w końcu 2018 r. Dysponowały one 3,7 tys. łóżek (o 0,3 tys. łóżek więcej) i skorzystało z nich 62,9 tys. osób leczonych w systemie stacjonarnym (o 6,4% osób więcej niż przed rokiem). Pacjenci pełnopłatni stanowili 56,5% korzystających z leczenia stacjonarnego, z czego 4,7 tys. osób (13,4%) stanowili pełnopłatni cudzoziemcy. Odsetek obcokrajowców wśród ogółem leczonych stacjonarnie wynosił 7,6%.

47 Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31 grudnia 2019 r.) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu resortowego - 7400), ale które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

Podobnie jak w latach poprzednich cudzoziemcy korzystali z usług stacjonarnej rehabilitacji głównie w dwóch województwach: zachodniopomorskim i świętokrzyskim. Przebywało tu 95,4% ogółu cudzoziemców.

W placówkach tych z różnych form dofinansowania skorzystało łącznie 43,5% pacjentów (27,3 tys. osób). Najliczniejszą grupę stanowiły osoby korzystające z rehabilitacji leczniczej w ramach środków ZUS – 16,1% ogółu leczonych. Było 10,1 tys. osób, o 1,5 tys. osób więcej niż przed rokiem. W dalszej kolejności to pacjenci dofinansowani przez KRUS – 7,5 tys. osób (12,0%). Z uwagi na cel i założenia pomocy kierowanej przez te instytucje, beneficjentami pomocy byli głównie pacjenci w grupie wiekowej 19–64 lata. Osoby w starszym wieku, powyżej 65 roku życia, stanowiły 3,5% osób dofinansowanych przez ZUS i 0,5% w przypadku pacjentów dofinansowanych przez KRUS.

Pacjenci przebywający na leczeniu w ramach środków NFZ stanowili 10,4% ogółem leczonych w tych zakładach i blisko połowa to pacjenci w wieku powyżej 65 roku życia (46,3%). Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiły niewielką grupę – 1,7 tys. osób (2,7% ogółu rehabilitowanych w tego typu placówkach) i blisko 80% z nich były to osoby poniżej 65 roku życia.

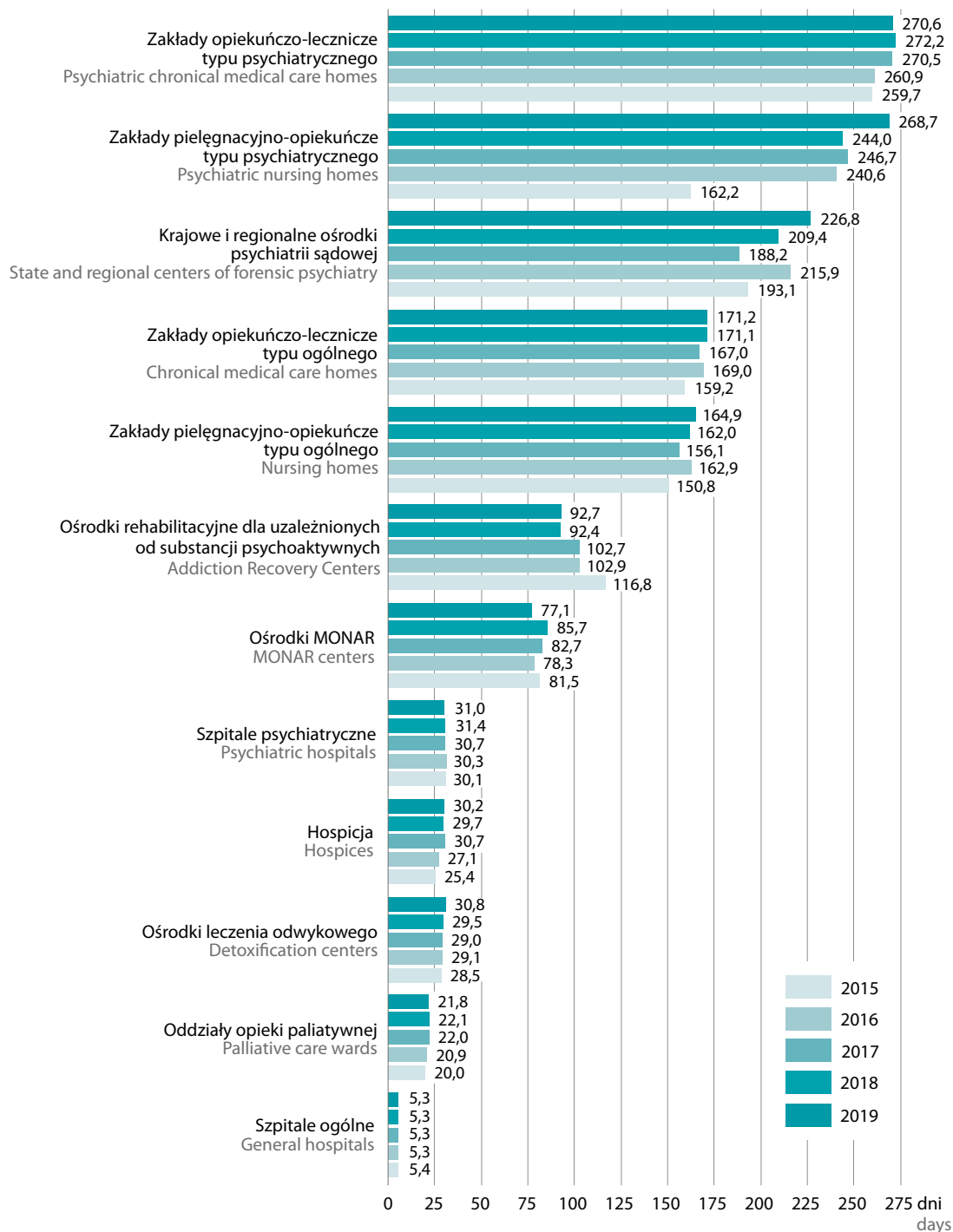
Tablica 11. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska
Table 11. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located

Województwo Voivodeships	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Stan w dniu 31.12 Number of beds as of 31.12	Uzdrowisko Health resort area
Dolnośląskie	p. kłodzki	3753	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój, Kudowa Zdrój, Lądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. lubański	704	Czerniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	765	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	831	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5058	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2023	Inowrocław
	p. włocławski	900	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1239	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3641	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	1684	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	664	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	95	Swoszowice – Kraków
Mazowieckie	p. piaseczyński	219	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	594	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2503	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	878	Polańczyk

Tablica 11. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska (dok.)
 Table 11. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located (cont.)

Województwo Voivodeships	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Stan w dniu 31.12 Number of beds as of 31.12	Uzdrowisko Health resort area
Podlaskie	p. augustowski	220	Augustów
	p. białostocki	138	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1164	Ustka
	p. m. Sopot	826	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	494	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	2145	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3049	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1519	Dąbki
	p. kamieński	475	Kamień Pomorski
	p. kołobrzegi	6256	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1063	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1681	Świnoujście

Wykres 51. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej
Chart 51. Average length of stay in inpatient health care facilities



2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

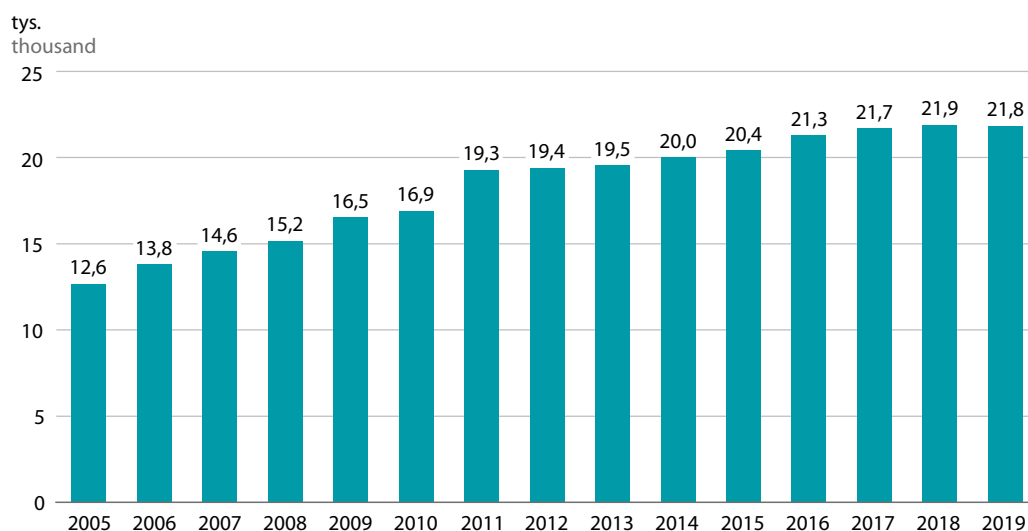
2.3. Out-patient health care

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

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2019 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem prawie 22 tys. przychodni (mniej o 42 przychodnie niż w roku poprzednim). Warto zauważyć, że jest to pierwszy spadek liczby przychodni od kilkunastu lat.

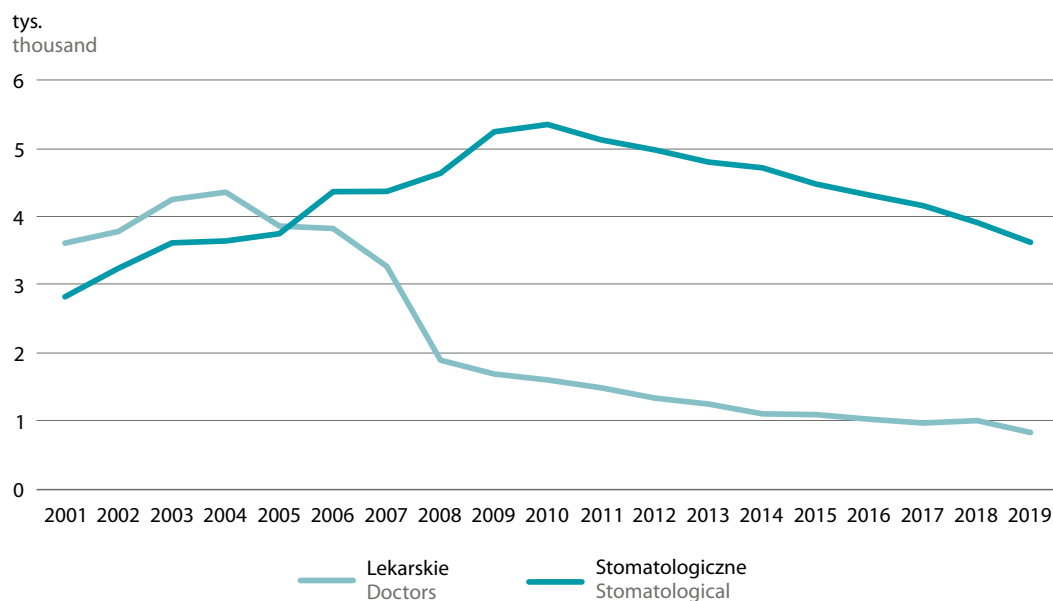
Wykres 52. Przychodnie w latach 2005–2019
Chart 52. Out-patient departments in 2005–2019



Tendencję spadkową można zauważyć też w przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych (występuje ona od 2011 roku i dotyczy obu typów praktyk).

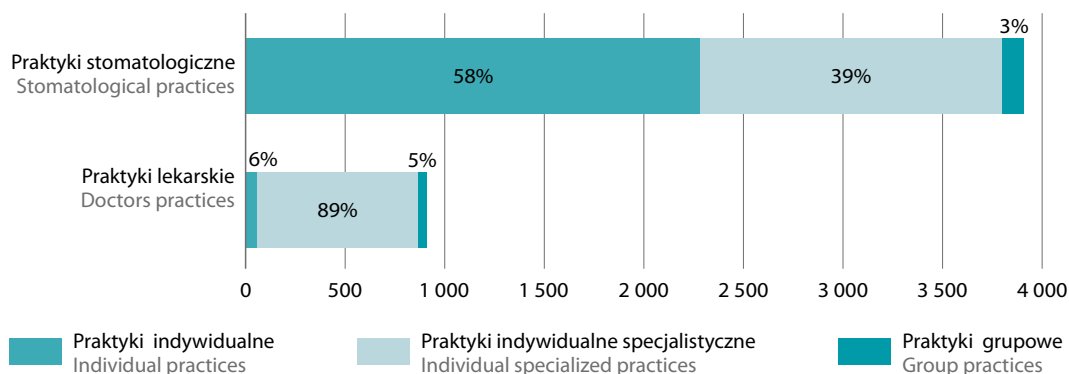
Wykres 53. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych

Chart 53. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



Wykres 54. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych

Chart 54. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



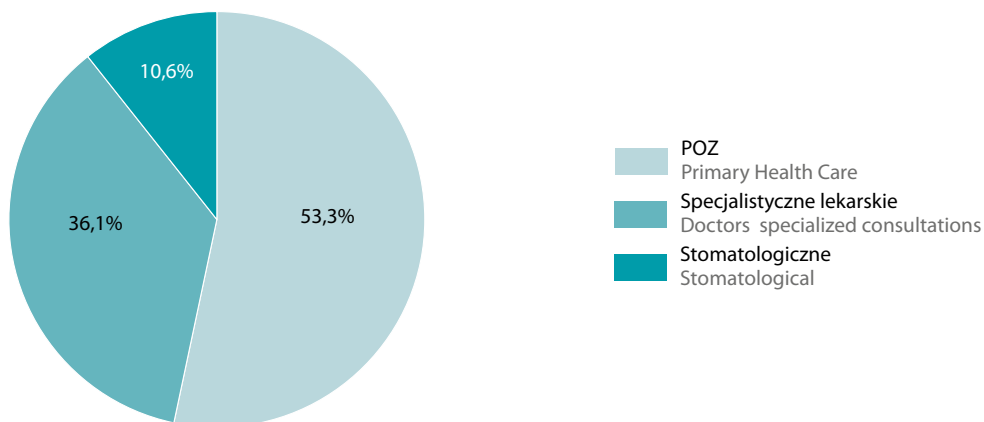
W 2019 r. odnotowano łącznie 4,4 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 8 %mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 81,4% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (89%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecialistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 6,1% i 5,0%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,1%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal pozostaje bardziej popularna w miastach (37,1% praktyk stomatologicznych) niż na wsi (21% praktyk stomatologicznych).

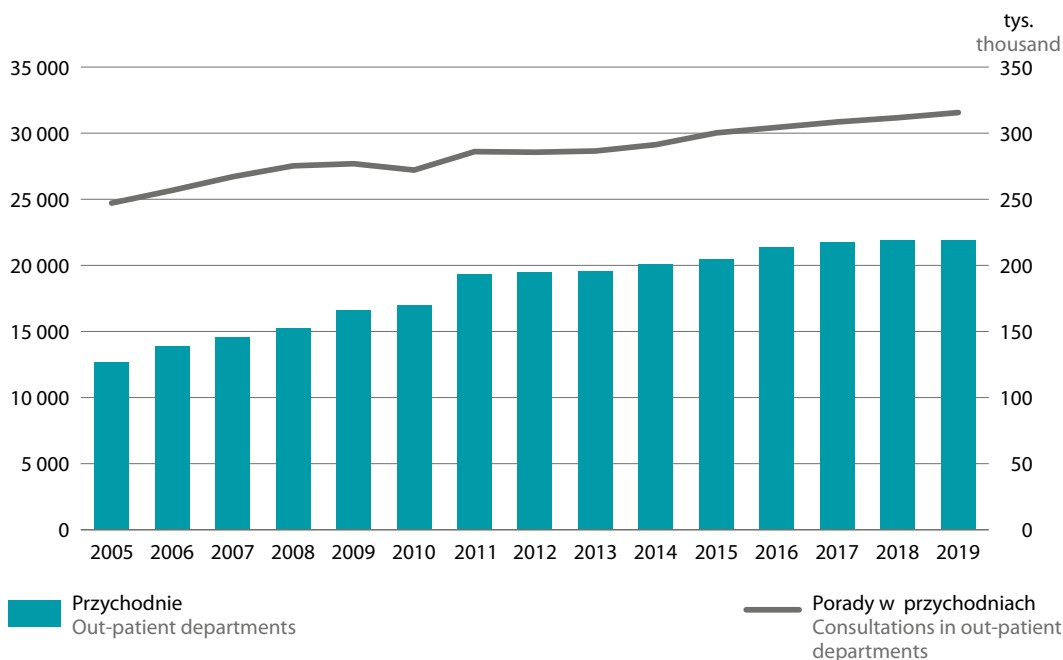
Udzielone porady

Ogółem w ciągu 2019 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 331 mln porad⁴⁸. Spośród wszystkich porad ambulatoryjnych 53,3% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 36,1% – w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych wyniosła 34,3 mln (pozostała na takim samym poziomie jak w 2018 r.) i stanowiła 10,6% porad ambulatoryjnych. Porady udzielone w przychodniach stanowiły 97% wszystkich porad ambulatoryjnych; o 0,2 p. proc. więcej niż przed rokiem.

Wykres 55. Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad
Chart 55. Structure of out-patient health care consultations



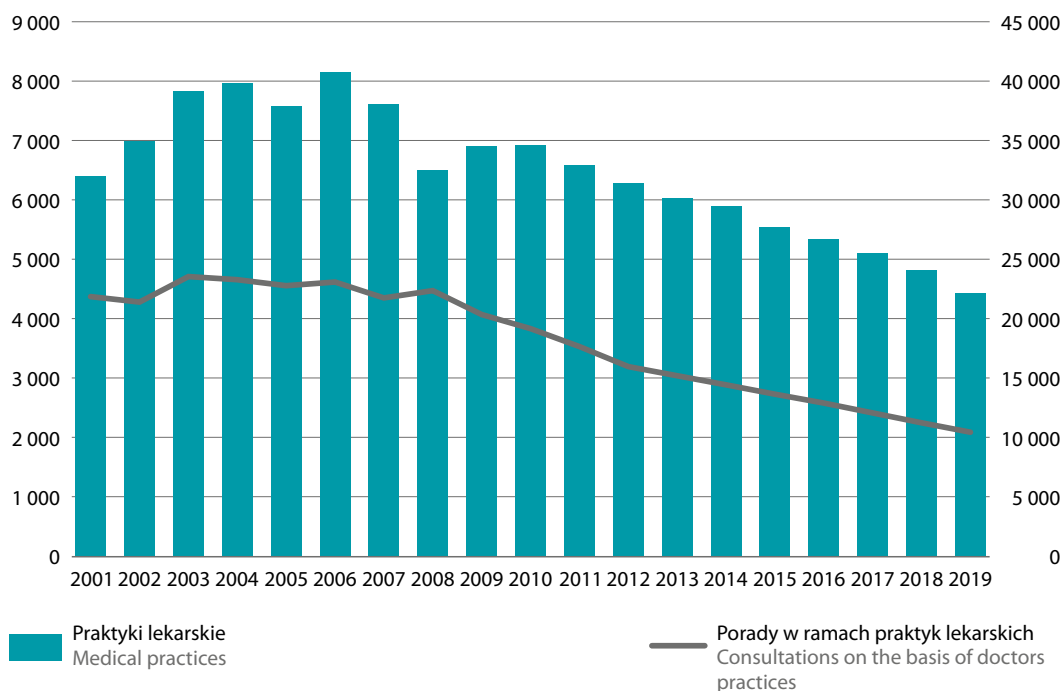
Wykres 56. Przychodnie i udzielone w nich porady
Chart 56. Out-patient departments and doctors' consultations



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

Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych zmalała, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 5,6%) jak i miast (o 7,3%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2019 r. wyniosła 8,6.

Wykres 57. Praktyki lekarskie^{a)} i udzielone w nich porady
Chart 57. Medical Practices and doctors' consultations



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, 56,5% stanowiły porady udzielone kobietom. 21,1% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, a 33,9% – osobom w wieku 65 lat i więcej.

Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 55,4% (0,2 p. proc. mniej niż przed rokiem), 18,3% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 1 p. proc. mniej niż przed rokiem), natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 33,8% (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 (60,3%). Struktura porad udzielonych kobietom nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego i stanowiła 60,2% porad w miastach i 65,7% na wsi.

Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z porad lekarzy specjalistów. Porady udzielone tej grupie pacjentów stanowiły 12,3% porad w miastach (o 0,2 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 14,1% (o 0,6 p. proc. więcej niż w 2018 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 29,5% w miastach (o 0,4 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 23,6% na wsi (o 0,3 p. proc. więcej) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

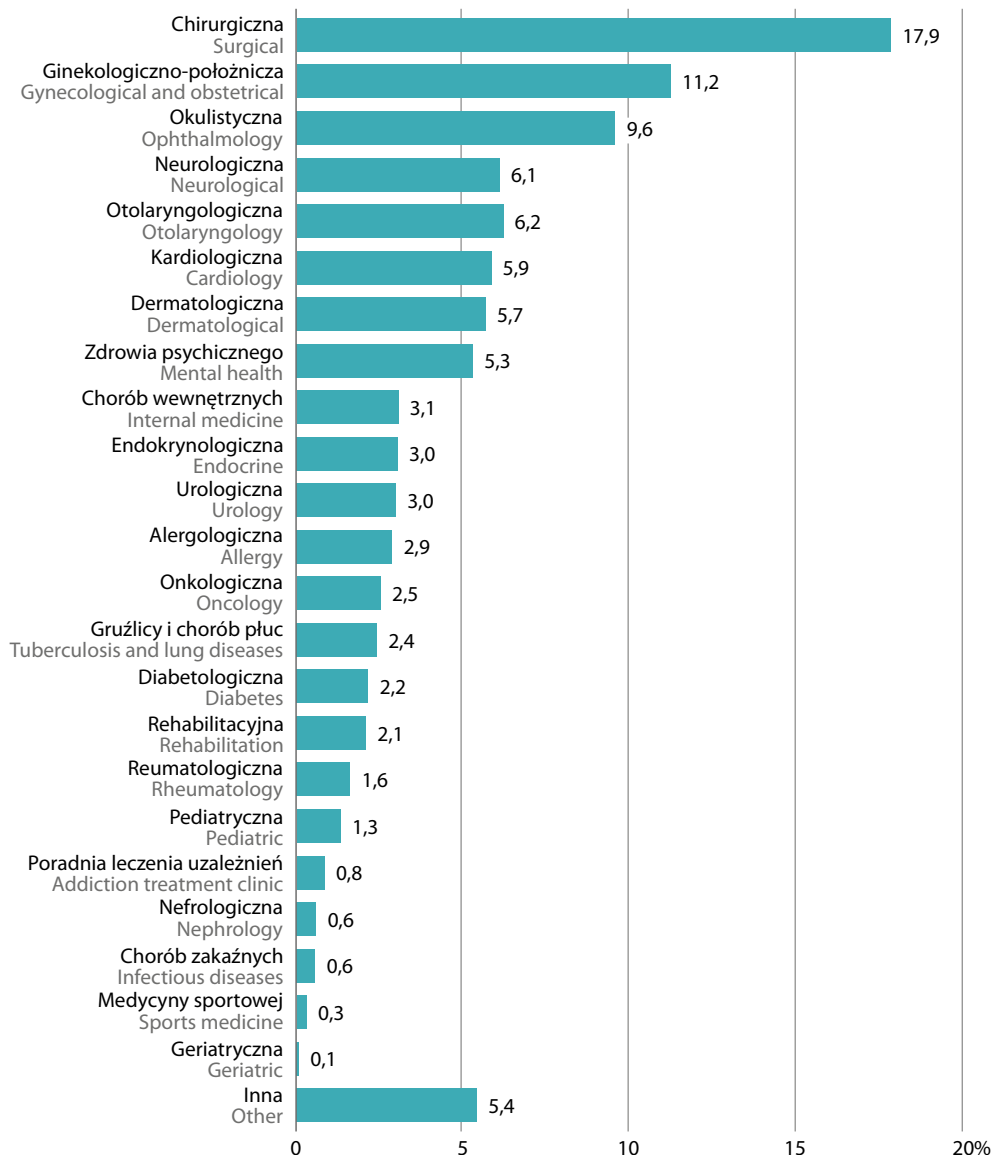
Również w przypadku porad stomatologicznych częściej udzielano ich kobietom. W miastach stanowiły one 55,4% ogółu porad stomatologicznych (podobnie jak w 2018 r.), natomiast na wsi – 53,8% (o 0,1 p. proc. mniej). 28,7% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 28,2%, a w przypadku wsi odsetek ten był o ponad 3,1 p. proc. wyższy). Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 15,9% ogółu tych porad. Na wsi zaobserwowano ich o 1,8 p. proc. mniej.

