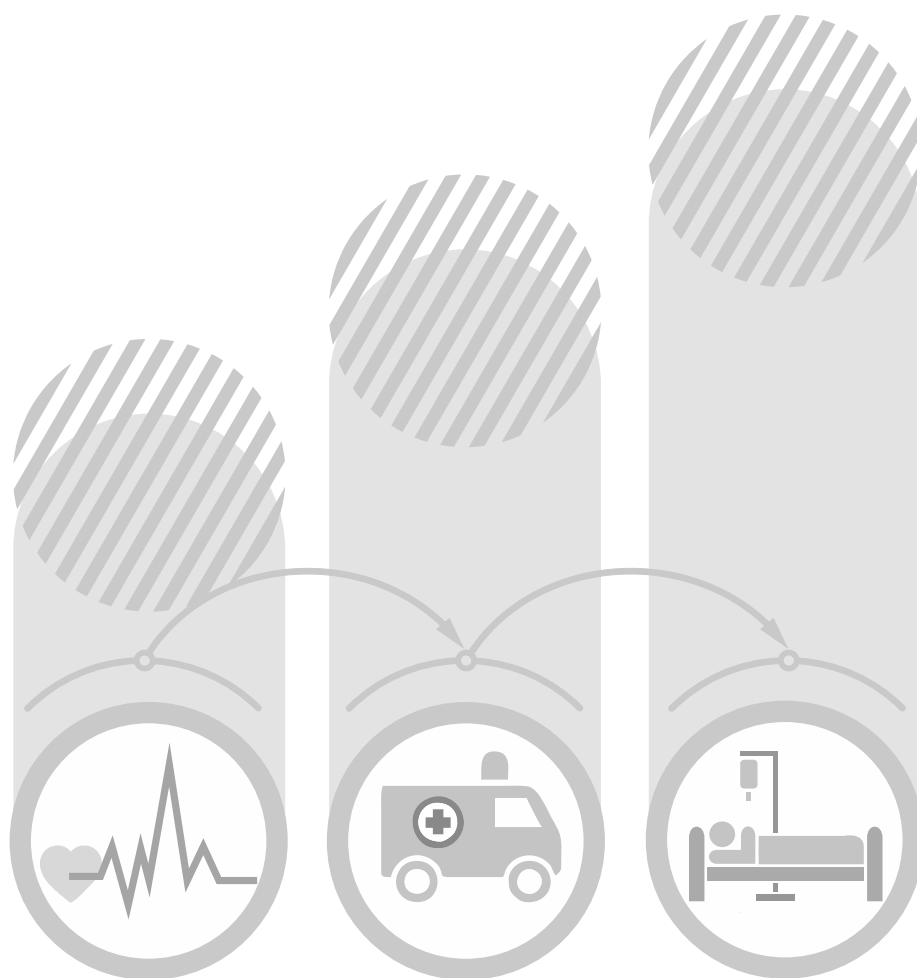


Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.

Health and health care in 2020



Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.

Health and health care in 2020

Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland

Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków

Warszawa, Kraków 2021

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

Główny Urząd Statystyczny, Departament Badań Społecznych
Statistics Poland, Social Surveys Department

Urząd Statystyczny w Krakowie, Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Statistical Office in Krakow, Centre for Health and Health Care Statistics

pod kierunkiem
supervised by
Piotr Łysoń

Zespół autorski

Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia
Health Statistics Division

Agata Czekalska (rozdziały: 1.1, 1.2), Natalia Koehne (rozdziały: 2.5, 2.6), Michał Koziński (rozdziały: 3.1, 3.2), Krzysztof Nyczaj (rozdziały: 2.4, 4.1, 4.2), Izabela Wilkińska (rozdziały: 2.1, 2.3, 2.7), Małgorzata Żyra (rozdział: 2.1), Marzena Żytecka-Karolak (rozdział: 2.2)

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
Centre for Health and Health Care Statistics

Maria Penpeska (rozdział: 4.3), Sylwia Duda (aneks tabelaryczny)

Instytut Medycyny Pracy

Institute of Occupational Medicine

dr hab. n. med. i n. o zdr. Andrzej Marcinkiewicz (rozdział: 2.7)

Prace redakcyjne

Editorial works

Departament Badań Społecznych
Social Surveys Department

Agata Czekalska, Agnieszka Dobrzyńska, Natalia Koehne, Michał Koziński, Krzysztof Nyczaj, Izabela Wilkińska, Szymon Wozniak, Małgorzata Żyra, Marzena Żytecka-Karolak

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Anna Drewnik, Beata Lipińska

ISSN 2084-0470

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publication available on website

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/>

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. 338/2021

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 analitycznej i metodologicznej oraz aneksu tabelarycznego (tylko w wersji elektronicznej).

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 analityczny wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami.

Uwagi metodologiczne obejmują, oprócz podstawowych wyjaśnień metodycznych, informacje o źródłach danych oraz określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej, będącej głównym źródłem prezentowanych danych.

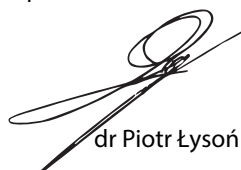
W części tabelarycznej (wyłącznie w wersji elektronicznej) zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, informacje o liczbie i działalności placówek ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych, a także wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla lat 2017, 2018 i 2019 oraz wstępne szacunki dla roku 2020. Zaprezentowano także informacje Ministerstwa Zdrowia o nakładach na ochronę zdrowia wg metodologii ujętej w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285).

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 PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (zachorowania), Instytutu Psychiatrii i Neurologii (zakłady psychiatryczne oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, Narodowego Centrum Krwi (krwiodawstwo), Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera, danych pozyskanych od wojewodów (ratownictwo medyczne) i Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS – stan zdrowia mieszkańców Polski).

Na stronie internetowej <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> znajdują się liczne inne opracowania dotyczące zdrowia i ochrony zdrowia.

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce w latach 2018–2020, a więc w okresie sprzed pandemii COVID-19 oraz na początku jej trwania. 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.

Dyrektor
Departamentu Badań Społecznych



dr Piotr Łysoń

Dyrektor Urzędu
Statystycznego w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Warszawa, grudzień 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: analytical, methodological part and tabular appendix (in digital version).

The analysis presented contains a description of 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 publication is supplemented by numerous maps and charts.

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 presented data.

The tabular section (digital version only) contains the basic data about the health of the Polish population, data on medical workers, information about the number and activity of outpatient and inpatient medical care centers, blood donation, medical rescue and first aid, pharmacies and pharmaceutical outlets as well as results of the National Health Account developed for 2017, 2018 and 2019 and preliminary estimates for 2020. The information of the Ministry of Health on health care expenditures according to the methodology included in the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2021 item 1285).

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 NIH - National Research Institute (incidences of diseases), Institute of Psychiatry and Neurology (psychiatric care institutions and mental disorders), the Maria Skłodowska-Curie National Institute of Oncology, National Blood Centre (blood donations), Nofer Institute of Occupational Medicine, on data obtained from voivodes (medical rescue) and European Health Interview Survey (EHIS – Health status of population in Poland).

A wider range of information concerning health and health care studies is available on website of Statistics Poland – <https://stat.gov.pl/en/topics/health/>

We hope this publication will be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland in 2018–2020, in time span before outbreak of COVID-19 pandemic and it's initial duration. Therefore it is the description and analysis serving as a good reference for further research on the impact of COVID-19 pandemic on health and health care in Poland and in the years to come.

Director
of the Social Survey Department



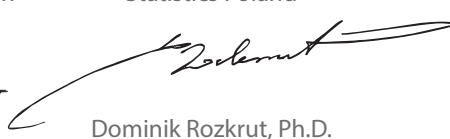
Piotr Łysoń, Ph.D.

Director
of the Statistical Office in Krakow



Agnieszka Szlubowska

President
Statistics Poland



Dominik Rozkrut, Ph.D.

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Spis tablic	7
List of tables	7
Spis wykresów	9
List of charts	9
Spis map	15
List of maps	15
Objaśnienia znaków umownych. Ważniejsze skróty	18
Symbols. Main abbreviations	18
Synteza	21
Executive summary	26
CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ	31
PART I. RESULTS OF SURVEYS	31
1. Stan zdrowia	31
1. Health status	31
1.1 Zachorowalność na wybrane choroby	27
1.1 Incidence of selected diseases	27
1.2 Wybrane zagadnienia z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (2019)	41
1.2 Selected issues of European Health Interview Survey (2019)	41
2. Opieka zdrowotna	49
2. Health care	49
2.1 Kadra medyczna	49
2.1 Medical personnel	49
2.2 Stacjonarna opieka zdrowotna	61
2.2 In-patient health care	61
2.3 Ambulatoryjna opieka zdrowotna	106
2.3 Out-patient health care	106
2.4 Ratownictwo medyczne	116
2.4 Emergency medical services	116
2.5 Apteki	131
2.5 Pharmacies	131
2.6 Krwiodawstwo	135
2.6 Blood donation	135
2.7 Służba medycyny pracy	140
2.7 Occupational medicine	140
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	145
3. Economic aspects of health care	145
3.1 Narodowy Rachunek Zdrowia	145
3.1 National Health Accounts	145
3.2 Nakłady publiczne na ochronę zdrowia	150
3.2 Public expenditure on health care	150
4. Wybrane problemy	155
4. Selected problems	155

4.1 Wymiar terytorialny pandemii COVID-19	155
4.1 The territorial dimension of the COVID-19 pandemic	155
4.2 Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych	159
4.2 Measurement of access to public hospital services	159
4.3 Statystyka zachorowalności	169
4.3 Morbidity statistics	169
CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE	177
PART II. METHODOLOGICAL NOTES	195
1. Źródła danych statystycznych	177
1. Sources of statistical data	195
2. Podstawowe wyjaśnienia metodyczne	179
2. Basic methodological explanations	196
3. Podstawowe definicje	186
3. Basic definitions	204

Spis tablic

List of tables

Tablica 1.	Najczęściej występujące choroby zakaźne w 2020 r. w porównaniu z 2019 rokiem na 100 tys. ludności	32
Table 1.	The most common infectious diseases in 2020 compared to 2019 per 100 thousand population	32
Tablica 2.	Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2018 r. w porównaniu z 2017 rokiem na 100 tys. ludności	35
Table 2.	The most common malignant neoplasms in 2018 compared to 2017 per 100 thousand population	35
Tablica 3.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w 2019 r. – szczegółowe diagnozy	38
Table 3.	Mental and behavioral disorders (in details) in 2019	38
Tablica 4.	Zachorowania na niektóre choroby w 2020 r. w podziale na województwa	40
Table 4.	Incidence of selected diseases in 2020 by voivodships	40
Tablica 5.	Ludność oceniająca swój stan zdrowia dobrze lub bardzo dobrze oraz źle lub bardzo źle w 2019 roku w podziale na województwa	43
Table 5.	Population assessing their health condition as good or very good and bad or very bad in 2019 by voivodships	43
Tablica 6.	Odsetki wskazań 5-ciu najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych w 2019 r. w podziale na województwa	45
Table 6.	Percentages of indications of 5 the most common diseases and chronic ailments in adults in 2019 by voivodships	45
Tablica 7.	Odsetki osób z niepełnosprawnością w Polsce: prawną lub biologiczną w 2019 r. w podziale na województwa	47
Table 7.	Percentage of people with disabilities in Poland: legal and biological in 2019 by voivodships	47
Tablica 8.	Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego (stan w dniu 31 grudnia)	50
Table 8.	Persons entitled to practice medical profession (as of 31 December)	50
Tablica 9.	Pracownicy medyczni (stan w dniu 31 grudnia)	60
Table 9.	Medical personnel (as of 31 December)	60
Tablica 10.	Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)	91
Table 10.	Dynamics of health resort beds in health resort facilities (as of 31 December)	91
Tablica 11.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym	92
Table 11.	Dynamics of health resort patients (inpatient and out-patients)	92
Tablica 12.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym	93
Table 12.	Dynamics of health resort polish and foreign inpatients	93
Tablica 13.	Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska (stan w dniu 31 grudnia)	103
Table 13.	Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located (as of 31 December)	103
Tablica 14.	Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2020 r.	110
Table 14.	The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2020	110

Tablica 15.	Apteki i punkty apteczne	135
Table 15.	Pharmacies and pharmaceutical outlets	135
Tablica 16.	Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi	139
Table 16.	Blood donors, collected blood and prepared blood components	139
Tablica 17.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB w latach 2018–2020	146
Table 17.	Current expenditure on health care and its share in GDP in 2018–2020	146
Tablica 18.	Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N i N–2, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) w latach 2019–2020	151
Table 18.	Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N and N–2, according to the provisions of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2021 item 1285) in 2019–2020	151
Tablica 19.	Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy	151
Table 19.	Structure of expenditure on health care by categories according to the Act	151
Tablica 20.	Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności 2018	170
Table 20.	Shortlist of Morbidity Indicators 2018	170
Tablica 21.	Surowe współczynniki zachorowalności i chorobowości na 10 tys. ludności według płci w 2016 r.	174
Table 21.	Crude rates of incidence and prevalence per 10 thousand population in 2016	174

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1.	Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2018 roku (w odsetkach)	34
Chart 1.	The most common malignant neoplasms in 2018 (in percentage)	34
Wykres 2.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2018 roku w podziale na grupy wieku (w odsetkach)	37
Chart 2.	Incidence of malignant neoplasms in 2018 by age group (in percentage)	37
Wykres 3.	Grupy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ogółem (w odsetkach)	37
Chart 3.	Groups of mental and behavioral disorders in total (in percentage)	37
Wykres 4.	Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe na 100 tys. ludności	39
Chart 4.	Incidence of neurotic disorders per 100 thousand population	39
Wykres 5.	Ludność oceniająca swój stan zdrowia dobrze lub bardzo dobrze oraz źle lub bardzo źle (2019 i 2014)	42
Chart 5.	Population assessing their health condition as good or very good and bad or very bad (2019 and 2014)	42
Wykres 6.	Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych (2019 i 2014)	44
Chart 6.	Percentages of indications of the most common diseases and chronic ailments in adults (2019 and 2014)	44
Wykres 7.	Odsetki osób z niepełnosprawnością w Polsce: prawną lub biologiczną (2019 i 2014 rok)	46
Chart 7.	Percentage of people with disabilities in Poland: legal and biological (2019 and 2014)	46
Wykres 8.	Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej	50
Chart 8.	Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife	50
Wykres 9.	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	51
Chart 9.	Doctors entitled to perform their profession by age	51
Wykres 10.	Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	51
Chart 10.	Dentists entitled to perform their profession by age	51
Wykres 11.	Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	52
Chart 11.	Nurses entitled to perform their profession by age	52
Wykres 12.	Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	53
Chart 12.	Midwives entitled to perform their profession by age	53
Wykres 13.	Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce	53
Chart 13.	Graduates of selected medical faculties at universities in Poland	53
Wykres 14.	Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw ...	55
Chart 14.	Doctors and nurses working with patients at 10 thousand of the population by voivodships	55
Wykres 15.	Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2020 (na 10 tys. ludności)	56
Chart 15.	Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2020 (per 10 thousand of the population)	56
Wykres 16.	Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych	57
Chart 16.	The education level of nurses, midwives	57

Wykres 17.	Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010–2020	57
Chart 17.	The level of education of paramedics in 2010–2020	57
Wykres 18.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawod	58
Chart 18.	Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	58
Wykres 19.	Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców	58
Chart 19.	Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population	58
Wykres 20.	Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	59
Chart 20.	Doctors working directly with the patient including the number of female	59
Wykres 21.	Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	60
Chart 21.	Dentists working directly with the patient the number of female	60
Wykres 22.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	61
Chart 22.	Pharmacists working directly with the patient including the number of female	61
Wykres 23.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych według województw	64
Chart 23.	Inpatients in general hospitals by voivodships	64
Wykres 24.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw	65
Chart 24.	Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodships	65
Wykres 25.	Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach ogólnych (stacjonarnych i dziennych) według województw	66
Chart 25.	Day care patients in general hospitals by voivodships	66
Wykres 26.	Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych (stan w dniu 31 grudnia)	68
Chart 26.	Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals (as of 31 December)	68
Wykres 27.	Łóżka przeznaczone na leczenie pacjentów COVID–19 wolne i zajęte w ogólnej liczbie łóżek w szpitalach w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	69
Chart 27.	Beds for COVID–19 inpatients, occupied and unoccupied, in total number of beds in hospitals by voivodships in 2020 (as of 31 December)	69
Wykres 28.	Respiratory dla pacjentów COVID–19 w ogólnej liczbie respiratorów w szpitalach ogólnych według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	70
Chart 28.	Respirators for COVID–19 inpatients in total number of respirators in general hospitals in 2020 by voivodships in 2020 (as of 31 December)	70
Wykres 29.	Pacjenci leczeni stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych	71
Chart 29.	Number of inpatients in wards of general hospitals	71
Wykres 30.	Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2020 r.	73
Chart 30.	Beds and number of impatiens per one bed in wards of general hospitals in 2020	73
Wykres 31.	Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych	75
Chart 31.	Average patient stay in hospital wards by types of wards	75
Wykres 32.	Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw	76
Chart 32.	Average patient stay in hospital wards by voivodships	76
Wykres 33.	Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw (w %)	78
Chart 33.	Usage of beds in general hospitals by voivodships (in %)	78
Wykres 34.	Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci w całodobowych zakładach opieki psychiatrycznej (w ciągu roku) w 2020 r.	79
Chart 34.	Beds (as of 31 December) and inpatients of psychiatric inpatient facilities (during the year) in 2020	79

Wykres 35.	Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	81
Chart 35.	Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards in 2020 (as of 31 December)	81
Wykres 36.	Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej według płci i grup wieku w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	82
Chart 36.	Patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards by sex and age groups in 2020 (as of 31 December)	82
Wykres 37.	Struktura pacjentów i łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	82
Chart 37.	Structure of residents and beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility in 2020 (as of 31 December)	82
Wykres 38.	Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (stan w dniu 31 grudnia)	85
Chart 38.	Beds in chronic medical care homes and nursing homes (as of 31 December)	85
Wykres 39.	Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (w ciągu roku)	85
Chart 39.	Residents in chronic medical care homes and nursing homes (during the year)	85
Wykres 40.	Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci hospicjów	88
Chart 40.	Beds (as of 31 December) and patients in hospices	88
Wykres 41.	Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)	90
Chart 41.	Health resort facilities (as of 31 December)	90
Wykres 42.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia)	90
Chart 42.	Beds in health resort facilities by type of the facility (as of 31 December)	90
Wykres 43.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego	92
Chart 43.	Inpatients in health resort facilities	92
Wykres 44.	Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	92
Chart 44.	Percentage of foreigners in inpatients of health resort facilities	92
Wykres 45.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci	93
Chart 45.	Patients of health resort facilities by sex	93
Wykres 46.	Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według grup wieku w 2020 r.	95
Chart 46.	Average stay of inpatients in health resort facilities by age structure in 2020	95
Wykres 47.	Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2020 r.	96
Chart 47.	Health resort inpatients by type of financing in 2020	96
Wykres 48.	Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2020 r.	97
Chart 48.	Self-pay inpatients in health resort facilities in 2020	97
Wykres 49.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2020 r.	97
Chart 49.	Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2020	97
Wykres 50.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2020 r.	98
Chart 50.	Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2020	98

Wykres 51.	Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	99
Chart 51.	Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)	99
Wykres 52.	Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	99
Chart 52.	Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)	99
Wykres 53.	Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	100
Chart 53.	Beds in health resort sanatoriums in 2020 (as of 31 December)	100
Wykres 54.	Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2020 r.	101
Chart 54.	Average stay of inpatients in sanatoria by age structure in 2020	101
Wykres 55.	Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	101
Chart 55.	Beds in health resort hospital in 2020 (as of 31 December)	101
Wykres 56.	Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według grup wieku w 2020 r.	102
Chart 56.	Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2020	102
Wykres 57.	Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej	105
Chart 57.	Average length of stay in inpatient health care facilities	105
Wykres 58.	Przychodnie	106
Chart 58.	Out-patient departments	106
Wykres 59.	Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych	107
Chart 59.	Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources	107
Wykres 60.	Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych	107
Chart 60.	Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources	107
Wykres 61.	Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad	108
Chart 61.	Structure of out-patient health care consultations	108
Wykres 62.	Przychodnie i udzielone w nich porady	109
Chart 62.	Out-patient departments and doctors'consultation	109
Wykres 63.	Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady	109
Chart 63.	Medical Practices and doctors' consultations	109
Wykres 64.	Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2020 r.	111
Chart 64.	Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2020	111
Wykres 65.	Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r.	112
Chart 65.	Teleconsultations in ambulatory health care in 2020	112
Wykres 66.	Porady i teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r. według województw	113
Chart 66.	Consultations and teleconsultations in ambulatory health care in 2020 by voivodships	113
Wykres 67.	Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców w 2020 r.	114
Chart 67.	Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population in 2020	114
Wykres 68.	Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca w 2020 r.	115
Chart 68.	Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita in 2020	115

Wykres 69.	Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2020 r.	118
Chart 69.	Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2020	118
Wykres 70.	Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2018–2020	119
Chart 70.	Medical staff in an emergency rescue teams in 2018–2020	119
Wykres 71.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2020 r.	120
Chart 71.	Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2020	120
Wykres 72.	Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2020 r.	121
Chart 72.	Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2020	121
Wykres 73.	Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw w 2020	122
Chart 73.	Structure of calls to the occurrence places by voivodships in 2020	122
Wykres 74.	Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2018–2020	126
Chart 74.	Health care services in hospital emergency wards and admission rooms in 2018–2020	126
Wykres 75.	Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni	127
Chart 75.	Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics	127
Wykres 76.	Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2020 r.	128
Chart 76.	Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age in 2020	128
Wykres 77.	Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw w latach 2019–2020 (leczeni na SOR)	128
Chart 77.	Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships in 2019 and 2020 (treated at the hospital emergency ward)	128
Wykres 78.	Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw w latach 2019–2020 (łóżka na SOR)	129
Chart 78.	Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships in 2019 and 2020 (beds in a hospital emergency ward)	129
Wykres 79.	Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny	131
Chart 79.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet	131
Wykres 80.	Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi	133
Chart 80.	Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas	133
Wykres 81.	Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2020 r.	134
Chart 81.	Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2020	134
Wykres 82.	Krwiodawcy według płci i wieku w 2020 r.	137
Chart 82.	Blood donors by sex and age in 2020	137
Wykres 83.	Krwiodawcy według województw w 2020 r.	138
Chart 83.	Blood donors by voivodships in 2020	138
Wykres 84.	Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy	140
Chart 84.	Structure of occupational medicine service units	140
Wykres 85.	Struktura lekarzy medycyny pracy według wg kwalifikacji	141
Chart 85.	Structure of occupational physicians by qualification	141

Wykres 86.	Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych w latach 2018–2020	142
Chart 86.	Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examinations in 2018–2020	142
Wykres 87.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według schematów finansowania w 2019 r.	147
Chart 87.	Current expenditure on health care according to financing schemes in 2019.....	147
Wykres 88.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według funkcji w 2019 r.	148
Chart 88.	Current expenditure on health care according to functions in 2019	148
Wykres 89.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców usług zdrowotnych w 2019 r.	149
Chart 89.	Current expenditure on health care according to providers in 2019	149
Wykres 90.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według przychodów schematów finansowania w 2019 r.	150
Chart 90.	Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2019	150
Wykres 91.	Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia według kategorii wynikających z ustawy w 2020 r.	153
Chart 91.	Share in expenditure on health care by categories resulting from the Act in 2020	153
Wykres 92.	Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2020	154
Chart 92.	Increase in health care expenditure in 2014–2020	154
Wykres 93.	Odsetek zgonów z powodu COVID–19 według wieku w 2020 r.	157
Chart 93.	Percentage of COVID–19 deaths by age in 2020	157
Wykres 94.	Liczba pacjentów, którzy skorzystali 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 oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania w latach 2015–2020	167
Chart 94.	Number of 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 or in the powiat's – the place of residences in 2015–2020	167

Spis map

List of maps

Mapa 1.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2018 r. na 100 tys. ludności	36
Map 1.	New cases of malignant neoplasms in 2018 per 100 thousand population	36
Mapa 2.	Szpitala ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	63
Map 2.	General hospitals per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2020 (as of 31 December)	63
Mapa 3.	Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	83
Map 3.	Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2020 (as of 31 December)	83
Mapa 4.	Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2020 r.	84
Map 4.	Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2020 ..	84
Mapa 5.	Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	86
Map 5.	Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice-palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2020 (as of 31 December)	86
Mapa 6.	Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2020 r.	87
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 2020	87
Mapa 7.	Uzdrowiska w Polsce w 2020 r.	89
Map 7.	Health Resort Ara in Poland in 2020	89
Mapa 8.	Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)	91
Map 8.	Location of health resort beds in 2020 (as of 31 December)	91
Mapa 9.	Kuracjusze leczeni stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2020 r.	94
Map 9.	Inpatients by type of health resort facilities in 2020	94
Mapa 10.	Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2020 r.	118
Map 10.	Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2020	118
Mapa 11.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności w 2020 r.....	120
Map 11.	Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2020	120
Mapa 12.	Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia	123
Map 12.	Median time of arrival of emergency rescue of teams to the place of the incidentd	123
Mapa 13.	Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w 2020	124
Map 13.	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 in 2020	124

Mapa 14.	Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć w województwach w 2020 r.	126
Map 14.	Number of hospital emergency wards, admission rooms in voivodships in 2020	126
Mapa 15.	Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2020 r.....	132
Map 15.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2020	132
Mapa 16.	Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2020 r.	135
Map 16.	Blood Donation and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2020	136
Mapa 17.	Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2020 r.	139
Map 17.	Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2020	139
Mapa 18.	Liczba zakażeń COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów	156
Map 18.	The number of infections with COVID-19 per 10 thousand residents by poviats	156
Mapa 19.	Liczba zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów	158
Map 19.	The number of deaths due to COVID-19 per 10 thousand residents by poviats	158
Mapa 20.	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 2020 r.	160
Map 20.	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 2020	160
Mapa 21.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności (osoba) w 2020 r.	162
Map 21.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's – the place of residences, per 1 thousand population (person) in 2020	162
Mapa 22.	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 2020 r.	163
Map 22.	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) in 2020	163
Mapa 23.	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 w 2020 r.	164
Map 23.	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 in 2020	164

Mapa 24.	Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsce zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2020 r.	166
Map 24.	Percentage of patients – residents of powiat who migrated to poviats other than the powiat – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2020	166
Mapa 25.	Spadek/wzrost liczby osób – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenie, w porównaniu do roku 2019	168
Map 25.	Decrease/increase in the number of powiat residents who have benefited from out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service, compared to 2019	168

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
CeZ	Centrum e-Zdrowia E-Health Centre
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
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Ministry of Family 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-PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy National Institute of Public Health NIH – National Research Institute
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

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) 11 marca 2020 roku ogłosiła stan pandemii SARS-CoV-2, wywołującego COVID-19, zespół ostrej niewydolności oddechowej. W Polsce pierwszy przypadek zakażenia koronawirusem wykryto 4 marca 2020 roku. Od tamtego czasu SARS-CoV-2 pojawił się już we wszystkich województwach.

W związku z rozprzestrzenianiem się patogenu w kraju, w dniu 13 marca został ogłoszony stan zagrożenia epidemiologicznego. 20 marca został on odwołany i wprowadzono stan epidemii, który trwa do dzisiaj.

Pandemia COVID-19 jest poważnym wstrząsem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej dlatego postrzegane znaczenie systemu opieki zdrowotnej znacznie wzrosło w wyniku pandemii COVID-19. Jej oddziaływanie jest wielowymiarowe zaś jego skala zmienia się dynamicznie.

Analizy zostały 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 wniosków odnośnie głównych aspektów opieki zdrowotnej w 2020 r.

Stan zdrowia¹

Najczęściej występującymi chorobami zakaźnymi w 2020 roku, dotkniętym pandemią COVID-19 były: grypa, szkarlatyna i salmonelloza.