Tablica 12. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2019 r.
Table 12. The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2019

Wyszczególnienie Specification	Ludność (stan 30 VI) Population (as of 30VI)	Porady Consultations		
		POZ primary health care	specjalistyczne lekarskie doctors specialized	stomatologiczne stomatological
Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0–17 lat	18,1	20,5	12,3	28,7
18–64	64,1	45,7	58,3	55,7
65 +	17,8	33,9	29,4	15,6

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski w 2019 r. wynika, że w przypadku POZ, udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 16,1 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Znaczący jest udział porad udzielonych osobom w wieku 18-64 lat 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 58. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2019 r.
 Chart 58. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2019

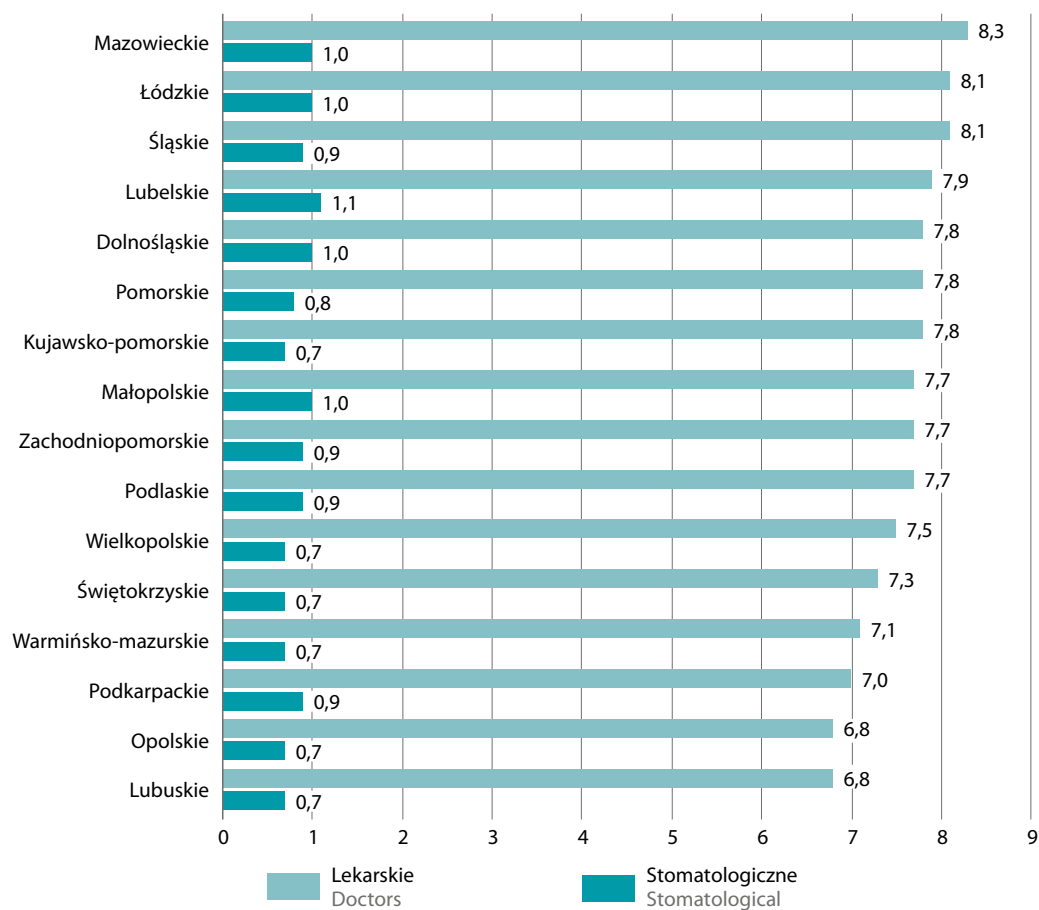


Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach

W 2019 r. struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przedstawiała się następująco: najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentyków⁴⁹ zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,4 tys.), a najmniej odnotowano w województwach lubuskim – 0,7 tys., opolskim i świętokrzyskim – po 0,8 tys. Z łącznej liczby 4,4 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej czyli 13,3% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa małopolskiego – 3,2%.

⁴⁹ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 59. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej^{a)} na 1 mieszkańca w 2019 r.
Chart 59. Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita in 2019

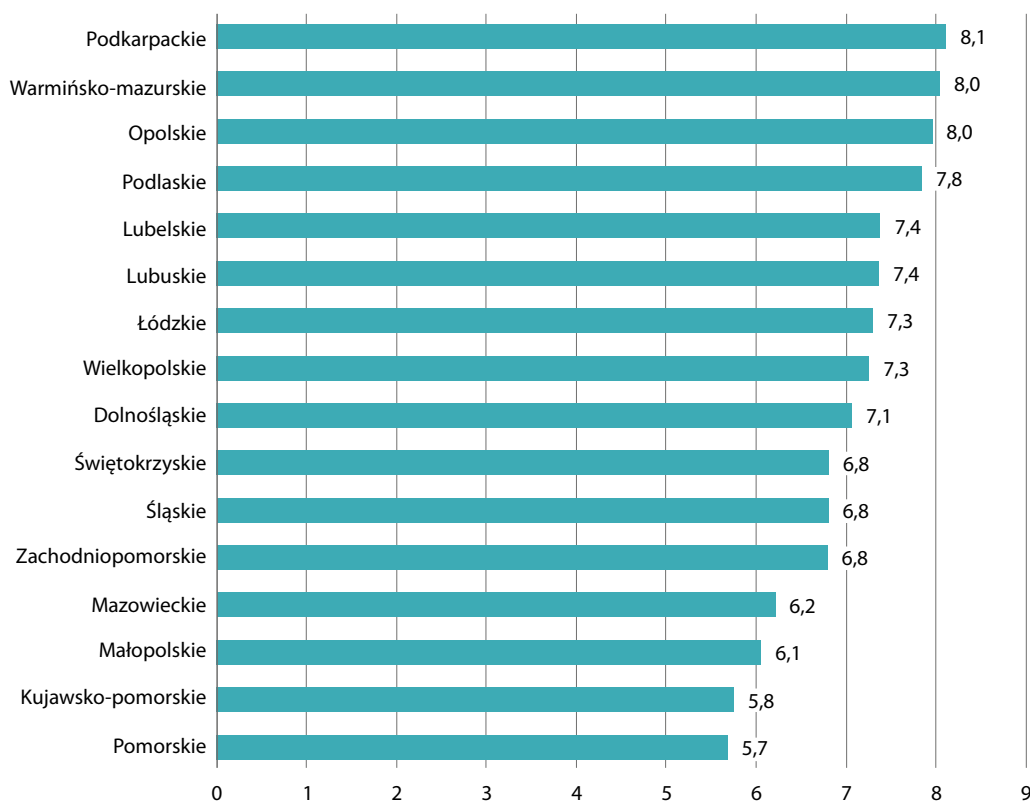


a) Porady lekarskie łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.

a) Medical consultations, including consultations from admission rooms in general hospitals.

Wykres 60. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 000 mieszkańców w 2019 r.

Chart 60. Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices)



a) Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

a) Medical and dental practices providing services financed from public funds.

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim ponad 49 mln porad, a najniższą – w województwie lubuskim i opolskim ponad 7 mln porad. Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,4 w województwie lubuskim do 9,4 w województwie mazowieckim.

Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 44,1% (woj. mazowieckie) do 60,5% (woj. lubuskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 20,5% wszystkich porad udzielonych w POZ. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 17% do 23,5% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób starszych, odsetek ten wahał się od 31,6% w województwie pomorskim do 37,4% w województwie świętokrzyskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 10,4% w województwie zachodniopomorskim do 14% w województwie mazowieckim. Porady udzielone starszym osobom stanowiły 29,4% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,9% (województwo mazowieckie) do 33% (województwo świętokrzyskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży w ogólnej liczbie porad stomatologicznych kształtował się od 24,4% w województwie zachodniopomorskim do 38,3% w województwie lubelskim

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 15,7% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 13,3% (województwo kujawsko-pomorskie) do 19,1% (województwo zachodniopomorskie).

Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnościami

Stopień przystosowania jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną do potrzeb osób niepełnosprawnych jest niewystarczający, chociaż polepsza się z roku na rok.

Spośród ponad 26 tys. jednostek (przychodni i praktyk lekarskich) 9,6% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych, było to jednak o 0,3 p. proc. mniej niż przed rokiem. Poziom dostosowania obiektów jest różny w przypadku przychodni i praktyk lekarskich, co w znacznym stopniu wynika z wielkości i charakteru lokali, gdzie świadczone są usługi lecznicze.

W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych (76,2%), pochylnia/podjazd/platforma ułatwiająca wejście do budynku (69,8%), windy (30,4%), windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (19,0%), posadzki antypoślizgowe (29,2%) oraz drzwi automatycznie otwierane (8,9%). Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych miało tylko 2,9% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 7,3% przychodni.

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, 58,4% z nich deklarowało posiadanie pochylni/podjazdu/platformy ułatwiających wejście do budynku, 53,9% posiadało toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych, tylko 1,0% posiadało udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych. Niemal 1 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych (21,2%) nie posiadało żadnych udogodnień.

Tablica 13. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2019 r.
Table 13. Out-patient health care in 2019

Wyszczególnienie Specification	2018	2019		
		ogółem total	miasta urban areas	wieś rural areas
Przychodnie (stan w dniu 31 XII) Out-patient departments (as of 31 XII)	21881	21839	17075	4764
Praktyki lekarzy i lekarzy dentyistów ^a (stan w dniu 31 XII) Doctors and dentists practices ^a (as of 31 XII)	4820	4437	3277	1160
Porady udzielone ^{bc} (w tysiącach) Consultations provided ^{bc} (in thousands)	328098	331434	282751	48683
w tym w ramach praktyk lekarzy i lekarzy dentyistów ^a of which on the basis of doctors and dentists practices ^a	11251	10471	8180	2291
lekarskie ^c doctors ^c	293711	297088	253321	43768
w tym specjalistyczne of which specialized	116315	117675	114465	3210
stomatologiczne stomatological	34387	34345	29430	4915
na 1 mieszkańca per capita	8,5	8,6	12,3	3,2
lekarskie ^c doctors ^c	7,6	7,7	x	x
stomatologiczne stomatological	0,9	0,9	x	x

a Dane obejmują praktyki, które podpisały kontrakty z NFZ lub z przychodniami. b Łącznie z poradami opłacanymi w przychodniach przez pacjentów. c Łącznie z poradami lekarskimi udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych (w 2019 r. — 5757 tys.) nieuwzględnionymi w specjalistycznej opiece lekarskiej.

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Głównego Urzędu Statystycznego.

a Data concern practices that have signed contract with the National Health Fund or out-patient departments. b Including consultations paid by patients in out-patient departments. c Including doctors consultations provided in admission rooms of general hospitals (in 2019 — 5757 thousand) not included in specialized doctors care.

Source: data of the Ministry of Health, the Ministry of the Interior and Administration and the Statistics Poland.

2.4. Ratownictwo medyczne

2.4. Emergency medical services

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁵⁰ został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na terenie całego kraju system funkcjonuje w oparciu o „wojewódzkie plany działania systemu”⁵¹ sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra właściwego ds. 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 dysponen-

50 System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

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

tów 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;
- 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.

W 2019 r. w całej Polsce funkcjonował System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)⁵². Jest to system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 lub 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie ZRM. Na terenie kraju utrzymanie oraz obsługę systemu zapewnia minister właściwy do spraw administracji publicznej, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części których dysponentami są właściciwi wojewodowie. Pełne wdrożenie SWD PRM ma m.in. zakończyć erę zleceń wyjazdów przekazywanych drogą radiową i wypełniania dokumentacji papierowej. Kolejnym rezultatem wprowadzenia SWD PRM będzie zmniejszenie liczby dyspozytorni medycznych – docelowo, do 2028 r., w całej Polsce ma funkcjonować 18 dyspozytorni medycznych – po jednej w każdym województwie i po dwie, z racji wielkości i specyfiki, w województwach mazowieckim i śląskim.

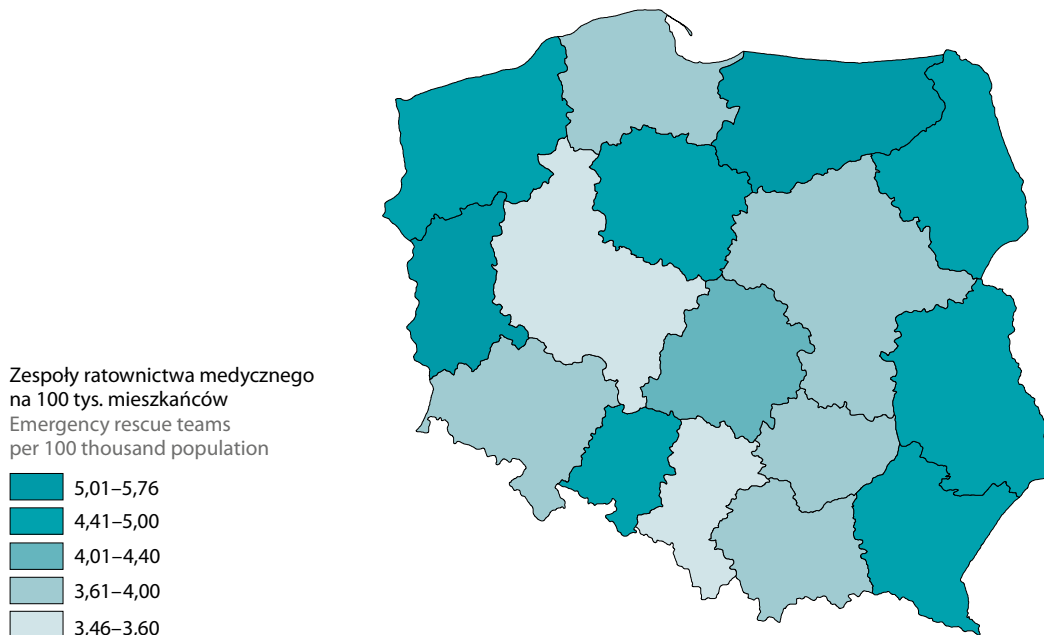
Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

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

W 2019 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1577 zespołów (o 36 więcej niż przed rokiem), w tym 1208 (76,6%) zespołów podstawowych i 369 (23,4%) specjalistycznych. W porównaniu z rokiem 2018 oraz 2017 można zauważyć utrzymującą się tendencję do zmniejszenia udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa (spadek z 32% w 2017 r. do 23,4% w 2019 r.) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (wzrost z 68% w 2017 r. do 76,6% w 2019 r.).

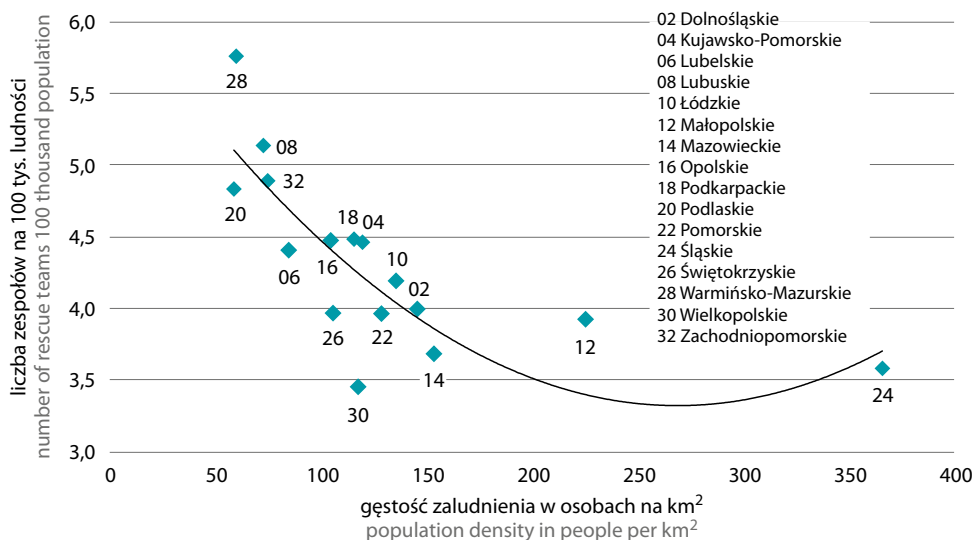
⁵² System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

Mapa 10. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw w 2019 r.
Map 10. Emergency medical care by voivodships in 2019



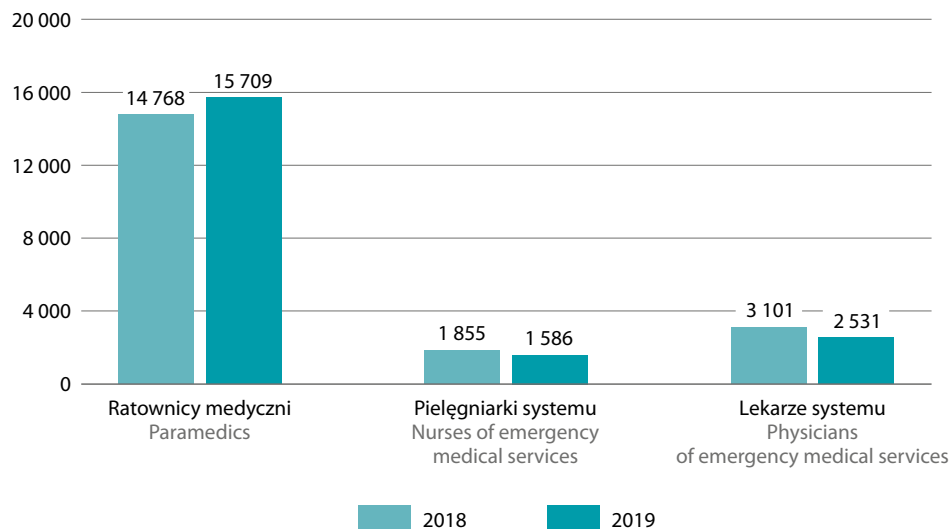
Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko-mazurskim, lubuskim, zachodniopomorskim – od 4,9 do 5,8 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w województwie wielkopolskim, śląskim i mazowieckim – od 3,5 do 3,7 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 61. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2019 r.
Chart 61. Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2019



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁵³ wskazują, że w 2019 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁵⁴ stanowiło 15 709 ratowników medycznych, 1 586 pielęgniarek systemu i 2 531 lekarzy systemu. W odniesieniu do zeszłego roku nastąpiło zwiększenie liczby ratowników medycznych o 941. W przypadku liczby pielęgniarek i lekarzy systemu nadal utrzymuje się tendencja spadkowa wśród tej kadry ratownictwa medycznego. Liczba pielęgniarek systemu spadła w porównaniu do roku 2018 o 269 pielęgniarek a lekarzy systemu o 570 osób).

Wykres 62. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2018–2019 r.
Chart 62. Medical staff in a emergency rescue teams in 2018–2019



Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

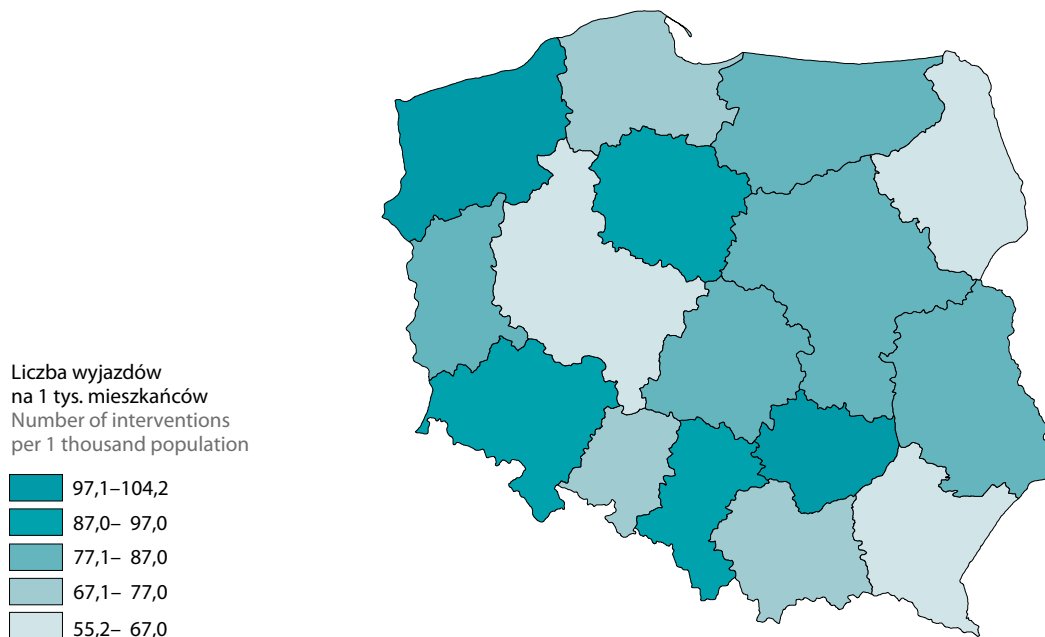
W 2019 r. zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały około 3,01 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, niemal o 4% mniej niż w poprzednim roku. Przeciętnie w 2019 r. w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 80 wyjazdów ZRM (o 2 mniej niż przed rokiem).

Struktura wyjazdów zespołów PRM ze względu na miejsce zdarzenia nie zmieniła się od 2004 r. Zdecydowaną większość, bo ok. 72,2% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Drugie co do liczebności miejsce zdarzenia (ok. 19,7% wyjazdów) to kategoria „inne”, która obejmuje m.in. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły 4,8%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole odpowiednio 2,2% i 1%.

⁵³ Dane GUS – formularz ZD-4.

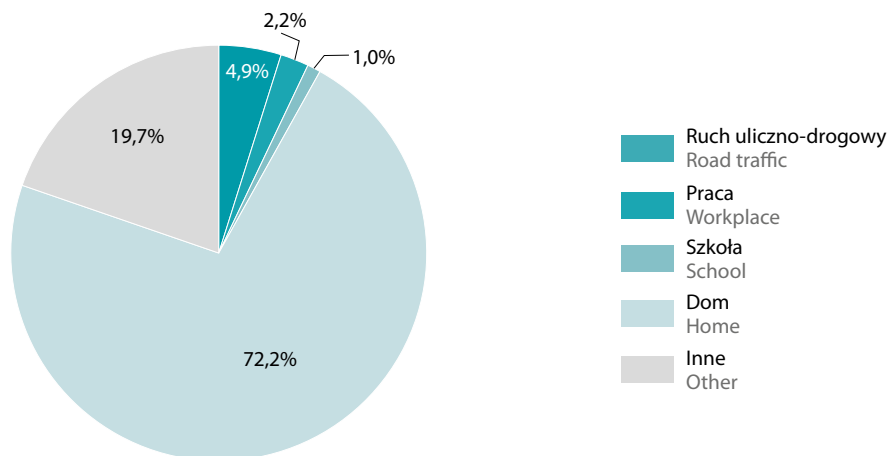
⁵⁴ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Mapa 11. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, na 1 tys. ludności w 2019 r.
Map 11. Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2019



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

Wykres 63. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2019 r.
Chart 63. Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2019



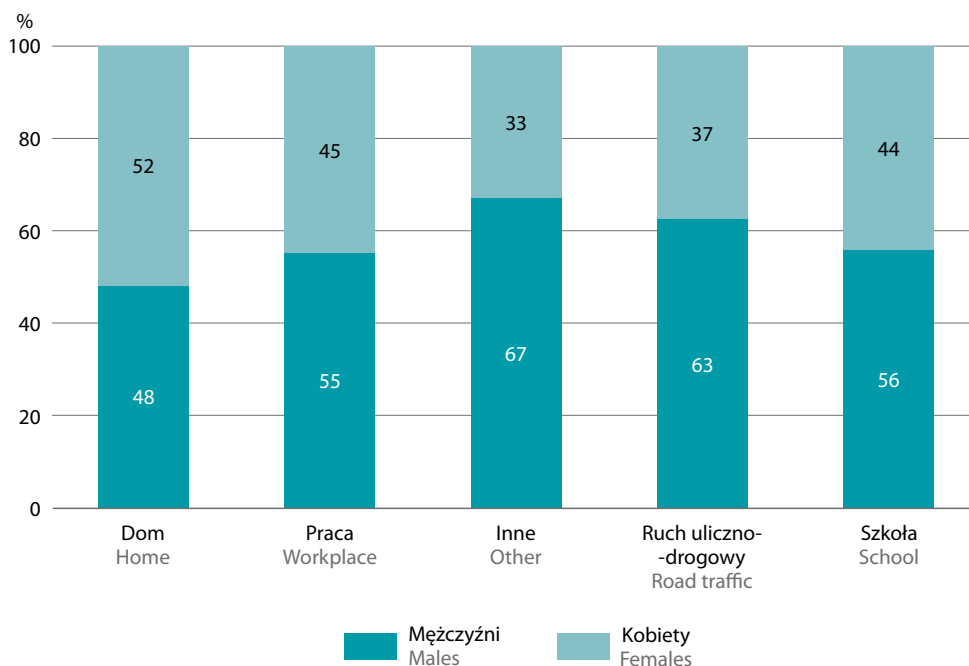
W trakcie jednego wyjazdu pomoc mogła zostać udzielona więcej niż jednej osobie, dlatego liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów i wyniosła nieco powyżej 3,12 mln. (o 1,6% mniej niż w ubiegłym roku). Najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (104,4), a najmniej w wielkopolskim (56).

Struktura płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wynosił 6%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 49%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 45% (w 2018 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6%, 50,5% i 43,6%).

Pomocy częściej udzielano mężczyznom niż kobietom (52,8%). Przewaga mężczyzn ogółem była o 0,6 p. proc. mniejsza niż w 2018 r. Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 55% w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu; kobiety stanowiły w tym przypadku 52% populacji.

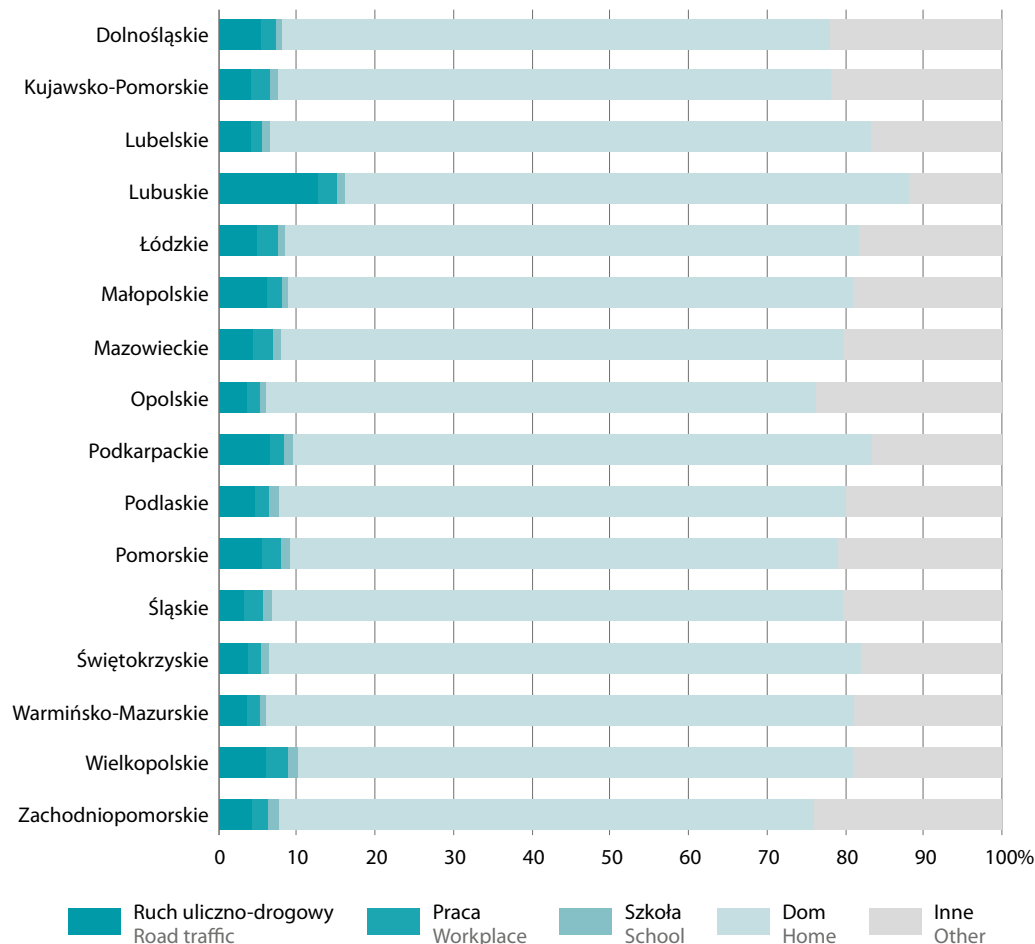
Wykres 64. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2019 r.

Chart 64. Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2019



W każdym województwie liczba wyjazdów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. W lubelskim, świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim stanowiły one aż 75–77% wszystkich wyjazdów, natomiast w zachodniopomorskim, dolnośląskim i pomorskim odpowiednio od 68% do 70%. Podobnie w każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – od 2,4% ogółu wyjazdów w przypadku województwa opolskiego do 4,1% ogółu wyjazdów w przypadku województwa wielkopolskiego. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 3,2% (województwo śląskie) do 12,6% (województwo łódzkie) ogółu wyjazdów. Dokładną strukturę pokazuje poniższy wykres.

Wykres 65. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw
 Chart 65. Structure of calls to the occurrence places by voivodships



Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁵⁵ czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany, trzeciego kwartyla oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartył czasu dotarcia – odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Z szacunkowych danych za 2019 r. wynika, że mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona w 11 województwach, w tym w 3 województwach wahała się pomiędzy 8 a 9 min. Największe mediany w przypadku miasta powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie łódzkim, dolnośląskim oraz wielkopolskim (odpowiednio – 11:54, 12:06 i 12:38). W przypadku terenów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, największe mediany odnotowano również w województwach: dolnośląskim, pomorskim oraz łódzkim (odpowiednio: 19:51, 17:16, 17:29).

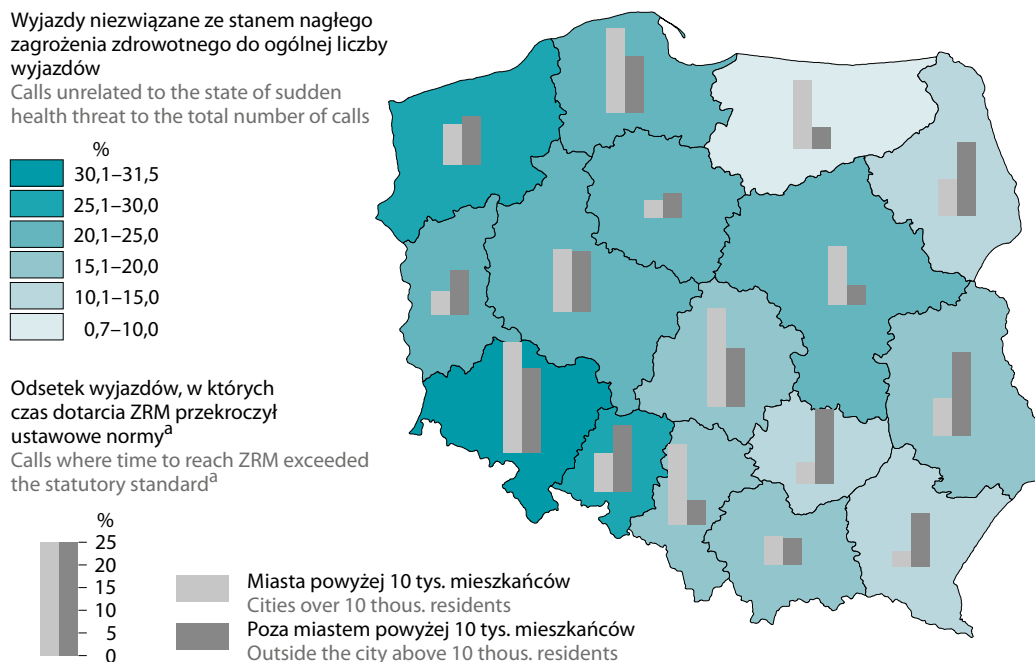
⁵⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2017, poz. 2195 z późn. zm.).

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 1 w województwach: lubuskim, łódzkim, opolskim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim do 22 w podkarpackim. W porównaniu do lat ubiegłych wyraźnie widać stałą tendencję do zmniejszania liczby rejonów operacyjnych w obrębie danego województwa.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzają się wezwania do sytuacji nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu. Szacunkowe dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów mówią, że najwięcej tego typu wyjazdów było w województwach: dolnośląskim, zachodniopomorskim i opolskim (odpowiednio: 31,5%, 26,5%, 26% wszystkich wyjazdów). Najmniej takich wyjazdów było w warmińsko-mazurskim, podkarpackim, podlaskim oraz świętokrzyskim (odpowiednio: 13%, 14,5%, 14,8% wszystkich wyjazdów). Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (24,4%) i łódzkim (21,7%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w dolnośląskim (18,7%) oraz lubelskim (18,5%).

W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej w tym zakresie działały zespoły w województwach kujawsko-pomorskim oraz podkarpackim. Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w tych województwach wyniósł odpowiednio 3,8% oraz 3,5%. Na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej działały zespoły w województwach: kujawsko-pomorskim, mazowieckim, warmińsko-mazurskim oraz śląskim. Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w tych województwach wyniósł odpowiednio: 5,4%, 4,4%, 4,8% oraz 5,4%.

Mapa 12. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy)
 Map 12. 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



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.

a According to the Act, the maximum time of reaching can not be longer than 15 minutes in a city over 10 thousand residents and 20 minutes outside the city over 10 thousand residents.

Ź r ó d ł o: Dane pozyskane od wojewodów z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
 S o u r c e: Data obtained from voivods from voivodship action plans of the State Emergency Medical Services.

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2019 r. LPR posiadało 21 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS⁵⁶) – 4 nowe bazy zaczęły działać pod koniec 2016 r. – rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji, a także jeden zespół transportowy.

LPR dysponowało 21 śmigłowcami ratunkowymi oraz jednym samolotem transportowym. Zespoły lotnicze funkcjonowały we wszystkich województwach, przy czym w województwie mazowieckim były 3 takie zespoły (w tym 1 samolot transportowy), a w podlaskim, lubuskim i wielkopolskim – 2. Całodobowo dyżurowały 4 bazy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław), 9 baz w godz. 7–20 (Olsztyn, Poznań, Białystok, Lublin, Szczecin, Łódź, Sanok, Suwałki, Zielona Góra), pozostałych 9 baz od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min. przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00. Parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu LPR są inne niż w przypadku ZRM. Tutaj czas dotarcia zależy od promienia działania: gdy promień działania jest mniejszy bądź równy 60 km – czas gotowości do startu wynosi 3 minuty w dzień, 15 minut w nocy; gdy promień działania jest większy niż 60 km i mniejszy bądź równy 130 km – czas gotowości do startu to 6 minut w dzień, 30 minut w nocy; natomiast gdy promień działania jest większy niż 130 km – 15 minut w dzień, 30 minut w nocy.

56 HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

W roku 2019 załogi śmigłowców zrealizowały najwięcej misji od kiedy funkcjonuje Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – łącznie 11 821 misji (o 3,7% więcej niż przed rokiem), w tym 10 366 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1 455 transportów międzyszpitalnych, Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 470 misji, to jest o 21,8 % więcej niż przed rokiem. W 2019 roku na pokładach śmigłowców LPR przetransportowano 8 735 pacjentów, w tym 1 349 dzieci. Podobnie jak w ubiegłych latach najczęstszym powodem wezwań były wypadki komunikacyjne i pomoc ich ofiarom (2 080 lotów). Drugą przyczyną wezwań były udary (1 601). 971 razy załogi wylatywały na pomoc osobom w stanie nagłego zatrzymania krążenia. 665 pacjentów doznało upadku z wysokości. Ponadto w katalogu powodów wezwań zawierają się m.in.: zawał mięśnia sercowego, oparzenie termiczne, potrącenie, ból w klatce piersiowej, duszność, amputacja czy przynięcenie.

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów zrealizowały: z baz całodobowych – Kraków (817 misji), Wrocław (830 misji), z baz dyżurujących w godzinach 7–20 – Szczecin (693 misji), Olsztyn (575 misji), z baz dyżurujących od wschodu do zachodu słońca – Ostrów Wielkopolski (593 misji), Gliwice (582 misji) oraz Opole (558 misji)⁵⁷.

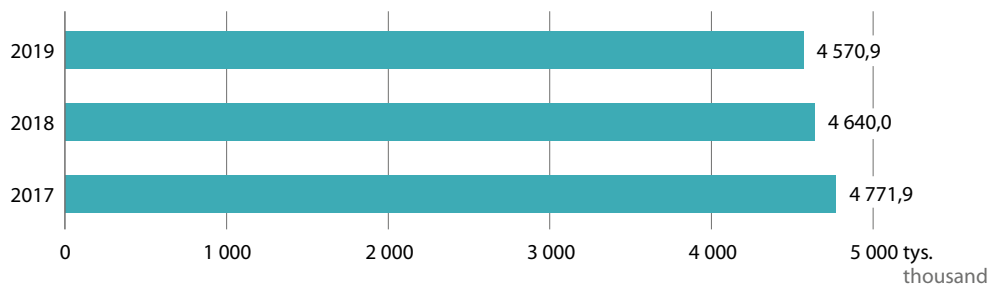
Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i izby przyjęć oraz centra urazowe (CU)

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

Pod koniec 2019 r. w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 237 **szpitalnych oddziałów ratunkowych**, o 7 więcej niż w 2018 r.

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

Wykres 66. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć
Chart 66 Health care services in hospital emergency wards and admission rooms



Ponadto, w 2019 r. z systemem PRM współpracowało 155 **izb przyjęć w szpitalach**, o 6 więcej niż w 2018 r.

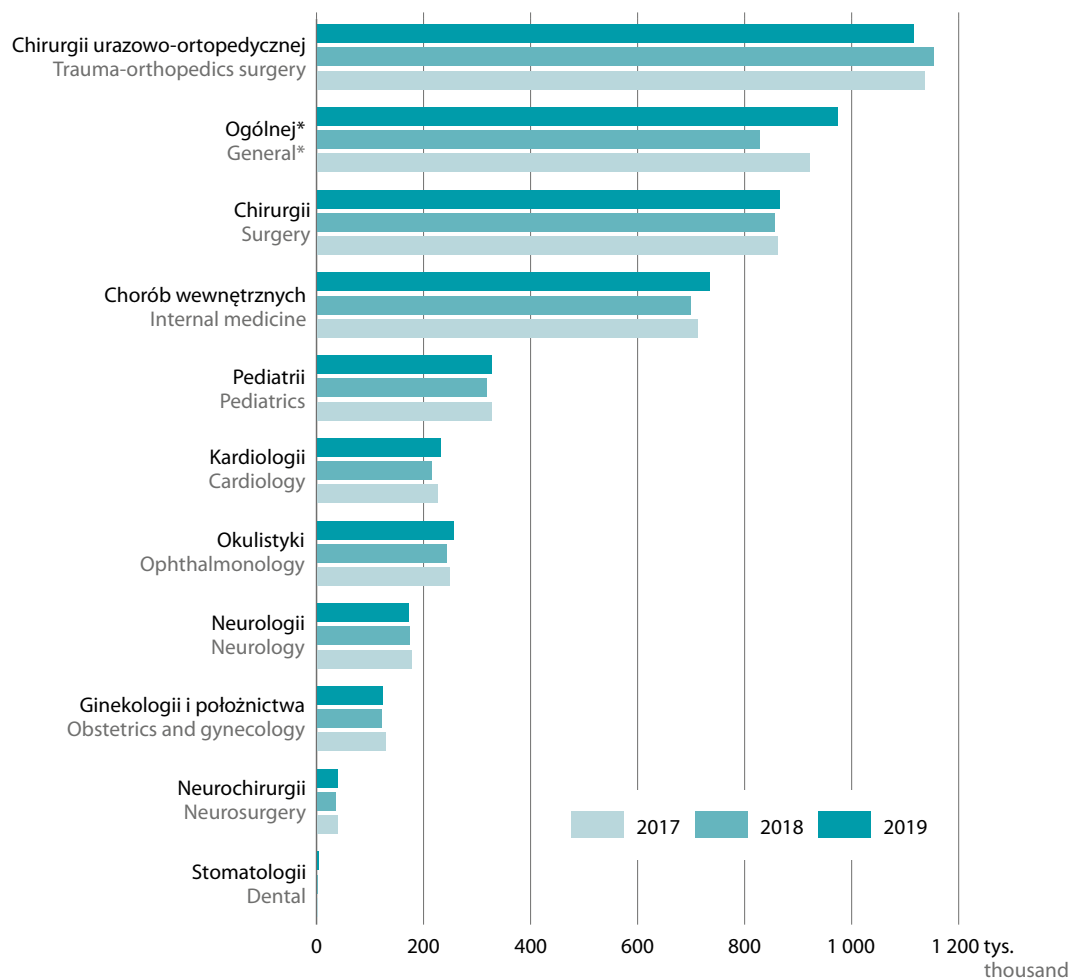
W izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym niemal 4,6 mln osobom, o 69 tys. mniej niż w roku 2018. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 52%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 19,5%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 24,6%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym. Spośród pacjentów leczonych ambulatoryjnie najwięcej osób skorzystało ze świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej (23,1%), chirurgii ogólnej (20,1%) oraz chorób wewnętrznych (15,2%)

⁵⁷ Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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

Wykres 67. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni

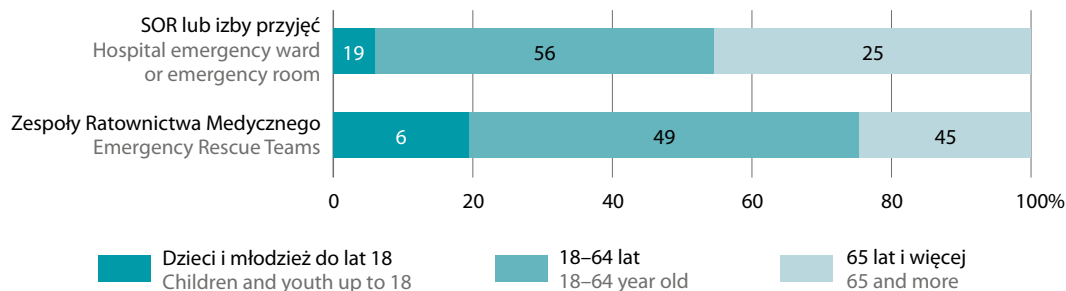
Chart 67. Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics



* niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych
* unqualified to mentioned specialist clinics

Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały łącznie 1 698 łózkami, o 125 więcej niż rok temu. Dostrzec można istotne różnice w strukturze pacjentów ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych ze względu na wiek. Podobnie jak w ubiegłym roku, dzieci i młodzież do lat 18 znacznie częściej niż z innych form pomocy doraźnej korzystały z SOR (ponad 80% korzystających w tej grupie wieku), a osoby w starszym wieku – z pomocy ZRM, które głównie były wzywane do domu pacjenta.

Wykres 68. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku
 Chart 68. Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other



Oprócz omówionych wyżej jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę w systemie pełnią centra urazowe (CU)⁵⁹. Są one wydzielonymi częściami szpitali, w których diagnozowani i leczeni są pacjenci z najcięższymi wielourazowymi obrażeniami zdrowotnymi i osoby w stanie zagrożenia życia. CU tworzą specjalistyczne oddziały szpitalne i pracownie diagnostyczne t.j.:

- oddział anestezjologii i intensywnej terapii, który zapewnia gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii,
- blok operacyjny, który zapewnia gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej,
- pracownia endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynna całą dobę,
- oraz inne oddziały, w szczególności: chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii, chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń).

Po zakończeniu zabiegów ratujących życie, pacjent kierowany jest na inny oddział szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub do innej placówki leczniczej, w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji. Centrum urazowe musi mieć lotnisko lub lądowisko dla śmigłowca ratunkowego zlokalizowane na tyle blisko, aby możliwe było przejście pacjentów urazowych ze śmigłowca bezpośrednio do szpitala, bez konieczności przewożenia ich karetką. Zgodnie z założeniami pogotowie ratunkowe ma przewieźć poszkodowanego z miejsca zdarzenia do centrum w ciągu półtorej godziny. W Polsce w 2019 r. działało 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych⁶⁰, w tym osiem dziecięcych⁶¹. Docelowo ma powstać również 12 centrów urazowych dla dzieci (CUD)⁶².

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

60 Są to: Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza we Wrocławiu, Szpital Akademicki Nr 1 w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, SP ZOZ Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi, SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach ul. Grunwaldzka 45, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo-Lecznym SPZOZ w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie..

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

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

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)⁶³

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 np. Wojska Obrony Terytorialnej.

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 zobowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, jeżeli zostaną wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

2.5. Apteki

2.5. Pharmacies

Apteki i punkty apteczne są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne działają niemal w całości na terenach wiejskich⁶⁴ i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

W 2019 r. na terenie Polski zbadano 12,3 tys. aptek ogólnodostępnych (o 1052 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe⁶⁵ i 1,2 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,9%) należały do prywatnych właścicieli.

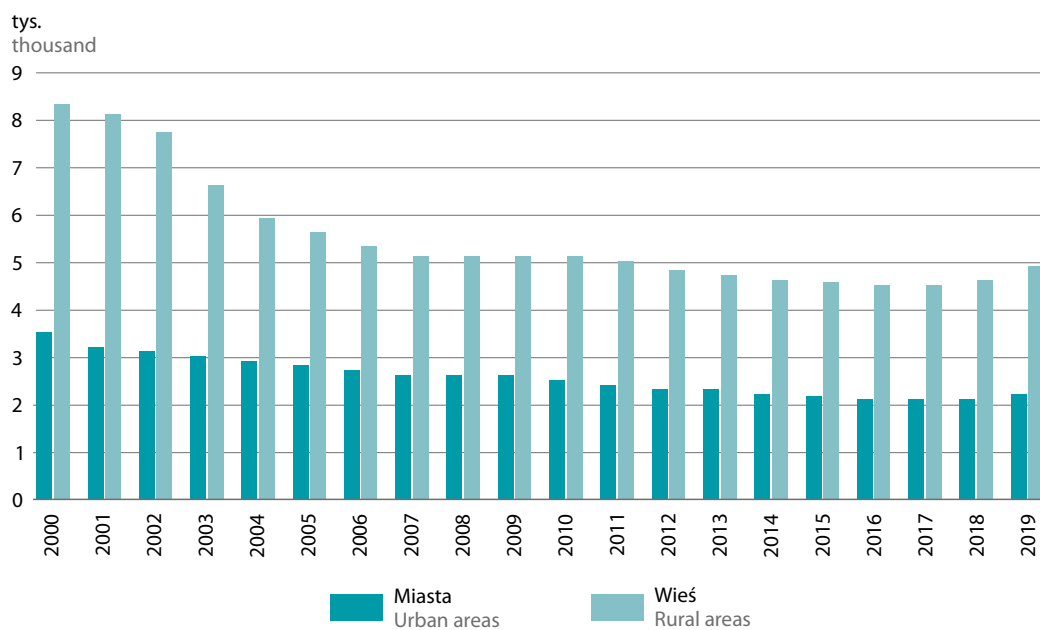
W 2019 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,1 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,8 tys. (dla województwa wielkopolskiego, lubelskiego) do 3,5 tys. (dla województwa pomorskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,7 tys. mieszkańców. Uwzględniając działające na obszarach wiejskich punkty apteczne, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2019 r. wyniosła przeciętnie 4,9 tys.

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

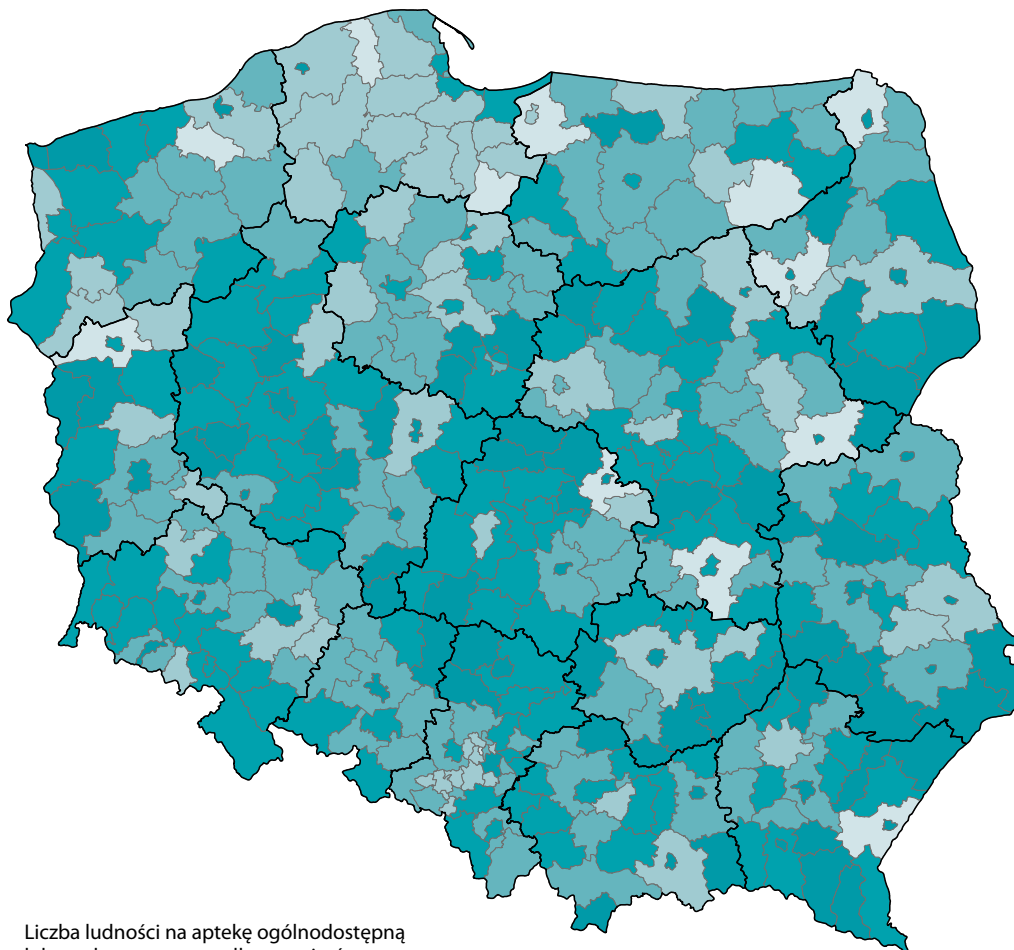
64 Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art.70 ust.3 ustawy z dnia 6 września 2001, Dz. U. 2020 poz. 944), punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

65 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 ust.1, Dz. U. 2020 poz. 944). Wśród zbadanych 24 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS 14 aptek.

Wykres 69. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny
 Chart 69. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet



Mapa 13 Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2019 r.
 Map 13. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2019



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

	4 169–5 697 (13)
	3 450–4 168 (56)
	2 962–3 449 (101)
	2 515–2 961 (123)
	1 447–2 514 (87)

Najwięcej aptek i punktów aptecznych zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,7% i 11,4%). Samych aptek najmniej było na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego – 2,5% ogółu aptek, natomiast w województwie warmińsko-mazurskim, pomorskim, zachodniopomorskim, lubuskim, opolskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (od 3,4% do 3,6% ogólnej liczby punktów aptecznych).

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

W 2019 r. w każdym województwie aptek ogólnodostępnych było mniej w porównaniu do poprzedniego roku. Największy spadek odnotowano w województwie łódzkim (o 77), śląskim (o 65), lubelskim (o 59), natomiast najmniejszy w lubuskim (o 8). Punktów aptecznych ubyło 16 w województwie łódzkim i 10 w województwie wielkopolskim, natomiast w kujawsko-pomorskim i opolskim przybyły po 3 punkty, a w lubuskim 2.