Zachorowalność na grypę spadła w stosunku do 2019 roku o 4 238 przypadków do 8 241 na 100 tys. ludności. Znacznie rzadziej diagnozowano także szkarlatynę i salmonellozę (spadki odpowiednio o 34 przypadki – do 20 na 100 tys. ludności oraz 10 przypadków do 14 na 100 tys. ludności). W porównaniu z 2019 rokiem spadły wskaźniki zachorowalności dla wszystkich pozostałych analizowanych chorób zakaźnych: gruźlicy, chorób wenerycznych, WZW typu B i C, świnki, wirusowego zapalenia mózgu, różyczki, czerwonki bakteryjnej i bakteryjnych zatruc pokarmowych (spadki o nie więcej niż 7 przypadków, do wartości nie przekraczającej 9 przypadków na 100 tys. ludności, w odniesieniu do danej choroby).

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2019 r., w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się ponad 1,7 mln osób, czyli ponad 4% ludności Polski (4 450 przypadków na 100 tys. ludności w 2019 roku i 4 203 – w 2018 roku). Najczęściej występującym w 2019 roku schorzeniem były zaburzenia nerwicowe, które dotknęły 532 228 osób (1 386 na 100 tys. ludności w 2019 roku i 1 218 – w 2018 roku).

Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. W 2018 roku² zapadło na tę chorobę 163 tys. mieszkańców Polski (425 przypadków na 100 tys. ludności – to więcej o 5 przypadków na 100 tys. ludności niż w 2017 roku). W 2018 roku najczęściej występował nowotwór narządów trawiennych, który zdiagnozowano u co 5-tej osoby dotkniętej chorobą nowotworową. W przypadku zdecydowanej większości typów nowotworów zarejestrowano wzrosty zachorowalności w stosunku do 2017 roku (o nie więcej niż 44 przypadki, do wartości nieprzekraczającej 491 przypadków na 100 tys. ludności, w danej grupie chorób).

Wybrane zagadnienia z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (2019)³

Zgodnie z wynikami badania EHIS⁴, w 2019 roku zdecydowanie przeważały dobre lub bardzo dobre subiektywne oceny stanu zdrowia (66,9%) nad złymi lub bardzo złymi (9,1%). W porównaniu z II turą EHIS z 2014 roku różnice są niewielkie i można przyjąć, że swój stan zdrowia respondenci ocenili podobnie w obu edycjach badania.

¹ Źródła danych: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie. Państwowy Instytut Badawczy, Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc, Instytut Psychiatrii i Neurologii oraz Instytut Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

² Dane z 2018 roku to najbardziej aktualne dane, pochodzące z Narodowego Instytutu Onkologii.

³ Źródło danych: Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (EHIS) 2019 rok.

⁴ W badaniu EHIS, w pierwszej kolejności, w trakcie wywiadu z respondentem, zadawano pytanie o stan jego zdrowia. Jest to ocena subiektywna, dotycząca aktualnej percepcji samopoczucia badanych.

U niemal połowy mieszkańców Polski (49,0%) wystąpiły, w 2019 roku, długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające przynajmniej 6 miesięcy (o 3 p. proc. mniej niż w 2014 roku). W 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi osoby dorosłe (w wieku co najmniej 15 lat) były: wysokie ciśnienie krwi (26,5%) oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców (25,8%).

W badaniu uwzględniono także aspekt niepełnosprawności. Stosuje się kilka definicji tego zagadnienia.

- Niepełnosprawność biologiczna jest subiektywną oceną ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności (niezależnie czy poważnych czy niezbyt poważnych), trwających przynajmniej 6 miesięcy. Zgodnie z powyższą definicją w Polsce odnotowano 22,6% przypadków osób z takim rodzajem niepełnosprawności. W porównaniu z badaniem w 2014 roku odsetek ten wzrósł o ponad 2 p. proc. Osoby, które miały niezbyt poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności stanowiły 16,3% populacji; 6,4% – to osoby, posiadające poważne ograniczenia.
- Definicja statystyczna uwzględnia osoby niesprawne biologicznie, wyłącznie w stopniu poważnym, a także osoby niepełnosprawne prawnie (posiadające orzeczenie o niepełnosprawności). Przyjmując tę definicję 13,0% mieszkańców Polski należało do grupy osób z niepełnosprawnością, 10,4% miało orzeczenie o niepełnosprawności, a 2,6% deklarowało występowanie poważnych ograniczeń w wykonywaniu zwykłych czynności mimo braku orzeczenia o niepełnosprawności (w 2014 roku wyżej wymienione wskaźniki były na zbliżonym poziomie).

Kadra medyczna

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

W 2020 r. wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych grupach zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Największy przyrost w 2020 r., zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,4%) i położnych (wzrost o 2,0%).

W 2020 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystów 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 denty, osiągnął w przypadku lekarzy 25,3% i lekarzy dentystów 22,9%. Utrzymała się również tendencja wzrostowa liczby pielęgniarek w najstarszej grupie wieku. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 17,9% 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. W 2020 r. największą grupę stanowiły położne w wieku 55–64 lata – 11,6 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 35–44 lata i liczyła około 4,5 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 2020 r. pracowało 92 tys. lekarzy (1,5% więcej niż w poprzednim roku), lekarzy dentystów – 14 tys. (6,2% więcej), farmaceutów – 28 tys. (0,7% więcej), pielęgniarek – 191 tys. (1,1% mniej), położnych – 23 tys. (1,4% więcej), fizjoterapeutów – 31 tys. (7,2% więcej) i diagnostów laboratoryjnych – 12,6 tys., czyli o 3,1% więcej niż w roku 2019.

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 898 stacjonarnych

ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących 167,6 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,3 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 43,8 łóżek na 10 tys. mieszkańców co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 228 mieszkańców (o 2 mieszkańców mniej niż w 2019 r.). Hospitalizowanych było 5 735,0 tys. pacjentów (o 23,2% mniej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3 014,4 tys. pacjentów, o 22,0% mniej niż w 2019 roku.

Kolejną formą opieki nad pacjentem, polegającą na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia są hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej. Odnotowano 115 hospicjów i 78 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej działających niezależnie poza strukturą szpitala lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały 3,6 tys. łóżek i zapewniły opiekę 32,9 tys. pacjentów (o 18,9% mniej 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 2020 roku odnotowano 613 zakładów tego typu, o 2,3% więcej niż w 2019 roku. Baza łóżkowa wyniosła 34,9 tys. łóżek, o 0,5% więcej. Opieką stacjonarną objęto, podobnie jak przed rokiem, 59,6 tys. osób (o 4,8% mniej) przy czym 12,7% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.

Odminną formę opieki zdrowotnej stanowi leczenie psychiatryczne. Do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (łącznie z MONAR), zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Na terenie kraju funkcjonowały 64 szpitale psychiatryczne, dysponujące 17,7 tys. łóżek (o 0,6% mniej niż w końcu 2019 r.). Przebywało w nich 163,7 tys. pacjentów, o 16,1% (31,5 tys. osób) mniej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 49 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w tym MONAR). Dysponowały one łącznie 2,0 tys. łóżek i skorzystało z nich 5,4 tys. osób uzależnionych (o 35,6% mniej niż w 2019 roku).

Formą opieki cieszącą się dużą popularnością jest leczenie uzdrowiskowe, stanowiące często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo mające na celu ogólną poprawę stanu zdrowia kuracjusza. W 2020 r. szpitale i sanatoria dysponowały na koniec roku łącznie 44,9 tys. łóżek (o 1,0% mniej niż w 2019 r.) a z lecznia skorzystało 391,4 tys. osób (o 50,0% mniej). W trybie ambulatoryjnym przyjęto 36,5 tys. osób (o 51,9% 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 zaobserwowano zarówno spadek liczby przychodni, jak i spadek liczby praktyk lekarskich, które udzielały porad w ramach umowy podpisanej bezpośrednio z NFZ.

W ciągu 2020 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 287 mln porad (ponad 44 mln porad mniej niż w roku poprzednim).

W strukturze porad podstawową część stanowiły te udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (55,2%), 35,5% dotyczyło specjalistycznej opieki zdrowotnej, a 9,3% porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 85% wszystkich porad ambulatoryjnych z czego 49,9% dotyczyło POZ, 40,6% – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 9,5% porad w miastach stanowiły porady udzielone przez lekarzy dentyistów. Struktura porad udzielonych w placówkach usytuowanych na obszarach wiejskich różniła się nieco: 84,8% dotyczyło POZ, 6,6% – AOS, a 8,6% porad stomatologicznych. Struktura porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie zmieniła się istotnie w porównaniu z poprzednim rokiem, w podstawowych analizowanych przekrojach.

Ratownictwo medyczne

W 2020 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało 1 581 zespołów wyjazdowych, o 4 mniej niż przed rokiem. Zrealizowały one ok 2,76 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia.

Przeciętnie w przeliczeniu na 1 000 ludności przypadało 72 wyjazdów ZRM. Nie zmieniła się znacząco struktura płci i wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Nadal pomoc najczęściej była udzielana mężczyznom (50,1%) a osoby w wieku 18–64 lat stanowiły około 46,9% ogółu osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy.

W roku 2020 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 10 933 misji (o 7,5% mniej niż przed rokiem), w tym 9 636 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1 297 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 366 misji.

W ramach systemu ratownictwa medycznego pomocy udzielało ponadto 239 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 2 więcej niż przed rokiem), 154 izb przyjęć w szpitalach oraz 17 centrów urazowych.

Krwiodawstwo

W 2020 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe) oraz 136 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 570,1 tys. osób. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 116 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 502,2 tys. litrów. Wśród dawców 79,3% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. 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 – 245. W 2020 r. pobrano w Polsce 1 215 tys. donacji krwi i jej składników.

Apteki

W 2020 r. na terenie Polski zbadano 12 056 aptek ogólnodostępnych (o 230 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe i 1 152 punkty apteczne. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,9%) należały do prywatnych właścicieli. W 2020 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,2 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 2020 r. wyniosła przeciętnie 5,0 tys. W omawianym roku, podobnie do 2019 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,8% aptek ogólnodostępnych. Ponad 19% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2020 r. 78,1% 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 2020 r. 1,8% aptek ogólnodostępnych.

Narodowy Rachunek Zdrowia

System rachunków zdrowia (SHA 2011) 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 2019 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 147,8 mld zł i były wyższe niż w 2018 r. o około 13,6 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,4% PKB, podczas gdy w 2018 r. ich udział wyniósł 6,3%. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (58,9%).

Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w 2020 r.

Nakłady na ochronę zdrowia, opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia jest metodologią określania wydatków na ochronę zdrowia – zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285). Odnosi się ona wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2020 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 107,8 mld zł, które w ciągu roku zwiększone zostały do wysokości 123,6 mld zł, a ich wykonanie wyniosło 116,3 mld zł (w tym 6,8 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przekazanych NFZ), co stanowi 5,5% PKB (z roku N-2). Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2020 były o blisko 13,7 mld zł wyższe (o 13,3%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2019 r.

Synthesis

The World Health Organization (WHO) on March 11, 2020 announced the SARS-CoV-2 pandemic, causing COVID-19, acute respiratory distress syndrome. In Poland, the first case of coronavirus infection was detected on March 4, 2020. Since then, SARS-CoV-2 has appeared in all provinces.

Due to the spread of the pathogen in the country, an epidemiological emergency was declared on March 13.

On March 20, it was canceled and an epidemic was introduced, which continues to these days.

The COVID-19 pandemic is a serious shock for the Polish healthcare system, therefore the perceived importance of the healthcare system has increased significantly as a result of the COVID-19 pandemic.

Its impact is multidimensional and its scale changes dynamically.

Analyses based on the data included in the tabular appendix (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 conclusions regarding the main aspects of health care in 2020.

State of health⁵

The most common infectious diseases in 2020, affected by the COVID-19 pandemic, were influenza, scarlet fever and salmonellosis.

The incidence of influenza decreased by 4 238 cases up to 8 241 per 100 000 inhabitants compared to 2019. Scarlet fever and salmonellosis were also diagnosed much less frequently (decreases by 34 cases, respectively – up to 20 per 100 000 inhabitants and 10 cases up to 14 cases per 100 000 people). Compared to 2019, the incidence rates for all other analyzed infectious diseases decreased: tuberculosis, venereal diseases, hepatitis B and C, mumps, viral encephalitis, rubella, bacterial dysentery and other bacterial foodborne intoxications (decreases by no more than 7 cases, up to value not exceeding 9 cases per 100 000 people, for a given disease).

During 2019, outpatient clinics for people with mental disorders and addicted to alcohol and other substances treated over 1.7 million people, i.e. over 4% of the inhabitants of Poland (4 450 cases per 100 000 population in 2019 and 4 203 – in 2018).

The most common disorder in 2019 was neurotic one, which affected 532 228 people (1 386 per 100 000 population in 2019 and 1 218 – in 2018).

Malignant neoplasms constitute a growing and very serious health problem of Polish society. In 2018⁶, 163 000 were diagnosed with this disease inhabitants of Poland (425 cases per 100 thousand people – that's 5 more cases per 100 thousand people than in 2017).

In 2018, cancer of the digestive organs was the most common, diagnosed in every 5th person affected by cancer. In the case of the vast majority of malignant neoplasms types, an increase in incidence was noticed compared to 2017 (by no more than 44 cases, up to a value not exceeding 491 cases per 100 thousand people in a given group of diseases).

Selected Issues from the European Health Interview Survey (2019)⁷

According to the EHIS⁸, in 2019, good or very good subjective assessments of health status (66.9%) far outweighed bad or very bad (9.1%). Compared to the second round of the 2014 EHIS, the differences are small and it can be assumed that respondents rated their health status similarly in both editions of the survey.

⁵ Data sources: The National Institute of Public Health– National Research Institute, The Maria Skłodowska-Curie National Research Institute of Oncology, National Research Institute, Institute of Tuberculosis and Lung Diseases, Institute of Psychiatry and Neurology, and Institute of Venereology of the Medical University of Warsaw.

⁶ The 2018 data are the most current data available, from the National Research Institute of Oncology.

⁷ Data source: European Health Interview Survey (EHIS) 2019.

⁸ In the EHIS survey, a question about the respondent's health status was asked first with the respondent. This is a subjective assessment of the respondents' current perception of well-being.

Almost half of Poland's population (49.0%) in 2019 had a long-term health problem or chronic illness lasting at least 6 months (3 percentage points less than in 2014). In 2019, the most common chronic diseases and conditions affecting adults (aged 15 years or older) were high blood pressure (26.5%) and lower back pain or other chronic back complaints (25.8%).

The study also considers the aspect of disability. Several definitions of this issue are used.

- Biological disability is a subjective assessment of limitations in daily activities (whether severe or not), lasting at least 6 months. According to the above definition, 22.6% of people with this type of disability were reported in Poland. Compared to the 2014 survey, this percentage increased by more than 2 percentage points. People who had not very severe limitations in performing activities accounted for 16.3% of the population; 6.4% were people with severe limitations.
- The statistical definition includes persons who are biologically incapacitated only to a severe degree, as well as persons who are legally disabled (with legal disability status). Taking this definition, 13.0% of the Polish population belonged to the group of people with disabilities, 10.4% had a disability certificate, and 2.6% declared the presence of severe limitations in performing usual activities despite the lack of a disability certificate (in 2014, the above-mentioned indicators were at a similar level).

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 2020, 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 2020 have been reported in the group of laboratory diagnosticians (increase by 2.4%) and midwives (increase by 2.0%).

In 2020, 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 25.3% for doctors and 22.9% for dentists. The upward trend in the number of nurses in the oldest age group also continued. Nurses aged 65 and over accounted for 17.9% 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 3 000. Similar trends as in the previous year occurred in the age structure of midwives. Midwives aged 55–64 were the largest group – 11.6 thousand people. On the other hand, the smallest group was the group of midwives aged 35–44 – about 4.5 thousand.

The data obtained from departmental statistics shows that in 2020, directly with patients (working in health care institutions, pharmacies, nursing homes, nurseries and kids clubs – counted once, according to the main place of work) worked 92 thousand doctors (1.5% more than in the previous year), dentists – 14 thousand (6.2% more), pharmacists – 28 thousand (0.7% more), nurses – 191 thousand (1.1% less), midwives – 23 thousand (1.4% more), physiotherapists – 31 thousand (7.2% more) and laboratory diagnosticians – 12.6 thousand, i.e. 3.1% more than in the year 2019.

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 898 inpatient, publicly accessible general hospitals with 167.6 thousand beds. In relation to the number of citizens, it was 2.3 hospitals per 100,000 inhabitants and 43.8 beds per 10,000 inhabitants, which means that on average it was 228 inhabitants per bed (2 less than in 2019). 5 735.0 thousand patients were hospitalized (23.2% less than in the previous year) and 3 014.4 thousand patients were treated in daycare mode in inpatient hospitals and so-called day care hospitals (22.0% less than in 2019).

Another form of inpatient 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 and 78 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 and provided care for 32.9 thousand patients (18.9% less 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 2020, there were 613 facilities of this type, 2.3% more than in 2019. The bed base amounted to 34.9 thousand of beds, 0.5% more than in the previous year. Inpatient care was provided to 59.6 thousand persons (4.8% less) of which 12.7% 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 64 psychiatric hospitals with 17.7 thousand beds (0.6% less than at the end of 2019) that was used by 163.7 thousand patients (16.1% less than in the previous year). Moreover, there were 49 round the clock centers for addicted (rehabilitation centers for addicted to psychoactive substances and MONAR facilities). They had offered 2.0 thousand beds which were used by 5.4 thousand patients (35.6% less than in 2019).

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 2020 health resort hospitals and sanatoriums had offered 44.9 thousand beds (1.0% less than in 2019) which were used by 391.4 people (50.0% less). In ambulatory mode 36.5 thousand out-patients were serviced (51.9% less 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.

Over the course of 2020, more than 287 million consultations were provided in ambulatory health care (more than 44 million fewer consultations than the previous year).

In the structure of medical consultations, the main part of the consultations was given by primary health care (55.2%), 35.5% concerned specialist health care and 9.3% were given by dentists. Consultations given in urban areas accounted for 85% of all outpatient consultations, of which 49.9% concerned primary care, 40.6% concerned specialist outpatient care, and 9.5% of consultations in urban areas was given by dentists. The structure of consultations given in facilities located in rural areas differed somewhat: 84.8% were for primary care, 6.6% for ambulatory specialized care, and 8.6% for dental consultations. The structure of consultations given under outpatient health care did not change significantly compared with the previous year, in the basic sections analyzed.

Emergency Medical Services

In 2020, there were 1 581 departing teams provided medical assistance under the State Medical Rescue system, 4 more than in the previous year. They made almost 2.76 million departures to the scene.

On average, there were 72 departures of the EMS per 1 000 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 (50.1%) and people age 18–64 (46.9%).

In 2020, helicopter crews completed the uttermost number of flights in their history – a total of 10 933 flights (7.5% less than the year before), including 9 636 flights for accidents and emergencies and 1 297 inter-hospital transports. The crews of the Airplane Transport Team performed 366 missions.

As part of the medical emergency system, assistance was provided by 239 hospital emergency department (2 more than in the previous year), 154 admission rooms in hospitals and 17 trauma centers – the same number as a year before.

Blood donation

In 2020, there were 23 regional blood donation centers (including 2 departmental) and 136 local collection sites (including 7 under the responsibility of the Ministry of National Defense). The group of blood donors numbered 570.1 thousand people. Blood donors donated a total of 1 116 thousand whole blood donation, i.e. approximately 502.2 thousand liters. Among the donors, 79.3% were those who donated blood more than once, i.e. multiple regular and repeat donors. As in the previous year, the biggest amount of blood was collected in the largest voivodships in terms of the number of citizens: śląskie, mazowieckie, and wielkopolskie. Based on the data for voivodship, it can be observed that the largest number of blood donors per 10 thousand citizens was in podlaskie voivodship – 245. In 2020 in Poland, 1 215 thousand donations of blood and its components were collected.

Pharmacies

In 2020, there were 12 056 generally available pharmacies examined in Poland (230 less than the year before), 24 dispensaries and 1 152 pharmaceutical outlets. Almost all generally available pharmacies (99.9%) belonged to private owners. In 2020, there was an average of 3.2 thousand citizens per one generally available pharmacy, including 2.3 thousand people in urban areas. 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 5.0 thousand in 2020. In the year under review, similar to 2020, there were 2.8% of generally available pharmacies on permanent night duty. More than 19% of them were on night duty periodically. In 2020, 78.1% of pharmacies had any facilities for the disabled (as in the previous year). These were most often slipways, driveways, platforms. In 2020, there were 1.8% of generally available pharmacies which were selling medicinal products via the Internet.

National Health Accounts

The System of Health Accounts 2011 (SHA 2011) 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 2019, current expenditure on health care amounted to 147.8 billion PLN and was higher than in 2018 by approximately 13.6 billion PLN. This outlay accounted for 6.4% GDP, while in 2018 their share was 6.3%. The structure of expenditure in terms of functions did not change significantly. The largest part of this was expenditure on medical services (58.9%).

Public expenditure on health care in 2020

Expenditure on health care developed by the Ministry of Health is a methodology for determining expenditure on health care – in accordance with the provisions of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2021 item 1285), it refers only to public funds and is not limited only to current expenditure (it does not include local government expenses). The information prepared by the Ministry of Health is used to monitor and evaluate the financing of health care from public funds.

In accordance with the Budget Act for 2020 and the original plan of the National Health Fund, funds in the amount of PLN 107.8 billion have been planned for this year, which during the year were increased to PLN 123.6 billion, and their execution amounted to PLN 116.3 billion (including 6.8 billion PLN from the COVID-19 Counteracting Fund transferred to the National Health Fund), which constitutes 5.5% of GDP (in year N-2). It should be emphasized that these funds in 2020 were nearly PLN 13.7 billion higher (by 13.3%) than the expenditure allocated to health care in 2019.

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 z corocznych badań statystycznych resortu zdrowia. Zakres tematyczny tych badań dotyczy głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby.

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 gruźlicę oraz choroby weneryczne), nowotwory złośliwe, choroby i zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2020 r.⁹

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży w Polsce są powszechne. Przeciwno gruźlicy zaszczepiono 9 na 10 noworodków posiadających karty uodpornienia¹⁰.

Najczęściej występującymi chorobami zakaźnymi w 2020 roku były grypa, szkarlatyna, salmonelloza, gruźlica, choroby weneryczne oraz wirusowe zapalenie wątroby typu B i C.

W przypadku wszystkich tych chorób w 2020 roku, dotkniętym pandemią COVID-19, nastąpiły spadki zachorowalności w stosunku do 2019 roku. W 2020 roku odnotowano o 34% mniej zachorowań na grypę w stosunku do wyniku z poprzedniego roku, na szkarlatynę – o 63%, a na salmonellozę – o 41%.

⁹ Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH-PIB (na podstawie rejestru chorób zakaźnych prowadzonego przez stacje sanitarno-epidemiologiczne), Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Instytutu Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego.

¹⁰ Za NIZP PZH-PIB: W 2020 r. w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących szczepienia karty uodpornienia posiadało: 98,6% ogółu dzieci w 2 roku życia, 98,8% – w 3 roku życia, 98,8% - w 7 roku życia, 97,3% – w 11 roku życia, 93,9% – ogółu młodzieży w 15 roku życia, 91,9% – w 20 roku życia oraz 92,9% – ogółu dziewcząt w 14 roku życia (różyczka). Karta uodpornienia jest dokumentem, zawierającym dane osobowe pacjenta, a także dane dotyczące: rodzaju szczepionki, daty i godziny przeprowadzenia szczepienia, nazwy i nr. serii szczepionki, miejsca podania szczepionki.

Poniższa tablica przedstawia wyniki w przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców¹¹.

Tablica 1. Najczęściej występujące choroby zakaźne w 2020 r. w porównaniu z 2019 rokiem na 100 tys. ludności
 Table 1. The most common infectious diseases in 2020 compared to 2019 per 100 thousand population

Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population			
Choroby Disease	2020 2020	2019 2019	Różnica w stosunku do 2019 roku Difference to 2019
Choroby weneryczne Venereal diseases	6,2	7,1	-0,9
Wirusowe zapalenie wątroby typu B Viral hepatitis type B	2,6	7,4	-4,8
Gruźlica Tuberculosis	8,8	13,9	-5,1
Wirusowe zapalenie wątroby typu C Viral hepatitis type C	2,5	8,7	-6,2
Salmonellozy Salmonella infections	14,3	24,1	-9,8
Szkarlatyna (płonica) Scarlet fever	20,0	54,3	-34,3
Grypa Influenza	8 240,9	12 478,4	-4 237,5

Łącznie w 2020 roku odnotowano 3 160 711 przypadków zachorowań na grypę, 1/3 tych zachorowań przypadało na województwa mazowieckie i pomorskie. To właśnie w województwie pomorskim zaobserwowano najwyższy wskaźnik zachorowalności (niemal trzykrotnie wyższy niż dla Polski ogółem – 21 888 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy dla Polski wskaźnik ten wyniósł 8 241 przypadków na 100 tys. ludności). Najniższy wskaźnik zachorowalności na grypę odnotowano w województwie podkarpackim (2 928 przypadków na 100 tys. ludności).

Drugą najczęściej występującą chorobą zakaźną wśród ludności Polski w 2020 roku była szkarlatyna. Wskaźnik zachorowalności dla Polski wyniósł 20 przypadków na 100 tys. ludności. W pięciu województwach zaobserwowano wyższy wskaźnik zachorowalności na tę chorobę: w województwach: mazowieckim (30 przypadków na 100 tys. mieszkańców), pomorskim (28 przypadków na 100 tys. mieszkańców), zachodniopomorskim (27 przypadków na 100 tys. mieszkańców), małopolskim (26 przypadków na 100 tys. mieszkańców) i śląskim (22 przypadki na 100 tys. mieszkańców). Szkarlatyna występowała najrzadziej w województwie łódzkim (9 przypadków na 100 tys. mieszkańców).

Salmonelloza wystąpiła w 2020 roku w 5 484 przypadkach. Wskaźnik zachorowalności na tę chorobę w 2020 roku wyniósł 14 zachorowań na 100 tys. ludności. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na salmonellozę stwierdzono wśród mieszkańców województwa podkarpackiego, małopolskiego i pomorskiego: na 100 tys. ludności przypadało odpowiednio: 33, 27, 17 przypadków. Najniższy wskaźnik zachorowalności na salmonellozę zaobserwowano w województwie zachodniopomorskim (6 przypadków na 100 tys. ludności).

W 2020 roku na gruźlicę zachorowało 3 388 osób (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców wyniósł 9 przypadków). Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2020 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego – 13 przypadków na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa świętokrzyskiego i mazowieckiego (po 11 przypadków). Najrzadziej na gruźlicę chorowali mieszkańcy województwa podlaskiego (6 przypadków na 100 tys. ludności).

¹¹ Wartości bezwzględne, dotyczące zachorowań na wybrane choroby w 2020 roku przedstawiono w Tablicy 4 na końcu rozdziału nr 1.

W przypadku chorób wenerycznych odnotowano w 2020 roku 2 395 przypadków zachorowań (6 przypadków na 100 tys. ludności). Najwyższy współczynnik zachorowalności na choroby weneryczne notujemy w województwie pomorskim (25 przypadków na 100 tys. ludności). Na drugim miejscu pod względem liczby zachorowań na choroby weneryczne znalazło się województwo mazowieckie (współczynnik zachorowalności to 13 przypadków na 100 tys. mieszkańców). Najrzadziej choroby weneryczne występowały w województwie podlaskim (0,4 przypadku na 100 tys. mieszkańców).

Łącznie w Polsce zanotowano w 2020 roku 993 zachorowania na wirusowe zapalenie wątroby typu B. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań stwierdzono u mieszkańców kujawsko-pomorskiego i wielkopolskiego – na 100 tys. ludności przypadało przeciętnie 6 przypadków w każdym z tych dwóch województw, podczas gdy wskaźnik na poziomie kraju wyniósł 3 zachorowania. Najrzadziej WZW typu B diagnozowano w województwie świętokrzyskim (0,3 zachorowania na 100 tys. ludności).