W omawianym roku, podobnie do 2018 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,9% aptek ogólnodostępnych. Prawie 21% placówek pełniło dyżury okresowo.

W 2019 r. 77,4% aptek posiadało jakiekolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (54,8% aptek ogółem, co przekładało się na 61,1% aptek na wsi i 53,6% aptek w mieście). Również w punktach aptecznych na wsi większość udogodnień stanowiły pochylnie, podjazdy, platformy – 61,8% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 1,2% punktów aptecznych na wsi, 4,2% aptek na wsi, 8,3% aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 22,7% aptek w mieście, 21,8% aptek na wsi, oraz w 21,6% punktów aptecznych na wsi.

Wykres 70. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi

Chart 70. Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas



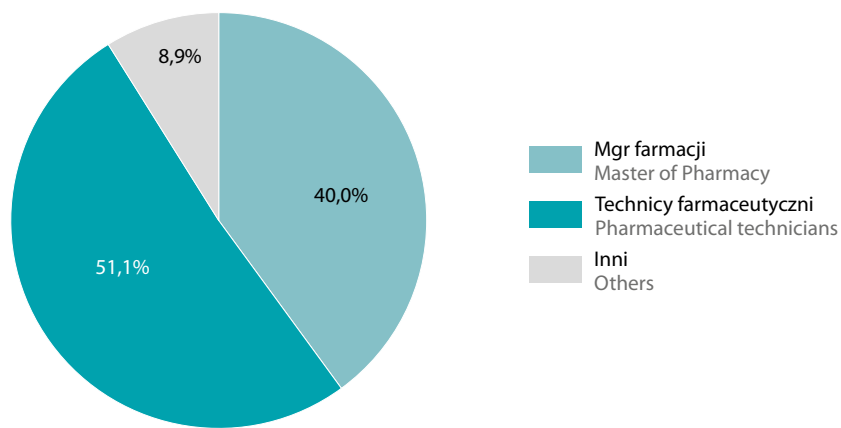
Wykres obejmuje korekty za 2015 r.
The chart includes corrections for 2015.

Okazało się, że w 2019 r. 2,3% aptek ogólnodostępnych prowadziło sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu. Największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie (4,3%) i śląskie (3,9%), najmniejszy – województwo kujawsko-pomorskie, podkarpackie i pomorskie (między 0,5% a 1%). Co piąta taka apteka miała swoją siedzibę w województwie śląskim. Sprzedaż wysyłkowa w przypadku punktów aptecznych miała marginalne znaczenie. Tylko 5 jednostek (0,4%) zgłosiło taką działalność. Dotyczyła ona województw: małopolskiego, śląskiego, wielkopolskiego, łódzkiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na terenie kraju pracowało łącznie 26 tys. magistrów farmacji oraz 33,3 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto w aptekach 219 praktykantów⁶⁶ odbywała obowiązkową praktykę. Przeciętnie jeden praktykant przypadał na 56 aptek ogólnodostępnych. Podobnie jak w ubiegłym roku, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83,3% wśród farmaceutów i 94,3% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji, a w 2 aptekach ogólnodostępnych 5 osób z tytułem technika farmaceutycznego.

W przypadku aptek ogólnodostępnych usytuowanych na wsi przeciętnie 3 magistrów farmacji przypadało na 2 apteki i jeden technik farmaceutyczny na aptekę. Jeżeli chodzi o punkty apteczne, to przeciętnie w każdym punkcie aptecznym pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 10 punkcie pracował magister farmacji

Wykres 71. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2019 r.
Chart 71. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2019



W 24 aptekach zakładowych działających w szpitalach resortowych pracowało łącznie 79 magistrów farmacji, co daje średnio 3 farmaceutów na aptekę, a więc więcej niż średnio w aptekach ogólnodostępnych. Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 52 techników farmaceutycznych.

⁶⁶ Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania określonych czynności, obowiązki opiekuna praktyki, zakres czynności, które mogą być wykonywane samodzielnie przez praktykanta, formę i sposób prowadzenia dziennika praktyki aptecznej (Prawo Farmaceutyczne, art. 91 ust. 3, Dz. U. 2020 poz. 499).

Tablica 14. Apteki i punkty apteczne
Table 14. Pharmacies and pharmaceutical outlets

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Apteki Pharmacies		Liczba ludności na 1 aptekę Number of population per phar- macy	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets		Farmaceuci pracujący Pharmacists employed		
	ogółem total	w tym prywatne of which private		ogółem total	w tym prywatne of which private	ogółem total	w tym prywatne of which private	
OGÓŁEM TOTAL								
POLSKA	2018	12923	12871	2972	1243	1243	26671	26509
POLAND	2019	12310	12279	3118	1190	1190	26101	26006
WIEŚ RURAL AREAS								
POLSKA	2018	2094	2092	7328	1225	1225	3379	3377
POLAND	2019	1991	1990	7709	1173	1173	3266	3265

2.6. Krwiodawstwo

2.6. Blood donation

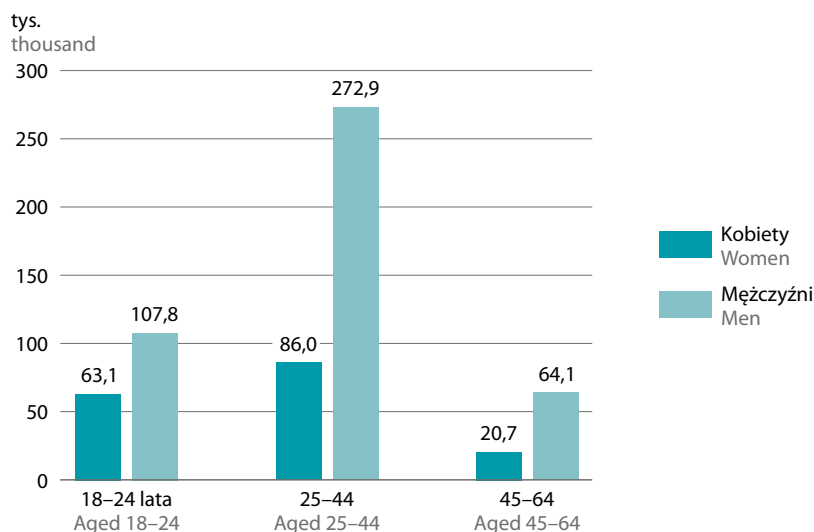
W 2019 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe⁶⁷) oraz 137 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centrów regionalnych w stosunku do roku poprzedniego nie zmieniła się, a ubyły 2 oddziały terenowe.

Zbiorowość krwiodawców⁶⁸ liczyła 614,9 tys. osób, co stanowi wzrost o 111 osób w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1254 tys. donacji krwi pełnej, czyli prawie o 20 tys. więcej niż przed rokiem – ok. 564,2 tys. litrów. Wśród dawców 76% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni, podobnie jak przed rokiem.

⁶⁷ Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

⁶⁸ Krew lub jej składniki mogą oddawać osoby pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, które ważą co najmniej 50 kilogramów. Stan zdrowia krwiodawcy powinien odpowiadać niezbędnym wymaganiom zdrowotnym, aby pobranie krwi nie wywołało ewentualnych ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy. Jednorazowo pobiera się około 450 ml krwi pełnej. W ciągu roku krew pełna może być pobierana nie częściej niż 6 razy od mężczyzn i nie częściej niż 4 razy od kobiet, przy czym przerwa pomiędzy kolejnymi donacjami nie może być krótsza niż 8 tygodni. Poza metodą konwencjonalną, podczas której pobiera się krew pełną, dawcy mają także możliwość oddania osocza, którego nie można pobrać w okresie roku więcej niż 25 litrów a przerwa pomiędzy poszczególnymi donacjami nie może być krótsza niż 2 tygodnie (lekarz może wyrazić zgodę na skrócenie tej przerwy). Zabieg pobrania płytek krwi może być wykonywany nie częściej niż 12 razy w roku.
(Źródło: Narodowe Centrum Krwi)

Wykres 72. Krwiodawcy według płci i wieku w 2019 r.
 Chart 72. Blood donors by sex and age in 2019



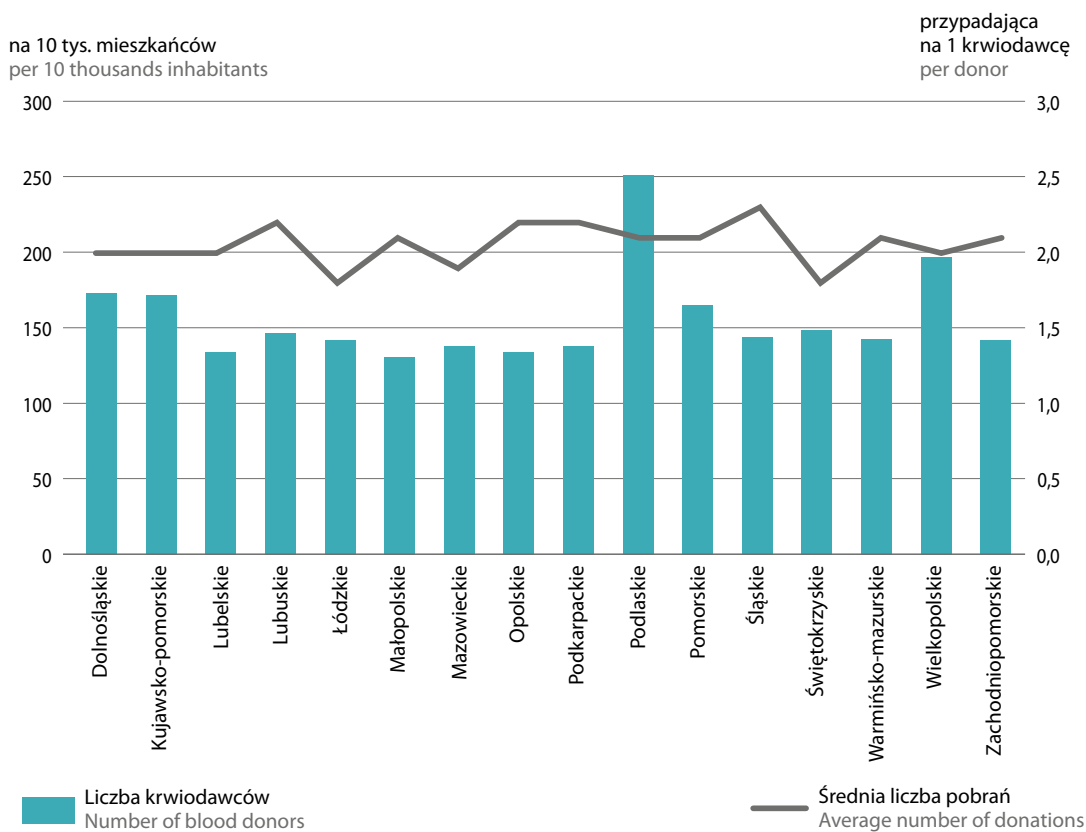
Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
 Source: The National Blood Centre

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

Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)⁶⁹ pozwalają sądzić, że nie zmieniło się istotnie zaangażowanie w ideę krwiodawstwa w układzie przestrzennym. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 208,6 tys. krwiodawców, co stanowiło 35,3% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców. Oddali oni 431,8 tys. donacji krwi pełnej (35,6% 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.

⁶⁹ W regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 23686 krwiodawców i pozyskano 40359 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 3,9% wszystkich krwiodawców i 3,2% wszystkich donacji krwi pełnej.

Wykres 73. Krwiodawcy według województw w 2019 r.
 Chart 73. Blood donors by voivodships in 2019



Nie uwzględniono danych Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA)
 Excluding data of the Ministry of National Defence (MON) and the Ministry of Interior and Administration (MSWiA)

Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
 Source: The National Blood Centre

W 2019 r. pobrano w Polsce 1341 tys. donacji krwi i jej składników⁷⁰. W porównaniu do danych za 2018 r. znacząco zmalała liczba donacji pobranego osocza (z 37 tys. do 43 tys.).

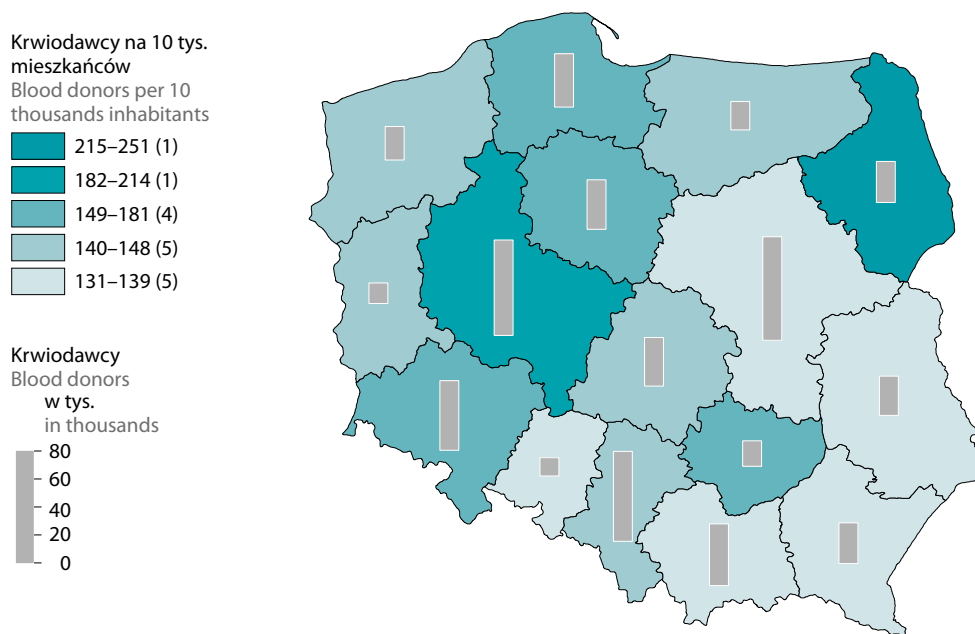
⁷⁰ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferozy, leukaferozy i innych składników.

Tablica 15. Krwiodawcy i pobrana krew
Table 15. Blood donors and collected blood

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Krwiodawcy (w tysiącach) Blood donors (in thousands)	646,4	616,6	631,5	622,2	612,8	614,8	614,9
Pobrana krew pełna w donacjach (w tysiącach) Collected whole blood in donations (in thousands)	1184,0	1186,3	1217,6	1218,1	1225,7	1234,8	1253,8
Wyprodukowano w jednostkach (w tysiącach): Prepared in units (in thousands):							
koncentrat krwinek czerwonych ⁷¹ red blood cell concentrates	1157,0	1163,0	1189,8	1184,5	1193,5	1201,0	1214,3
świeżo mrożone osocze fresh frozen plasma	1220,4	1271,9	1322,3	1311,9	1318,2	1329,1	1373,6

Źródło: Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.
Source: The National Blood Centre, the Ministry of Interior and Administration

Mapa 14. Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2019 r.
Map 14. Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2019



Nie uwzględniono danych Ministerstwa Obrony Narodowej (MON) i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (MSWiA)
Excluding data of the Ministry of National Defence (MON) and the Ministry of Interior and Administration (MSWiA)

Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
Source: The National Blood Centre

⁷¹ Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że koncentrat krwinek czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby leczenia w Polsce.

Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi⁷² wynika, że w Polsce w związku z rozwojem medycyny oraz dostępem do nowoczesnych procedur i sposobów leczenia obserwowany jest ciągły wzrost wykonywanych zabiegów, w tym przeszczepień, wynikiem czego jest wzrost zapotrzebowania na krew i jej składniki, w szczególności w dziedzinie transplantologii, onkologii i hematologii. Średnio 1 na 10 osób leczonych w szpitalu potrzebuje krwi. Przy operacjach serca zużywa się ok. 6 jednostek krwi, podczas operacji z udziałem ofiar wypadków komunikacyjnych konieczne jest ok. 10 jednostek krwi, natomiast przy przeszczepieniu wątroby - ok. 20 jednostek krwi. Ponadto istotny wpływ na zmiany w zakresie krwiodawstwa ma także sytuacja demograficzna (następuje proces starzenia się społeczeństwa, a więc potencjalnie następuje wzrost liczby hospitalizacji), co powoduje wzrost zapotrzebowania na krew.

Krwiodawstwo w Polsce, podobnie jak w całej Europie, jest oparte na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i jej składników. Honorowe krwiodawstwo to misja i odpowiedzialność. Krwiodawcy doskonale rozumieją jak ważną rolę pełnią w zakresie ratowania zdrowia i życia polskich pacjentów. Decyzję o oddawaniu krwi podejmują świadomie i rozważnie, mając na uwadze, że krwi nie da się wyprodukować, a pozyskać ją można wyłącznie od zdrowego człowieka. Dawcy z pełnym oddaniem angażują się w honorowe krwiodawstwo i dokładają wszelkich starań, aby regularnie oddawać krew. Świadomość, że dzięki ofiarowanej krwi inny człowiek może żyć jest naturalnym impulsem, by pomagać jeszcze bardziej i z większym zaangażowaniem.

2.7. Służba medycyny pracy

2.7. Occupational medicine

Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2019 r. została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości⁷³, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz przez jednostki służby medycyny pracy (smp).

Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, zgodnie z ustawą⁷⁴, są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (womp).

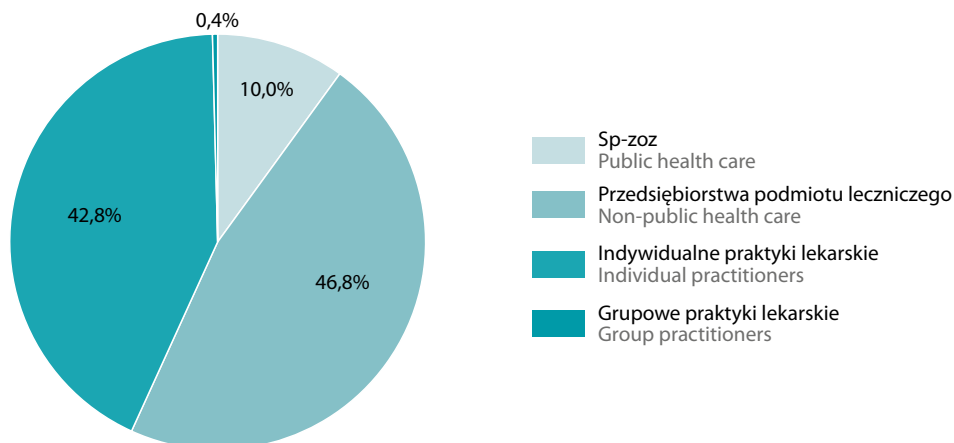
W 2019 r. zarejestrowano 5974 jednostek podstawowych smp (ich liczba w porównaniu do roku 2018 spadła o 0,5%) w tym: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2793, indywidualnych praktyk lekarskich – 2556, sp-zoz – 601 oraz grupowych praktyk lekarskich – 24. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy nie uległa istotnym zmianom.

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

73 Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz.U. 2016 poz. 1426 z późn. zm.). Program zobowiązuje jednostki organizacyjne służby medycyny pracy do składania rocznych sprawozdań z prowadzonej działalności.

74 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2019.1175).

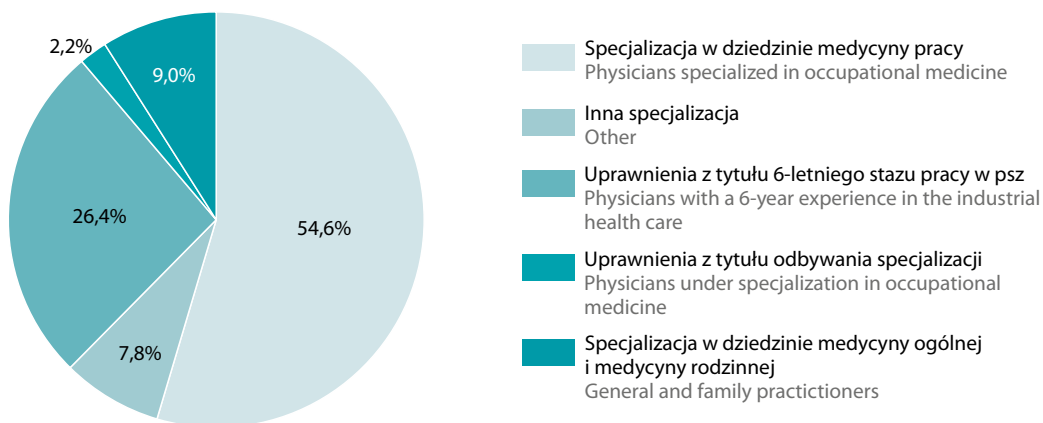
Wykres 74. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2019 r.
Chart 74. Structure of occupational medicine service units in 2019



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 roku⁷⁵.

W 2019 r. liczba lekarzy posiadających wyżej wymienione uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny wynosiła 6597 lekarzy. Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej^{76,77} corocznego 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 75. Struktura lekarzy medycyny pracy według wymogów kwalifikacyjnych w 2019 r.
Chart 75. Structure of occupational physicians by qualification in 2019



⁷⁵ 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. 2016 poz. 2067).

⁷⁶ Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U. 2019 poz. 649).

⁷⁷ Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz.U. 2016 poz. 1426 z późn. zm.).

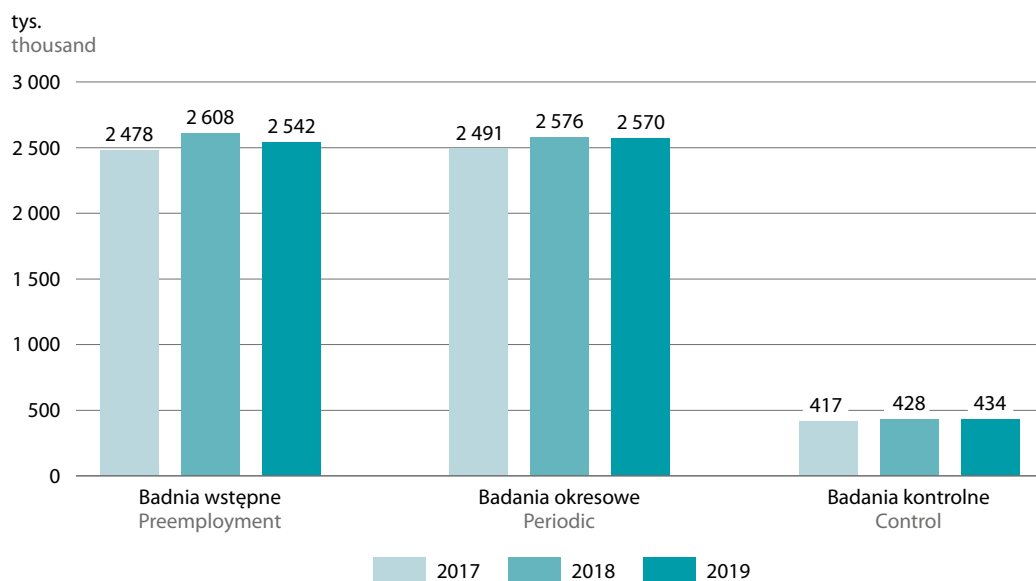
Dodatkowe kwalifikacje, niezależnie od spełnienia kryteriów warunkujących posiadanie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracowników, które wymagane są w przypadku badania osób pracujących w warunkach szczególnych narażeń (J,T,K)⁷⁸ posiadało 1731 lekarzy (o blisko 2,2% mniej niż przed rokiem).

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 2019 r. lekarzy takich było 85 (o 5,6% lekarzy mniej niż przed rokiem)

W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek przeprowadzania badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców (art. 229 Kodeksu pracy⁷⁹) 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 2019 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie ponad 5,5 mln badań lekarskich (o ponad 1,2% mniej niż przed rokiem) w tym: ponad 2,5 ml badań wstępnych i 2,5 ml badań okresowych oraz ponad 434 tys. badań kontrolnych.

Wykres 76. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych
 Chart 76. No. of pre-employment, periodic and control prophylactic examinations



78 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.

79 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U. 2014, 1502 ze zm.).

W 2019 r. w strukturze wydawanych orzeczeń – 99,6% badań profilaktycznych kończy się orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Negatywne decyzje orzecznicze skutkujące odsunięciem od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub ze względu na brak predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac na konkretnym stanowisku stanowiły 0,4%.

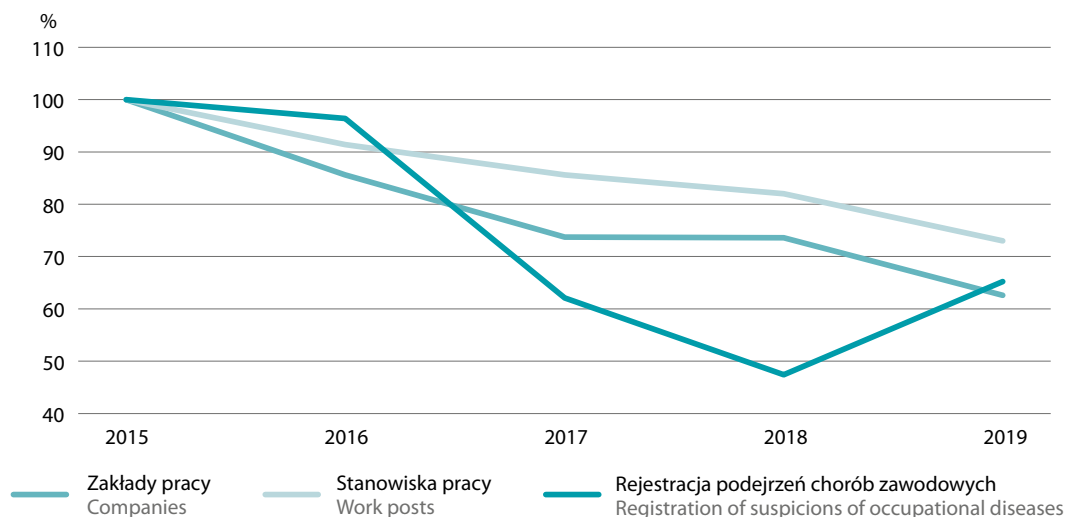
Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie umowy pisemnej zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 361 tys. (o ponad 9 % mniej 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 2019 r. zarejestrowano 591 takich podejrzeń (o ponad 37 % więcej 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 28,6% (w 2019 r. liczba stwierdzonych chorób zawodowych wynosiła 2065).

Pracodawca kierujący pracownika na badania profilaktyczne ma obowiązek przekazania lekarzowi informacji o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych i/lub warunków uciążliwych oraz przedstawienia aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na danym stanowisku pracy. Informacje pozyskane od pracodawcy „powinny” być uzupełnione spostrzeżeniami poczynionymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy. W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2019 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację 6,4 tys. zakładów i skontrolowali 46,2 tys. stanowisk pracy. Dynamikę zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych od 2015 r. przedstawia poniższy wykres.

Wykres 77. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych

Chart 77. Change in number of visits in companies and visits work posts and registered of suspicions of occupational diseases



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 prawa⁸⁰, „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 2019 r. objęto ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą ponad 7 tys. osób (o 15,8% mniej niż w roku poprzednim) i wykonano ponad 276 tys. zabiegów (o 14,7 % mniej niż w 2018 r.).

Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 10 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 2019 r. zabiegi te stanowiły 30,7% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych⁸¹ udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo⁸² 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 2019 r. w ośrodkach wojewódzkich udzielono 3043 takich konsultacji,
- 2/ świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (18766 konsultacji),
- 3/ konsultacje w zakresie chorób zawodowych – wydano 3963 orzeczenia.

W ramach działalności kontrolnej wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3770 kontroli jednostek podstawowych smp, z tego skierowano 56 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy 56 lekarzy.

W ramach działalności orzeczniczej wojewódzkich ośrodków medycyny pracy corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. W 2019 r. rozpatrzono 1696 odwołań (o 8,9% więcej niż w roku poprzednim), w tym 720 przypadki utrzymujące w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy medycyny pracy. Skala zjawiska kwestionowania prawidłowości wydawanych orzeczeń (ponad 57% w 2019 r.) w dalszym ciągu jest znaczna. Wychwycenie zdecydowanych uchybień w tym orzecznictwie jest rolą nadzoru sprawowanego przez womp w stosunku do jednostek podstawowych służby medycyny pracy.

⁸⁰ Art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy.

⁸¹ Zabiegi rehabilitacyjne udzielane w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.

⁸² Art. 7 ustawy o służbie medycyny pracy.

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3. Economic aspects of health care

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia

3.1. National Health Accounts

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

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

Od kilku lat rachunki te sporządzane są według metodologii SHA2011⁸³, 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.⁸⁴

Wydatki w Narodowym Rachunku Zdrowia prezentowane w trzech podstawowych przekrojach, wskazanych w przytaczanym Rozporządzeniu⁸⁵: HF (schematy finansowania), HC (funkcje opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawcy) oraz dodatkowym przekroju FS (przychody schematów finansowania).

Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii wyniki NRZ za lata 2013–2018 nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach; można analizować jedynie wybrane agregaty na wysokim poziomie ogólności rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0.

Tablica 16. Porównanie agregatów pomiędzy metodologiami SHA 1.0 i SHA 2011
Table 16. Comparison of aggregates between SHA 1.0 and SHA 2011 methodologies

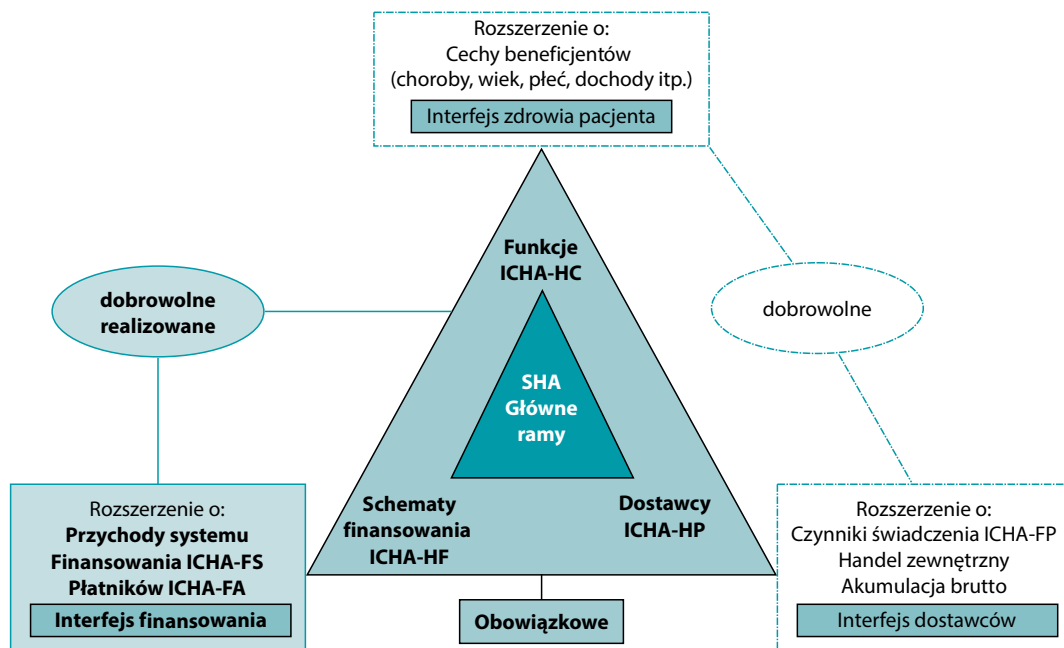
SHA 1.0	SHA 2011
HF.1	HF.1
	HF.2
HF.2	HF.3

83 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 przedmiotem szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii od międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele Głównego Urzędu Statystycznego czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania. Od 2015 r. – dane za 2013, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji, Narodowy Rachunek Zdrowia jest opracowywany według metodologii SHA 2011.

84 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.

85 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 tej ostatniej klasyfikacji opracowywany jest NRZ dla Polski (tablica HFxFS).

Schemat 1. Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011
 Schema 1. The core and extended accounting framework of SHA 2011



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

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

Źródłem informacji do NRZ w zakresie wydatków publicznych (HF.1), na które składają się schematy rządowe, schematy obowiązkowych – składowych ubezpieczeń, są m.in. systemy administracyjne instytucji, które gromadzą dane o wydatkach na ochronę zdrowia: tj. Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej. Do oszacowania wydatków prywatnych (HF.2+HF.3) wykorzystywane są wyniki badań realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i inne dostępne źródła informacji, służące głównie do oszacowania wydatków prywatnych. W tabelach HCxHF, HPxHF i HFXFS znajduje się także czwarty schemat finansowania (HF.4) „Schematy finansowania przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe”, jednakże ponieważ fundusze na ochronę zdrowia płynące z zagranicy „są przetwarzane” poprzez schemat wydatków publicznych (HF.1) i są „redystrybuowane” poprzez znajdujące się w tej klasyfikacji instytucje, kategoria HF.4 pozostaje niewypełniona. 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 2018 rok

Analiza wydatków

Interpretując wyniki Narodowych Rachunków Zdrowia w porównaniu wartości zawartych we wcześniejszych publikacjach z cyklu „Zdrowie i Ochrona Zdrowia w xxxx r.” należy mieć na uwadze, że dane za lata 2016–2017 zostały poddane gruntownej rewizji mającej na celu poprawienie precyzyjności i porównywalności

Szacuje się, że wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. wyniosły 134,2 mld zł i były wyższe niż 2017 r. o około 3,7 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,33% PKB (rok wcześniej - 6,56%). Wzrost wydatków zaobserwowano w przypadku wydatków publicznych natomiast w przypadku wydatków prywatnych zaobserwowano spadek (związane ze spadkiem wydatków bezpośrednio z kieszeni pacjenta - HF3). Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wyniosły w 2018 r. 96,0 mld zł i stanowiły 4,53 % PKB (4,55% w 2017 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 38,3 mld zł i stanowiły 1,8% PKB (2% w 2017 r.).

Tablica 17. Wydatki na ochronę zdrowia w 2016, 2017 i 2018 roku w mln zł i ich udział w PKB
Table 17. Expenditure on health care for 2016, 2017 i 2018 in mln PLN and its share in GDP

Wyszczególnienie Specification	2016		2017		2018	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
Produkt krajowy brutto GDP	1 861 148	100	1 989 351	100	2 120 480	100
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem^{a)} Total Current Health Expenditure	122 165,22	6,56	130 535,81	6,56	134 244,40	6,33
Wydatki publiczne Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	84 410,89	4,54	90 445,50	4,55	95 977,1	4,53
z tego: of which:						
schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych Government schemes	11 824,16	0,64	13 515,14	0,68	3 381,76	0,63
instytucje rządowe Central government schemes	7 017,22	0,38	8 351,08	0,42	7 891,05	0,37
instytucje samorządowe State/regional/local government schemes	4806,94	0,26	5 164,06	0,26	5 490,71	0,26
schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach Compulsory contributory health insurance schemes	72 586,73	3,9	76 930,36	3,87	82 595,30	3,9
Wydatki prywatne Voluntary health care payment schemes	37 754,33	2,03	40 090,31	2,02	38 267,34	1,8
z tego: of which:						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych Household out-of-pocket payment	27 787,19	1,49	29679,190	1,49	27 413,15	1,29
inne wydatki prywatne other private health care expenditure	9 967,14	0,54	10 411,12	0,52	10 854,20	0,51

a) łącznie z zagranicznymi schematami finansowania (HF.4)

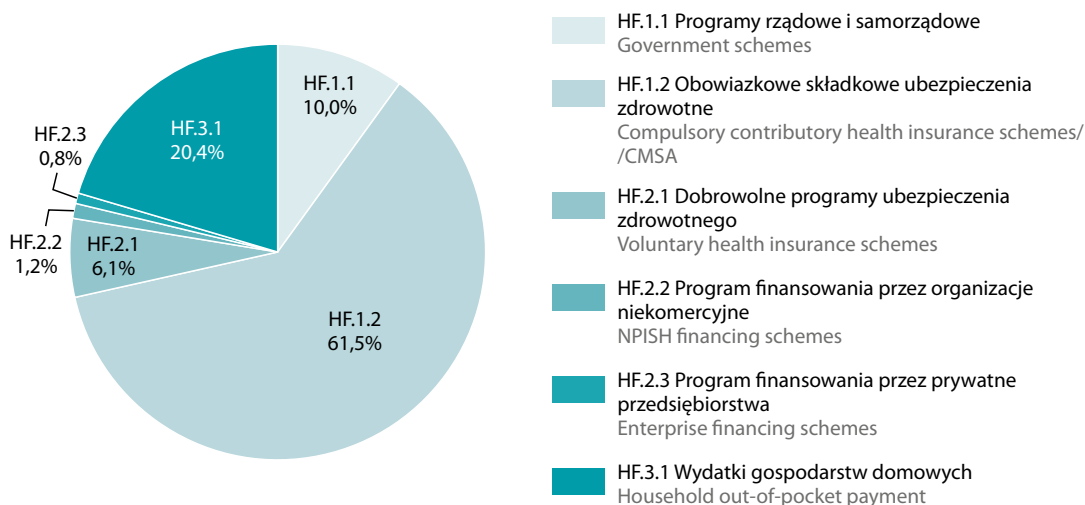
a) Including foreign financing schemes (HF.4)

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania

Schematy finansowania są to główne elementy składowe struktury krajowego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Schematy mają na celu zapewnienie dostępu do opieki zdrowotnej oraz zaspokojenie bieżących potrzeb ludności w zakresie ochrony zdrowia. Płatnicy są przedstawieni jako jednostki instytucjonalne, które administrują systemami opieki zdrowotnej w praktyce, czyli realizują gromadzenie przychodów i zakup usług. Klasyfikacja schematów finansowania (ICHA-HF) dostarcza informacji na temat mechanizmów składek, czyli w jaki sposób (z jakiego tytułu) zostały zebrane fundusze służby zdrowia (wpłaty rządowe, składki na ubezpieczenie zdrowotne, dotacje, transfery, itp.).

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA-HF) przedstawiała się w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2018 r. następująco: wydatki publiczne stanowiły 71,5% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (69,3% w 2017 r.), w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 10,0% (10,4 % w 2017 r.), schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach⁸⁶ – 61,5% (58,9% w 2017 r.); wydatki prywatne zaś stanowiły 28,5% (30,7% w 2017 r.). Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły 20,4% (22,7% w 2017 r.) wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia).

Wykres 78. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według schematów finansowania
Chart 78. Current expenditure on health care in 2018 according to financing schemes



Struktura wydatków ze względu na funkcje

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

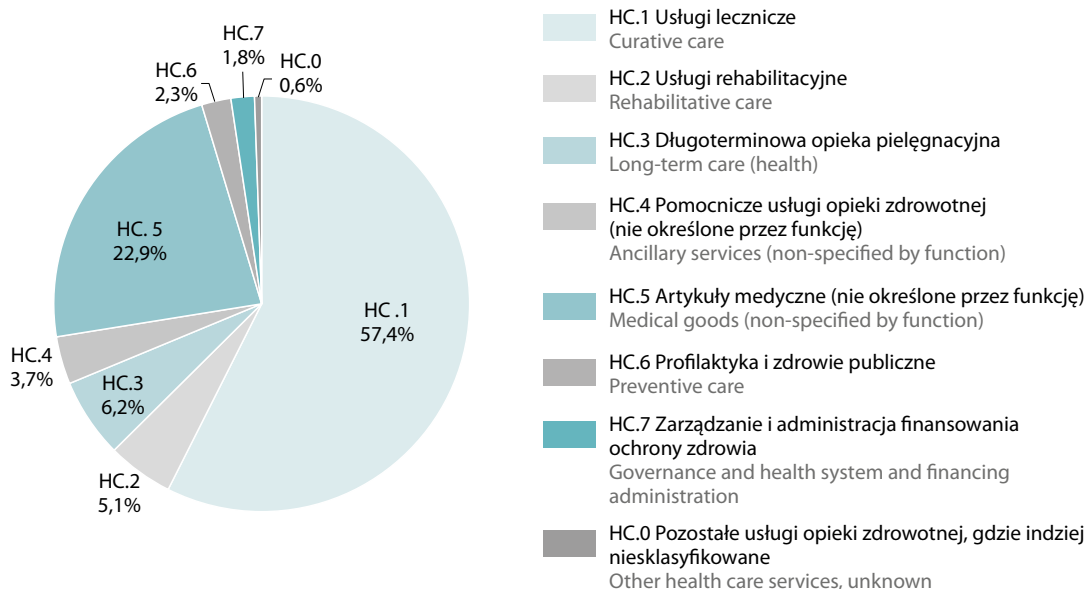
W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC) największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w roku 2018 dotyczył usług leczniczych 57,4% – (58,2% w 2017 r.), w tym głównie leczenia szpitalnego – 36,6% całości wydatków (34,9% w 2017 r.), oraz leczenia ambulatoryjnego – 20,2% (22,7% w 2017 r.). Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały wydatki na artykuły medyczne (m.in. leki) – 22,9% (22,7% w 2017 r.), oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 6,2% (6,0% w 2017 r.) i usługi rehabilitacyjne 5,1% (4,8% w 2017 r.). Najmniejsze wydatki poniesiono na pomocnicze usługi opieki zdrowotnej – 3,7% (analogicznie jak w 2017 r.), profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,3% (2,4% w 2017 r.) oraz zarządzanie i administrację finansowaniem ochrony zdrowia – 1,8% (1,8% w 2017 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 82% były finansowane ze środków publicznych a w 18,0% z sektora prywatnego (w 2017 r. proporcje te układały się odpowiednio: 78,0% i 22,0%), a udział finansowania z funduszy publicznych „Długoterminowej opieki (zdrowotnej)” wyniósł 94,6%, a tylko 5,4% z funduszy prywatnych (w 2017 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 37,0% funduszy pochodziło ze źródeł publicznych, 63,0% było finan-

⁸⁶ Do kategorii HF.1.2 – Schematów obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach zaliczają się: HF.1.2.1 – Społeczne ubezpieczenie zdrowotne (stanowiące 99,2% HF.1.2) i HF.1.2.2 Obowiązkowe ubezpieczenia prywatne (0,8% HF.1.2)

sowane z prywatnych opłat na opiekę zdrowotną (w 2017 r. rozkład finansowania „Artykułów medycznych (nie określonych przez funkcję)” wynosił odpowiednio: 35,9% i 64,1%).

Wykres 79. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według funkcji
Chart 79. Current expenditure on health care in 2018 according to functions



Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców

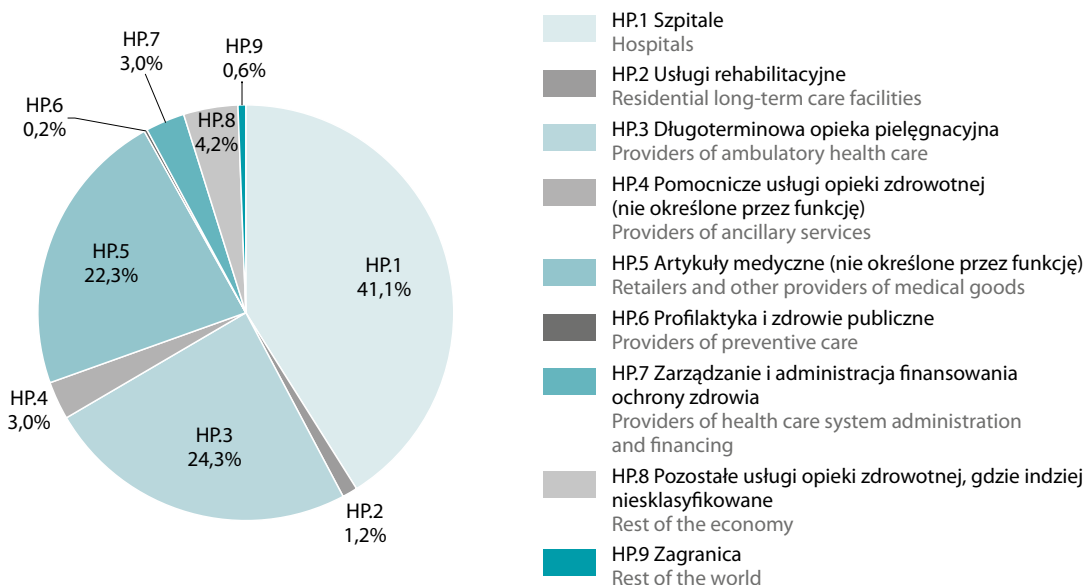
Klasyfikacja świadczeniodawców (dostawców dóbr i usług) w ochronie zdrowia służy sklasyfikowaniu wszystkich organizacji działających na rzecz dostarczania dóbr i usług zdrowotnych w ramach wspólnych kategorii mających zastosowanie międzynarodowe. Wykonywana działalność w zakresie usług leczniczych i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

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP) w roku 2018 największy strumień środków, trafił do szpitali – 41,1% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2017 r. 39,3%). Były to głównie kwoty skierowane do szpitali ogólnych – 31,5% wszystkich wydatków (w 2017 r. – 30,1%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło 24,3% wydatkowanych środków (w 2017 r. 26,4%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 22,3%, przede wszystkim aptek do których przekazano ponad 89,9 % tych środków (w 2017 r. odsetki wyniosły odpowiednio: 22,3% oraz 89,0%).

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych dostawców ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju podmiotu dostawczego. Na przykład „szpitale” w 94,5% były finansowane ze środków publicznych a w 5,5% przez sektor prywatny (w 2017 r. proporcje te układały się odpowiednio 93,9% i 6,1%).

W przypadku świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 58,7%, a 41,3% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2017 r. proporcje te wynosiły 54,2% i 45,8%). Natomiast w przypadku kategorii „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, sytuacja była odwrotna – 35,5% środków finansowych pochodziło ze źródeł publicznych, 64,3% było finansowane bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (w 2017 r. rozkład finansowania „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych” wynosił odpowiednio: 34,8% i 64,6%).

Wykres 80. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według świadczeniodawców
 Chart 80. Current expenditure on health care in 2018 according to providers



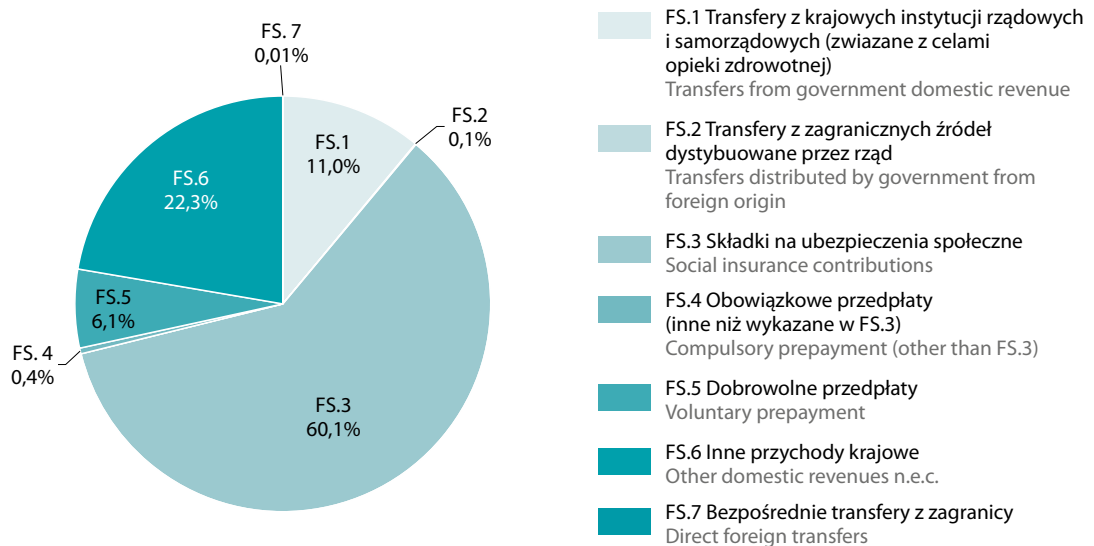
Struktura wydatków ze względu na przychody schematów finansowania

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 SHA 2011 składają się również dodatkowe klasyfikacje, według których mogą być ujmowane wydatki na ochronę zdrowia. Tak zgrupowane wydatki umożliwiają wszechstronną analizę finansowania opieki zdrowotnej. Kraje zachęcane są do poszerzania swoich rachunków w przyszłości o dodatkowe przekroje. Jednym z nich jest przekrój „Przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej” – FS, obrazujący sposoby finansowania wydatków na ochronę zdrowia.

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

Wykres 81. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2018 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia

Chart 81. Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2018



W 2018 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych społecznych składek na ubezpieczenia zdrowotne – 60,1% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego rodzaju składek (w 2017 r. 57,4%). Kategoria ta obejmuje zarówno składki opłacane przez samych pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek czy inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych. 22,3% (w 2017 r. jedna czwarta) 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. 11,0% (w 2017 r. 11,4%) 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 6,1% (w 2017 r. 5,4%) wydatków na ochronę zdrowia. Udział pozostałych form finansowania opieki wyniósł 0,5% środków wydatkowanych na ten cel.

Porównanie wydatków w krajach OECD
Tablica 18. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD
 Table 18. Current expenditure on health care in OECD countries

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Australia/Australia	4 381,23	4 565,87	4 790,51	9,2	9,2	9,3	66,1	66,5	66,7
Austria/Austria	4 944,77	5 139,92	5 270,24	10,4	10,4	10,3	74,0	74,0	74,7
Belgia/Belgium	4 526,60	4 666,23	4 832,27	10,3	10,4	10,3	76,1	76,0	75,8
Kanada/Canada	4 550,83	4 698,02	4 811,79	11,0	10,8	10,8	69,9	70,1	70,4
Chile/Chile	1 837,69	1 897,80	2 095,28	8,5	9,1	9,1	58,5	60,1	60,3
Czechy/Czech Republic	4 674,50	4 774,27	5 024,52	7,2	7,2	7,6	82,0	82,1	83,0
Dania/Denmark	4 849,60	5 107,21	5 294,51	10,1	10,1	10,1	84,1	84,0	83,9
Estonia/Estonia	1 868,24	2 012,96	2 120,49	6,5	6,6	6,7	75,7	73,6	73,7
Finlandia/Finland	3 990,64	4 023,44	4 126,72	9,4	9,2	9,0	76,2	76,4	76,9
Francja/France	4 675,80	4 844,02	4 930,78	11,5	11,4	11,3	83,1	83,3	83,6
Niemcy/Germany	5 291,28	5 550,18	5 847,68	11,2	11,4	11,5	84,3	84,5	84,6
Grecja/Greece	2 100,34	2 198,04	2 207,06	8,2	8,0	7,7	60,7	60,5	58,7
Węgry/Hungary	1 891,73	1 965,02	1 996,45	7,0	6,8	6,7	68,1	69,1	69,5
Islandia/Iceland	3 735,25	3 916,33	4 153,87	8,2	8,3	8,5	81,5	81,9	82,4
Irlandia/Ireland	4 301,85	4 470,75	4 631,12	7,4	7,2	6,9	72,4	72,8	73,9
Izrael/Israel	2 309,13	2 551,40	2 666,40	7,2	7,5	7,5	63,5	63,8	64,7
Włochy/Italy	3 129,27	3 264,37	3 376,32	8,7	8,7	8,7	74,4	73,7	73,9
Japonia/Japan	4 516,86	4 512,85	4 629,56	10,8	10,8	11,0	84,0	84,2	84,1
Korea/Korea	2 488,02	2 678,23	2 870,25	6,9	7,1	7,6	59,0	59,4	59,9
Łotwa/Latvia	1 405,02	1 582,96	1 649,28	6,2	6,0	6,2	55,9	57,3	59,9
Litwa/Lithuania	1 917,59	2 057,83	2 182,47	6,6	6,5	6,6	66,6	66,1	67,0
Luksemburg/Luxembourg	4 820,83	4 873,86	4 940,67	5,2	5,3	5,3	83,6	84,0	84,1
Meksyk/Mexico	1 075,43	1 065,88	1 104,97	5,5	5,5	5,5	52,3	51,5	50,8
Niderlandy/Netherlands	4 928,37	5 018,41	5 155,04	10,3	10,1	10,0	81,1	81,7	82,1

Tablica 18. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD (dok.)
 Table 18. Current expenditure on health care in OECD countries (cont.)