WZW typu C zarejestrowano w 959 przypadkach. Najwyższy wskaźnik zachorowalności odnotowano w województwie wielkopolskim (średnio 6 przypadków na 100 tys. mieszkańców), podczas gdy dla Polski wskaźnik ten wyniósł 3 przypadki. Najrzadziej WZW typu C występowało w województwie małopolskim (0,5 zachorowania na 100 tys. ludności).

Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2018 r.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa, w roku 2018 r.¹² stwierdzono ponad 163 tys. przypadków zachorowań¹³. W stosunku do poprzedniego pomiaru z 2017 było to więcej o ponad 1% zachorowań na nowotwory złośliwe.

Wskaźnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wyniósł w 2018 roku 425 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy w 2017 roku – 420, a w 2016 – 419.

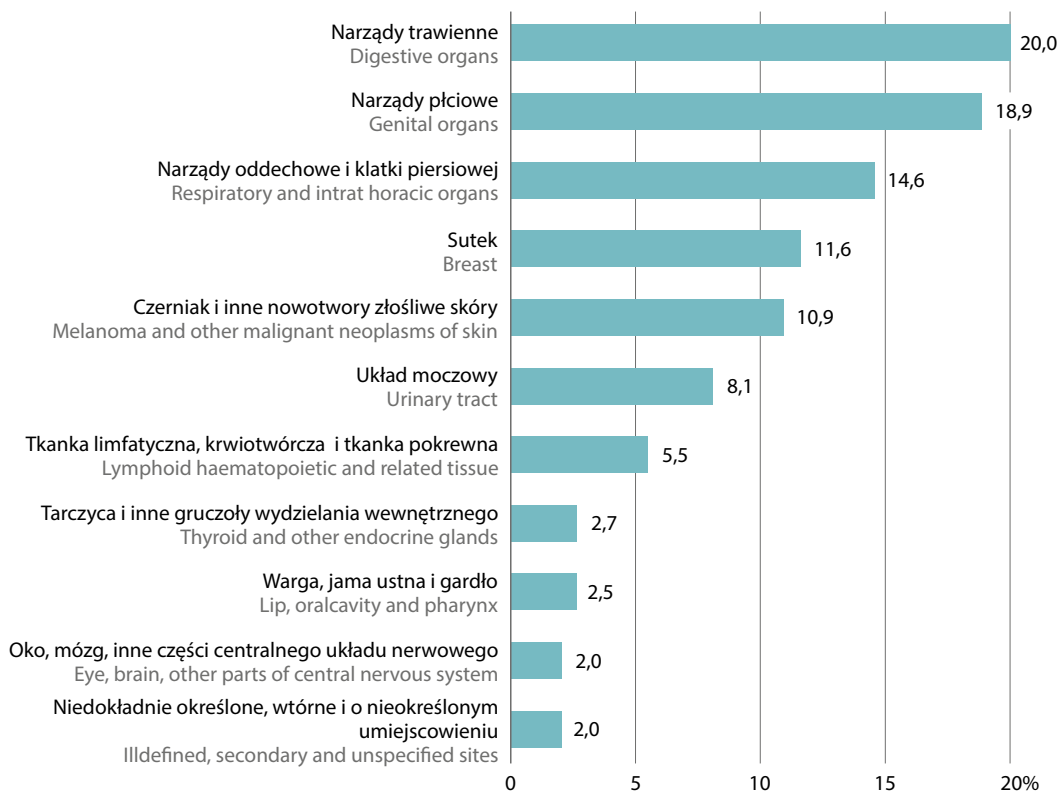
Najczęściej diagnozowano nowotwory narządów trawiennych (łącznie 32 710 zachorowań), a dalej – narządów płciowych (30 859 zachorowań) oraz narządów oddechowych i klatki piersiowej (23 825 zachorowań). Te trzy choroby odpowiadały za 53% wszystkich zachorowań na nowotwory złośliwe w 2018 roku.

Poniższy wykres prezentuje odsetki zachorowań na dany rodzaj nowotworu wśród wszystkich zachorowań.

¹² Dane, zaprezentowane w niniejszej publikacji są najnowszymi danymi, dostępnymi w Krajowym Rejestrze Nowotworów i dotyczą 2018 r.

¹³ Wojciechowska Urszula, Didkowska Joanna. Zachorowania i zgony na nowotwory złośliwe w Polsce. Krajowy Rejestr Nowotworów, Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy. Dostępne na stronie <http://onkologia.org.pl/raporty/>.

Wykres 1. Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2018 roku (w odsetkach)
 Chart 1. The most common malignant neoplasms in 2018 (in percentage)



W stosunku do stanu z 2017 roku pogłębił się problem zachorowalności na zdecydowaną większość typów nowotworów. Biorąc pod uwagę wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności największe wzrosty w ciągu 2018 roku zaobserwowano w przypadku zachorowań na nowotwory narządów trawiennych (o 1,9 przypadku na 100 tys. mieszkańców), czerniaka i innych złośliwych nowotworów skóry (o 1,6 przypadku na 100 tys. mieszkańców) oraz tarczycy (o ok. 1 przypadku na 100 tys. mieszkańców).

W stosunku do 2017 roku, spadek wskaźnika zachorowalności na 100 tys. ludności w 2018 roku nastąpił w przypadku nowotworów narządów oddechowych i klatki piersiowej (spadek o 1,4 przypadku na 100 tys. mieszkańców).

Tablica 2. Najczęściej występujące nowotwory złośliwe w 2018 r. w porównaniu z 2017 rokiem na 100 tys. ludności

Table 2. The most common malignant neoplasms in 2018 compared to 2017 per 100 thousand population

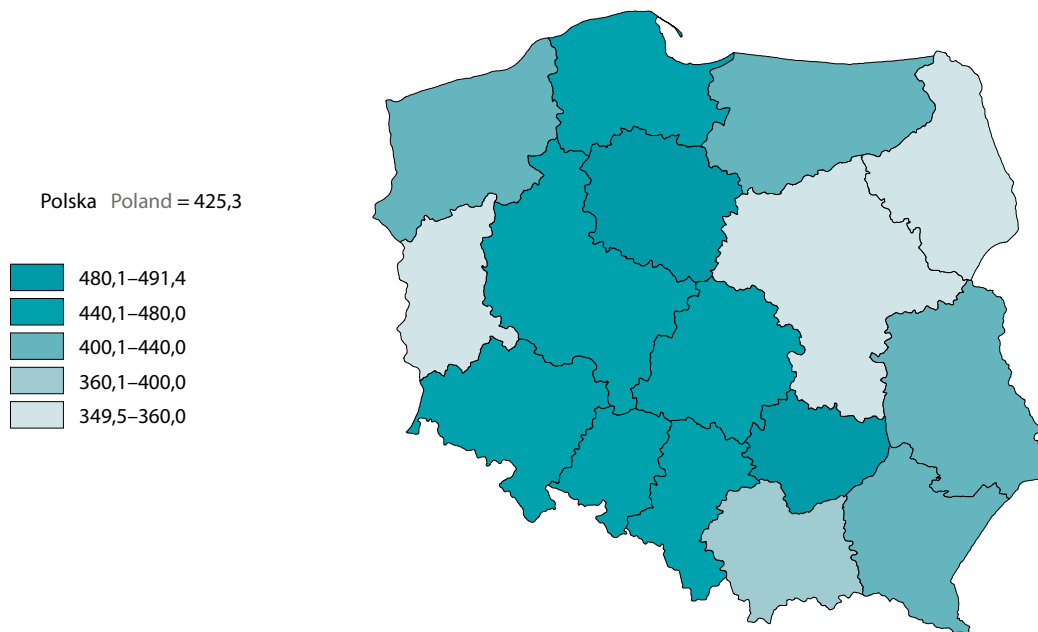
Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population			
Nowotwory złośliwe Malignant neoplasms	2018	2017	Różnica w stosunku do 2017 roku Difference to 2017
narządy trawienne digestive organs	85,2	83,3	1,9
czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry melanoma and other malignant neoplasms of skin	46,5	44,9	1,6
tarczycyca i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego thyroid and other endocrine glands	11,4	10,4	1,0
sutek breast	49,5	48,6	0,9
układ moczowy urinary tract	34,5	33,8	0,7
oko, mózg, inne części centralnego układu nerwowego eye, brain, other parts of central nervous system	8,7	8,3	0,4
niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu illdefined, secondary and unspecified sites	8,4	8,1	0,3
narządy płciowe genital organs	80,3	80,1	0,2
tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna lymphoid haematopoietic and related tissue	23,5	23,4	0,1
warga, jama ustna i gardło lip, oralcavity and pharynx	10,8	10,8	0,0
narządy oddechowe i klatki piersiowej respiratory and intrathoracic organs	62,0	63,4	-1,4

W 2018 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województw świętokrzyskiego (491 zachorowań na 100 tys. ludności), kujawsko-pomorskiego (482 zachorowania na 100 tys. ludności) oraz pomorskiego (477 zachorowań na 100 tys. ludności).

Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane u mieszkańców województw lubuskiego, mazowieckiego i podlaskiego – mniej niż 360 przypadków na 100 tys. mieszkańców w każdym z tych województw.

W 13 województwach zarejestrowano wyższy wskaźnik zachorowalności niż w 2017 roku. Największe wzrosty odnotowano w województwie zachodniopomorskim (o 44 przypadki na 100 tys. ludności), a największy spadek – w województwie lubuskim (o 18 przypadków na 100 tys. ludności).

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2018 r. na 100 tys. ludności
 Map 1. New cases of malignant neoplasms in 2018 per 100 thousand population



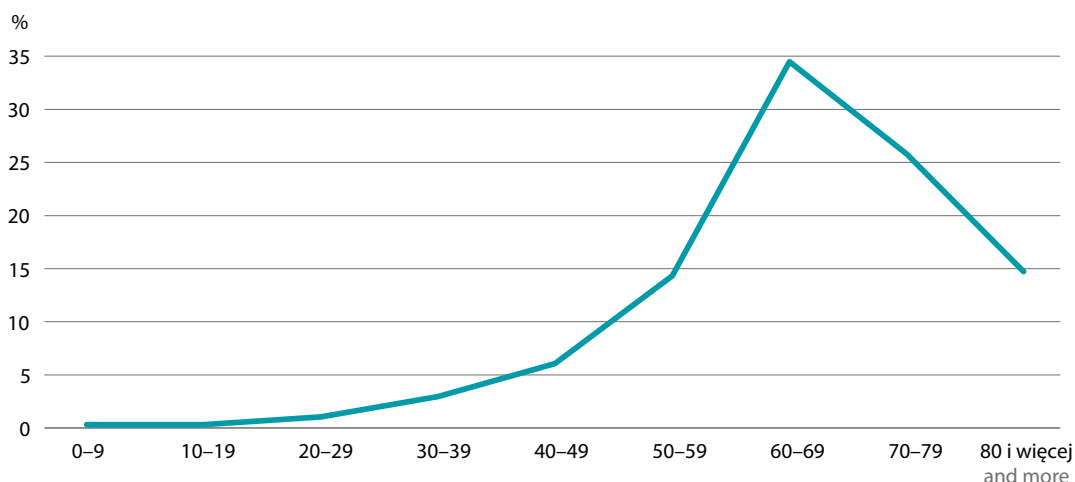
Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2018 r. w podziale na województwa można stwierdzić, że najczęściej nowotwory złośliwe w narządach trawiennych diagnozowano u mieszkańców województw śląskiego i wielkopolskiego (po 99 zachorowań na 100 tys. ludności) oraz opolskiego i dolnośląskiego (98 i 95 zachorowań na 100 tys. ludności), a najrzadziej u mieszkańców województw małopolskiego i podlaskiego (poniżej 70 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 lubuskiego, warmińsko-mazurskiego, mazowieckiego i małopolskiego – 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 podlaskiego, mazowieckiego i podkarpackiego (poniżej 49 przypadków 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 2018 roku w podziale na grupy wieku (w odsetkach)
Chart 2. Incidence of malignant neoplasms in 2018 by age group (in percentage)

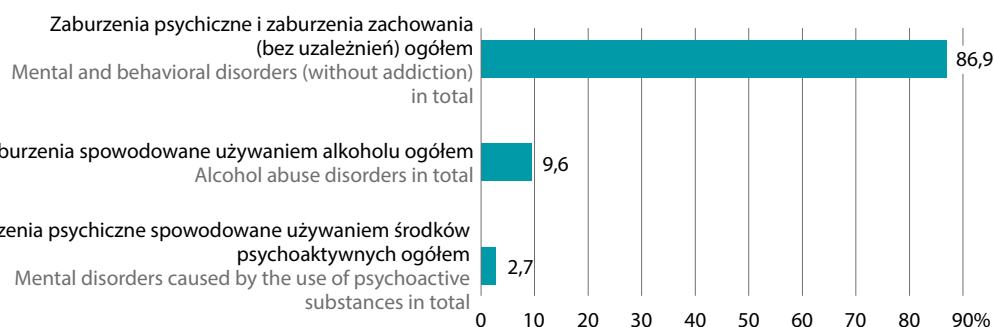


Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2019 r.

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2019 r.¹⁴ w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji leczono ponad 1,7 mln osób, czyli ponad 4% ludności Polski. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania zapadło o 246 osób więcej niż przed rokiem (wzrost o niecałe 6% w stosunku do 2018 roku).

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania można podzielić na cztery grupy schorzeń, z których najliczniej reprezentowana była w 2019 roku grupa zaburzeń niezwiązanych z uzależnieniami i stanowiła ona blisko 87% wszystkich zarejestrowanych przypadków. Trzy inne grupy zaburzeń były związane z nadużywaniem alkoholu, tytoniu i substancji psychoaktywnych i stanowiły łącznie ponad 12%.

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



W 2019 roku zdiagnozowano więcej niż w 2018 roku zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania z wyłączeniem uzależnień (o 256 przypadków do 3 866 na 100 tys. ludności). Kluczowy jest tu wzrost wskaźnika chorobowości zaburzeń nerwicowych (o 169 przypadków do 1 386 na 100 tys. ludności) oraz zaburzeń nastroju (o 47 przypadków do 897 na 100 tys. ludności).

Nieznacznie wzrósł także wskaźnik chorobowości zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (o 7 przypadków do 119 na 100 tys. ludności).

Spadł w stosunku do pomiaru z poprzedniego roku wskaźnik chorobowości zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu (o 12 przypadków do 425 na 100 tys. ludności).

¹⁴ Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2019 r. i pochodzą z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Tablica 3. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w 2019 r. – szczegółowe diagnozy
 Table 3. Mental and behavioral disorders (in details) in 2019

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ogółem) Mental and behavioral disorders (in total)	W liczbach bezwzględnych In absolute numbers	W odsetkach wśród wszystkich chorych Among all patients	W odsetkach wśród pacjentów w ramach grupy Among patients in the group of disorders
(1) Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem Mental and behavioral disorders (without addiction) in total	1 484 174	86,89%	100,0%
zaburzenia nerwicowe neurotic disorders	532 228	31,2%	35,9%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	344 231	20,2%	23,2%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	213 532	12,5%	14,4%
schizofrenia schizophrenia	139 265	8,2%	9,4%
(2) Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem Alcohol abuse disorders in total	163 167	9,55%	100,0%
zespół uzależnienia addiction syndrome	143 057	8,4%	87,7%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	13 050	0,8%	8,0%
(3) Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem Mental disorders caused by the use of psychoactive substances in total	45 823	2,68%	100,0%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	36 511	2,1%	79,7%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	6 710	0,4%	14,6%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1 463	0,1%	3,2%
(4) Używanie tytoniu Smoking	1 459	0,09%	100,0%

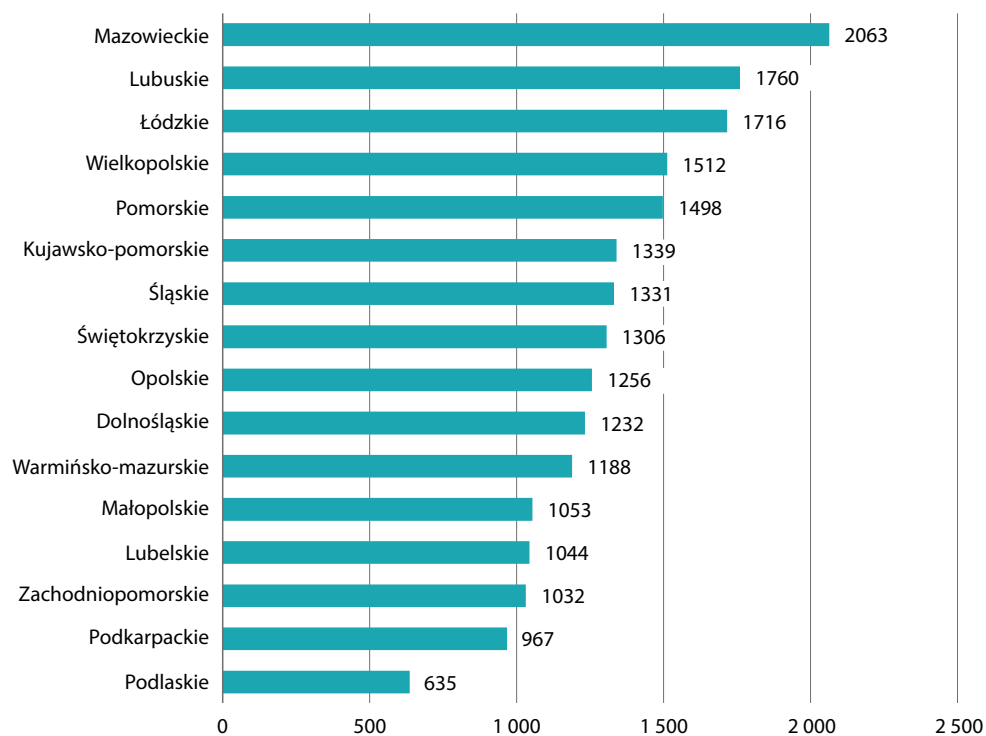
W przypadku zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania (bez uzależnień) najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców zanotowano w województwie mazowieckim (5 179), a najniższy w zachodniopomorskim (2 585).

W przypadku uzależnień od alkoholu i związanymi z tym zaburzeniami najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców reprezentowało województwo mazowieckie (533), a najniższy – małopolskie (321).

W województwie lubuskim odnotowano najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców w przypadku zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (219). Najniższy wskaźnik to 36 i dotyczył województwa podkarpackiego.

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych w 2019 roku dominowały zaburzenia nerwicowe, stanowiące ponad 31%.

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 2020 r. w podziale na województwa
Table 4. Incidence of selected diseases in 2020 in voivodships

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Gru- żlica Tubercu- losis	Grypa ^a Influenza ^a	Sal- monel- lozy Salmonella infections	Czer- wonka bak- teryj- na Shigellosis	Inne bakte- ryjne zatruc- cia pok- armowe Other bacteria food- borne intoxi- cations	Wiru- sowe zapa- lenie opon mózgo- wych Viral menin- gitis	Wiru- sowe zapa- lenie wątroy- typu B Viral hepatitis type B	Wiru- sowe zapa- lenie wątroy- typu C Viral hepatitis type C	Świnka (zapa- lenie przys- zniczy nagmi- nne) Mump	Róży- czka Rubella	Szkar- latyna (pło- nica) Scarlet fever	Choro- by we- nery- czne Vene- real diseas- es	Nowo- twory złośliwe ^a Malig- nant neoplas- msa
W liczbach bezwzględnych In absolute numbers													
POLSKA	3 388	3 160 711	5 484	12	96	264	993	959	582	98	7 662	2 395	163 389
Dolnośląskie	265	182 531	310	2	6	13	29	72	21	7	331	114	13 353
Kujawsko-pomorskie	173	182 907	313	0	7	12	132	105	41	5	378	69	10 025
Lubelskie	280	124 136	344	0	3	13	18	41	19	1	341	51	8 875
Lubuskie	102	30 697	76	0	2	7	38	48	19	4	140	34	3 650
Łódzkie	241	165 363	319	1	1	6	131	73	25	6	224	126	11 578
Małopolskie	314	272 815	905	2	3	26	30	17	66	9	889	257	12 330
Mazowieckie	599	562 328	596	4	14	28	44	100	105	6	1 612	696	18 909
Opolskie	82	38 180	137	0	0	9	27	24	15	3	190	56	4 564
Podkarpackie	179	62 242	710	0	1	12	26	22	26	11	325	20	8 909
Podlaskie	65	61 598	127	0	4	21	27	22	18	2	181	5	4 134
Pomorskie	180	513 655	404	0	18	21	120	40	33	16	651	595	11 116
Śląskie	309	308 885	494	0	23	20	111	82	71	15	1 012	104	20 485
Świętokrzyskie	141	54 743	119	0	3	7	4	14	24	2	123	11	6 115
Warmińsko-mazurskie	93	71 667	229	0	5	34	31	28	17	0	167	33	5 870
Wielkopolskie	217	475 995	297	3	4	25	196	223	49	6	645	174	16 191
Zachodniopomorskie	148	52 969	104	0	2	10	29	48	33	5	453	50	7 285
Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population													
POLSKA	8,8	8 240,9	14,3	0,0	0,3	0,7	2,6	2,5	1,5	0,3	20,0	6,2	425,3
Dolnośląskie	9,1	6 297,4	10,7	0,1	0,2	0,4	1,0	2,5	0,7	0,2	11,4	3,9	460,3
Kujawsko-pomorskie	8,4	8 839,2	15,1	0,0	0,3	0,6	6,4	5,1	2,0	0,2	18,3	3,3	482,0
Lubelskie	13,3	5 901,8	16,4	0,0	0,1	0,6	0,9	1,9	0,9	0,0	16,2	2,4	418,3
Lubuskie	10,1	3 038,8	7,5	0,0	0,2	0,7	3,8	4,8	1,9	0,4	13,9	3,4	359,5
Łódzkie	9,8	6 753,1	13,0	0,0	0,0	0,2	5,3	3,0	1,0	0,2	9,1	5,1	468,6
Małopolskie	9,2	7 991,2	26,5	0,1	0,1	0,8	0,9	0,5	1,9	0,3	26,0	7,5	363,1
Mazowieckie	11,0	10 359,7	11,0	0,1	0,3	0,5	0,8	1,8	1,9	0,1	29,7	12,8	350,7
Opolskie	8,4	3 892,9	14,0	0,0	0,0	0,9	2,8	2,4	1,5	0,3	19,4	5,7	461,9
Podkarpackie	8,4	2 927,8	33,4	0,0	0,0	0,6	1,2	1,0	1,2	0,5	15,3	0,9	418,5
Podlaskie	5,5	5 235,4	10,8	0,0	0,3	1,8	2,3	1,9	1,5	0,2	15,4	0,4	349,5
Pomorskie	7,7	21 888,2	17,2	0,0	0,8	0,9	5,1	1,7	1,4	0,7	27,7	25,4	477,4
Śląskie	6,9	6 851,8	11,0	0,0	0,5	0,4	2,5	1,8	1,6	0,3	22,4	2,3	451,2
Świętokrzyskie	11,5	4 450,5	9,7	0,0	0,2	0,6	0,3	1,1	2,0	0,2	10,0	0,9	491,4
Warmińsko-mazurskie	6,5	5 045,1	16,1	0,0	0,4	2,4	2,2	2,0	1,2	0,0	11,8	2,3	410,1
Wielkopolskie	6,2	13 598,5	8,5	0,1	0,1	0,7	5,6	6,4	1,4	0,2	18,4	5,0	463,8
Zachodniopomorskie	8,7	3 128,3	6,1	0,0	0,1	0,6	1,7	2,8	1,9	0,3	26,8	3,0	427,8

a Dane za rok 2018 r.
a Data in 2018.

1.2. Wybrane zagadnienia z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (2019)

1.2. Selected issues of European Health Interview Survey (2019)

Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS)¹⁵ to narzędzie realizacji jednego z głównych celów Unii Europejskiej w dziedzinie statystyki zdrowia publicznego, jakim jest stworzenie systemu monitoringu zdrowia ludności krajów członkowskich. Badanie realizowane jest cyklicznie w krajach UE i obejmuje takie aspekty jak: stan zdrowia, chorobowość, zdrowie psychiczne, wypadki i urazy, korzystanie z opieki zdrowotnej, niepełnosprawność, profilaktyka zdrowotna oraz determinanty zdrowia. W niniejszej publikacji przedstawiono wybrane aspekty zdrowia mieszkańców Polski, takie jak: samoocena zdrowia, zachorowania na wybrane choroby i niepełnosprawność.

Dane pochodzą z ostatniego roku przed pandemią COVID-19 (realizacja badania miała miejsce jesienią 2019). Nie odzwierciedlają one aktualnej sytuacji zdrowotnej w okresie pandemii, ale stanowią podstawę do porównań i analiz. Publikacja badania EHIS 2019 (Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.), z której pochodzą poniższe dane, została wydana w sierpniu 2021 roku i jest dostępna wraz z aneksem tabelarycznym na stronie GUS¹⁶.

Jednym z kluczowych pytań, jakie zadano respondentom jest pytanie o samoocenę zdrowia¹⁷. W 2019 roku zdecydowanie przeważały dobre lub bardzo dobre oceny stanu zdrowia (66,9%) nad złymi lub bardzo złymi (9,1% osób). W dwóch ostatnich edycjach badania (z lat 2019 i 2014) mieszkańcy Polski podobnie oceniali swój stan zdrowia, a różnice, które wystąpiły dla ogółu populacji są niewielkie – na poziomie ok. 1 p. proc. (zarówno w odniesieniu do pozytywnych jak i negatywnych ocen stanu zdrowia).

¹⁵ Badanie EHIS realizowane jest przez kraje członkowskie zgodnie z zaleceniami Eurostatu. Europejski System Statystyki Zdrowia zakłada pełne wdrożenie wszystkich modułów EHIS we wszystkich krajach członkowskich UE oraz cykliczne powtarzanie badania, co ujęto w prawie wspólnotowym. Podstawą prawną badania EHIS w Polsce była ponadto Ustawa o statystyce publicznej z dnia 29 czerwca 1995 r. (Dz. U. z 1995 r. Nr 88, poz. 439 wraz z późn. zm.) oraz Rozporządzenie Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2019 z dnia 14 września 2018 r. (Dz. U. z 2018 r. poz. 2103). Informacje metodologiczne dotyczące badania EHIS 2019 zawarto na końcu niniejszej publikacji.

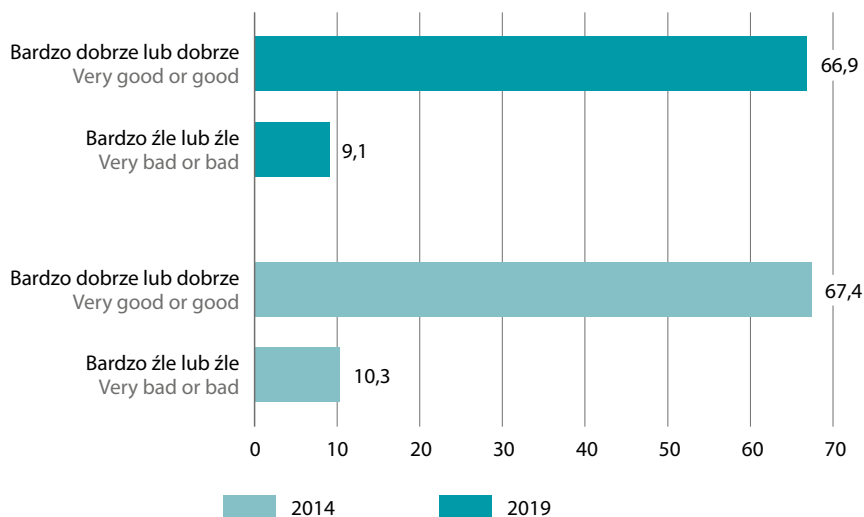
¹⁶ Publikacja EHIS 2019 (Stan zdrowia ludności Polski w 2019 r.) jest dostępna pod adresem: <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2019-r-,6,7.html>.

¹⁷ Pytanie o ogólną ocenę zdrowia miało brzmienie: Jak ogólnie ocenia Pan/Pani swoje zdrowie?

1. Bardzo dobrze.
2. Dobrze.
3. Tak sobie, ani dobrze, ani źle.
4. Źle.
5. Bardzo źle.
9. Nie wie lub odmowa.

Wykres 5. Ludność oceniająca swój stan zdrowia dobrze lub bardzo dobrze oraz źle lub bardzo źle (2019 i 2014)

Chart 5. Population assessing their health condition as good or very good and bad or very bad (2019 and 2014)



Subiektywna ocena stanu zdrowia jest tym niższa, im jesteśmy starsi. W grupach wieku poniżej 20 lat nie mniej niż 92,0% osób wskazywało na dobry lub bardzo dobry stan zdrowia, a w grupie 20–29 lat było to nieznacznie mniej (89,4%). Wyraźny spadek pozytywnych ocen stanu zdrowia zaczyna być widoczny wśród osób w wieku co najmniej 50 lat. W grupie wieku 50–59 lat, 49,2% osób miało poczucie dobrego lub bardzo dobrego stanu zdrowia. W kolejnych grupach wieku odsetek ten był coraz niższy, dochodząc do 34,9% dla osób w wieku 60–69 lat i 21,6% w wieku 70–79 lat. W najstarszej grupie osób (w wieku co najmniej 80 lat) było to 15,8%.

Wśród dorosłych, osoby z dwóch grup wieku (40–49 lat oraz mające co najmniej 80 lat) wyraźnie częściej niż w 2014 roku dobrze lub bardzo dobrze oceniły swój stan zdrowia (w obu tych grupach nastąpił wzrost po niespełna 4 p.proc.). Jednocześnie, w stosunku do 2014 roku, obserwujemy spadek wskazań złego lub bardzo złego stanu zdrowia w grupie osób w wieku 40 lat lub więcej. Największa zmiana dotyczy osób w wieku co najmniej 80 lat (spadek o ponad 10 p. proc. – do 39,9% w roku 2019 w tej grupie wieku).

W 2019 roku mężczyźni lepiej postrzegali swoje zdrowie niż kobiety (odpowiednio 70,4% i 63,7% opisało swój stan zdrowia jako dobry lub bardzo dobry). W przypadku obu płci były to odsetki nieco niższe niż w 2014 r. Równocześnie odnotowano spadek ocen złych lub bardzo złych stanu zdrowia u kobiet z 11,3% do 9,5%. W przypadku mężczyzn spadek był niewielki (o 0,8 p. proc.) i odsetek ocen złych lub bardzo złych pozostał na poziomie ok. 9%.

Analizując dane dla województw można stwierdzić, że najwyższe oceny, dotyczące samooceny zdrowia zadeklarowali mieszkańcy województwa wielkopolskiego (72,0% dobrze lub bardzo dobrze), a najniższe – mieszkańcy województwa łódzkiego (60,0% dobrze lub bardzo dobrze).

Największa zmiana w stosunku do pomiaru z 2014 roku dotyczy rzadziej pojawiających się negatywnych ocen zdrowia (źle lub bardzo źle) i miała miejsca w województwach zachodniopomorskim (o 5 p. proc. do 6,7%), świętokrzyskim (o 4 p. proc. do 8,5%) i łódzkim (o 4 p. proc. do 9,6%)

Tablica 5. Ludność oceniająca swój stan zdrowia dobrze lub bardzo dobrze oraz źle lub bardzo źle w 2019 roku w podziale na województwa

Table 5. Population assessing their health condition as good or very good and bad or very bad in 2019 in voivodships

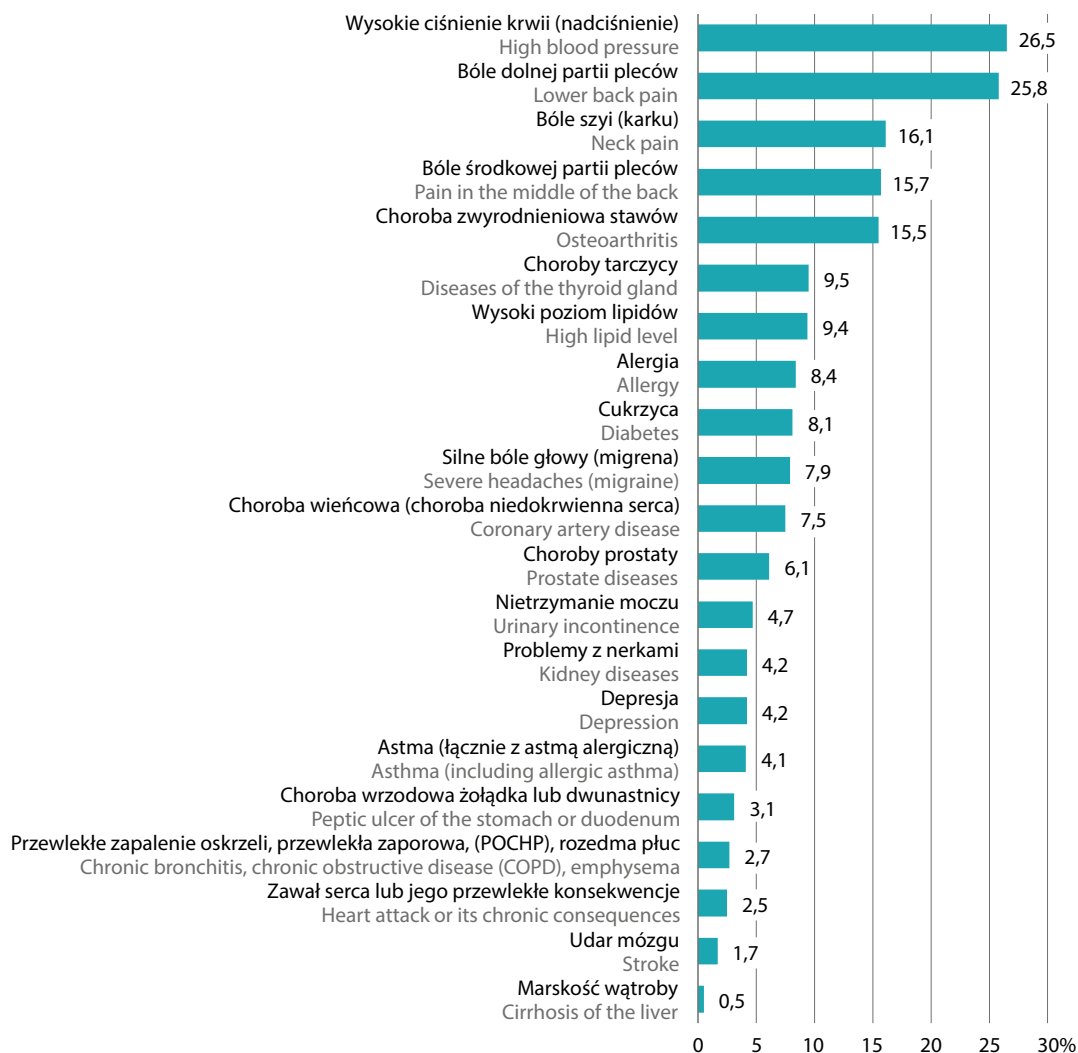
Wyszczególnienie Specification	Ocena stanu zdrowia Health status evaluation	
	bardzo dobre lub dobre very good or good	źle lub bardzo źle bad or very bad
Ogółem Total	66,9	9,1
Dolnośląskie	67,1	10,1
Kujawsko-pomorskie	65,5	9,3
Lubelskie	62,7	11,2
Lubuskie	63,9	9,4
Łódzkie	60,0	9,6
Małopolskie	68,5	8,2
Mazowieckie	68,7	8,8
Opolskie	68,8	6,1
Podkarpackie	68,9	9,5
Podlaskie	62,3	10,7
Pomorskie	68,3	8,4
Śląskie	64,8	10,5
Świętokrzyskie	65,1	8,5
Warmińsko-mazurskie	69,6	9,3
Wielkopolskie	72,0	6,8
Zachodniopomorskie	69,1	6,7

Zgodnie z wynikami badania, u 49,0% mieszkańców Polski wystąpiły długotrwałe problemy zdrowotne lub choroby przewlekłe, trwające co najmniej 6 miesięcy.

W 2019 roku najczęściej występującymi chorobami i dolegliwościami przewlekłymi, dotyczącymi ponad 1/4 osób dorosłych (w wieku co najmniej 15 lat) były wysokie ciśnienie krwi oraz bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców.

Wykres 6. Odsetki wskazań najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych (2019 i 2014)

Chart 6. Percentages of indications of the most common diseases and chronic ailments in adults (2019 and 2014)



Występowanie chorób i dolegliwości przewlekłych z reguły wzrasta wraz z wiekiem. Wyjątkiem jest alergia, która w zbliżonym stopniu dotyczyła wszystkich grup wiekowych – od 7,5% osób w grupie wieku 40–49 lat do 10,5% w grupie wieku 70–79 lat. W grupie osób w wieku 30–49 lat dominowały, a w grupie wieku 50–59 należały do dwóch najczęstszych schorzeń, problemy z kręgosłupem, zwłaszcza dolnego odcinka, na co skarżyło się 13,6% osób w wieku 30–39 lat, 24,0% w wieku 40–49 lat i 35,6% w wieku 50–59 lat. Wraz z wiekiem pogłębiały się problemy z kręgosłupem, a także wysokim ciśnieniem krwi. Wśród osób w wieku co najmniej 60 lat najczęściej występowały problemy z nadciśnieniem, w tym przypadku odsetek wskazań wynosił od 49,8% wśród osób w wieku 60–69 lat do 68,9% w grupie osób w wieku 80 lat lub starszych. Ponadto co najmniej 1/4 osób w wieku 70 lat lub starszych zapadła na przynajmniej jedną z chorób: cukrzycę lub chorobę wieńcową, a niespełna 1/3 mężczyzn na choroby prostaty.

W porównaniu z badaniem z 2014 roku największe różnice obserwujemy w dwóch najstarszych grupach wiekowych. Wśród osób w wieku 70–79 lat o 8 p. proc. spadła częstość wskazań choroby wieńcowej, ale wzrosła częstość występowania nadciśnienia (o 8 p. proc.) oraz cukrzycy (o 5 p. proc.). Wśród osób w wieku co najmniej 80 lat największymi zmianami w stosunku do 2014 roku były: częściej pojawiające się problemy z wysokim ciśnieniem (o 10 p. proc.) oraz bólami dolnej partii pleców (o 6 p. proc.).

W 2019 roku kobiety częściej niż mężczyźni deklarowały występowanie dolegliwości i chorób przewlekłych. Największe różnice obserwujemy w przypadku chorób tarczycy, na które skarżyło się 15,8% kobiet, a jedynie 2,5% mężczyzn. Kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni wymieniały także: choroby zwyrodnieniowe stawów (odpowiednio 20,1% kobiet i 10,4% mężczyzn), bóle szyi (20,2%, 11,5%) i migrenę (11,8%, 3,7%). Mężczyźni częściej niż kobiety wskazywali zawał serca (odpowiednio: 3,4%, 1,7%).

Wyniki badań z lat 2019 i 2014 wskazują, że największe zmiany zaobserwowano we wskazaniach wystąpienia nadciśnienia u mężczyzn (wzrost o 4 p. proc. do wartości 24,4%) i chorób tarczycy u kobiet (wzrost o 4 p. proc. do wartości 15,8%).

W stosunku do pomiaru z 2014 roku najbardziej widoczne zmiany (wzrost lub spadek zachorowań) zaobserwowano w przypadku nadciśnienia tętniczego (wzrost o 3 p. proc. do 26,5%) i choroby wieńcowej (spadek o niespełna 2 p. proc. do 7,5%). W przypadku pierwszego schorzenia (nadciśnienia tętniczego) największe wzrosty nastąpiły w województwach: śląskim (o 8 p. proc.) oraz warmińsko-mazurskim (o 5 p. proc.). Największe spadki zachorowania na chorobę wieńcową notujemy w województwach lubelskim, mazowieckim i pomorskim (o około 3 p. proc. w każdym z tych województw).

Tablica 6. Odsetki wskazań 5-ciu najczęściej pojawiających się chorób i dolegliwości przewlekłych u osób dorosłych w 2019 r. w podziale na województwa

Table 6. Percentages of indications of 5 the most common diseases and chronic ailments in adults in 2019 in voivodships

Wyszczególnienie Specification	Wysokie ciśnienie krwi High blood pressure	Bóle dolnej partii pleców Lower back pain	Bóle szyi (karku) Neck (nape) pain	Bóle środkowej partii pleców Middle back pain	Choroba zwyrodnieniowa stawów Arthrosis
Ogółem Total	26,5	25,8	16,1	15,7	15,5
Dolnośląskie	27,1	31,3	22,3	19,7	18,7
Kujawsko-pomorskie	28,6	23,5	14,8	12,5	16,9
Lubelskie	26,2	28,1	17,5	16,5	17,1
Lubuskie	25,8	25,0	14,6	14,8	15,8
Łódzkie	29,1	29,1	18,4	18,0	15,3
Małopolskie	24,1	24,3	17,6	18,0	16,0
Mazowieckie	24,9	25,6	15,0	14,8	14,4
Opolskie	25,3	22,3	12,2	13,6	14,3
Podkarpackie	25,3	20,7	12,8	14,0	14,7
Podlaskie	27,7	27,7	17,3	16,7	19,0
Pomorskie	26,0	23,8	14,1	13,6	14,8
Śląskie	31,8	31,7	20,4	18,7	17,5
Świętokrzyskie	25,6	22,8	13,5	14,2	16,0
Warmińsko-mazurskie	23,7	27,8	14,1	15,7	13,4
Wielkopolskie	23,9	21,0	12,5	13,2	13,1
Zachodniopomorskie	25,3	21,0	12,3	12,0	11,4

Innym, ważnym aspektem, który ujęto w badaniu EHIS jest niepełnosprawność. Stosuje się kilka definicji niepełnosprawności. Niepełnosprawność biologiczna jest subiektywną oceną ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności (niezależnie czy poważnych czy niezbyt poważnych), trwających przynajmniej

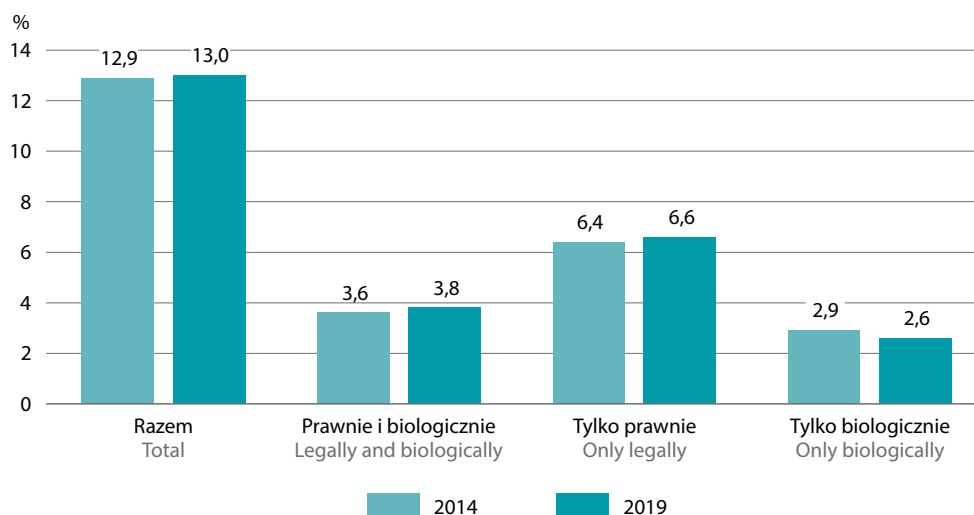
6 miesięcy¹⁸. Zgodnie z powyższą definicją w Polsce odnotowano 22,6% przypadków osób z takim rodzajem niepełnosprawności. W porównaniu z badaniem w 2014 roku odsetek ten wzrósł o ponad 2 p. proc.

Poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności dotknęły 6,4% populacji, a niezbyt poważne – 16,3%.

Innym ujęciem niepełnosprawności jest definicja statystyczna, która uwzględnia osoby niesprawne biologicznie, ale wyłącznie w stopniu poważnym, a także osoby niepełnosprawne prawnie (posiadające orzeczenie o niepełnosprawności).

Zgodnie z powyższą definicją 13,0% mieszkańców Polski należało do grupy osób z niepełnosprawnością (niezależnie od typu), 10,4% miało orzeczenie o niepełnosprawności, a 2,6% deklarowało występowanie poważnych ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności, chociaż nie posiadało orzeczenia o niepełnosprawności (w 2014 roku wyżej wymienione wskaźniki były na zbliżonym poziomie).

Wykres 7. Odsetki osób z niepełnosprawnością w Polsce: prawną lub biologiczną (2019 i 2014 rok)
Chart 7. Percentage of people with disabilities in Poland: legal and biological (2019 and 2014)



W przypadku grup wieku odsetki osób z niepełnosprawnością wahały się w 2019 r. od kilku procent (poniżej 6,0%) w grupach wiekowych od 0 do 39 lat, do 52,2% w grupie osób w wieku co najmniej 80 lat. Wysokie odsetki osób z niepełnosprawnością odnotowano także w grupach wieku 70–79 lat – 32,5%, 60–69 lat – 22,9% oraz 50–59 lat – 15,1%.

W przypadku większości grup wieku zmiany odsetka osób z niepełnosprawnością między rokiem 2014 a 2019 były niewielkie (dominowały nieznaczne wzrosty poniżej 1 p.proc.), jednak w grupie wieku 50–59 lat i 70–79 lat oraz 80 lat lub więcej odnotowano spadki odsetka osób z niepełnosprawnością w wysokości ok. 3 p. proc.

Odsetki osób z niepełnosprawnością w 2019 r. wśród kobiet i mężczyzn były podobne (około 13,0%) i nie zmieniły się znacząco w stosunku do roku 2014.

¹⁸ W III turze badania EHIS z 2019 roku wprowadzono, zgodnie z zaleceniami Eurostatu, dwa pytania, mające odniesienie do niepełnosprawności biologicznej:

B3. Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują?

1. Tak, poważnie ograniczoną.
2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie.
3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń.

B4. Czy ta ograniczona zdolność trwa co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

1. Tak.
2. Nie.

Zgodnie z definicją statystyczną, w przypadku 3 województw odsetek osób z niepełnosprawnością (niezależnie od jej rodzaju) został zadeklarowany przez co najmniej 15,0% mieszkańców danego województwa i był najwyższy w kraju: w województwie lubuskim (17,3%), świętokrzyskim (15,5%) i pomorskim (15,1%). Najniższy odsetek osób z niepełnosprawnością odnotowano w województwie mazowieckim (10,0%).

W porównaniu z pomiarem z 2014 roku największy wzrost deklaracji niepełnosprawności (niezależnie od jej rodzaju) zaobserwowano w województwie opolskim (o ponad 2 p. proc.), natomiast największy spadek deklaracji – w województwie łódzkim (o ponad 4 p. proc.).

Tablica 7. Odsetki osób z niepełnosprawnością w Polsce: prawną lub biologiczną w 2019 r. w podziale na województwa

Table 7. Percentage of people with disabilities in Poland: legal and biological in 2019 in voivodships

Województwa Voivodships	Osoby z niepełnosprawnością Persons with disability				Sprawni Without disability
	razem total	prawną i biologiczną legal and biological	tylko prawną legal only	tylko biologiczną biological only	
Ogółem Total	13,0	3,8	6,6	2,6	87,0
Dolnośląskie	14,6	3,5	8,1	3,0	85,4
Kujawsko-pomorskie	14,4	4,3	6,7	3,4	85,6
Lubelskie	14,3	4,9	7,8	1,6	85,7
Lubuskie	17,3	5,3	10,0	2,0	82,7
Łódzkie	11,4	3,2	5,3	2,9	88,6
Małopolskie	13,5	4,1	7,1	2,3	86,5
Mazowieckie	10,0	2,7	4,1	3,2	90,0
Opolskie	12,9	4,0	6,3	2,6	87,1
Podkarpackie	12,0	3,5	5,5	3,0	88,0
Podlaskie	13,4	4,5	6,1	2,9	86,6
Pomorskie	15,1	5,0	7,6	2,6	84,9
Śląskie	13,4	4,7	6,4	2,3	86,6
Świętokrzyskie	15,5	3,1	9,4	3,0	84,5
Warmińsko-mazurskie	14,4	4,8	7,2	2,3	85,6
Wielkopolskie	11,7	2,7	7,4	1,6	88,3
Zachodniopomorskie	12,3	3,8	6,7	1,8	87,7

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2. HEALTH CARE

2.1. Kadra medyczna

2.1. Medical personnel

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

Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe skłaniają do prognozowania wzrostu popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym zwiększonego zapotrzebowania na personel medyczny.

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale pochodzą z badań prowadzonych na dotychczasowych zasadach i odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2020 r. (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2019/2020).

Na rok 2022 planowane jest zakończenie prac nad modyfikacją metodologii obliczania kadry medycznej w odniesieniu do lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych, co umożliwi przedstawienie obliczeń według nowej metodologii¹⁹.

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 2020 prawo wykonywania zawodu posiadało 153,5 tys. lekarzy, 43,3 tys. lekarzy dentyków, 303,2 tys. pielęgniarek, 39,8 tys. położnych, 36,5 tys. farmaceutów i 17,1 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy względny przyrost w 2020 r., zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,4%) i położnych (wzrost o 2,0%). Natomiast w wartościach bezwzględnych w stosunku do roku poprzedniego najbardziej wzrosła liczba pielęgniarek i lekarzy – odpowiednio o 3,6 tys. i o 2,6 tys.

¹⁹ 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 w odniesieniu do lekarzy, lekarzy dentyków, pielęgniarek i położnych wyłącznie w oparciu o źródła administracyjne. Wypracowane algorytmy naliczania podlegały dalszym pracom i weryfikacji w latach 2020–2021. Przewiduje się zakończenie tych prac w roku 2022.

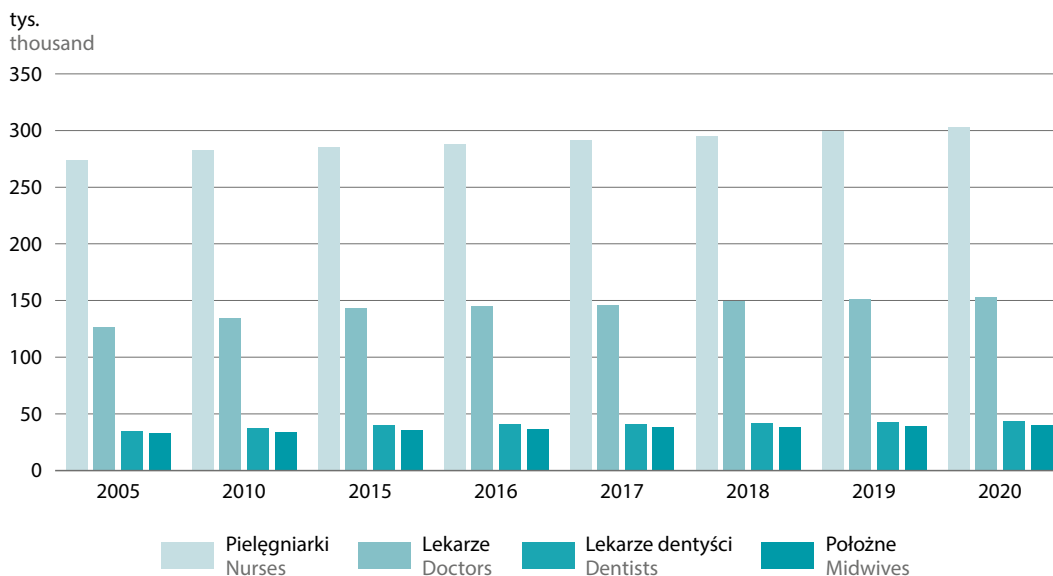
**Tablica 8. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 8. Persons entitled to practice medical profession
As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2018	2019	2020
Lekarze Doctors	134 292	142 962	149 134	150 914	153 499
Lekarze dentyści Dentists	37 104	40 455	42 282	42 761	43 331
Farmaceuci Pharmacists	28 330	33 111	35 553	36 117	36 527
Pielęgniarki Nurses	282 420	285 431	295 464	299 629	303 211
Położne Midwives	34 302	36 103	38 312	39 029	39 792
Diagności laboratoryjni ^a Laboratory diagnosticians ^a	12 966	15 109	16 340	16 697	17 101

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 8. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej
Chart 8. 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.

W 2020 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu.

Wśród lekarzy podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejsza była grupa osób najstarszych – 65 lat i więcej. Ich liczba wyniosła ok. 39 tys. a udział w ogólnej liczbie wyniósł 25,3% i był o 0,9 p. proc. wyższy niż w roku 2019.

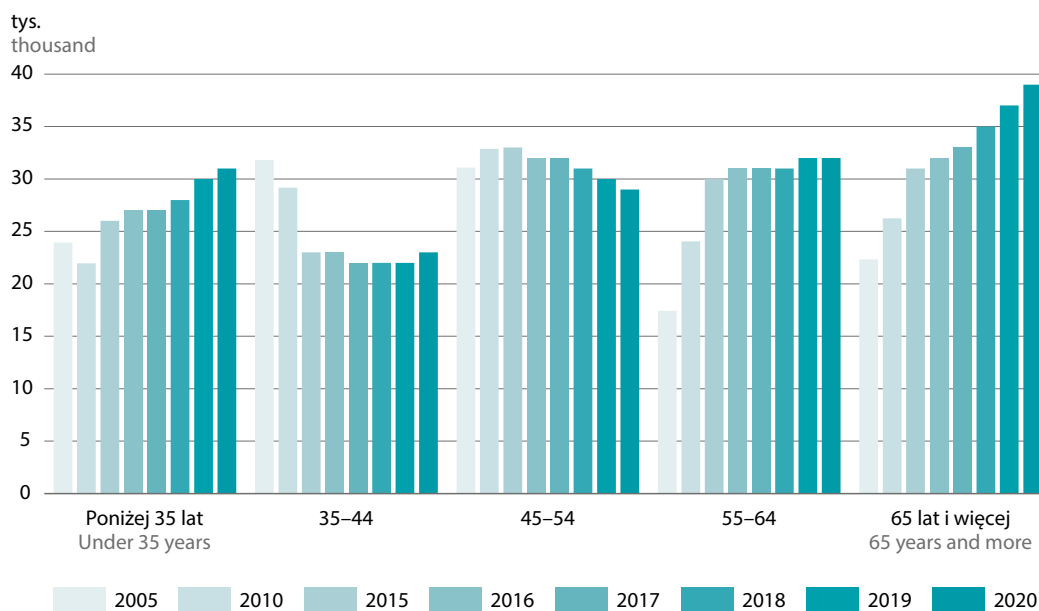
Jednocześnie zaobserwowano wzrost liczby i udziału procentowego lekarzy z dwóch najmłodszych grup wieku: poniżej 35 lat (31 tys. tj. 20,1% ogółu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu co oznacza wzrost o 0,3 p. proc.) oraz w grupie 35–44 lata, w której liczba lekarzy wyniosła ok. 23 tys. i stanowiła 14,9% ogółu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu (wzrost udziału o 0,4 p. proc.).

Zmniejszył się natomiast udział lekarzy w wieku 45–54 i 55–64 lata – odpowiednio o 1,0 p. proc. i 0,4 p. proc.

W grupie dentyistów te zmiany przebiegały nieco inaczej. Analogicznie jak w grupie lekarzy najwięcej było osób w wieku 65 lat i więcej, ich udział w ogólnej liczbie lekarzy wyniósł 22,9% i był o 0,2 p. proc. większy, niż w roku 2019. Zwiększył się także o 0,3 p. proc. udział osób w wieku 35–44 oraz 55–64 i wyniósł odpowiednio 18,7% i 16,4%, spadł natomiast udział osób najmłodszych – w wieku poniżej 35 lat oraz osób w wieku 45–54 lata i wyniósł odpowiednio 21,5% i 20,6% (spadek o 0,2 p. proc. oraz 0,7 p. proc.).