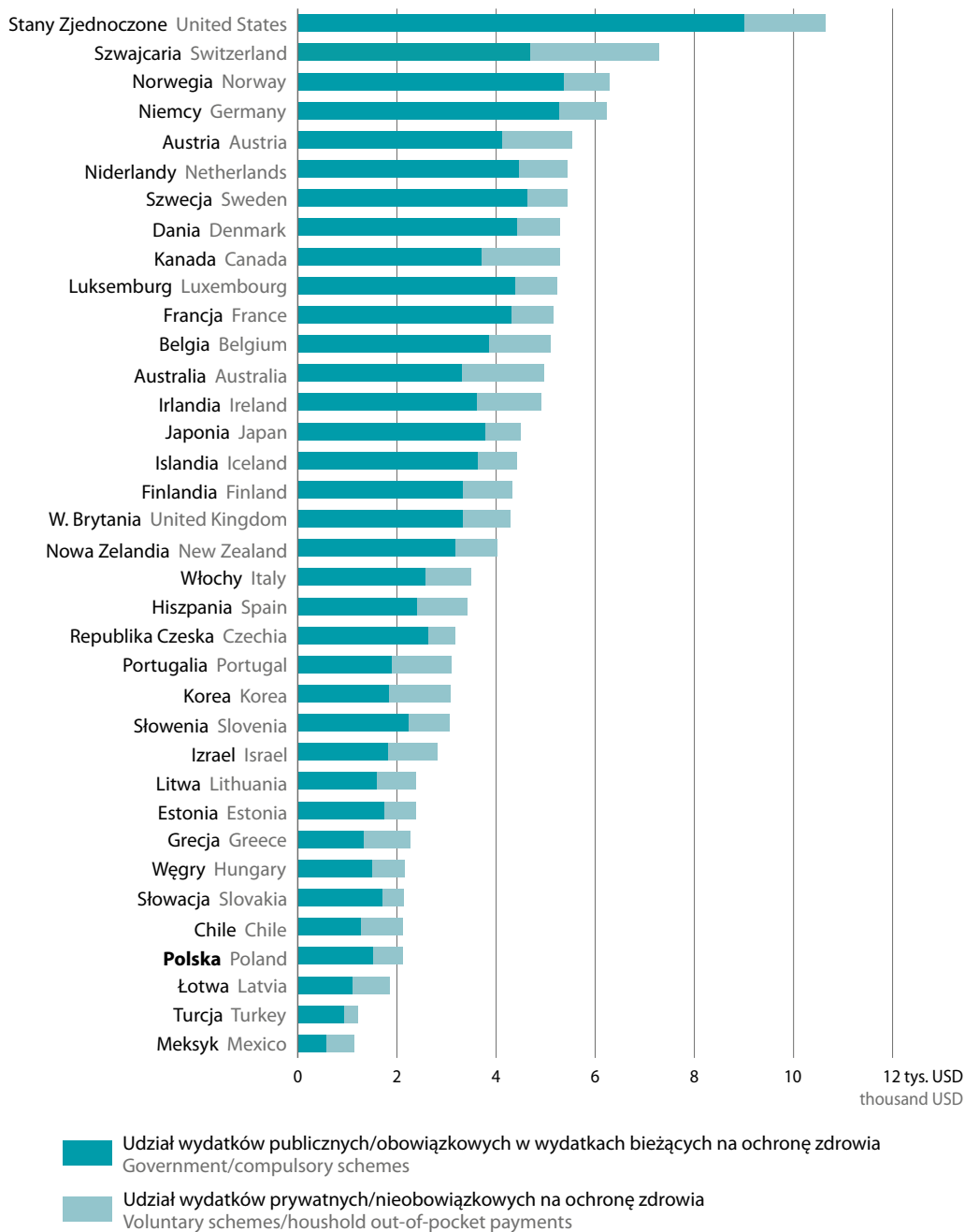
Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2016	2017	2018
Nowa Zelandia/New Zealand	3 513,38	3 662,22	3 742,23	9,3	9,0	9,2	78,7	78,6	79,2
Norwegia/Norway	5 728,33	5 803,70	6 063,61	10,6	10,3	10,0	85,4	85,1	85,3
POLSKA/POLAND	1 803,00	1 915,05	2 047,73	6,5	6,5	6,3	69,3	69,5	71,5
Portugalia/Portugal	2 540,07	2 667,69	2 758,53	9,4	9,3	9,4	61,5	61,1	61,5
Słowacja/Slovakia	2 574,16	2 682,92	2 801,23	7,0	6,8	6,7	72,7	72,2	72,9
Słowenia/Slovenia	2 059,65	2 187,37	2 187,76	8,5	8,2	8,3	80,4	79,9	80,1
Hiszpania/Spain	3 024,65	3 105,65	3 224,09	9,0	8,9	9,0	71,6	70,7	70,4
Szwecja/Sweden	5 027,33	5 048,88	5 264,40	10,8	10,8	10,9	84,4	84,8	85,1
Szwajcaria/Switzerland	6 760,51	6 942,19	7 146,84	11,7	11,9	11,9	65,5	65,9	64,4
Turcja/Turkey	1 040,37	1 126,76	1 185,60	4,3	4,2	4,2	78,4	77,7	77,4
Wielka Brytania/United Kingdom	3 703,08	3 833,25	3 942,90	9,9	9,8	10,0	79,7	78,7	77,8
Stany Zjednoczone/United States	9 505,07	9 903,65	10 206,51	17,0	17,0	16,9	84,4	84,4	84,7

Wykres 82. Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD według parytetu siły nabywczej w USD na 1 mieszkańca w 2018 r.

Chart 82. Current expenditure on health care in OECD countries per capita in 2018, current prices, PPPs



Wykres 83. Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD jako % PKB w 2018 r.
 Chart 83. Current expenditure on health care in OECD countries as % of GDP in 2018

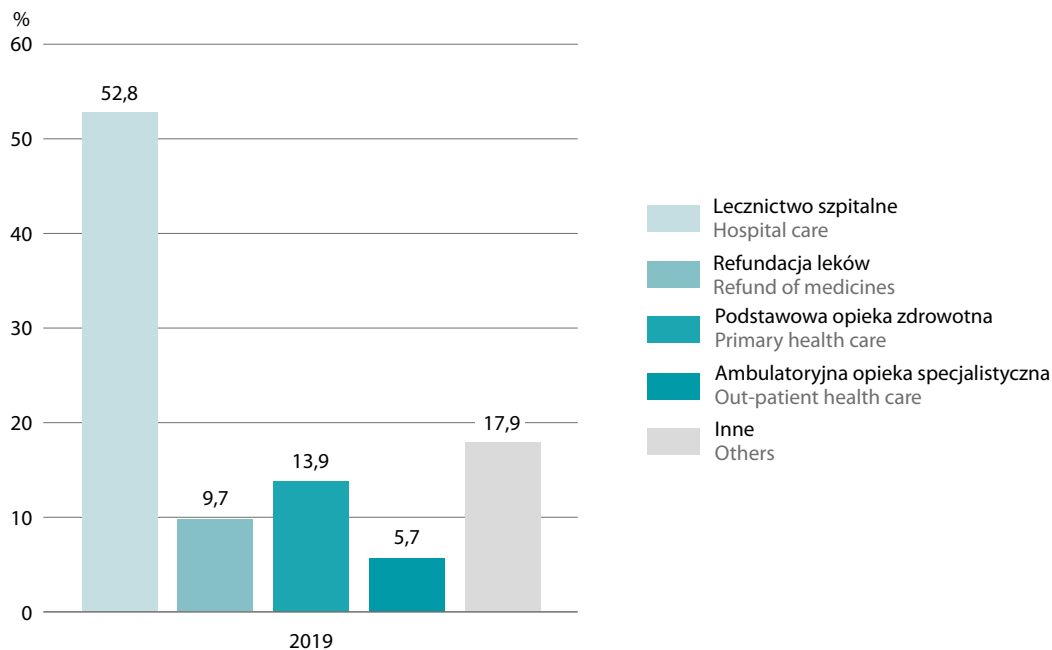


3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

3.2. Public expenditure on health care

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną rejestrowane są w dziale „851 – Ochrona zdrowia” klasyfikacji budżetowej⁸⁷. Wyniki badań wydatków publicznych⁸⁸, realizowane corocznie w ramach pbspp, pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2019 r.

Wykres 84. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w 2019 r.
Chart 84. Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund in 2019



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ⁸⁹ wyniosły 89 765 mln zł (o 10,7% więcej niż przed rokiem) i podobnie jak rok temu były przeznaczone głównie na lecznictwo szpitalne (52,8%), podstawową opiekę zdrowotną (13,9%) oraz refundację leków (9,7%).

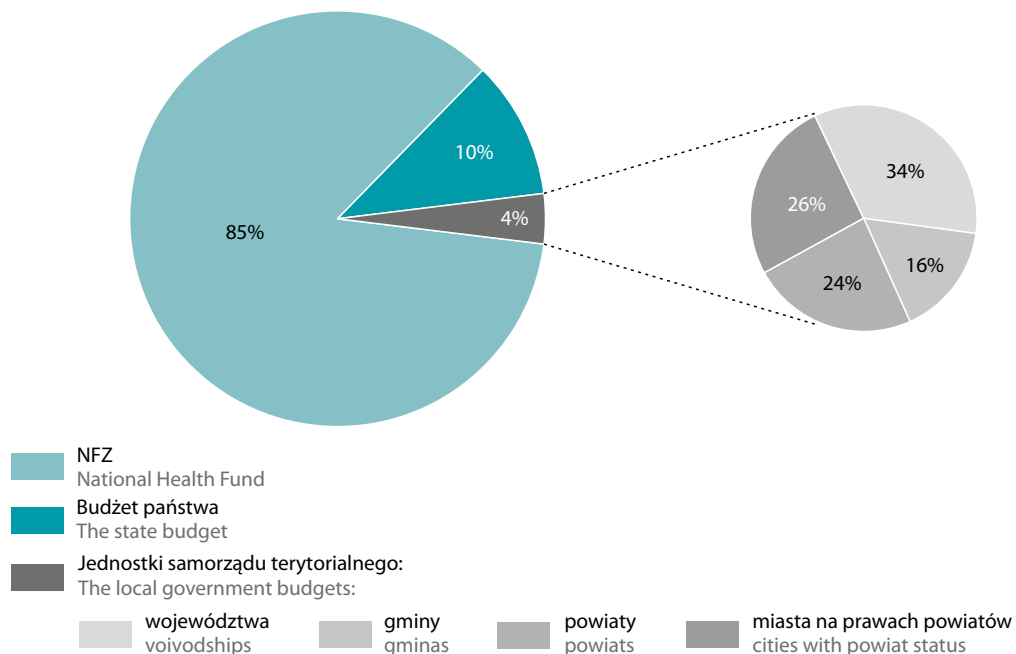
Wydatki NFZ stanowiły, podobnie jak w 2018 r., nieco ponad 85% wszystkich wydatków publicznych na ochronę zdrowia. Pozostałymi dysponentami środków publicznych były: budżet państwa (ponad 10%) oraz jednostki samorządu terytorialnego (ponad 4%).

87 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 869).

88 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).

89 Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2019 r.

Wykres 85. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2019 r.
 Chart 85. Structure of public expenditure on health care in 2019



Na podstawie Tablicy 19 można zauważyć, że w 2019 r. zarówno z budżetu państwa jak i z budżetów jednostek samorządu terytorialnego przeznaczono na ochronę zdrowia więcej środków pieniężnych niż w 2018 r. Największy wzrost tych wydatków widać na poziomie województw – o ponad 55% w porównaniu z zeszłym rokiem, udział tych wydatków w budżecie województw zwiększył się o 2,4 p. proc., a w wartościach nominalnych wydatki te wzrosły w porównaniu z ubiegłym rokiem o ponad 550 mln zł. Struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego niewiele się zmieniła: udział wydatków budżetu państwa spadł z 73,2% do 70,7%, województw wzrósł z 6,9% do nieco ponad 10%. W przypadku pozostałych szczebli administracji udział ten był zbliżony do wartości z 2018 r.: w miastach na prawie powiatu 7,6% (w 2018 r. 8%), w powiatach 6,9% (rok wcześniej 7,2%) i w gminach, tak jak przed rokiem, 4,7%.

W 2019 r. wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia wyniosły 10 896,5 mln zł i stanowiły 2,6% łącznych wydatków z budżetu.

Natomiast samorządy terytorialne przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 4 507,1 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,6% ogółu wydatków samorządów terytorialnych.

Tablica 19. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia
 Table 19. The State and local government budget expenditure and on health care

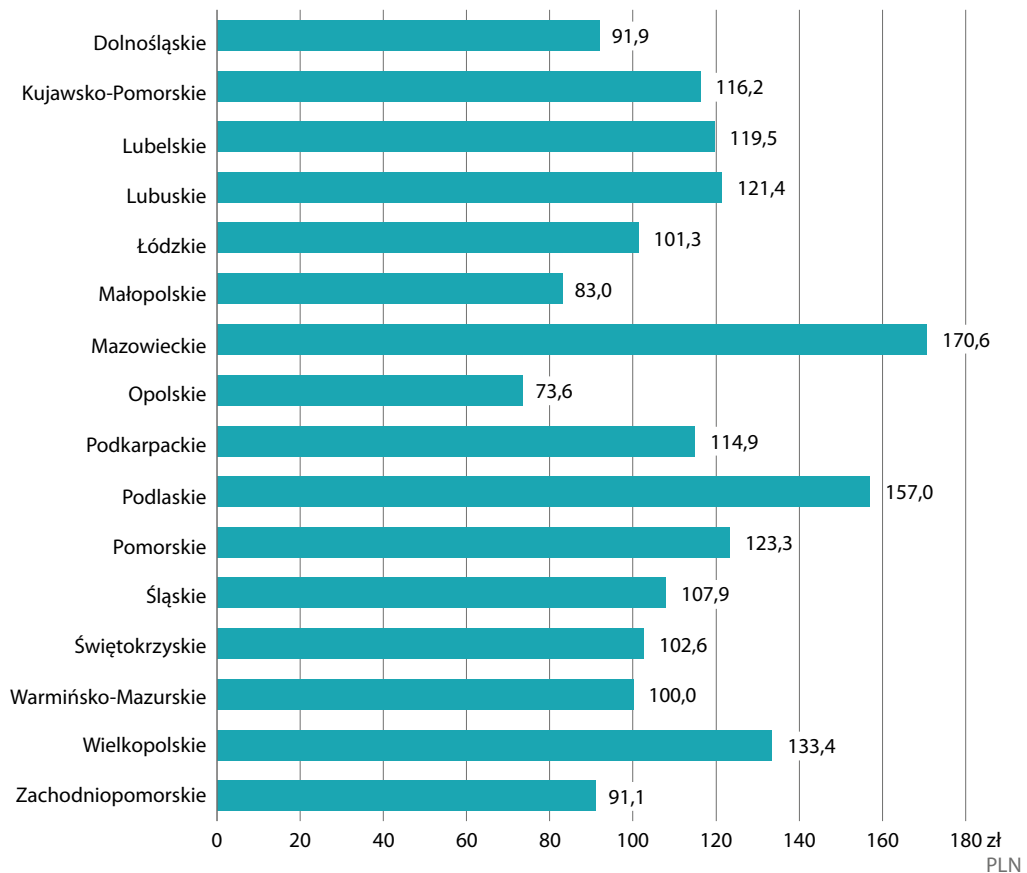
Wyszczególnienie	2017	2018	2019	2017	2018	2019	
	w mln złotych/in mln zł			w %/in %		2018=100	
Budżet państwa/The state budget							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓŁEM TOTAL STATE BUDGET	374471,8	385 336,9	414 134,7	100,0	100,0	100,0	107,5
w tym ochrona zdrowia of which health care	9 598,4	10 479,1	10 896,5	2,6	2,7	2,6	104,0
Budżety samorządów terytorialnych/The local government budgets							
Województwa ogółem Voivodships in total	14 317,4	16 582,3	18 376,0	100,0	100,0	100,0	110,8
w tym ochrona zdrowia of which health care	863,8	990,3	1 542,0	6,0	6,0	8,4	155,7
Miasta na pr. powiatu ogółem Cities with powiat status in total	78 504,1	87 014,6	96 885,5	100,0	100,0	100,0	111,3
w tym ochrona zdrowia of which health care	1 066,0	1 149,2	1 168,5	1,4	1,3	1,2	101,7
Powiaty ogółem Powiats in total	25 360,4	28 656,6	29 630,7	100,0	100,0	100,0	103,4
w tym ochrona zdrowia of which health care	930,6	1 033,1	1 069,2	3,7	3,6	3,6	103,5
Gminy ogółem Gminas in total	111 984,4	127 132,8	135 316,9	100,0	100,0	100,0	106,4
w tym ochrona zdrowia of which health care	618,1	668,2	727,3	0,6	0,5	0,5	108,9

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).

Samorządy terytorialne przekazały na ochronę zdrowia średnio 117,41 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2018 r. 100,00 zł). Najwyższe wydatki na osobę w 2019 r. odnotowano w województwie mazowieckim (170,6 zł), podlaskim (157,0 zł), natomiast najmniej wydano w województwach: opolskim (73,6 zł) i małopolskim (83,0 zł). We wszystkich województwach wysokość wydatków na ochronę zdrowia w przeliczeniu na 1 mieszkańca w porównaniu do 2018 r. wzrosła, najwięcej w województwach lubelskim (o 86% z 64,4 zł na osobę do 119,5 zł) i łódzkim (o 47% z 69,1 zł na osobę do 101,3 zł), najmniej natomiast w województwach opolskim (o 2%) i dolnośląskim (o 3%).

Wykres 86. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2019

Chart 86. Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2019



Struktura wydatków z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia jest podobna do zeszłorocznej. Najwięcej środków zostało przeznaczonych na ratownictwo medyczne⁹⁰ (21,6%), inspekcję sanitarną (11,1%) oraz na programy polityki zdrowotnej (8,5%). Istotnie zmalał udział wydatków na składki na ubezpieczenie zdrowotne oraz świadczenia dla osób nieobjętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (z 14,3% w 2018 r. do 6,6% w 2019 r.).

Gminy wydały na ochronę zdrowia w 2019 roku 727,3 mln zł, z czego 60,9% przeznaczono na przeciwdziałanie alkoholizmowi, a 6,0% na szpitale ogólne.

Powiaty przeznaczyły w sumie 1 069,2 mln zł na opiekę zdrowotną, z czego 49,3% stanowiły środki na szpitale ogólne, a 43,2% na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego.

Miasta na prawach powiatu dysponowały budżetem w wysokości 1 168,5 mln zł i przeznaczyły go głównie na 3 rozdziały budżetowe: szpitale ogólne (34,7%), przeciwdziałanie alkoholizmowi (25,7%) oraz na składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (11,6%).

Województwa swoje środki w wysokości 1 542,0 mln zł przeznaczyły głównie na szpitale ogólne (62,5%) oraz na lecznictwo psychiatryczne (7,2%).

⁹⁰ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz.U. 2020 poz. 882) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

4. WYBRANE PROBLEMY

4. Selected problems

Wprowadzenie

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych prowadzonych w ramach pracy badawczej pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”⁹¹ realizowanej w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014–2020 oraz programowania i monitorowania polityki spójności po 2020 roku” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014–2020. Obszarem badawczym były usługi publiczne świadczone lub nadzorowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub służby państwowe a przedmiotem badania – realizacja zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia polegających na zapewnieniu obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Badanie zostało przeprowadzone z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza głównie powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2), a w niektórych przypadkach gminy (NTS 5).

W ramach wspomnianej pracy badawczej opracowano zestaw wskaźników przydatnych do analizy dostępności do publicznych usług zdrowotnych. Większość z nich przygotowano na poziomie powiatów i zilustrowano mapami.

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

4.1. Pomiary dostępności do świadczeń zdrowotnych

4.1. Measurement of access to public hospital services

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze rządowe i samorządowe poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych, tak aby ograniczone strumienie środków publicznych skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania oraz do tych, które mogą przyczynić się do maksymalizacji efektów zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa, zgodnie z ustawami o samorządach: gminnym⁹², powiatowym⁹³ i wojewódzkim⁹⁴ realizują jednostki samorządu terytorialnego (JST), wykorzystując wskaźniki opracowywane i publikowane m.in. przez Główny Urząd Statystyczny oraz Ministerstwo Zdrowia.

91 Raport końcowy z pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultstronaopisowa/6150/1/1/raport_uslugi_publiczne_w_zakresie_ochrony_zdrowia.pdf

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

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

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

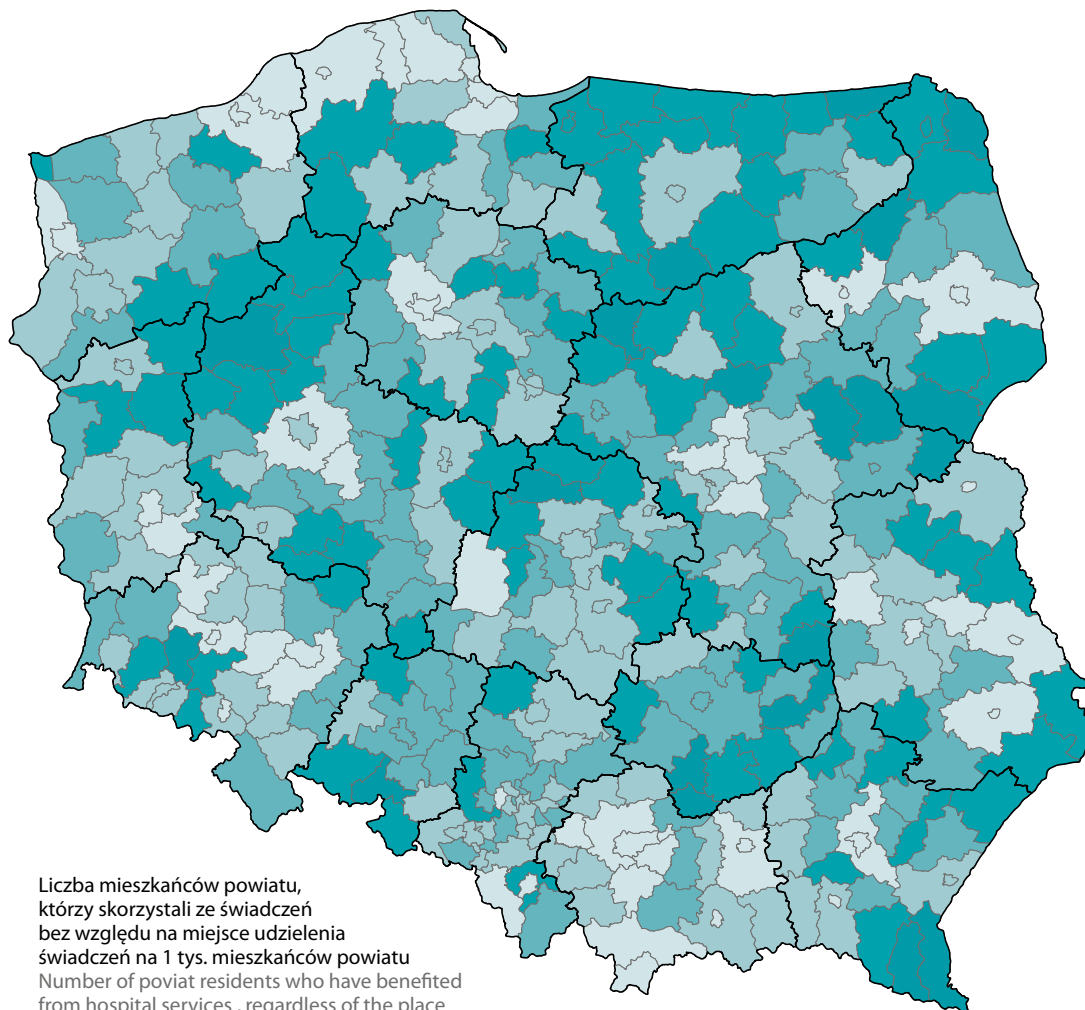
Część ze stosowanych wskaźników posiada ograniczenia, aby można było bezpośrednio na ich podstawie wyciągać uprawnione wnioski, co do stanu dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Dotyczy to przede wszystkim tych wskaźników, które nie uwzględniają potencjału podmiotów leczniczych oraz zjawiska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

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

W trakcie pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”, realizowanej w latach 2017–2018. zbadano dostępność do świadczeń szpitalnych rozpatrywaną w kontekście poziomów referencyjnych oddziałów. Dostępność do świadczeń badano z perspektywy oddziałów typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria). Udało się również zrealizować formułowane wcześniej postulaty aby podczas analiz brać pod uwagę miejsce udzielenia świadczenia oraz miejsce zamieszkania, uwzględniając przy tym aspekt migracji pacjentów do szpitali zlokalizowanych w innym powiecie niż powiat zamieszkania.