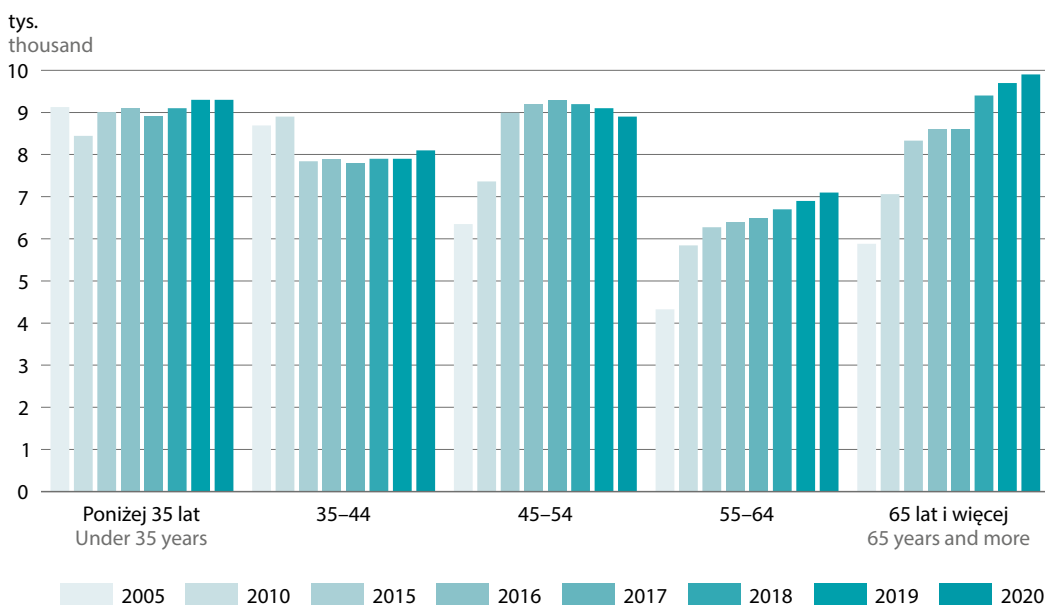
Wykres 9. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku

Chart 9. Doctors entitled to perform their profession by age



Wykres 10. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku

Chart 10. Dentists entitled to perform their profession by age

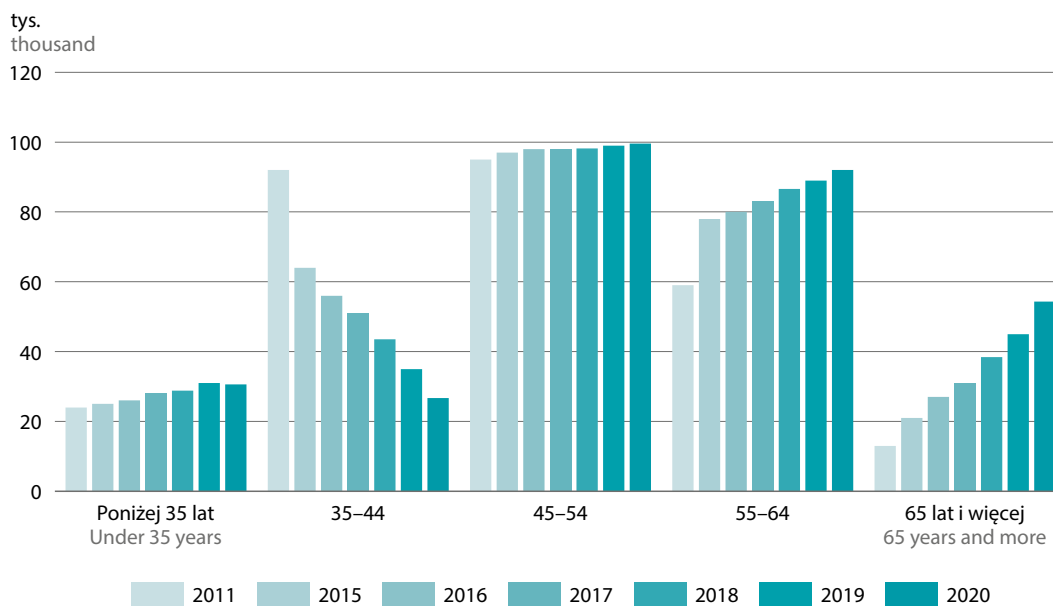


Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2020 najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45–54 lata – 99,6 tys. Podobnie jak w poprzednim roku najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat. W 2020 r. było ich prawie 31 tys., co stanowiło 10,1% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu pielęgniarki (10,4% w roku poprzednim).

Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. W 2020 r. wzrost ten był dość znaczny – o ok. 9 tys. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 17,9% wszystkich posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (w 2011 r. – 4,6%, w 2019 r. – 15,0%). Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55–64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła w ostatnim dziesięcioleciu o ok. 30 tys., a ich udział w ogólnej liczbie pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu wzrósł do 30,3% (o 9,5 p. proc. więcej, niż w 2011 r., w roku 2019 – 29,8%). Szczególnie niepokojącym zjawiskiem jest silny spadek odsetka i liczby pielęgniarek w wieku 35–44 lata (z 92 tys. tj. 32,5% w roku 2011 do 35 tys. tj. 11,7% w roku w 2019 r. i 26,7 tys. tj. 8,8%, w 2020 r.).

Wykres 11. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku

Chart 11. Nurses entitled to perform their profession by age

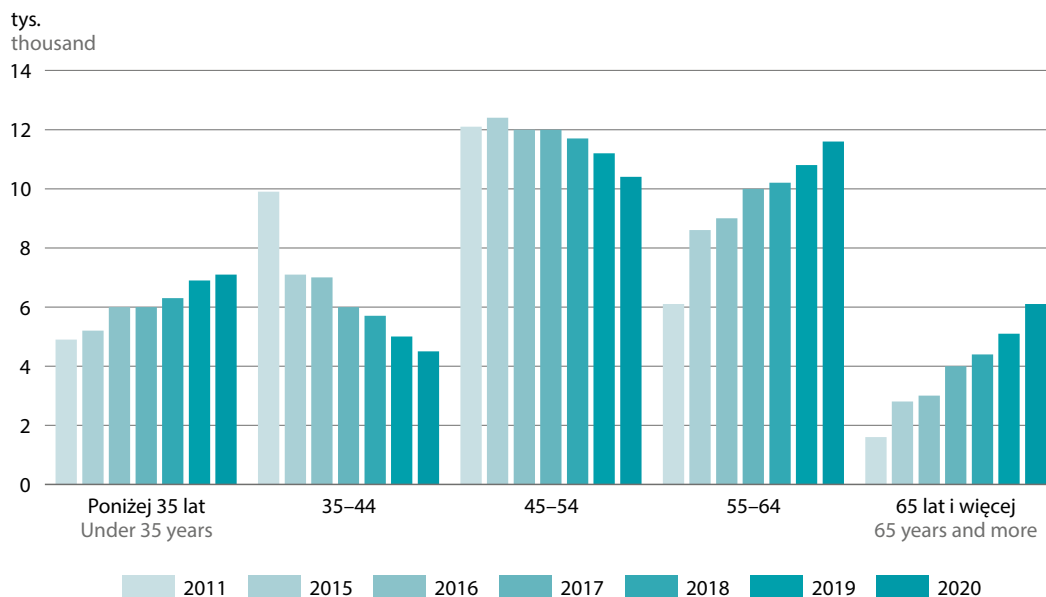


Podobne tendencje, jak w roku poprzednim, wystąpiły w strukturze wieku położnych. W roku 2020 najliczniejsza była liczba położnych w wieku 55–64 lata – 11,6 tys. (10,8 tys. w roku poprzednim) przekroczywszy o ponad 1 tys. liczbę położnych w wieku 45–54 lata (grupa najliczniejsza w ostatnim dziesięcioleciu). Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 35–44 lata – ok. 4,5 tys. (ok. 4,9 tys. w roku poprzednim). Położne w wieku 65 lat i więcej – stanowiły ponad 6 tys., co stanowiło 15,4% wszystkich osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu (13,1 % w roku poprzednim).

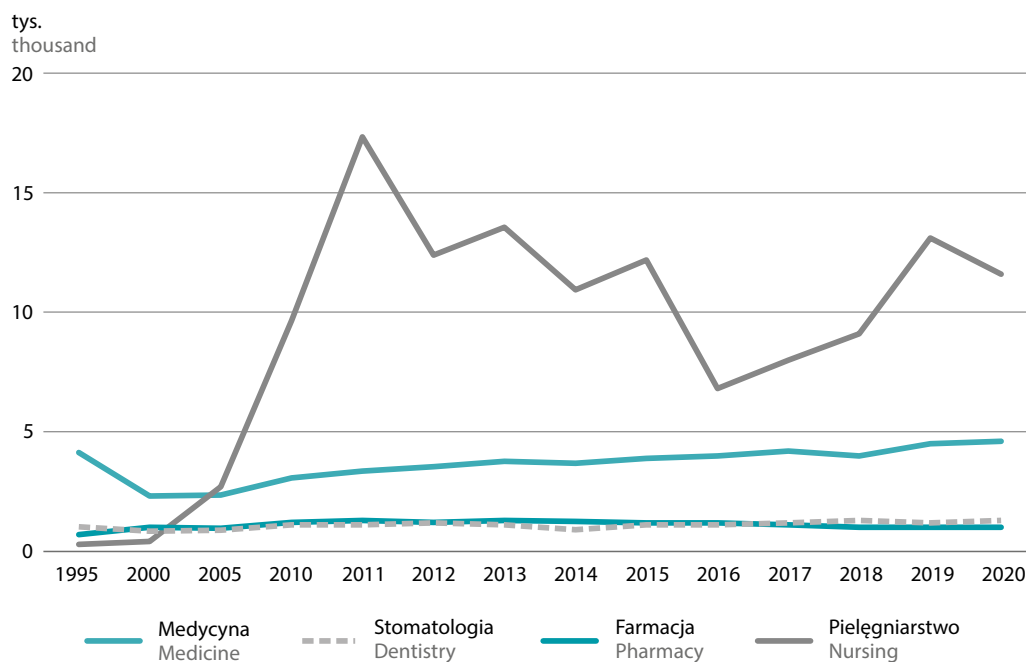
Powyższe dane potwierdzają tendencję starzenia się kadry systemu ochrony zdrowia. Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie rozwoju kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego, a także najlepsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zgodnie z potrzebami systemu oraz wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników oraz zapobieganie odpływowi pracowników służby zdrowia do innych zawodów czy ich emigracji za granicę.

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

Wykres 12. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku
 Chart 12. Midwives entitled to perform their profession by age



Wykres 13. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce
 Chart 13. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland



Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo²⁰. W roku 2020 został odnotowany jej spadek o ok. 1,5 tys. (ok. 11%).

Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem²¹. Lekarze specjaliści

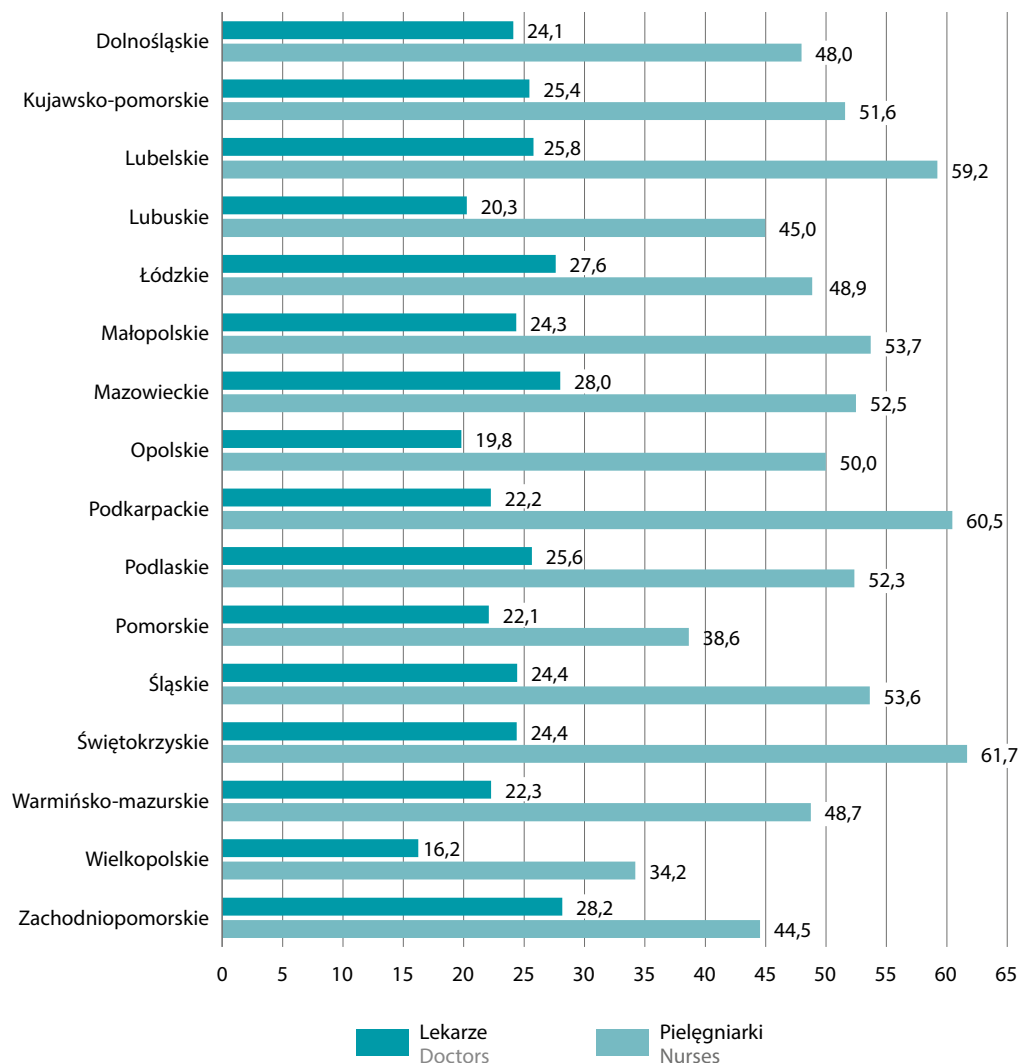
Jedną z najważniejszych kwestii jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego, opartej na potrzebach mieszkańców, stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność ta zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. W 2020 r. liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wynosiła dla Polski 24,1 i wahała się od 16,2 w województwie wielkopolskim do 28,0 w województwie mazowieckim. Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem, na 10 tys. mieszkańców w roku 2020 wynosiła 49,9%. Najniższa była w województwie wielkopolskim – 34,2 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców oraz w województwie pomorskim, gdzie przypadały 38,6 pielęgniarki na 10 tys. osób. Najwięcej pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców zaobserwowano w województwie świętokrzyskim – 61,7 pielęgniarek, w województwie podkarpackim – 60,5 oraz w lubelskim – 59,2.

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 dentyków jest odsetek specjalistów, a w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

²⁰ Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach). W 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.

²¹ Według głównego miejsca pracy, patrz: Część II Uwagi metodologiczne podrozdział 2, „Podstawowe wyjaśnienia metodyczne”.

Wykres 14. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw
 Chart 14. Doctors and nurses working with patients at 10 thousand of the population by voivodships



W 2020 r. liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w Polsce wyniosła ponad 92 tys., z czego 67,7% stanowili specjaliści (ponad 62 tys.), a wśród lekarzy dentyistów pracujących z pacjentem (14,3 tys.) specjalizację posiadało 3,2 tys., co stanowiło 22,2%.

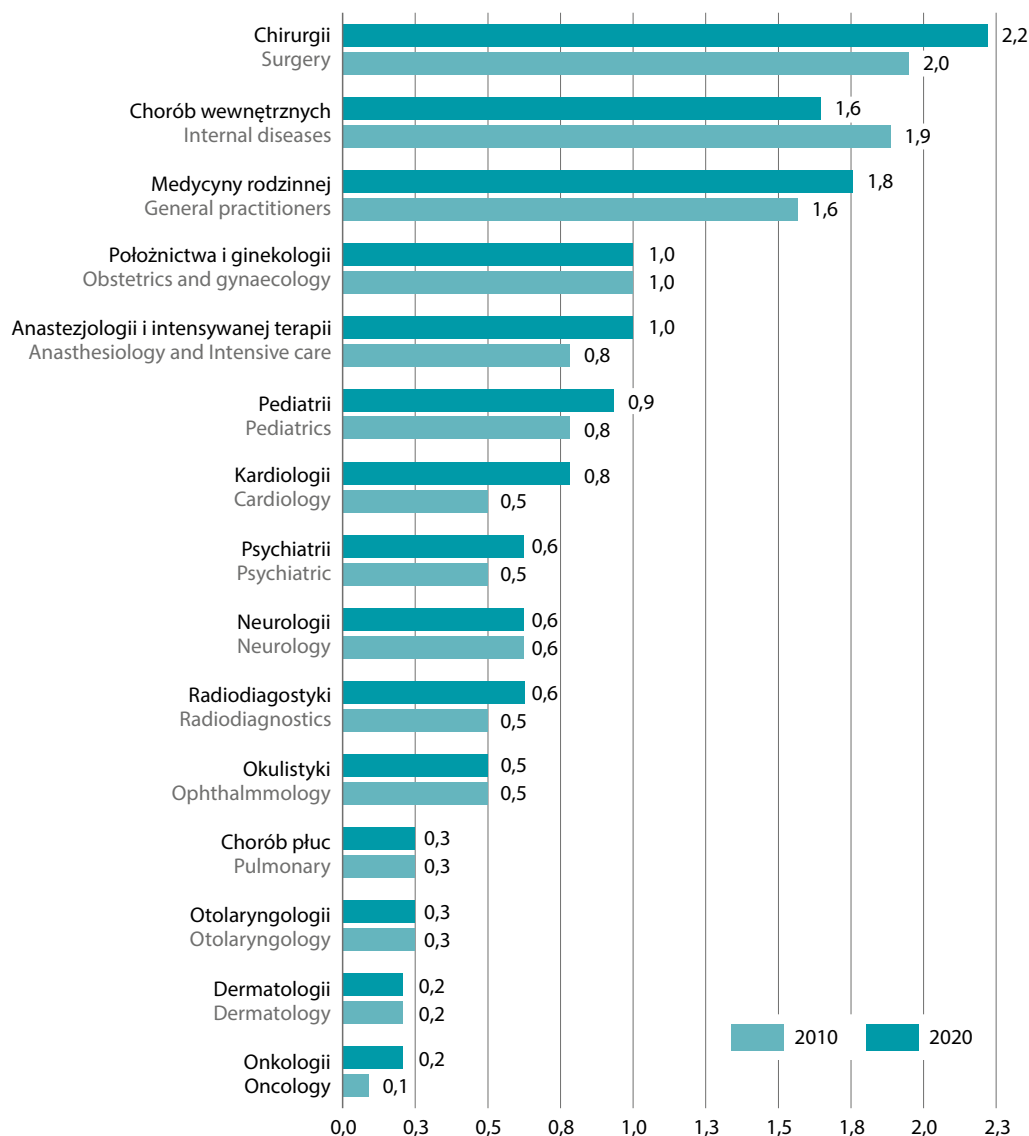
Według opinii krajowych konsultantów można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Co kilka lat minister zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określone są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie brakuje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

Na koniec 2020 r. najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: onkologia czy dermatologia. Najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, chorób wewnętrznych oraz medycyny rodzinnej.

W 2020 r., spośród ogółu pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem, wyższe wykształcenie posiadało 49% przy czym tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało ponad 23% (w roku 2010 odsetki te wynosiły odpowiednio 19% i 6%).

Wykres 15. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2020 (na 10 tys. ludności)

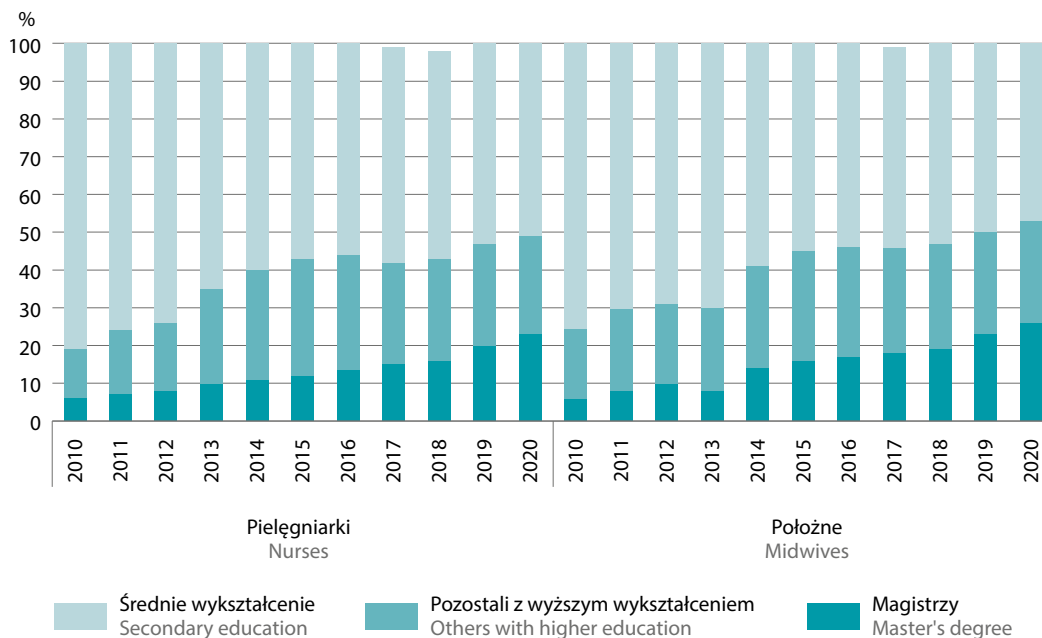
Chart 15. Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2020 (per 10 thousand of the population)



Analogiczna sytuacja wystąpiła w grupie położnych: w 2020 r. udział położnych z wyższym wykształceniem w ogólnej liczbie położnych pracujących z pacjentem wyniósł 53% (osoby z tytułem magistra stanowiły 26,1%) i był wyraźnie wyższy niż w roku 2010, w którym odsetki te wyniosły odpowiednio 24% i 6%.

W 2020 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 6,8 tys. ratowników z wyższym wykształceniem, w tym 0,6 tys. osób z wykształceniem wyższym magisterskim (w odniesieniu do wszystkich ratowników osoby te stanowiły odpowiednio 45% oraz 4,2%). Odsetki te były wyższe, niż w roku 2010, kiedy wyniosły odpowiednio 21,6% oraz 2,9%.

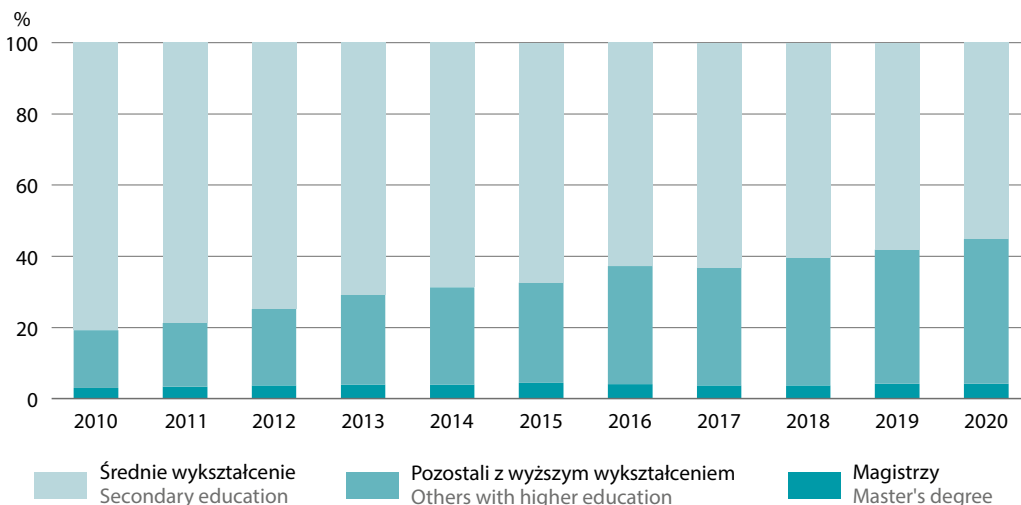
Wykres 16. Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych
 Chart 16. The education level of nurses, midwives



*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.

Do wykonywania zawodu farmaceuty²² w 2020 r. uprawnionych było ponad 36 tys. osób. Dane wskazują, że prawie 78% wszystkich uprawnionych pracowało w aptekach bezpośrednio z pacjentem.

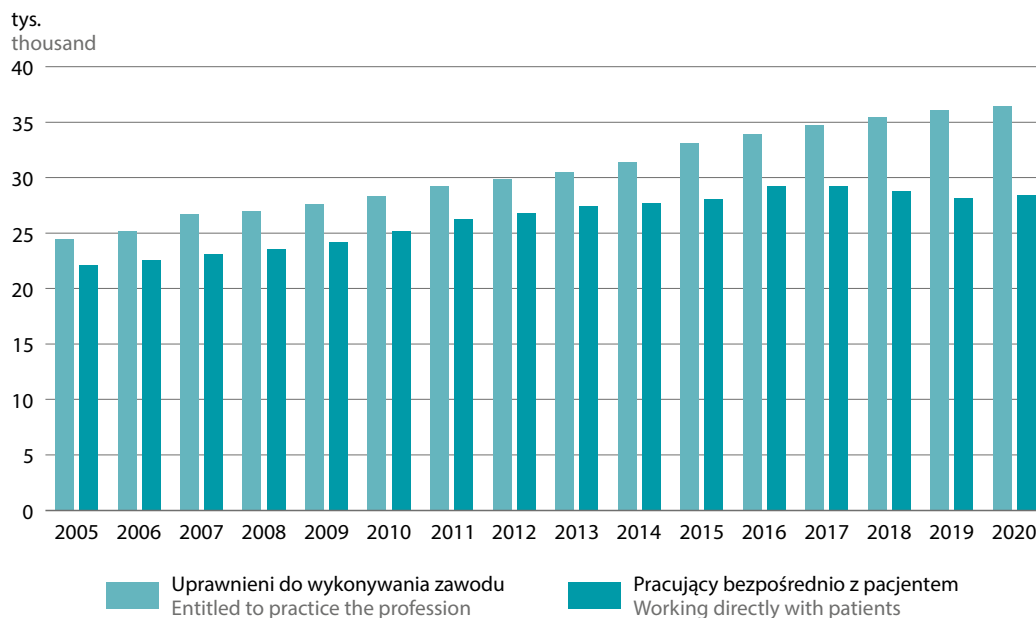
Wykres 17. Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010–2020
 Chart 17. The level of education of paramedics in 2010–2020



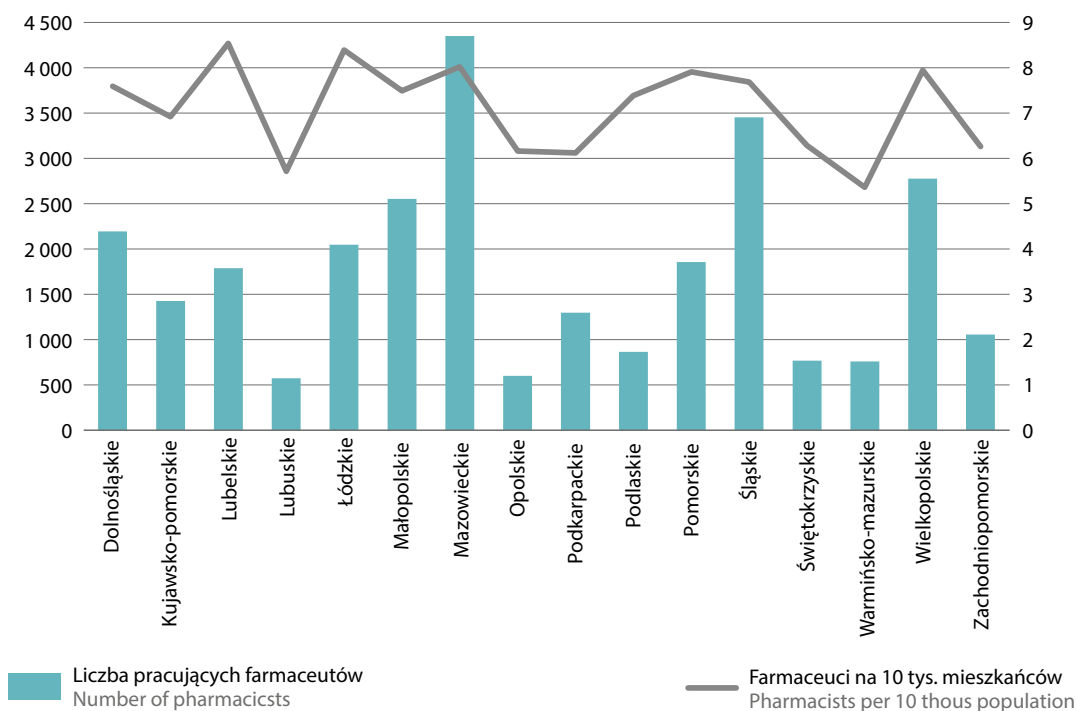
22 Zgodnie z przepisami ustawy dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97) – osoby z tytułem mgr farmacji lub osoby z równorzędnymi uprawnieniami pochodzącymi z innego kraju.

Liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty systematycznie rośnie, chociaż w ostatnich latach tempo wzrostu wyraźnie malało. W 2020 r. liczba farmaceutów była wyższa, niż w roku 2019 o 1,1%, podczas, gdy w roku poprzednim wzrost ten wyniósł 1,7%, a w roku 2018 2,3%.

Wykres 18. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu
Chart 18. Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession



Wykres 19. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców
Chart 19. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population



Największą liczbą farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych charakteryzowało się największe województwo: mazowieckie – ponad 4 tys. osób, natomiast najmniejszą województwo lubuskie – poniżej 600 osób.

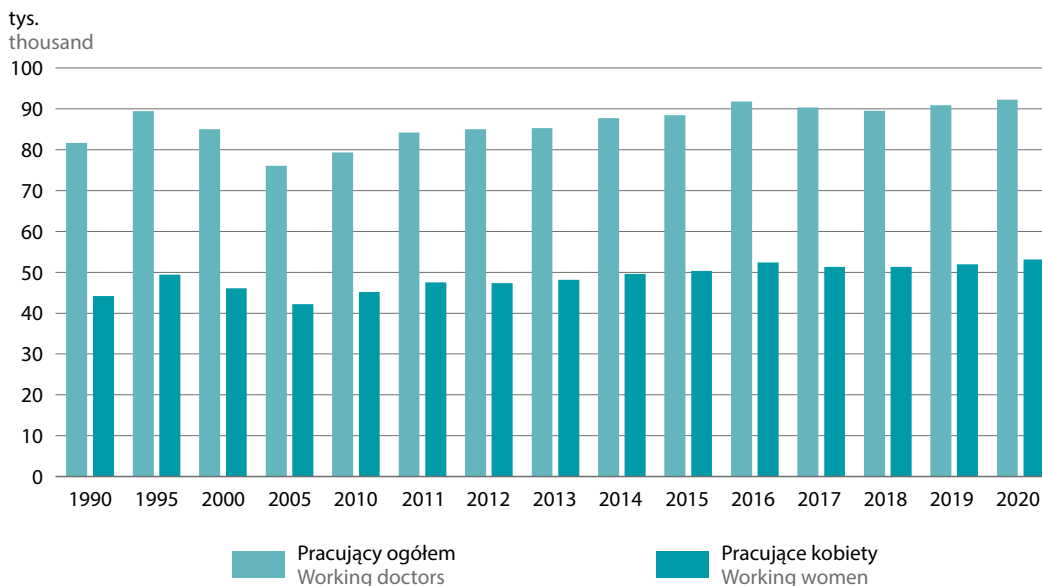
Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy, tak samo jak przed rokiem, w województwach: lubelskim i łódzkim – i wyniósł odpowiednio 8,5 oraz 8,4 na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwach: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

Feminizacja zawodów medycznych

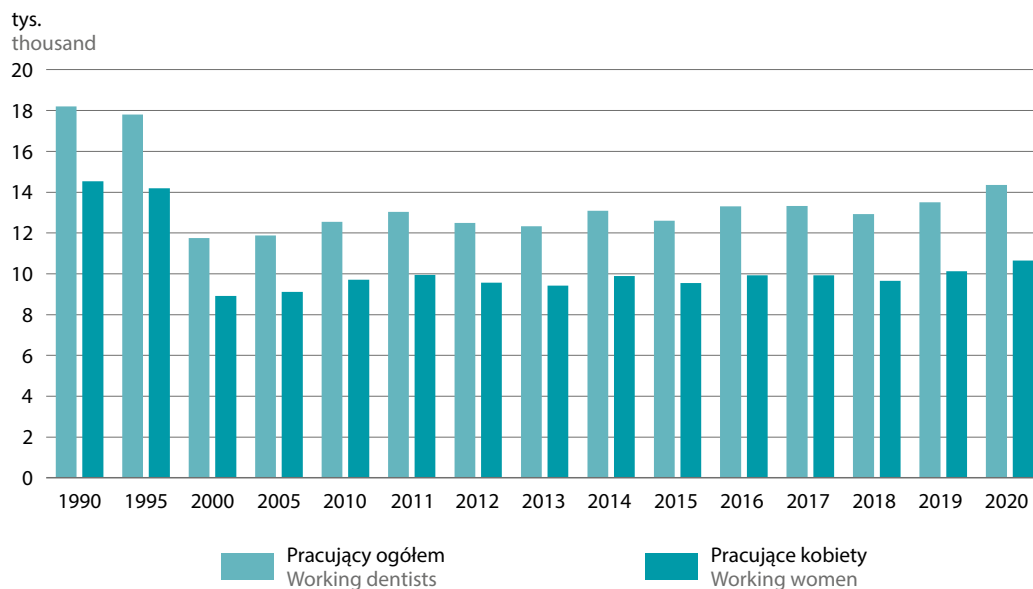
Wśród zawodów medycznych w Polsce najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. W okresie zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale 30 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W 2020 r. odsetek ten wyniósł 57,6. W zawodzie lekarza dentystry także przeważają kobiety, które w 2020 r. stanowiły ponad 74% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

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

Wykres 20. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
Chart 20. Doctors working directly with the patient including the number of femalee



Wykres 21. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
 Chart 21. Dentists working directly with the patient the number of female



Tablica 9. Pracownicy medyczni^{ab}
Stan w dniu 31 grudnia
 Table 9. Medical personnel^{ab}
 As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
W LICZBACH BEZWZGLĘDNYCH IN ABSOLUTE NUMBERS							
Lekarze Doctors	83 201	88 437	91 730	90 284	89 532	90 884	92 255
w tym kobiety of which women	47 131	50 343	52 422	51 318	51 291	51 932	53 122
Lekarze dentyści Dentists	12 549	12 603	13 308	13 331	12 927	13 509	14 348
w tym kobiety of which women	9 717	9 544	9 930	9 918	9 664	10 133	10 654
Farmaceuci Pharmacists	25 203	28 121	29 268	29 330	28 873	28 195	28 387
w tym kobiety of which women	21 237	23 441	24 178	24 364	23 920	23 384	23 491
Pielęgniarki Nurses	200 769	197 381	195 838	193 700	192 964 ^c	193 132 ^b	191 081
Położne Midwives	22 616	22 464	22 885	22 742	22 880 ^d	22 892 ^c	23 204
Fizjoterapeuci Physiotherapists	21 470	25 145	26 003	26 495	27 787	29 361	31 479
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	.	11 477	10 602	11 599	11 657	12 176	12 553

**Tablica 9. Pracownicy medyczni^{ab}
Stan w dniu 31 grudnia (dok.)**

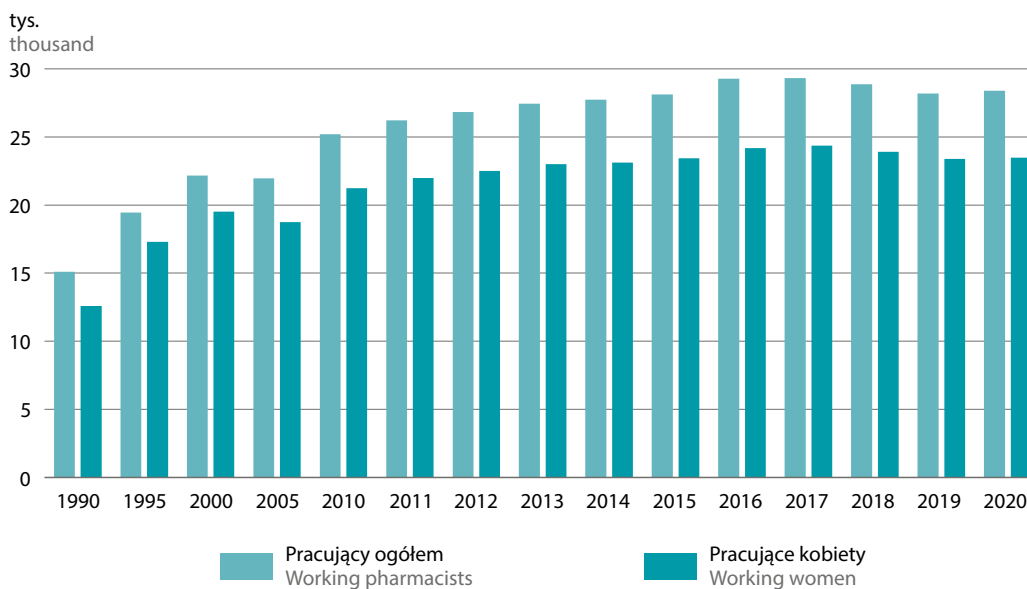
Table 9. Medical personnel^{ab}
As of 31 December (cont.)

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017	2018	2019	2020
NA 10 tys. LUDNOŚCI PER 10 thousand POPULATION							
Lekarze Doctors	21,6	23,0	23,9	23,5	23,3	23,7	24,1
Lekarze dentyści Dentists	3,3	3,3	3,5	3,5	3,4	3,5	3,7
Farmaceuci Pharmacists	6,5	7,3	7,6	7,6	7,5	7,3	7,4
Pielęgniarki Nurses	52,1	51,4	51,0	50,4	50,2	50,3	49,9
Położne ^e Midwives ^e	11,4	11,3	11,5	11,5	^{11,5}	11,5	11,7
Fizjoterapeuci Physiotherapists	5,6	6,5	6,8	6,9	7,2	7,6	8,2
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	.	3,0	2,7	3,0	3,0	3,2	3,3

a Osoby pracujące z pacjentem b W 2015 r. bez stażystów. c, d W tym magiŝtry: c — pielęgniarstwa — 44 257, d — położnictwa — 6 046. e Na 10 tys. kobiet.

a Persons working with patient b In 2 015 excluding trainees. c, d Of which masters: c — of nursing — 44 257, d — of midwifery — 6 046. e Per 10 thousand females.

Wykres 22. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
Chart 22. Pharmacists working directly with the patient including the number of female



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 ogólne²³

W Polsce na koniec 2020 r. funkcjonowało 898 stacjonarnych szpitali ogólnych, o 0,9% więcej niż przed rokiem, oraz 208 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), o 7,6% mniej niż w 2019 r. Dysponowały one łącznie 167,8 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia), o 0,3% (o 580 łóżek) więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. Zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych²⁴ w szpitalach dziennych, znajdowało się zaledwie 0,2% łóżek szpitalnych oraz 18,5% wszystkich miejsc dziennych. Łącznie, w szpitalach stacjonarnych i dziennych, odnotowano podobnie jak przed rokiem 5,5 tys. miejsc dziennych.

Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców, uwzględniający placówki jednego dnia, wyniósł 2,9 szpitala i był największy w województwach: śląskim (4,1), dolnośląskim (3,7), warmińsko-mazurskim (3,5) i opolskim (3,3), a najmniejszy w województwach: wielkopolskim (1,7), pomorskim (2,1) i podkarpackim (2,4). Ten sam wskaźnik dla szpitali stacjonarnych na poziomie kraju wyniósł, podobnie jak przed rokiem, 2,3 szpitala. Był największy w województwach: śląskim (3,1), dolnośląskim i opolskim (po 3,0) a najmniejszy w województwach: wielkopolskim (1,5), pomorskim (1,8) i podkarpackim (1,9).

W 2020 roku, dotkniętym pandemią COVID-19, powstawały szpitale tymczasowe ujęte w klasyfikacji jako szpitale ogólne. Według stanu na 31 grudnia 2020 r. i informacji Ministerstwa Zdrowia funkcjonowało 15 takich placówek.

Dalsza części analizy, za wyjątkiem działalności dziennej szpitali ogólnych, dotyczy działalności szpitali ogólnych stacjonarnych.

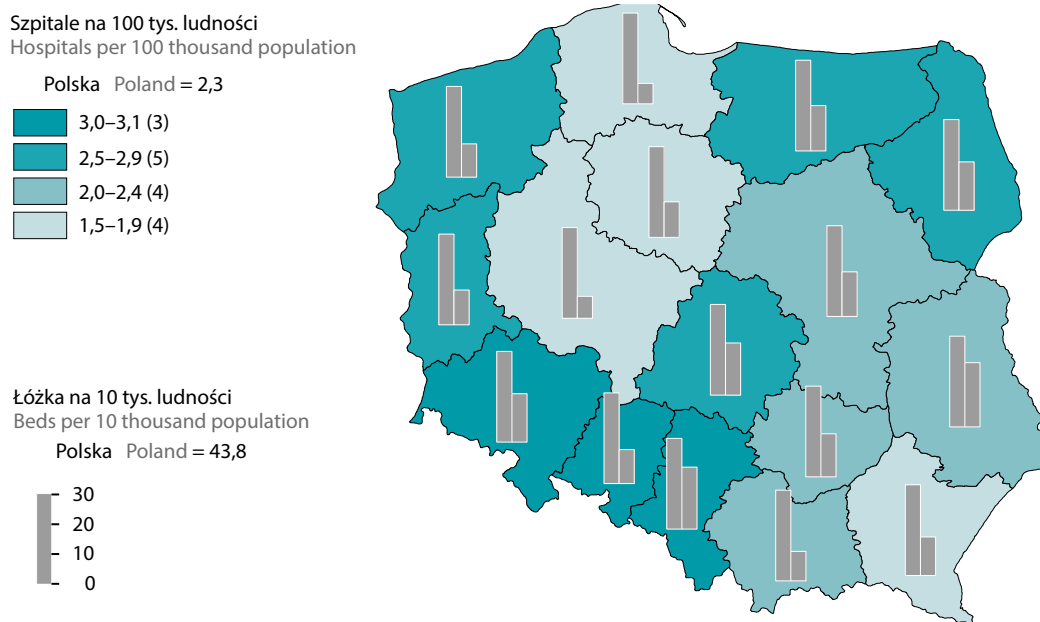
Wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 43,8 łóżka (stan w dniu 31 grudnia), co oznacza że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 228 mieszkańców, o 2 osoby mniej niż w 2020 r. Największy wzrost liczby łóżek w szpitalach ogólnych na 10 tys. mieszkańców wystąpił w województwach: lubelskim (o 3,9), podlaskim (o 2,9), lubuskim (o 2,1) i opolskim (o 2,1) a spadek w województwach: podkarpackim (o 1,3) i śląskim (o 1,1) i kujawsko-pomorskim (o 1,1). Biorąc po uwagę bezwzględną liczbę łóżek w szpitalach ogólnych, największy wzrost odnotowano w województwie lubelskim (o 754 łóżka więcej), a największy spadek w województwie śląskim (o 619 łóżek mniej).

²³ Analiza dotyczy szpitali ogólnodostępnych i nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych, utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

²⁴ Od 2019 r. podmioty lecznicze deklarowały charakter działalności szpitala (szpital stacjonarny/dzienny), patrz: wzór sprawozdania MZ-29 – o działalności szpitala ogólnego w 2020 r.

Mapa 2. Szpitale ogólne^a na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Map 2. General hospitals^a per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2020 (as of 31 December)



^a Nie dotyczy szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia).
^a Excluding day care hospitals (i.e. one day hospitals).

Ponad ¼ (28,0%) wszystkich łóżek w szpitalach ogólnodostępnych w Polsce²⁵ znajdowało się w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim (24,3 tys. łóżek) i śląskim (22,7 tys. łóżek). Najmniejsze województwa pod względem liczebności mieszkańców, takie jak województwa: lubuskie i opolskie, skupiały łącznie 4,9% łóżek w szpitalach ogólnych w kraju (lubuskie – 4,2 tys. łóżek i opolskie – 4,0 tys.).

W 2020 r. dotkniętym pandemią COVID-19 w szpitalach ogólnych hospitalizowano 5 735,0 tys. pacjentów²⁶, o 23,2%, tj. 1,7 mln osób mniej niż w roku ubiegłym.

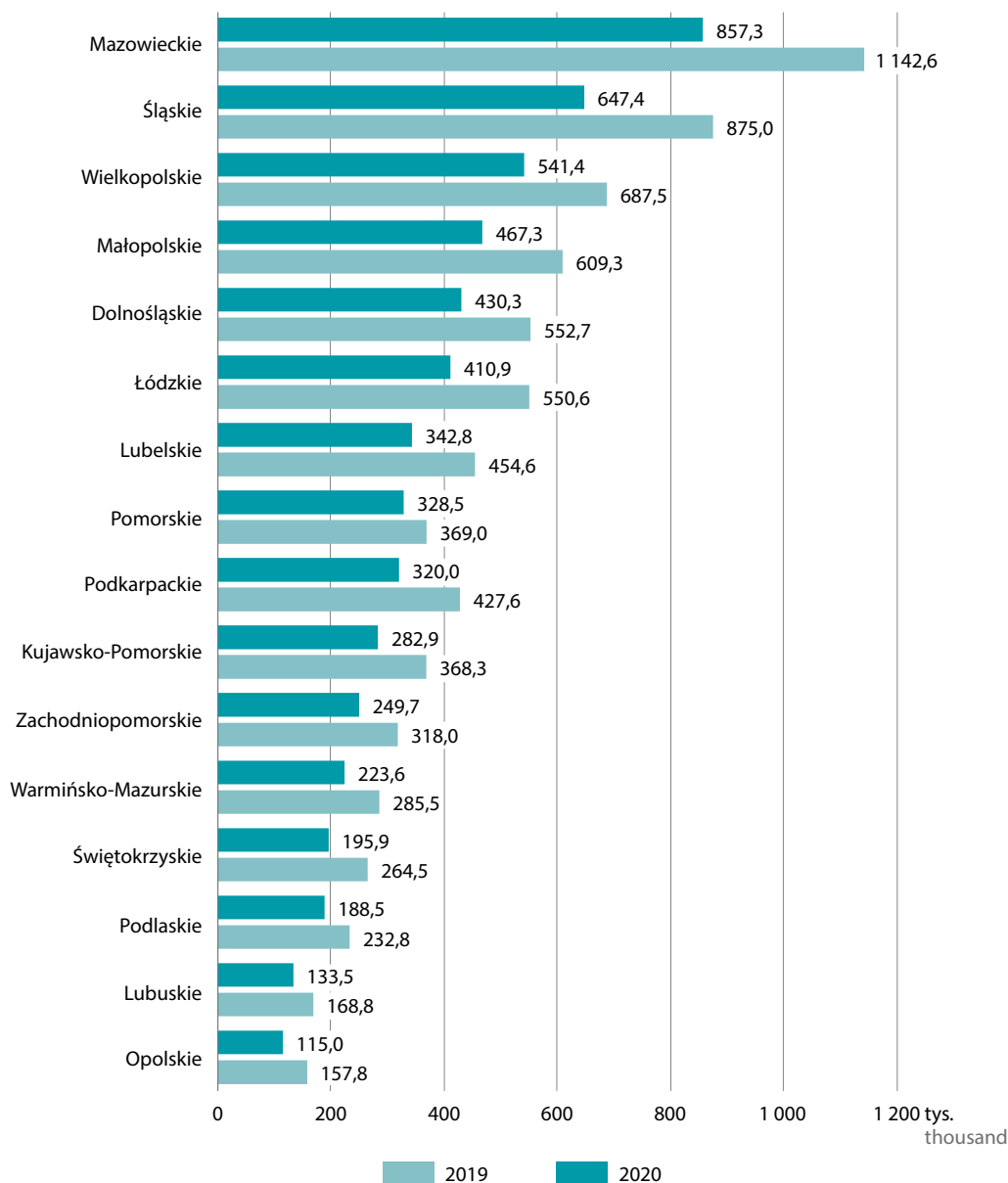
Ogółem na 10 tys. ludności Polski przypadało 1 495 hospitalizacji, o 450 mniej w porównaniu do 2019 roku.

W ujęciu wojewódzkim wskaźnik liczby hospitalizowanych na 10 ludności zmniejszył się we wszystkich województwach. Największy spadek wskaźnika hospitalizacji na 10 tys. ludności odnotowano w województwach: łódzkim (o 560), świętokrzyskim (o 545), mazowieckim (o 532), lubelskim (o 522) a najmniejszy w województwie pomorskim (o 178 mniej).

²⁵ Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

²⁶ Pacjenci wpisani w księgę 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 23. Pacjenci hospitalizowani^a w szpitalach ogólnych według województw
 Chart 23. Inpatients^a in general hospitals by voivodships



^a Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).
^a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

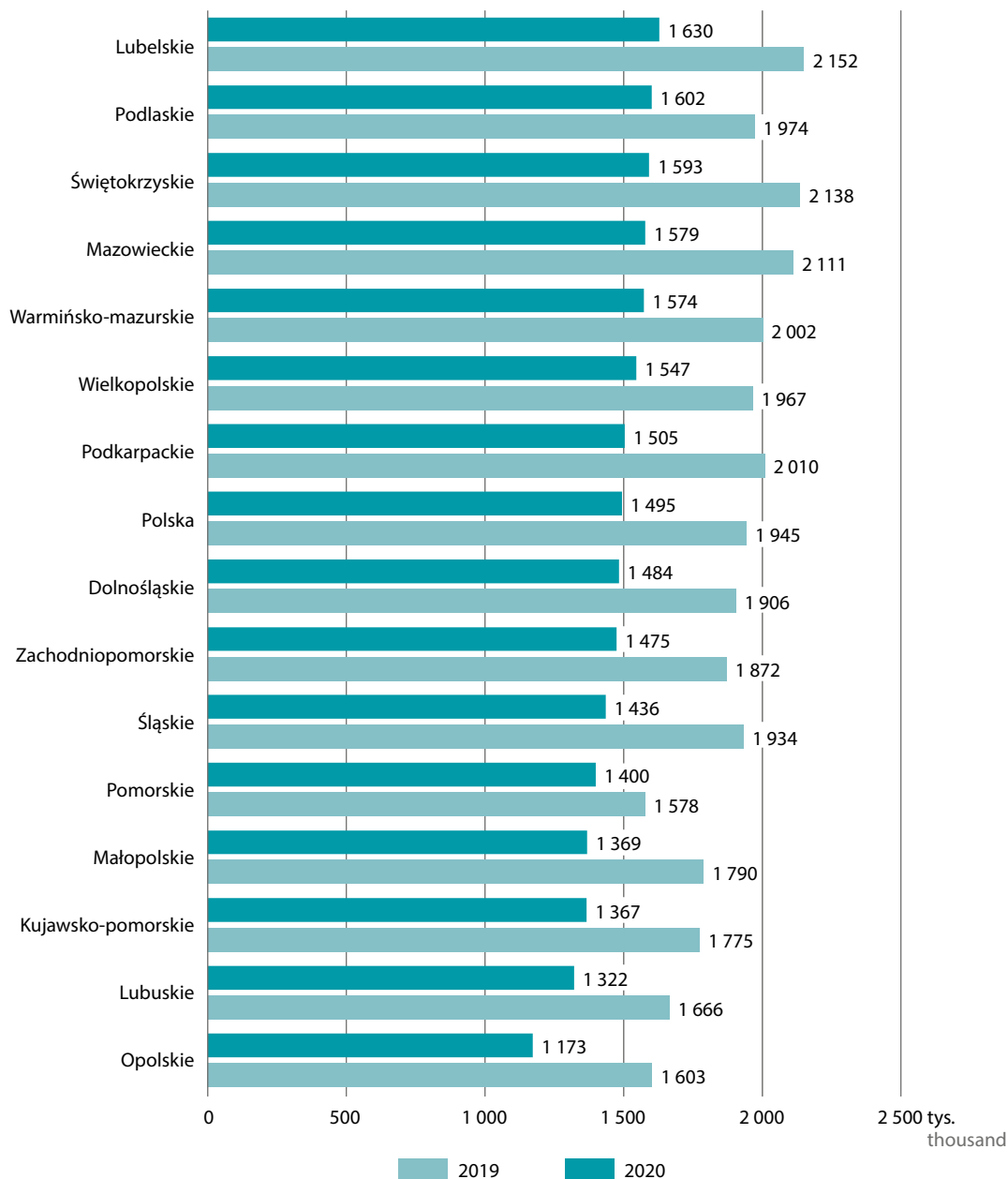
Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej pacjentów, w odniesieniu do ogólnej liczby hospitalizowanych, odnotowano w województwach o największej liczbie mieszkańców. W województwie mazowieckim było to 14,9% ogółu leczonych w szpitalach ogólnych, śląskim - 11,3% pacjentów, a w wielkopolskim - 9,4% ogółem hospitalizowanych w kraju. Najmniej osób przebywało na leczeniu stacjonarnym w najmniej zaludnionych województwach takich jak: opolskie (2,0%), lubuskie (2,3%) i podlaskie (3,3% ogółu hospitalizacji w kraju).

Odsetek dzieci i młodzieży do 18 roku życia leczonych w systemie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w kraju wyniósł 16,6% (tj. 954,7 tys. osób). W województwach: mazowieckim i pomorskim około 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (do 18 roku życia), podczas gdy w województwie opolskim było to

10,8%, a w województwie świętokrzyskim - 11,6% hospitalizacji. W odniesieniu do ogólnej liczby osób hospitalizowanych najwięcej hospitalizacji dzieci i młodzieży (174,6 tys. osób) odnotowano w szpitalach województwa mazowieckiego. Stanowiło to 18,3% ogółu dzieci i młodzieży hospitalizowanych w kraju.