Mapa 15. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] w 2019 r.

Map 15. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population [person] in 2019



Liczba mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń bez względu na miejsce udzielenia świadczeń na 1 tys. mieszkańców powiatu
Number of poviat residents who have benefited from hospital services , regardless of the place of providing the service, per 1,000 poviat residents

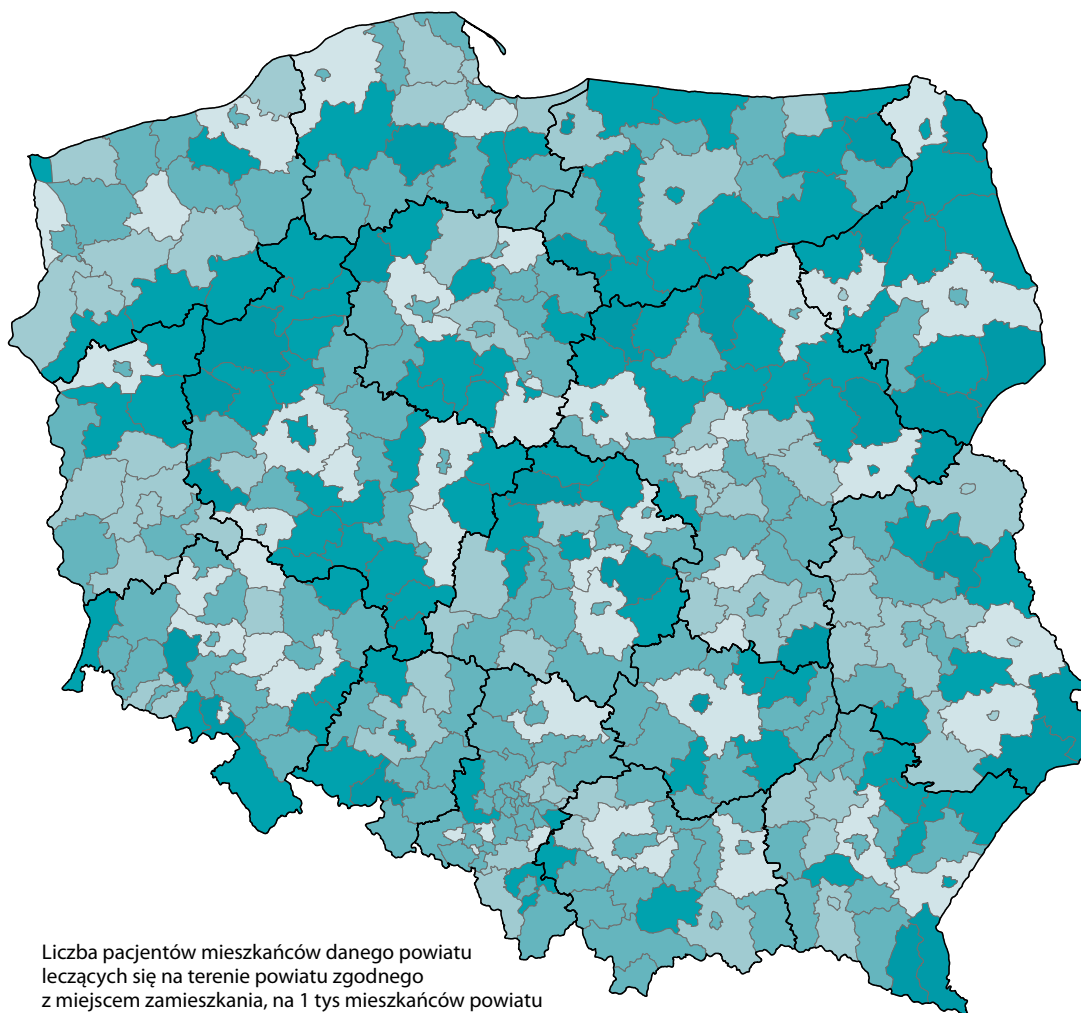
94,7–134,0 (20)
78,7– 94,6 (92)
67,5– 78,6 (100)
56,9– 67,4 (109)
41,0– 56,8 (59)

Istotne różnice pod kątem liczby świadczeń szpitalnych obrazuje mapa 15. W 2019 r. najczęściej świadczeń na 1 tys. mieszkańców wykonano dla mieszkańców powiatów: sejneńskiego, bieszczadzkiego, pińczowskiego, lipskiego oraz łosickiego (ponad 110), najmniej dla mieszkańców powiatów: polickiego, bydgoskiego, chełmskiego, puławskiego, wielickiego, chrzanowskiego, tarnowskiego oraz krakowskiego, bielskiego i koszańskiego (poniżej 50) oraz dla mieszkańców miast na prawach powiatu np.: m. Zamość, m. Bydgoszcz, m. Białystok, m. Szczecin, m. Kraków, m. Bielsko-Biała, m. Zielona Góra (poniżej 50), co jest zapewne wynikiem lepszego dostępu do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej jako alternatywy do opieki szpitalnej. Największe natężenie w liczbie świadczeń można zauważyć u mieszkańców powiatów Polski północno-wschodniej oraz północnej części województwa wielkopolskiego, najmniejsze u mieszkańców powiatów województwa małopolskiego oraz miastach na prawach powiatu.






Z map 16 i 17 można zaobserwować prawidłowość: powiaty, w których wystąpił najniższy wskaźnik dotyczący liczby osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca zamieszkania, to równocześnie powiaty cechujące się najwyższym wskaźnikiem migracji pacjentów. Zjawisko dotyczy przede wszystkim powiatów ziemskich okalających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych obok miast na prawach powiatu. Brak szpitala o danej specjalizacji oddziałów na terenie danego powiatu nie powinien więc stanowić jedynej przesłanki do formułowania postulatu rozbudowy infrastruktury szpitalnej w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń szpitalnych. Mieszkańcy takich powiatów mają bowiem zapewniony dostęp do świadczeń, tyle że w innej lokalizacji.

Mapa 16. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności

Map 16. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviats - the place of residences, per 1 thousand population

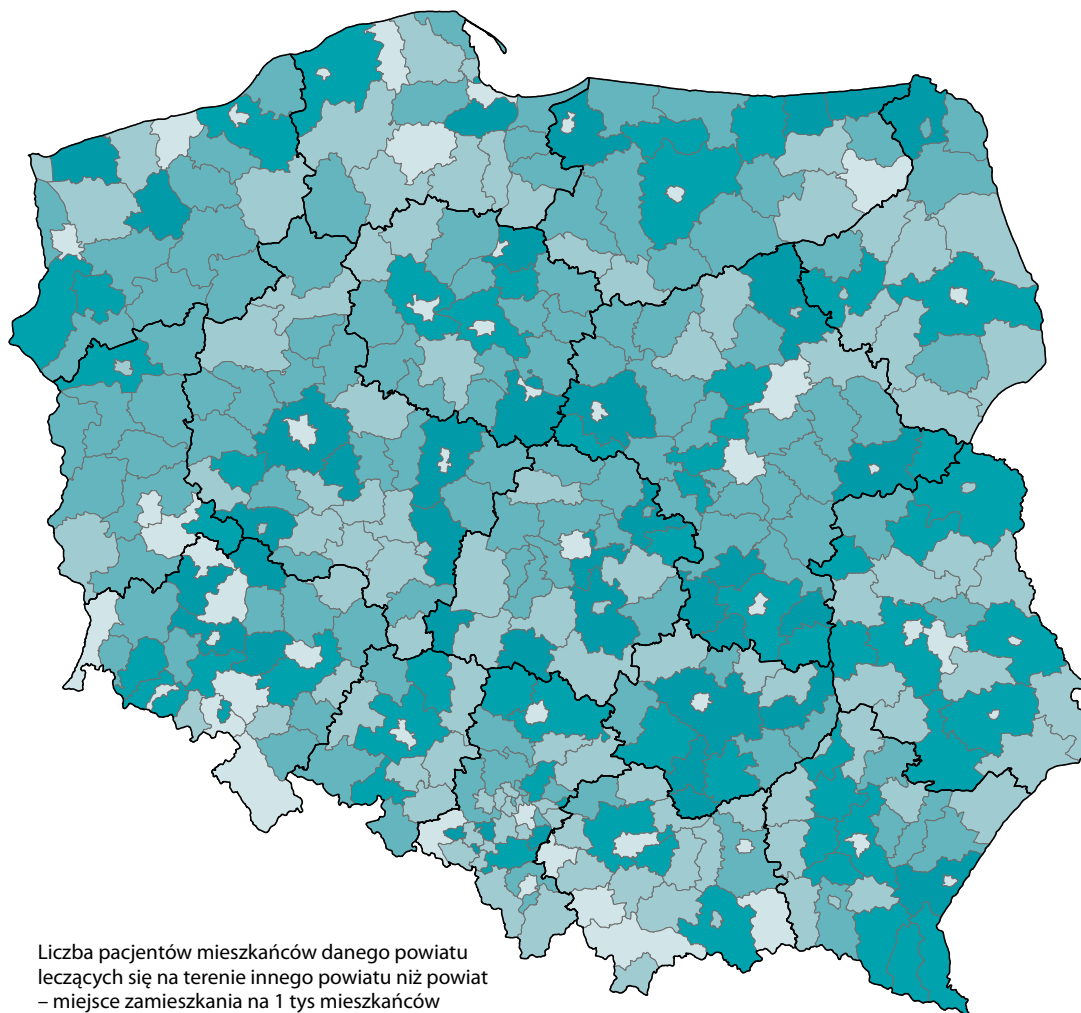


Liczba pacjentów mieszkańców danego powiatu leczących się na terenie powiatu zgodnego z miejscem zamieszkania, na 1 tys mieszkańców powiatu
Number of poviat residents who have benefited from hospital services, in the poviat's - the place of residences, per 1,000 poviat residents






	62,8-106,4 (28)
	48,4- 62,7 (98)
	34,9- 48,3 (147)
	13,8- 34,8 (62)
	0,0- 13,7 (45)

Mapa 17. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności

Map 17. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in a different poviát than the poviát's place of residences, per 1 thousand population [person]

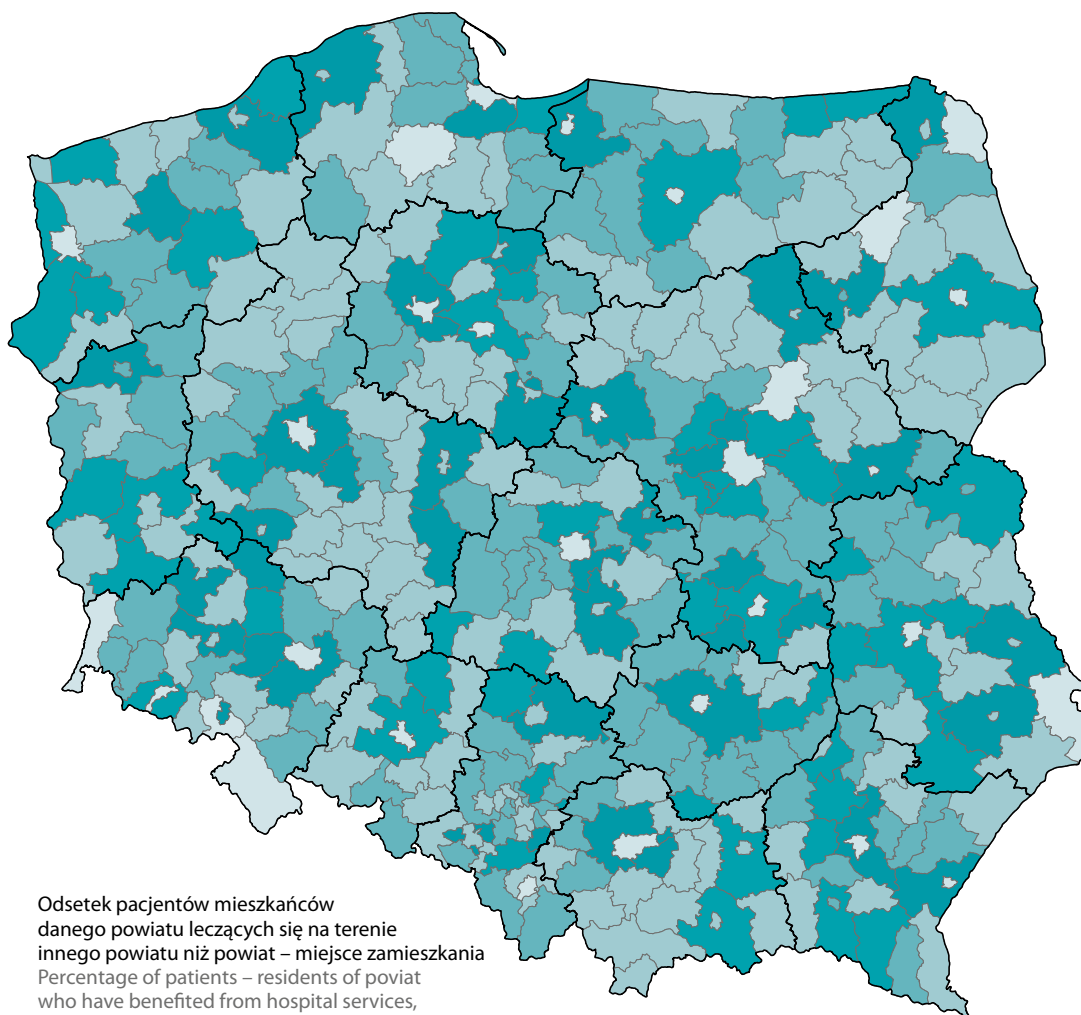


Liczba pacjentów mieszkańców danego powiatu leczących się na terenie innego powiatu niż powiat – miejsce zamieszkania na 1 tys mieszkańców
Number of poviát residents who have benefited from hospital services, in a different poviát than the poviát's place of residences, per 1,000 poviát residents

	51,4–79,4 (37)
	37,3–51,3 (58)
	26,7–37,2 (122)
	17,2–26,6 (111)
	0,0–17,1 (52)

Mapa 18. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na tego typu oddziałach

Map 18. Percentage of patients – residents of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – residents of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level

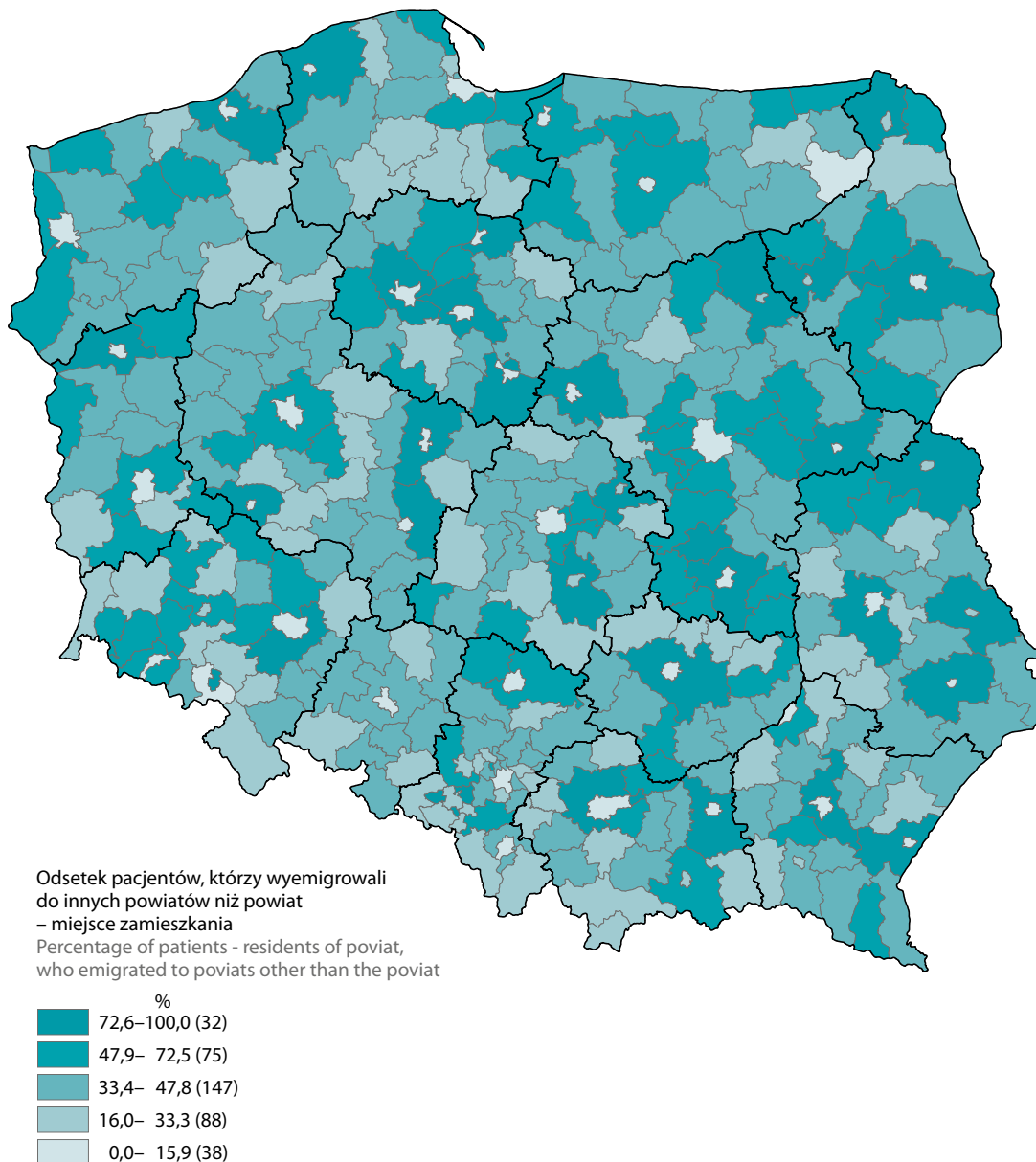


%	
78,0–100,0	(44)
50,6– 77,9	(52)
36,1– 50,5	(109)
23,3– 36,0	(145)
0,0– 23,2	(30)

Zaobserwowane zjawisko potwierdza mapa 18. W takich powiatach jak: m. Kraków, m. Poznań, m. Łódź, m. Opole, m. Szczecin, m. Bydgoszcz, m. Białystok, , m. Rzeszów, m. st. Warszawa, m. Olsztyn, m. Elbląg to powiaty, w których mniej niż 15 % pacjentów skorzystało ze świadczeń na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. Równocześnie istnieje 38 powiatów, których mieszkańcy w ponad 90% korzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów. Na podstawie zaobserwowanego zjawiska można sformułować uprawniony wniosek o nierównomierności obciążenia infrastruktury szpitalnej z punktu widzenia zarządzających jednostek samorządu terytorialnego. JST na terenie, których znajdują się szpitale, przyjmujące pacjentów z innych powiatów niż powiat zamieszkania de facto odciążają finansowo tamtejsze JST, poprzez konieczność zwiększenia nakładów na utrzymanie infrastruktury szpitalnej. Podobna sytuacja dotyczy ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, która organicznie związana jest z usługami szpitalnymi. Skorzystanie z usług szpitalnych poprzedzone jest bowiem najczęściej procesem leczenia oraz diagnostyki w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, z której podobnie jak w przypadku usług szpitalnych pacjenci korzystają przede wszystkim w dużych i średnich ośrodkach miejskich. Brak na danym obszarze poradni AOS nie oznacza wcale, że pacjenci mieszkający na takim obszarze nie mają zapewnionej opieki specjalistycznej. Pacjenci mieszkający na terenie takich powiatów korzystają z opieki specjalistycznej podobnie jak w przypadku opieki szpitalnej najczęściej na terenie powiatów sąsiadujących.

Mapa 19. Odsetek pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którzy wyemigrowali do innych powiatów niż powiat – miejsce zamieszkania w celu dzielenia ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ.

Map 19. Percentage of patients – residents of powiat who emigrated to poviats other than the powiat – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund



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 próbować dokonać porównując dane gromadzone w ramach sprawozdawczości statystycznej (sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29, badania chorobowości szpitalnej MZ/Szp11) z danymi gromadzonymi w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej NFZ.

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

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

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

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.

CZĘŚĆ II

UWAGI METODOLOGICZNE

1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

Podstawowym źródłem informacji prezentowanych w publikacji są wyniki badań statystycznych prowadzonych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej, zarówno przez Główny Urząd Statystyczny jak i w ramach statystyki resortowej (Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji)⁹⁵. Źródłem uzupełniającym są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej.

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

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

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

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

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

⁹⁵ Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, począwszy od 2012 r., objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

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

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

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

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

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest *Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2018 r.* opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ-30.

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

Wydatki na ochronę zdrowia zestawione w Narodowym Rachunku Zdrowia zostały opracowane w oparciu o dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych, 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 2016 r.*

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

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

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

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 grudnia, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczenia) — ludność według stanu w dniu 30 czerwca.

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

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej⁹⁶

Zgodnie z ustawą podmiotami leczniczymi mogą być:

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

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

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

Zgodnie z ustawą działalność leczniczą dzieli się na trzy rodzaje:

- 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.

Zmiana ustawy o działalności leczniczej z 2016 r. zastąpiła pojęcie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego pojęciem zakładu leczniczego. Nie miało to jednak wpływu na porównywalność statystyk.

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji, objęto zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane⁹⁷ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz

⁹⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018 poz. 2190).

⁹⁷ Według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.

kod rodzaju praktyki zawodowej i kod zawodu lekarza/lekarza dentystry nadanego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego.

Przy tworzeniu operatów do badań ZD-2 i ZD-3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku badania ZD-4 – dane z systemów informacyjnych wojewodów w zakresie ratownictwa medycznego, według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.

Dane o zachorowaniach prezentowane są zgodnie z ustawą z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z 2019 r. poz. 1239).

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

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

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

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zastosowano następujące rozróżnienie porad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystry: porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – porady udzielone w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, porady specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentystry. Badanie na formularzu ZD-3 obejmuje również informacje na temat nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej⁹⁸. Do 30 września 2017 r. porady wykazywane były w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), a od 01 października 2017 r. zostały wyodrębnione w oddzielnym dziale „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna” i obejmują porady łącznie z udzielonymi w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą⁹⁹ 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 aptek prowadzonego przez wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne (według stanu na dzień 31 grudnia 2019 r.).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte badaniami ZD-2, ZD-3, ZD-5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu¹⁰⁰ 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.

⁹⁸ Ustawa z dnia 25 maja 2017 o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2017 poz. 1200) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz.U. 2017 poz. 1300).

⁹⁹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. 2020 poz. 944).

¹⁰⁰ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1065).

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

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

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

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

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

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

Liczba szpitali dotyczy zakładów leczniczych albo wydzielonych jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych (filii), w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i 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.

Liczba łóżek w szpitalach podawana jest łącznie z łózkami dla noworodków i inkubatorami. Do liczby łóżek nie są wliczane miejsca dzienne. Działalność dzienna szpitali prezentowana jest odrębnie w dwóch tablicach (Tabl. 16 i 17) razem z działalnością szpitali dziennych (jednego dnia).

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 rozporządzeniu¹⁰¹ Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

Dane o liczbie oddziałów dotyczą wyłącznie oddziałów, które były zarejestrowane w RPWDL, i które wykazały działalność w roku sprawozdawczym.

¹⁰¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 173).

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

Badaniem ZD-2 objęte są zakłady leczenia uzdrowiskowego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej¹⁰² oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych¹⁰³.

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

Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zgodnie z ustawą¹⁰⁴, są:

- szpitalne oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego, z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

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

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

W 2018 r. w całym kraju funkcjonował System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Jest to system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112, 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie ZRM. Na terenie kraju utrzymanie oraz obsługę systemu zapewnia minister do spraw administracji publicznej, natomiast na terenie województwa – wojewoda.. System umożliwia m.in. generowanie wieloprzekrojowych statystyk i analiz dotyczących czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, Rok 2018 był pierwszym okresem, w którym dyspozytorzy medyczni prowadzili dokumentację statystyczną w postaci elektronicznej. Opracowanie danych dotyczących charakterystyki interwencji ZRM za cały rok 2018 nie stwarzało więc już większych problemów urzędom wojewodów w porównaniu z rokiem 2017. W efekcie dane prezentowane w niniejszej publikacji o czasach dotarcia na miejsce zdarzenia, o liczbie wyjazdów uzasadnionych lub nie, nie mają więc już charakteru szacunkowego, tak jak to było w roku poprzednim i są już o wiele bardziej precyzyjne.

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

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 SHA 2011 opracowanej przez Zespół IHAT (*International Health Accounts Team*), składający się z przedstawicieli OECD, Eurostat i WHO. Zgodnie z SHA 2011 kwota wydatków uwzględnianych w Narodowym Rachunku Zdrowia obejmuje wydatki bieżące, a więc nie uwzględnia wydatków kapitałowych, do których zalicza się np. wydatki inwestycyjne, na badania i rozwój, kształcenie pracowników sektora ochrony zdrowia.

102 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 2190)

103 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2017 poz.1056).