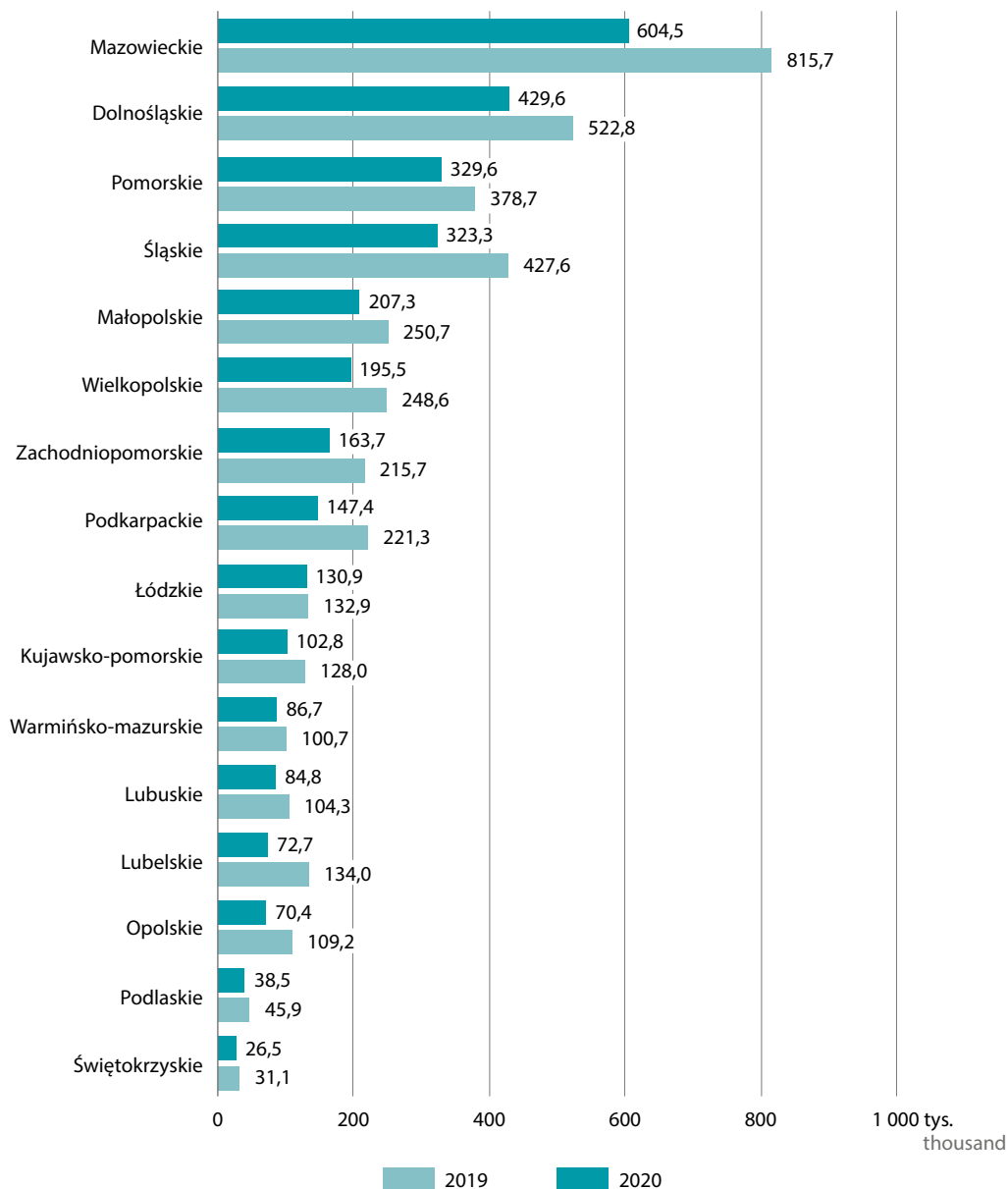
W 2020 r. w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach ogólnych stacjonarnych i dziennych, leczonych było łącznie 3 014,4 tys. osób, o 22,0% mniej niż w 2019 r. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach stacjonarnych stanowili 94,6% a leczeni w szpitalach dziennych (tzw. szpitalach jednego dnia) – 5,4%.

Wykres 24. Pacjenci hospitalizowani^a w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw
 Chart 24. Inpatients^a per 10 thousand population in general hospitals by voivodships



^a Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).
^a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

Wykres 25. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach ogólnych (stacjonarnych i dziennych) według województw
 Chart 25. Day care patients in general hospitals by voivodships



W 2020 r. w szpitalach ogólnych przyjęto 349,7 tys. porodów (o 5,1% mniej niż przed rokiem), z czego 53,2% stanowiły porody fizjologiczne a 45,1% cesarskie cięcia.

Urodziło się 350,9 tys. dzieci²⁷ i było to w skali kraju o 5,6% mniej niż w 2019 r. i o 7,8% (tj. 29,5 tys.) mniej w porównaniu do 2016 r. W odniesieniu do 2019 r. mniejsza liczba dzieci urodziła się wszystkich województwach a spadek ten wahał się w granicach od 10,4% mniej w przypadku województwa podlaskiego (10,2 tys. dzieci) do – 2,3% w województwie łódzkim, (21,0 tys. noworodków). W najliczniej zamieszkiwanym województwie mazowieckim urodziło się, podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej dzieci (57,6 tys.) i było to o 5,1% mniej w porównaniu do 2019 r.

²⁷ Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dni życia i bez dzieci martwo urodzonych.

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 2020 r. pomimo pandemii COVID-19 i bardzo dynamicznych zmian bazy łóżkowej w ciągu roku, na koniec roku odnotowano zbliżoną liczbę łóżek szpitalnych ogółem w kraju – 167,6 tys., o 0,4% (0,7 tys. łóżek) więcej niż w analogicznym okresie roku poprzedniego. Najwięcej łóżek – 34,3 tys. łóżek (20,5% łóżek w szpitalach ogólnych), przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego²⁸. Blisko połowa tych łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (18,9 tys. łóżek) z czego 1,6 tys. na chirurgii dziecięcej, a około 1/4 (8,7 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej (0,4 tys. łóżek).

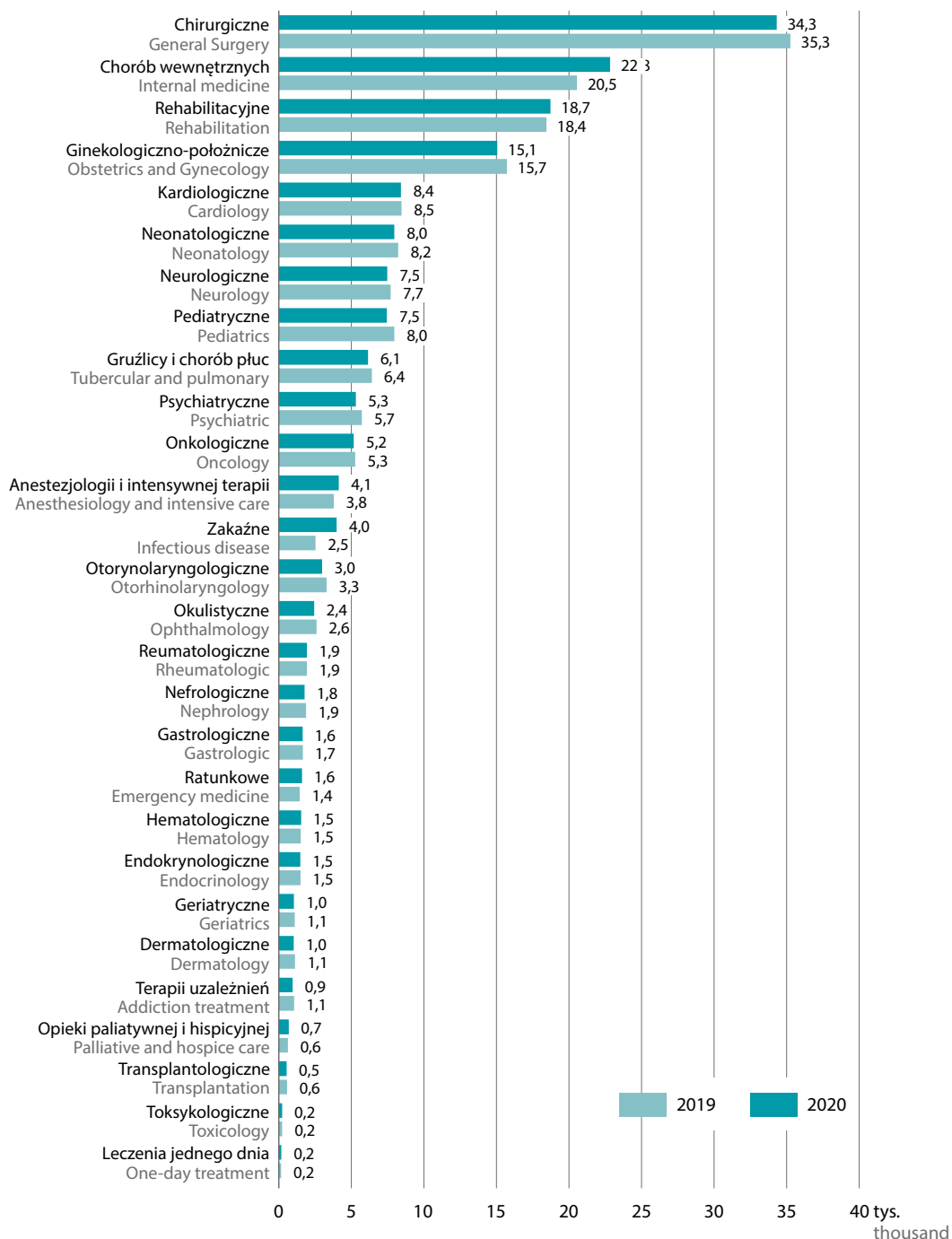
Poza omówioną grupą oddziałów o specjalności chirurgicznej, oddziałami dysponującymi znaczną liczbą łóżek w skali kraju, były oddziały: chorób wewnętrznych (13,6% łóżek ogółem w szpitalach), ginekologiczno-położnicze (9,0%), rehabilitacyjne (11,2%), kardiologiczne (5,0%), neonatologiczne (4,8%), pediatryczne (4,4%), neurologiczne (4,5%) oraz gruźlicy i chorób płuc (3,7% łóżek).

Oddziały, na których odnotowano największy wzrost liczby łóżek (w wartościach bezwzględnych) w porównaniu do 2019 r. to oddziały chorób wewnętrznych – 22,8 tys. łóżek, o 11,2% tj. o 2,3 tys. łóżek więcej i oddziały zakaźne²⁹ – 4,0 tys. łóżek o 57,5% tj. o 1,5 tys. łóżek więcej, oddziały anestezjologii i intensywnej terapii – 4,1 tys., o 8,8% tj. o 0,3 tys. więcej, oddziały rehabilitacyjne – 18,7 tys. łóżek, o 1,5% tj. o 0,3 tys. więcej oraz oddziały opieki hospicyjno – paliatywnej, na których liczba łóżek systematycznie z roku na rok jest większa i w 2020 r. wyniosła blisko 0,7 tys. łóżek (o 9,6% łóżek więcej niż przed rokiem). Największy spadek liczby łóżek odnotowano na oddziałach chirurgicznych (o 2,7%, tj. o 0,9 tys. mniej łóżek) oraz ginekologiczno-położniczych gdzie liczba łóżek zmniejszyła się (o 4,2% tj. o 0,7 tys. łóżek).

²⁸ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym.

²⁹ W związku z pandemią COVID-19 oprócz łóżek zakaźnych znajdujących się na typowych oddziałach zakaźnych, w tym oddziałach obserwacyjno-zakaźnych, wyodrębniane były dodatkowe łóżka COVID-19 na innych oddziałach szpitalnych, głównie na oddziałach chorób wewnętrznych.

Wykres 26. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 26. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals (as of 31 December)



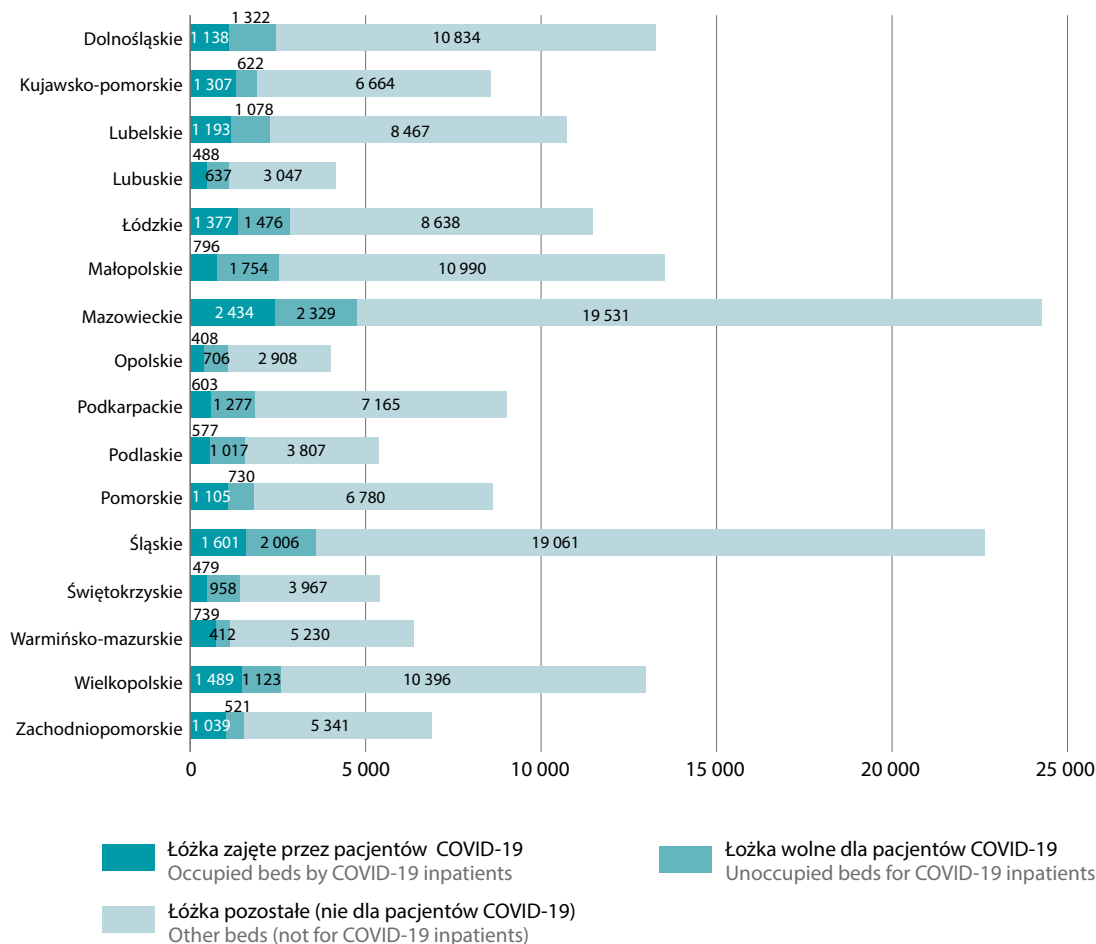
W 2020 r. z uwagi na dynamicznie zmieniający się przebieg pandemii COVID-19 znaczna część łóżek szpitalnych z różnych oddziałów opisanych i zilustrowanych powyżej, w zależności od potrzeb i możliwości była przeznaczana na leczenie pacjentów COVID-19 lub przywracano im ich pierwotne przeznaczenie. Zgodnie z informacjami z dziennych raportów³⁰, na dzień 31 grudnia 2020 r. na terenie kraju na leczenie pacjentów

³⁰ Dane Ministerstwa Zdrowia, opracowane na podstawie raportów przekazywanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i Urzędy Wojewódzkie.

z COVID-19 przeznaczonych było łącznie 34 741 łóżek (około 1/5 łóżek ogółem w szpitalach ogólnych) z czego 48,3% tj. 16 773 łóżek było zajętych przez pacjentów z COVID-19, a 17 968 łóżek było wolnych, przygotowanych na leczenie pacjentów z COVID-19. Rozkład łóżek zajętych i wolnych dla pacjentów z COVID-19 oraz łóżek dla pozostałych pacjentów przedstawia poniższy wykres.

Wykres 27. Łóżka przeznaczone na leczenie pacjentów COVID-19 wolne i zajęte w ogólnej liczbie łóżek w szpitalach w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 27. Beds for COVID-19 inpatients, occupied and unoccupied, in total number of beds in hospitals by voivodships in 2020 (as of 31 December)



W odniesieniu do liczby mieszkańców, wskaźnik liczby łóżek COVID-19 na 10 tys. ludności kraju wynosił 9,1³¹. Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie podlaskim (13,6), a najniższą (7,5) w województwach: małopolskim i wielkopolskim.

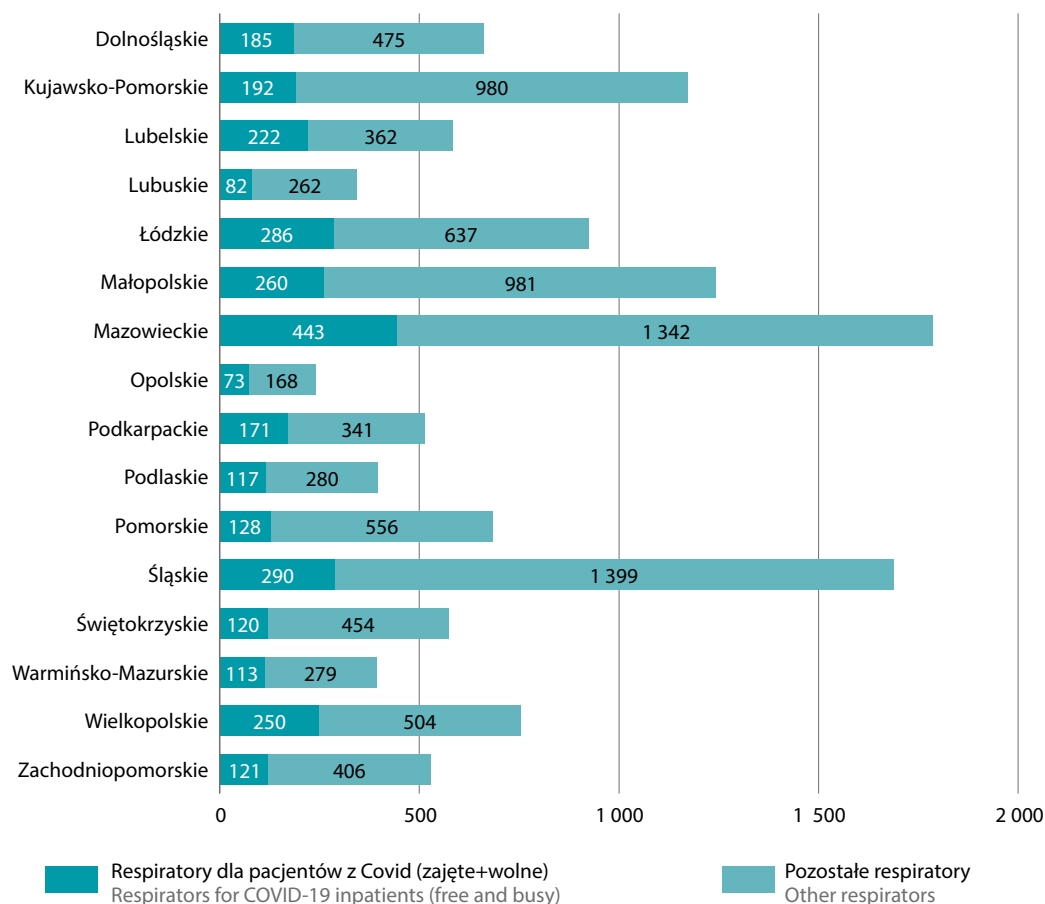
W 2020 r. liczba respiratorów przeznaczonych na leczenie pacjentów COVID-19 w szpitalach ogólnych w kraju wyniosła 3 053 sztuki³¹, co stanowiło blisko ¼ ogólnej ilości respiratorów w szpitalach (12,5 tys. sztuk³²). Najwięcej ogółem respiratorów było w największych województwach (mazowieckie i śląskie), a najmniej w mniejszych województwach (opolskie i lubuskie).

31 Stan w dniu 31 grudnia 2020 r.; Wskaźnik wyliczono na podstawie danych Ministerstwa Zdrowia, opracowane na podstawie dziennych raportów przekazywanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i Urzędy Wojewódzkie.

32 Dane o ogólnej liczbie respiratorów w szpitalach pochodzą z rocznego sprawozdania o działalności szpitali ogólnych (MZ-29, MSWiA-43) i zostały zgromadzone w 2021 r. po raz pierwszy.

Wykres 28. Respiratory dla pacjentów COVID-19 w ogólnej liczbie respiratorów w szpitalach ogólnych według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 28. Respirators for COVID-19 inpatients in total number of respirators in general hospitals in 2020 by voivodships in 2020 (as of 31 December)



W 2020 r. na oddziałach w szpitalach ogólnych, z uwzględnieniem ruchu chorych, łącznie przebywało 6 293,6 tys. pacjentów³³, o 22,1% mniej niż w 2019 r. Podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejszą grupę, blisko 1/4 ogółu leczonych (1 554,0 tys. osób, o 23,2% mniej niż w 2019 r.) stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków były to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (770,8 tys. pacjentów).

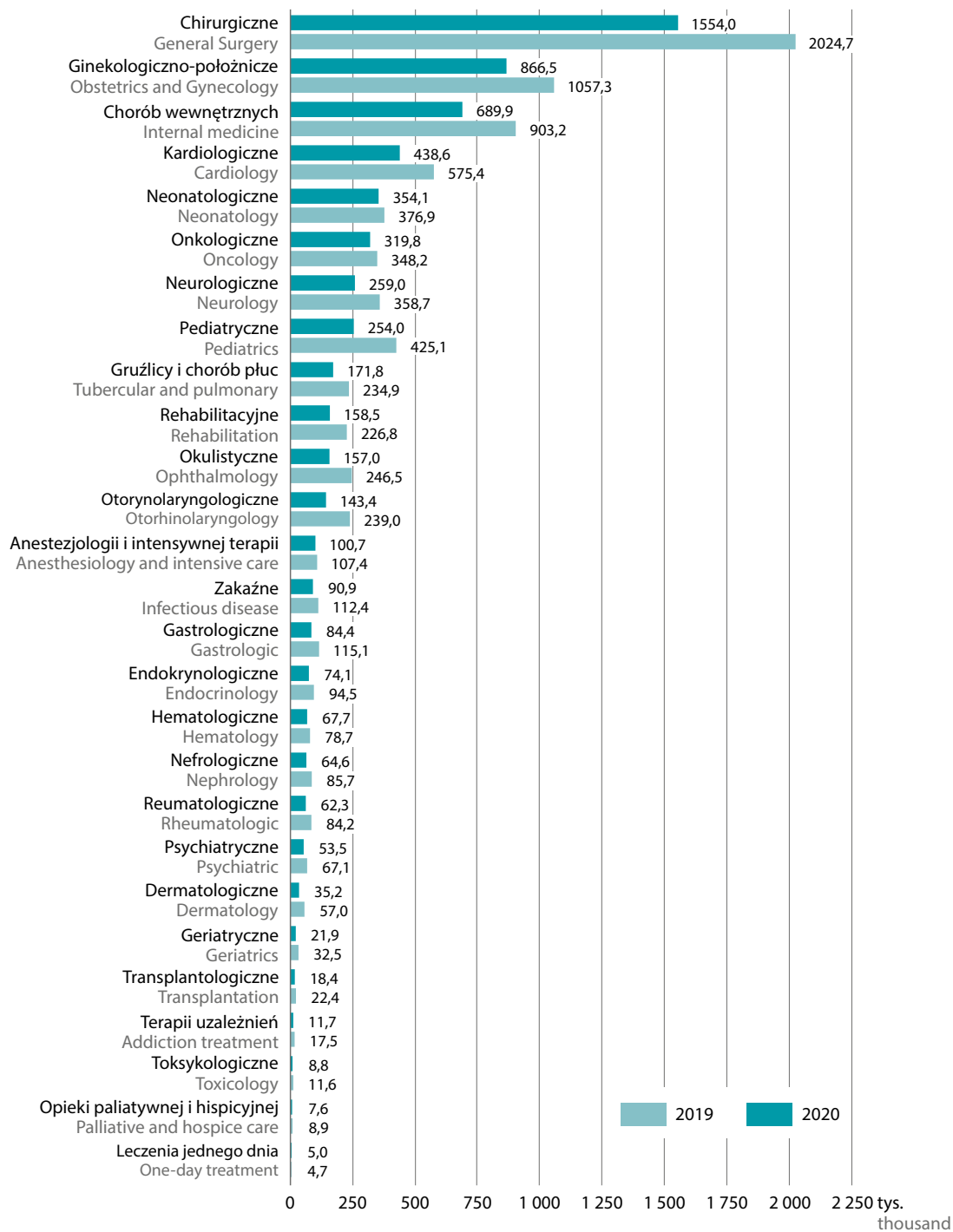
Kolejną liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,8% ogółu leczonych, tj. 866,5 tys. osób) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (11,0% ogółem leczonych, tj. 689,9 tys. pacjentów). Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach kardiologicznych – 7,0% (tj. 438,6 tys. osób), pediatrycznych – 4,0% (tj. 254,0 tys.), neonatologicznych – 5,6% (tj. 354,1 tys.), onkologicznych – 5,1% (tj. 319,8 tys.) czy neurologicznych, (4,1% tj. 259,0 tys. osób).

W 2020 r. z powodu pandemii COVID-19 niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało mniej pacjentów. Największy spadek liczby pacjentów (powyżej 30%) w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: pediatrycznych (o 40,3% tj. 171,2 tys. pacjentów), otorynolaryngologicznych (o 40,0% tj. 95,7 tys. mniej), dermatologicznych (o 38,2% mniej tj. 21,8 tys. osób) i okulistycznych (o 36,3% tj. 89,6 tys. osób mniej), terapii uzależnień (o 33,4% tj. 5,8 tys.) oraz geriatrycznych (o 32,7%

³³ Leczeni stacjonarnie z tzw. międzyoddziałowym ruchem chorych – suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych i na każdym oddziale pacjent liczony był niezależnie.

tj. 10,6 tys. osób). Najmniejszy spadek liczby leczonych odnotowano na oddziałach neonatologicznych (o 6,1% tj. 22,8 tys. dzieci mniej) oddziałach anestezjologii i intensywnej terapii (o 6,2% tj. o 6,7 tys. osób) oraz oddziałach onkologicznych (o 8,1% tj. 28,4 tys. pacjentów mniej).

Wykres 29. Pacjenci leczeni stacjonarnie na oddziałach^a w szpitalach ogólnych
Chart 29. Number of inpatients in wards^a of general hospitals



^a Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala.
^a Including inter-ward patients transfers.

Istotnych informacji obrazujących działalność szpitali i oddziałów szpitalnych dostarcza porównanie liczby pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych (leczeni z ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (tzw. leczeni bez ruchu chorych). Na podstawie tych danych szacunkowa wielkość ruchu chorych dla wszystkich szpitali w kraju w 2020 r., wyniosła 9,7%, przy czym ruch chorych (powyżej 10%) odnotowano w województwach: podkarpackim (19,3%), warmińsko-mazurskim (17,3%), opolskim (16,4%), dolnośląskim (13,0%), lubelskim (10,8%), wielkopolskim (10,5%) i zachodniopomorskim (10,3%). Natomiast najmniejszy ruch chorych wystąpił w województwach: podlaskim (2,9%), świętokrzyskim (3,8%) i pomorskim (4,5%). 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.