104 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

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)¹⁰⁵ 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

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

¹⁰⁵ Klasyfikacja ICHA-HF według SHA2011 oznacza schematy finansowania ochrony zdrowia, natomiast w SHA 1.0 oznaczała płatników w ochronie zdrowia.

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 lata 2015–2017 r. została wprowadzona gruntowna zmiana sposobu sprawozdawczości w zakresie wydatków publicznych, w kategorii HF.1.2 „Obowiązkowe ubezpieczenia zdrowotne opierające się na składkach”. Korekty wynikały przede wszystkim ze zmian w przypisaniu poszczególnych wydatków do odpowiednich kategorii i były wprowadzone zgodnie z sugestiami Międzynarodowego Zespołu ds. Rachunków Narodowych (IHAT). Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują; podlegają zmianom, niekiedy złożonym, zarówno w zakresie organizacji jak i systemów finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian sporządzanych przez kraje rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje IHAT.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁰⁶ – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹⁰⁷.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹⁰⁸ 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,

¹⁰⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1373).

¹⁰⁷ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 2190).

¹⁰⁸ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1373).

- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- dla weteranów poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

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

- 1 – Świadczeniobiorców objętych zakresem przepisów przejściowych z art. 17 ustawy z dnia 22 lipca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (wpisani na listy oczekujących w zakresie świadczeń udzielanych przez okulistę i dermatologa przed końcem 2014 r.),
- 2 – Świadczeniobiorców mających prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego wynika z zapisów art. 32a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze zm. Świadczeniobiorca, u którego lekarz, o którym mowa w art. 55 ust. 2a ww. ustawy, stwierdził podejrzenie nowotworu złośliwego, ma prawo do diagnostyki onkologicznej na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 32. Świadczeniobiorca, u którego:
 - w wyniku diagnostyki onkologicznej stwierdzono nowotwór złośliwy,
 - lekarz udzielający ambulatoryjnych świadczeń specjalistycznych lub świadczeń szpitalnych stwierdził nowotwór złośliwy – ma prawo do leczenia onkologicznego na podstawie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, bez skierowania, o którym mowa w art. 57 ust. 1 lub art. 58 ww. ustawy.

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

Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne.¹⁰⁹

Dysponent jednostki – podmiot leczniczy albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹¹⁰.

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

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

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

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, prowadzone w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których celem jest prowadzenie działalności w zakresie krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Do ich zadań należy pobieranie, preparatyka oraz wydawanie krwi i jej składników do podmiotów leczniczych, a także realizacja zaopatrzenia w produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia, desmopresynę i inne produkty lecznicze.¹¹¹

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 ustawy¹¹².

¹⁰⁹ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2020 poz. 944)

¹¹⁰ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2019 poz. 993).

¹¹¹ Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2020, poz. 1777).

¹¹² Ustawa z dn. dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2004.125.1317, z późn. zm.).

Krwiodawstwo są to działania mające na celu dobrowolne (honorowe) i nieodpłatne pozyskiwania krwi i jej składników w celu jej przetoczenia lub przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze. Krwiodawstwo swoim zakresem obejmuje działania promocyjne, pobranie oraz preparatykę krwi, a także jej wydawanie.

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 hospitalizowanych, 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 hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala.

Hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces pielęgnowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisu albo zgonu (czas liczony od chwili wpisu do księgi głównej do chwili wypisu).

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 prawnych¹¹³.

Lekarz dentysta (do 31 maja 2004 r. lekarz stomatolog) – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentystry i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń określonych w definicji lekarza (p. 13), w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych¹¹⁴.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy¹¹⁵ i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem¹¹⁶.

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, zaopatrzone w pościel, zajęte przez pacjenta lub przygotowane na jego przyjęcie. Do łóżek nie wlicza się łóżek/miejsc pobytu dziennego, łóżek (leżanek) wchodzących w skład wyposażenia stanowiska diagnostycznego, porodowego, dializacyjnego itp. oraz łóżek pomocniczych na których pacjent przebywa chwilowo np. wybudzeniowych, zalicza się (od 2008 r.) łóżka i inkubatory dla noworodków.

Medycyna pracy – teoretyczna i praktyczna dziedzina medycyny, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy i sposobów wykonywania pracy na stan zdrowia pracujących, oraz minimalizowanie ne-

113 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 537).

114 j.w.

115 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 16 (tekst jednolity: Dz. U. 2019 poz. 537).

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

gatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy¹¹⁷ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą¹¹⁸ – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

Osoba wykonująca zawód medyczny to osoba, która na podstawie odrębnych przepisów uprawniona jest do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

Osobodni – łączna liczba dni pobytu osób leczonych w zakładzie w ciągu okresu sprawozdawczego. Dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Pielęgniarka – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia¹¹⁹.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹²⁰.

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

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

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek lub położnych – forma wykonywania zawodu w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹²¹.

Przeciętne wykorzystanie łóżka (w %) – iloraz osobodni i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach i przeliczony na udział procentowy tych dni w roku.

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

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

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

118 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2019 poz. 993).

119 Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 576).

120 Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1373).

121 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2018 poz. 2190)

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy¹²² 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 naczelnice 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 dentyś musi uzyskać m.in. wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku praktyki specjalistycznej, posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreśleń z rejestru, jeżeli lekarz złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem. Rejestr ten stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Rejestr praktyk pielęgniarek i położnych prowadzony jest przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Rejestr stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Szpital – 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).

Średni czas pobytu w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej (w dniach) – jest to iloraz osobodni (łączna liczba dni pobytu osób leczonych w ciągu roku w danym rodzaju zakładu) i łącznej liczby osób leczonych w ciągu tego okresu.

Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpitale dzielimy na: szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne, szpitale uzdrowiskowe.

Szpitalny oddział ratunkowy – oddział szpitalny, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział ten może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego¹²³.

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,

¹²² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2020 poz. 944)

¹²³ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

- 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 lecznictwo uzdrowiskowe. Status uzdrowiska może być nadany obszarowi, który spełnia łącznie następujące warunki:

- 1) posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- 2) posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;
- 3) na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
- 4) spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska;
- 5) posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

Zabiegi lecznicze i przyrodolecznictwo wykonywane w uzdrowiskach:

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

inhalacje, wziewanie – wprowadzenie leków lub składników naturalnych do układu oddechowego (górných dróg oddechowych i drzewa oskrzelowego), dzięki zastosowaniu urządzeń wytwarzających aerozole o różnym stopniu rozproszenia; wziewania mogą być indywidualne lub zbiorowe;

kąpiele mineralne – są to kąpiele w wannach lub w basenach napełnionych wodą leczniczą, z równoczesnymi ćwiczeniami fizycznymi; do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki;

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

kinezyterapia – leczenie ruchem, gimnastyka lecznicza; dzieli się na miejscową i ogólną; kinezyterapia miejscowa – dotyczy bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo, natomiast kinezyterapia ogólna obejmuje ćwiczenia części ciała nie objętych chorobą;

krioterapia – polega na poddaniu całego ciała (lub miejscowo) działaniu bardzo niskich temperatur;

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

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

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

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

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

Zgodnie z ustawą¹²⁴ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznictwa, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Zakład opiekuńczo-leczniczy – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i 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 Medycznym¹²⁵ 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 pojazdami¹²⁶.

¹²⁴ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. 2017 poz.1056).

¹²⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

¹²⁶ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2019 poz. 341).

PART II. METHODOLOGICAL NOTES

1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The essential results of surveys conducted according to the Programme of Statistical Surveys of Official Statistics serve as the basic source of information presented in the publication. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries (Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration)¹²⁷. The results are supplemented by administrative data and other information provided by the entities acting in the field of health care.

The following entities are surveyed through the regular reports: health resort facilities, sanatoria (questionnaire ZD-2), outpatient health care units (ZD-3), emergency medical service and first aid units (ZD-4), pharmacies and pharmaceutical outlets (ZD-5). Data on the medical staff working in stationary social welfare and in day nurseries and children's clubs come subsequently from PS-03 and OD-1 reports, and data on graduates of medical schools comes from report S-10.

The surveys on health care cover the above mentioned units operating on the territory of the country, irrespective of the form of financing and irrespective of the organisational subordination of the entity providing these services (i.e. the Ministry of Health, the Ministry of Defence, local self-government entities – voivodships, powiats or gminas, as well as community organizations, churches, religious associations and medical practices providing services financed from public funds, etc.).

In the survey of health resort treatment and inpatient medical rehabilitation facilities (ZD-2) information on number of establishments, beds, as well as inpatients by sex and age are obtained. In terms of inpatients are collected data about number of people subsidized by the National Health Fund, ZUS and KRUS, full-fee patients (including foreigners), as well as persons who received funding from PFRON. Data on number and types of natural healing services performed in health resort facilities are also obtained.

In the survey on outpatient treatment (ZD-3) information about the number of out – patients' departments, medical practices and consultations given by doctors and dentists in out – patients' departments and also in the framework of the medical practices are collected. Reporting includes primary and specialized outpatient health care, both in urban and rural areas. Data on the number of consultations are collected taking into account gender and age of the patients.

The survey on first aid and emergency medical service (questionnaire ZD-4) gathers the data on, i.a. the number of units within the system that are included in plans of voivodship provincial governors together with data on the hospital emergency wards and emergency rescue teams together with the medical personnel employed, interventions in the occurrence places of emergency situations, and persons who were provided with health services at the place of occurrence. The survey covers also the number of services provided to outpatients in admission rooms and in hospital emergency wards as well as the in-patient activity of hospital emergency wards. The scope of information has been extended by data obtained from voivodes, based on the voivodship programs of the system operation.

ZD-5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets. The survey covers the information on the type of the establishment, scope of services rendered (mail order services, services available at nights, preparation of prescription medicines, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel).

The data on the incidence of selected diseases presented in this report has been derived from the reports and registers of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information: MZ-14 (venereal diseases), MZ-15 (mental disorders and behavioural disorders, addiction

¹²⁷ 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.

to alcohol and drugs), MZ-56 (infectious diseases) and data from the National Cancer Registry and the National Tuberculosis Registry.

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

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

The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2018, developed on the basis of the MZ-30 form by the Institute of Psychiatry and Neurology, served as the source of data on psychiatric in-patient facilities.

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

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Family, Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use SP (Year's results of the survey of companies) and SP-3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of Households budgets survey as well as module survey Health care in households in 2016.

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

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – unless otherwise stated – include not only health care units subordinated to the Ministry of Health but also health care units subordinated to the Ministry of National Defence, the Ministry of the Interior and Administration; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care can't be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook (before 2012), however, data presented in this publication still do not include information on prison health care (exception Tabl.9 I tabular annex) .

The numbers describing the health care system resources are given as of 31 December, 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 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., people cured) – as of 30 June.

Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision than that presented in the tables. Minor discrepancies in adding up the data on the „total” (in the analytical section and in annex table) result from automatic rounding.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in the Act on Health Care Activities¹²⁸.

The 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. The Act on Health Care Activities introduced simultaneously, unlike the Act on health care facilities, a division of all entities engaged in medical activities into two categories, namely medical entities and professional practices.

Medical entities – in accordance with the Act include:

- entrepreneurs within the meaning of the Act on Freedom of Economic Activity,
- independent public health care providers,
- budget units comprising in their organizational structure out-patient clinics, out-patient clinics with infirmaries or primary care physician,
- research institutes,
- foundations and associations which statutory purpose is to perform tasks in the field of health care and which statute allows health care activities,
- churches, church legal persons and religious associations – to the extent to which these entities perform health care activities.

In turn, the professional practices include:

- professional practice performed by doctors,
- professional practice performed by nurses.

The most significant changes introduced by the Act on Health Care Activities, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity. In addition, the Act 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 Activity¹²⁹ came into force, replacing the notion of a „medical enterprise” with the term „medical facility”. 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 registered¹³⁰ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV,V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine / dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

During creation of frame to ZD-2 ZD-3 surveys there was also used data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the study ZD-4 – data from information systems voivodship governors of emergency medical services (as of 31 December 2018).

¹²⁸ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2018 item 2190).

¹²⁹ Act of 10 June 2016 amending the Act on Health Care Activities (Journal of Laws 2016, item.960).

¹³⁰ As of 31 December 2016.

Data regarding incidence of diseases are presented according to the Law of 5 December 2008 on the Prevention and Control of Infections and Communicable Diseases in Man (Journal of Laws 2019 item 1239)

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

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

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

The ambulatory health care includes consultations provided by physicians and dentists: - provided within the primary health care include consultations provided by GP (General Practitioners) and by primary care physician, - treated as specialist include consultations provided by physicians specialized in a given area of medicine and by dentists. The ZD-3 form also includes information on holiday and nighttime medical services¹³¹. By 30/09/2017 advice was reported in Primary Health Care (POZ), and from 01/10/2017 were separated in a section „ holiday and nighttime medical services „ and include advice including those provided under sub-contract with the hospital to perform these tips.

The ZD-5 survey covers three types of establishments:: generally available pharmacies, pharmaceutical outlets, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act¹³² came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

Information kept by the provincial pharmaceutical inspectorates - specifically the records of pharmacies - was used to create a list of pharmacies and pharmaceutical outlets surveyed in ZD-5 (as at 31 December 2019).

The various types of facilities for the disabled, mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation¹³³.

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

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

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in it wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

¹³¹ Act of 25 May 2017 amending the act on health care services financed from public funds and certain other acts (Journal of Laws 2017 item 1200) and Regulation of the Minister of Health of June 28, 2017 amending the regulation on guaranteed services in the field of basic health care (OJ 2017, item 1300).

¹³² Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2020 item 944).

¹³³ The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2019 item 1065).

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) specialised hospitals (HP.1.3) and other inpatient entities i.a. health resort hospitals, sanatoria, inpatient rehabilitation facilities as well as prison hospitals. According to definitions of OECD/Eurostat – hospital beds are all hospital beds which are regularly maintained and staffed and immediately available for the care of admitted patients. Since 2008 beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health in 2008.

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

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

Due to legal changes (the Law on Medical Activities) affecting the method of isolating and registration of facilities including hospitals) data on the number of hospitals is not comparable with data from previous years. Health care facilities (organizational units) which were treated as a hospital branches until 2011, according to re-registration in the Register of the Entities Performing Medical Activities 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 number of hospital beds does not include day-places. The daily activities of hospitals is presented separately in the two tables (Tabl. 16 and 17) together with the day-care activities of one day hospitals..

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the author of the survey (the Ministry of Health) on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII) in accordance with the Regulation¹³⁴ of the Minister of Health. In accordance with the amendment to this regulation, in the data for 2017, palliative and hospice care departments were distinguished and the name of the grouping of detoxification wards have been changed on addiction treatment wards.

Data on the number of wards concerns wards which reported inpatient activity (report MZ-29) and were registered in the register (RPWDL).

Inpatients without a patient flow between hospital wards means inpatients entered in the main hospital register. A person who were admitted in hospital more than once during the year, each time was counted independently (number of patient's hospitalizations).

Health resort treatment operates on the basis of the the Law on Health Care Activities¹³⁵, as well as the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas.¹³⁶

¹³⁴ Regulation of 17 May 2012 of the Minister of Health on the system of departmental identification codes and a detailed method of their issuing (uniform text Journal of Laws 2019 item 173).

¹³⁵ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2018 item 2190).

¹³⁶ 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 2017 item 1056).

Inpatient rehabilitation facilities examined in the ZD-2 study are institutions which were registered using a code of specialty (7400) and also registered beds and conduct inpatients activity.

Pursuant to the Act¹³⁷ on the State Emergency Medical, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams, with whom contracts for the provision of healthcare services were concluded.

Trauma centers and organizational units of hospitals specialized in the provision of emergency health services cooperate with the state Emergency Medical System.

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence. The location of health service provided means the location of examined facilities which is in some case different from the location of the "parent facility".

In 2018, the National Medical Rescue Command System (SWD PRM) operated throughout the country. It is an IT system enabling the accepting emergency calls and event notifications from emergency numbers (112, 999), dispatching emergency medical teams (ZRM), recording medical events, presentation of the geographical location of an emergency event and positioning of ZRM. In the country, the system maintenance and service is provided by the minister for public administration, while in the voivodship - by the voivode. SWD PRM allows generating multi-sectional statistics and analyzes regarding the time of arrival of emergency teams to the occurrence place. 2018 was the first period in which medical dispatchers kept statistical documentation in electronic form. Therefore, compilation of data on the characteristics of ZRM interventions for the entire 2018 did not pose any major problems for voivodship offices compared to 2017. As a result, the data presented in this publication about the time of arrival at the occurrence place, the number of justified calls or not, aren't longer of a rough estimates, as it was in the previous year and are much more precise

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

A System of Health Accounts (SHA) 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 SHA 2011. The methodology was created by IHAT (International Health Accounts Team) consisting of representatives of the OECD, Eurostat and the WHO.

According to SHA 2011, the amount of expenditure included in the National Health Account refers to current expenditure and therefore does not include capital expenditure, which includes, for example, investment expenditure, research and development, education of health professionals.

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) and Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS).

137 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws of 2019, item 993).

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

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 the health accounts for 2015-2017 a thorough change was introduced in reporting on public expenditure, in category HF.1.2 „Compulsory contributory health insurance schemes” and they were introduced in accordance with the suggestions of the International Health Accounts Team (IHAT). It should be born in mind that health care systems around the world are evolving and subject to new methods of organization and changes of complex financing schemes. Therefore it requires SHA systematic adaptation to these changes which is internationally supervised by IHAT.

Note: translation of hospital wards:

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

3. BASIC DEFINITIONS

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act¹³⁸.

Average number of beds – the total number of beds as of the end of each month, divided by 12, i.e. by the total number of months in the year.

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

Bed-days – total number of days of patient stay in a facility (beds effectively occupied) within the reporting period. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility.

Blood donation – 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 Service .

¹³⁸ The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

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

A dentist (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area¹³⁹.

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 Act¹⁴⁰, and the regulation¹⁴¹.

Emergency rescue teams, pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services¹⁴², 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 drivers¹⁴³.

Health care services are measures to maintain, save, restore and improve health and other medical interventions resulting from the treatment process and under separate provisions governing the rules of their exercise. These services include:

- doctor's examination and consultation,
- treatment,
- psychological examination and therapy,
- medical rehabilitation,
- care for women during pregnancy, childbirth and puerperium as well as for the foetus and the newborn child,
- care for healthy children,
- diagnostic tests including medical analytics,
- nursing services,
- care for the disabled,
- palliative and hospice care,
- adjudication and evaluation of health status,
- prevention of injuries and diseases through preventive measures and vaccination,
- technical activities in the field of prosthetics and orthodontics,
- activities in the field of orthopedic supplies and resources accordance with the law.

Health care services may be rendered by health care facilities, by natural persons performing medical professions, or by a group practice of doctors, nurses and midwives.

Health resort facilities – a health care facility or organizational unit cell performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical activity. Health

¹³⁹ as above.

¹⁴⁰ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2019 item 537).

¹⁴¹ Regulation of the Minister of Health of 8 December 2011 r. on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws item 1627).

¹⁴² The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

¹⁴³ The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws 2016, item. 627, with subsequent amendments).

resort facilities operates in the area of the health resort (spa), has been created in order to provide health benefits in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law¹⁴⁴ health resort facilities are health resort hospitals (also for children) and health resort sanatoriums (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as health resort sanatoriums in equipped underground mining.

Hospice – health care institution providing multidisciplinary medical, psychological and social care over ill persons, in terminal stage of illness (mainly due to cancer), as well as care over the families of these ill persons.

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

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

A hospital emergency ward – a hospital ward, which provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the vital signs of persons in crisis situation. This ward may have medical rescue teams in its structure¹⁴⁵.

Hospital services – is carried out round the clock comprehensive health benefits involving the diagnosis, treatment, care and rehabilitation, which can't be implemented under other fixed and twenty-four hour ambulatory health care services or health services, hospital services are the benefits provided with the intention of terminating their provision in period not exceeding 24 hours. Hospitals are divided into: general hospitals, psychiatric hospitals, hospitals health resort. **The medical air rescue team** consists of at least three people, including at least one professional pilot, one system doctor, and one rescue worker or a system nurse.

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

Natural healing services in health resort facilities and in inpatient rehabilitation facilities:

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

cryotherapy – a therapy consisting of the exposure of the whole body to extremely low temperatures for a short time,

electrotherapy – a therapy consisting of the application of various healing currents. This includes such treatments as galvanisation, iontophoresis, interference currents, or diadynamic currents,

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

inhalations – the application of medicines and natural substances directly to the respiratory system (to the upper respiratory tract and to the bronchia), using specific devices which produce aerosols with various degrees of dispersion. The inhalations may be individual or organised in groups,

light therapy – a light-based treatment method using e.g. lamps, generating mainly infra-red light (sollux) or ultra-violet light (quartz lamps), or the combined light of both radiation types,

¹⁴⁴ 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 2017 item 1056).

¹⁴⁵ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

kinesiotherapy – a treatment method involving exercise, such as healing gymnastics, both local and general. Local kinesiotherapy refers directly to the compromised organ, while general kinesiotherapy consists of exercising the non-compromised parts of the body,

mineral baths – healing baths prepared in tubs or pools filled with healing water, with the addition of various types of brine, accompanied by simultaneous physical exercises;

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

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

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

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 services¹⁴⁶.

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.

The occupancy rate (in days) – the number of bed-days divided by the average number of beds.

The occupancy rate (in percent) – the number of bed-days divided by the average number of beds available and the results (in days) divided by 365 days and multiplied by 100.

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 Act¹⁴⁷, employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

Occupational medicine service organizational units – entities, excluding nurses and midwives (as defined by the provisions of separate regulations), which deliver preventive occupational health care as a part of their curative activities. Such entities constitute basic occupational medicine service units and voivodship occupational medicine service centres. Occupational medicine service organizational units are defined in art. 2, paragraph 2 of the OMS Act¹⁴⁸.

Organisational units of public blood service, conducted in the form of an independent public health care institution, whose purpose is to conduct activities in the field of blood donation and blood therapy. Their tasks include the collection, preparation and dispensing of blood and its components to medicinal entities, as well as the supply of blood products, recombinant coagulation factor concentrates, desmopressin and other medicinal products.¹⁴⁹

146 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, uniform text Journal of Laws of 2019 item 576.

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

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

149 The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 (uniform text Journal of Laws of 2020 item 1777).

Out-patient department – health centres, clinics, ambulatory departments and infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories which provide primary health care or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation.

Out-patient health care – according to the Act¹⁵⁰ – 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 residence¹⁵¹.

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.

Pharmacy – an establishment within health care system, where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services.

Pharmaceutical outlets – generally available points of retail turnover for medicinal products. Pharmacy points created after the date of entry into force of the Act may be located only in rural areas, if there is no generally available pharmacy.¹⁵²

Professional registers – registers of persons with the right to perform medical profession: Central Register of Physicians of Poland, the Central Register of Nurses and Midwives, Pharmacists Register, a list of laboratory diagnosticians.

A physician – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular of examining health state, diagnosing diseases and preventing them, treatment and rehabilitation of the sick, providing consultations, as well as issuing medical statements and opinions. The profession of doctor can be practised according to various legal forms¹⁵³.

The place of occurrence (in accordance with the Act¹⁵⁴ is the place of occurrence of a situation posing an immediate health risk, and its area of impact.

Persons performing **medical professions** are persons who hold the right, in accordance with separate provisions, to provide health services, as well as persons who hold relevant documents confirming professional qualifications to provide medical services in a specified scope, or in a given branch of medicine.

Primary health care – preventive, diagnostic, treatment, rehabilitation, and nursing services in the scope of general medicine, GP, and paediatrics, provided within the framework of outpatient health care¹⁵⁵.

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 care¹⁵⁶.

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

150 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2019 item 1373).

151 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities, (uniform text Journal of Laws 2019 item 2190).

152 Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2020 item 944).

153 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist (uniform text Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments).

154 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

155 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, (uniform text Journal of Laws of 2008, No. 164, item 1027, with subsequent amendments).

156 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2018 item 2190)

the register deletes the practice from the register if the doctor submits a statement on the cessation of the activity covered by the entry. The register is a part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the Act on Health Care Activities.

The register of nurses and midwives practices is run by the by the Regional Medical Chamber of nurses and midwives appropriate to the place of practice. The register is part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the Act on Health Care Activities.

Specialised out-patient services financed from public funds¹⁵⁷ are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required:

– for services provided by:

- gynaecologists and obstetricians,
- dentists,
- venereologists,
- oncologists,
- psychiatrists,

– for the following groups of people:

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

Health care services are provided without referral to a health insurance doctor in the following cases:

1. Beneficiaries falling within the scope of transitional provisions of art. 17 of the Act of 22 July 2014 amending the act on health care services financed from public funds and some other acts (entered into waiting lists in the scope of services provided by an ophthalmologist and dermatologist before the end of 2014),
2. Beneficiaries who have the right to oncological diagnosis based on the diagnostic and oncological treatment card results from the provisions of art. 32a paragraph 1 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds with d. Beneficiary with whom the doctor referred to in art. 55 sec. 2a above of the Act, found suspicion of a malignant tumor, has the right to oncological diagnosis based on the diagnostic card and oncological treatment, without referral referred to in art. 32. A beneficiary who:

- as a result of oncological diagnosis a malignant tumor was found,
- a physician providing outpatient specialist services or hospital services has identified a malignant tumor - he has the right to oncological treatment based on a diagnostic and oncological treatment card, without referral, referred to in art. 57 par. 1 or art. 58 above Act.

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

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

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

¹⁵⁷ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2019 item 1373).

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.