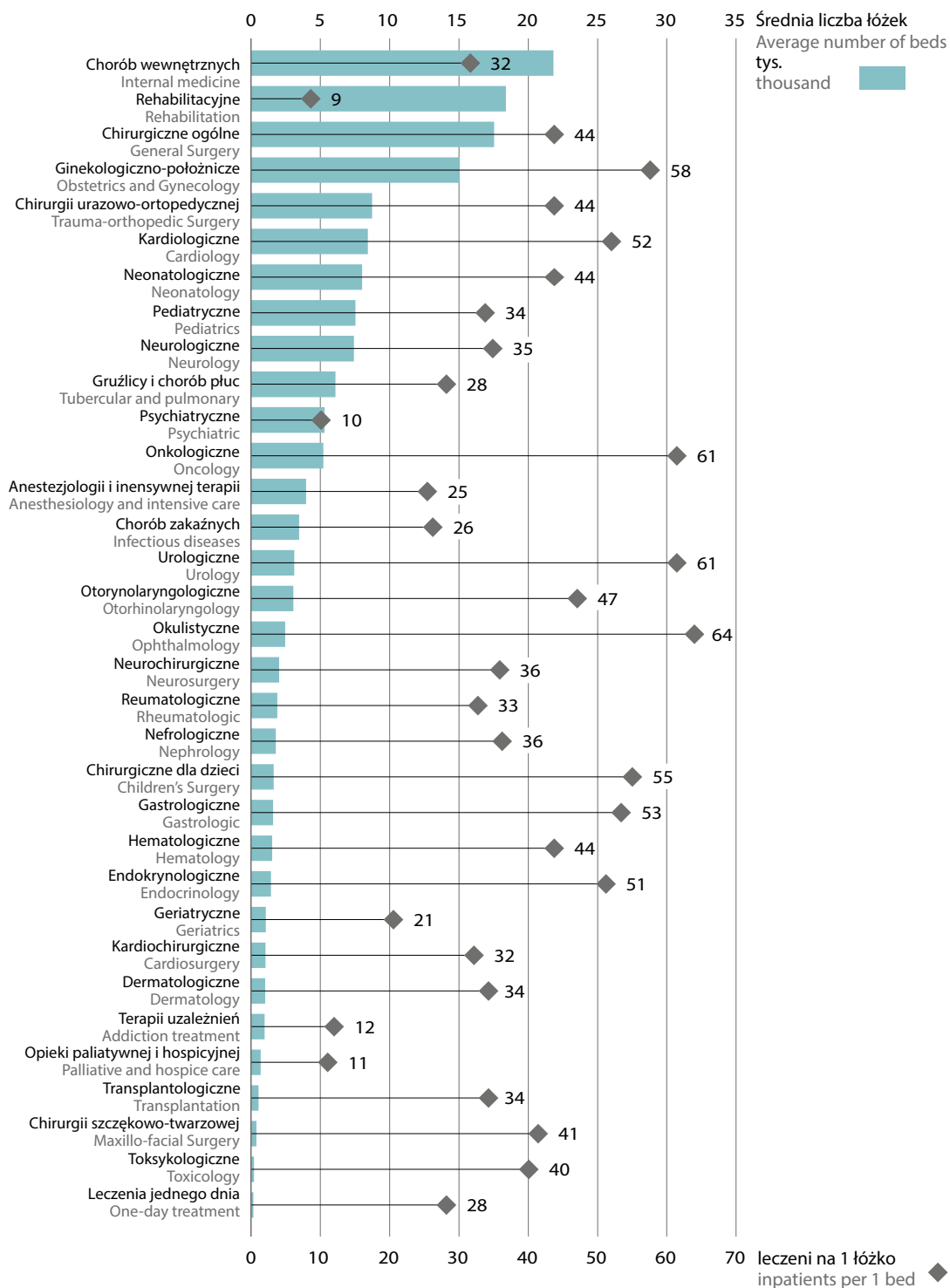
Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest tzw. wskaźnik przelotowości³⁴ oraz średni czas pobytu na oddziale³⁵.

W skali kraju wskaźnik przelotowości dla wszystkich oddziałów łącznie wyniósł 38,0 pacjentów na jedno łóżko i był niższy o 10,0 w porównaniu do 2019 roku.

³⁴ Wskaźnik tzw. przelotowości – iloraz liczby pacjentów na oddziale i przeciętnej miesięcznej liczby łóżek w roku na oddziale.

³⁵ Iloraz osobodni pobytu i leczonych na oddziale.

Wykres 30. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2020 r.
Chart 30. Beds and number of impatiens per one bed in wards of general hospitals in 2020



Podobnie jak w latach poprzednich, największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (64, o 28 mniej niż przed rokiem), onkologicznych (61, o 4 pacjentów mniej), urologicznych (61, o 13 mniej), ginekologiczno-położniczych (58, o 8 mniej), chirurgicznych dla dzieci (55, o 18 mniej), gastrologicznych (53, o 16 mniej) oraz kardiologicznych (52 o 15 mniej). Natomiast najmniej pacjentów na łóżko przypadało na oddziałach: rehabilitacyjnych (9, o 4 mniej) i psychiatrycznych (10, o 2 mniej) opieki paliatywnej i hospicyjnej (11, o 4 mniej) czy terapii uzależnień (12, o 5 mniej niż w 2019 r.).

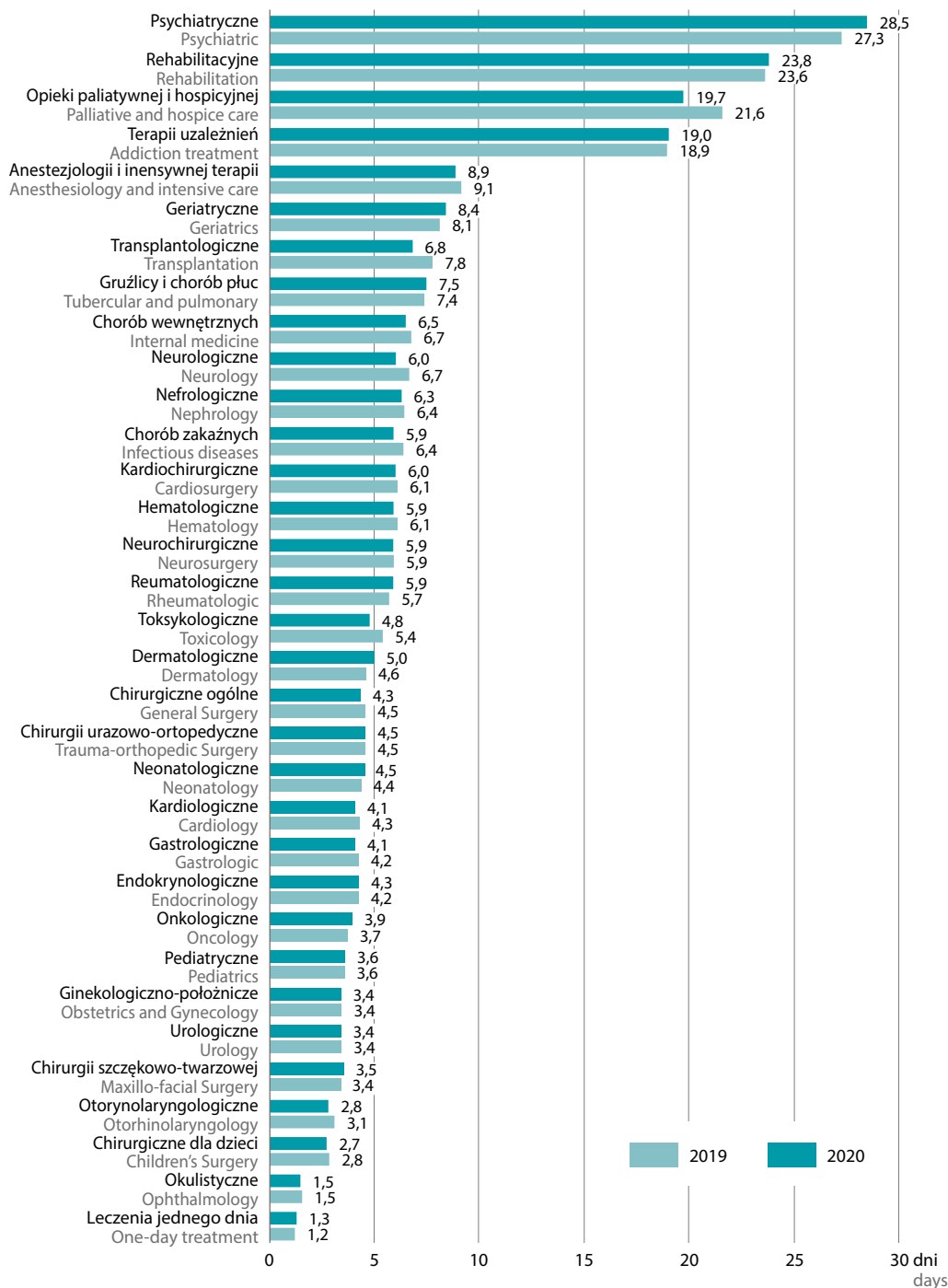
W 2020 r. wskaźnik przelotowości zmniejszył się na wszystkich oddziałach szpitalnych, ale w największym stopniu na oddziałach: okulistycznych (64, o 28 mniej), otorynolaryngologicznych (47, o 24 mniej) i pediatrycznych (34, o 18 mniej).

W 2020 r. średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju, wyniósł 5,3 dnia i nie zmienił się w porównaniu do 2019 r. W odniesieniu do 2010 r. był krótszy o 0,4 dnia.

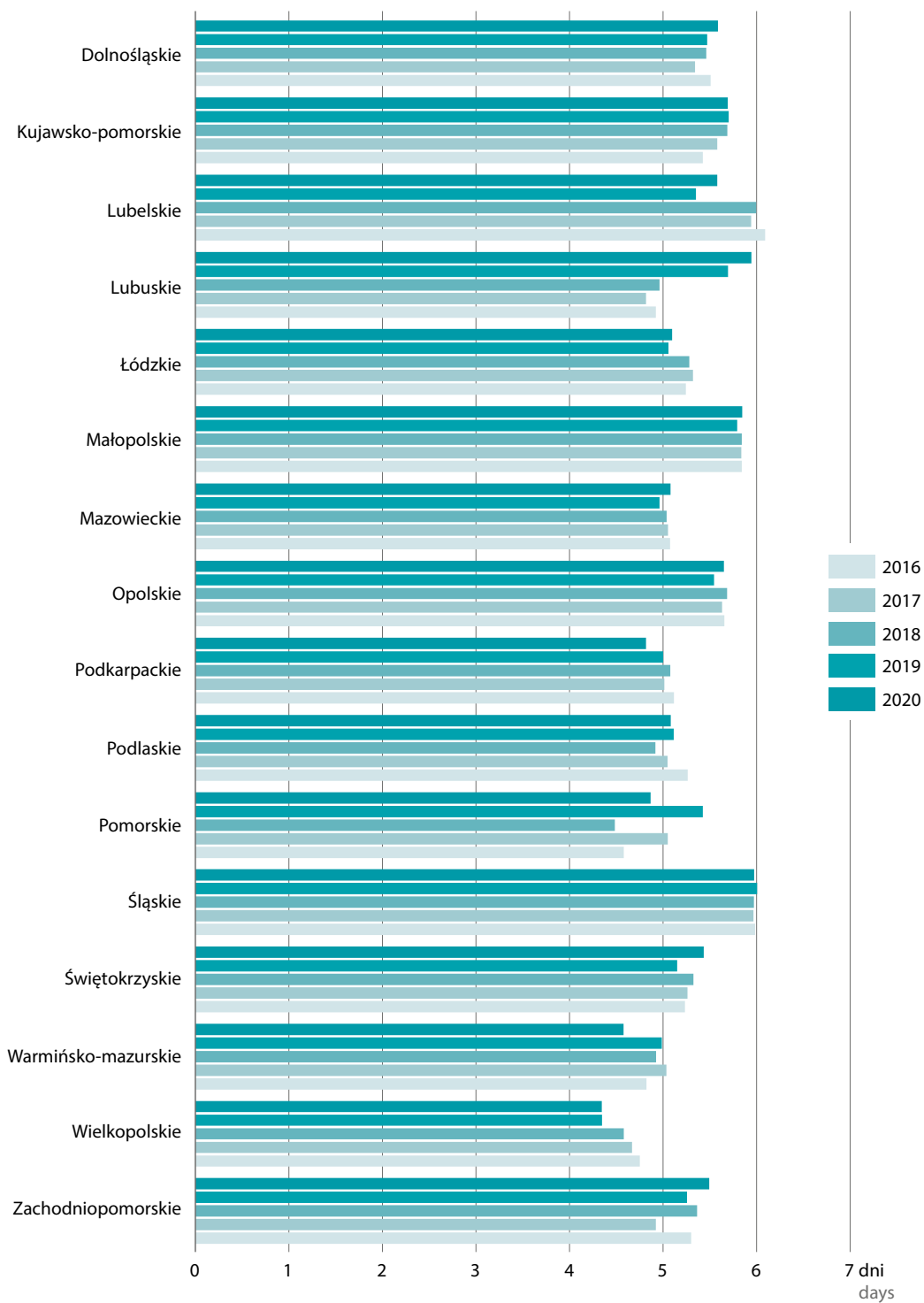
Średni czas pobytu pacjentów na oddziale wahał się w zależności od rodzaju oddziału od 27,3 dnia na oddziałach psychiatrycznych do 1,2 dnia na oddziałach leczenia jednego dnia. W odniesieniu do roku poprzedniego pobyt na oddziale w największym stopniu wydłużył się na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej (o 1,9 dnia dłuższy), transplantologicznych (o 0,9 dnia dłuższy), neurologicznych i toksykologicznych (o 0,6 dnia) oraz na oddziałach zakaźnych (o 0,5 dnia dłuższy). Natomiast w największym stopniu spadł na oddziałach psychiatrycznych (o 1,2 dnia krótszy) i dermatologicznych (o 0,4 dnia krótszy).

W ujęciu wojewódzkim najdłuższy średni pobyt w szpitalach ogólnych odnotowano w przypadku województw: śląskiego (6,0 dnia), lubuskiego (5,9 dnia) oraz małopolskiego (5,8 dnia), a najkrótszy w województwach: wielkopolskim (4,3 dnia), warmińsko-mazurskim (4,6 dnia) i podkarpackim (4,8 dnia). W 2020 r. średni pobyt pacjenta na oddziale szpitalnym był w większości województw zbliżony jak przed rokiem, przy czym w największym stopniu wzrósł w województwach: lubuskim i świętokrzyskim (o 0,3 dnia), a zmniejszył się w województwach: pomorskim (o 0,6 dnia), warmińsko-mazurskim (o 0,4 dnia) i podkarpackim (o 0,2 dnia).

Wykres 31. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych
Chart 31. Average patient stay in hospital wards by types of wards



Wykres 32. Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw
 Chart 32. Average patient stay in hospital wards by voivodships



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie³⁶ łóżek w ciągu roku. W nietypowym roku pandemii COVID-19 wskaźnik ten dla wszystkich szpitali ogólnych w Polsce wyniósł 55,0%³⁷ i był o 14,2 p. proc. mniejszy niż w 2019 r. Rozpatrywany na poziomie poszczególnych województw był w każdym województwie niższy, przy czym największy spadek wykorzystania łóżek szpitalnych odnotowano w województwach: opolskim (o 19,7 p. proc.), świętokrzyskim (o 18,6 p. proc.) i warmińsko-mazurskim (o 16,6 p. proc.).

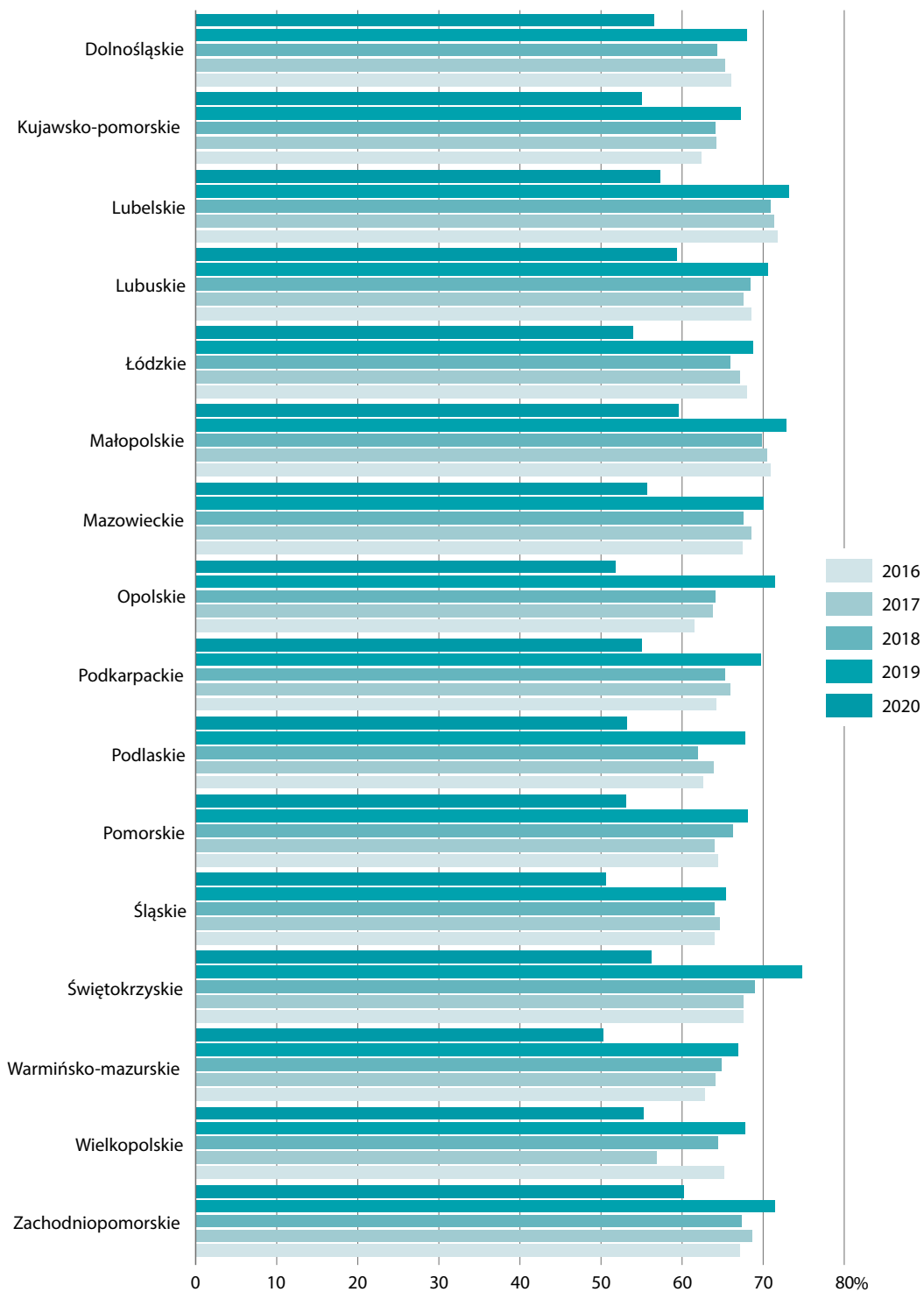
Najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek odnotowano w województwie zachodniopomorskim (60,2%) i było on o 11,3 p. proc. niższy niż w 2019 r. a najniższy wskaźnik w województwach: warmińsko-mazurskim (50,3%, o 16,6 p. proc. mniej) i śląskim (50,6%, o 14,8 p. proc. mniej).

W typowych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia, przyjmuje się iż wykorzystanie łóżek szpitalnych na poziomie 85% jest optymalną wartością tego wskaźnika.

³⁶ Iloraz osobodni pobytu pacjenta i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział % dni w roku.

³⁷ Odpowiada to 201 dniom (o 52 dni mniej niż w 2019 r.).

Wykres 33. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw (w %)
 Chart 33. Usage of beds in general hospitals by voivodships (in %)



Omawiane powyżej wskaźniki charakteryzują i opisują działalność oddziałów o różnych specjalnościach. Mogą stanowić cenne uzupełnienie informacji o specyfice poszczególnych oddziałów i ich roli 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.

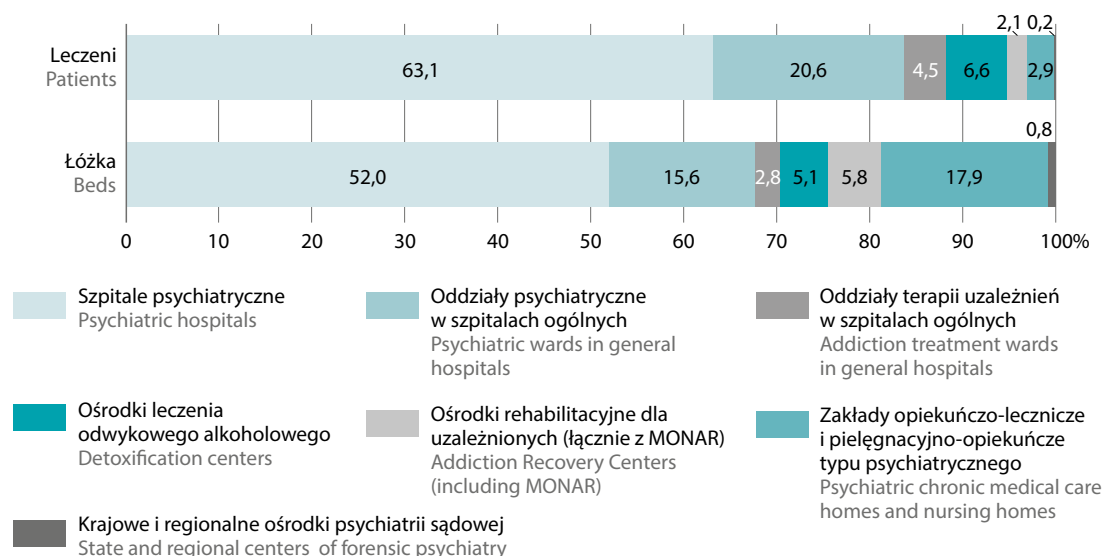
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

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 2020 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną³⁸ przeznaczonych było łącznie 34,0 tys. łóżek (o 1,9% mniej niż w 2019 r.). Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według rodzaju realizowanej opieki nie zmieniła się znacząco. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (70,4%) przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (23,9 tys. łóżek, o 2,6% tj. 628 łóżek mniej niż w 2019 r.) 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 6,1 tys. łóżek (17,9%) a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych łącznie z ośrodkami MONAR) oraz Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej łącznie dysponowały 4,0 tys. łóżek (11,7%).

Wykres 34. Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci w całodobowych zakładach opieki psychiatrycznej w ciągu roku) w 2020 r.

Chart 34. Beds (as of 31 December) and inpatients of psychiatric inpatient facilities (during the year) in 2020)



Na koniec 2020 r. na terenie kraju odnotowano 64 szpitale psychiatryczne (o 3 więcej niż przed rokiem), dysponujących 17,7 tys. łóżek (o 0,6% mniej niż w końcu 2019 r.). Z leczenia stacjonarnego skorzystało 163,7 tys. pacjentów, o 16,1% (31,5 tys. osób) mniej niż w poprzednim roku.

³⁸ Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej łóżek przeznaczonych na leczenie szpitalne znajdowało się w najliczniejszych, dużych województwach. W województwach: mazowieckim 2,7 tys. łóżek, śląskim 2,1 tys. łóżek, a w województwie wielkopolskim 1,5 tys. łóżek. W szpitalach tych województw przebywało łącznie 36,9% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w kraju.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 156 oddziałach psychiatrycznych i 47 oddziałach terapii uzależnień. W oddziałach tych dostępnych było łącznie, podobnie jak przed rokiem, 6,3 tys. łóżek (o 7,7%, tj. 0,5 tys. łóżek mniej), z których skorzystało 65,2 tys. pacjentów (o 22,9%, tj. 19,4 tys. mniej niż w roku poprzednim) przy czym, pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili zdecydowaną większość pacjentów leczonych psychiatrycznie w szpitalach ogólnych (82,1%).

Średni czas hospitalizacji (pobyt chorego) w szpitalach psychiatrycznych w kraju nie zmienił się istotnie i wyniósł 30,5 dnia a w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był, podobnie jak w latach ubiegłych, nieco krótszy i wyniósł 27,3 dnia. Na oddziałach terapii uzależnień, gdzie pobyty są znacznie krótsze, średnio trwał 18,9 dnia.

Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwach: podkarpackim (41,8 dnia) następnie w śląskim (40,6 dnia) i lubelskim (39,8 dnia), a najkrótszy – w województwach: łódzkim (21,2 dnia) i opolskim (22,8 dnia).

Kolejnym rodzajem placówek całodobowej opieki psychiatrycznej są ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i ośrodki MONAR³⁹. W 2020 r. dysponowały one łącznie, podobnie jak przed rokiem, 2,0 tys. łóżek (o 17,5% łóżek mniej niż w roku poprzednim), a skorzystało z nich 5,4 tys. osób uzależnionych (o 35,6% mniej niż w 2019 r.). W skali całego kraju średni pobyt podopiecznych wyniósł 106,6 dnia i był znacznie dłuższy niż przed rokiem (o 22,0 dnia). Dłuższe pobyty zostały odnotowane we wszystkich województwach z wyjątkiem województw: małopolskiego i dolnośląskiego.

Najwięcej podopiecznych tych zakładów (61,2% ogółem rehabilitowanych) przebywało⁴⁰ w placówkach zlokalizowanych w pięciu województwach, kolejno: mazowieckim, pomorskim, zachodniopomorskim, łódzkim i małopolskim.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 37 ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego. Dysponowały one 1,7 tys. łóżek, o 20,7% (0,3 tys. łóżek) więcej niż przed rokiem i skorzystała z nich większa liczba osób (17,2 tys., o 25,0% więcej). Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 27,0 dnia (o 3,8 dnia mniej niż w 2019 r.) i w porównaniu do oddziałów terapii uzależnień w szpitalach ogólnych, pobyt był dłuższy o około 8 dni.

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 2020 r. na terenie kraju odnotowano 4 tego typu zakłady, dysponujące łącznie 275 łózkami. Przebywały w nich 393 osoby (o 27 osób więcej niż w roku poprzednim) a średni czas pobytu pacjenta wyniósł 221,7 dnia i był o blisko 5 dni krótszy niż w 2019 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 czasie.

³⁹ Od 2020 r. dane o ośrodkach rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz ośrodkach MONAR są prezentowane łącznie.

⁴⁰ Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

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 w dalszej części analizy nazywanych zakładami opieki długoterminowej.

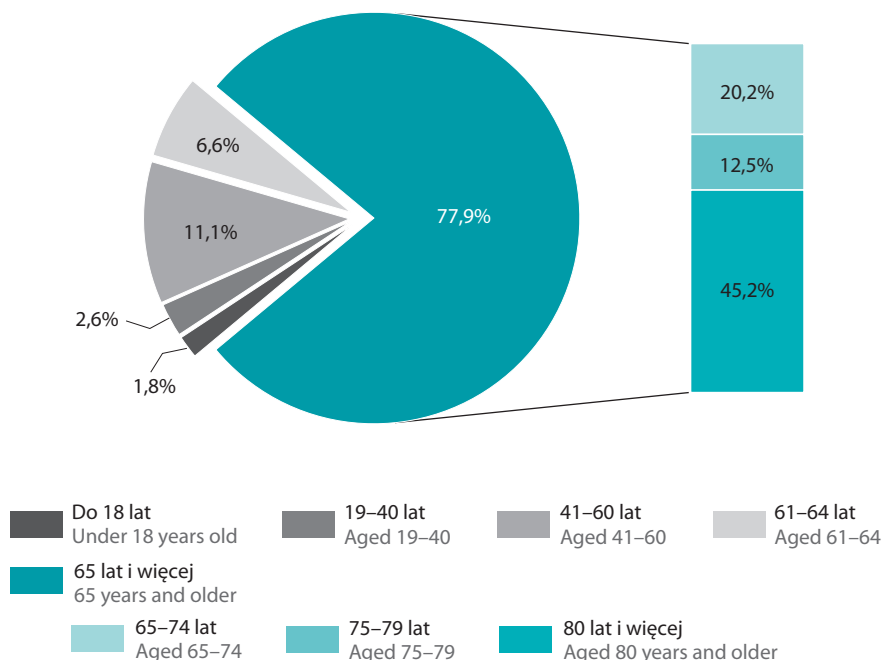
Z opieką długoterminową często łączona jest inna forma opieki jaką jest opieka hospicyjno-paliatywna, mająca na celu łagodzenie bólu i cierpienia pacjenta w schyłkowym okresie jego życia.

W 2020 r. na terenie kraju funkcjonowało 613 zakładów typu leczniczo-pielęgnacyjnego⁴¹ (o 2,3% więcej niż w 2019 r.) i 193 stacjonarne placówki świadczące usługi hospicyjno-paliatywne (o 1 oddział więcej niż w roku poprzednim)⁴². Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 38,4 tys. łóżek i było to o 0,5% więcej niż 2019 r. Zapewniły one opiekę w warunkach stacjonarnych 92,5 tys. osób (o 10,3% mniej niż w poprzednim roku).

Analiza wieku osób przebywających w tego typu placówkach (stan w dniu 31 grudnia) wskazuje iż we wszystkich grupach wieku odnotowano mniejszą niż przed rokiem liczbę pacjentów, ale udział poszczególnych grup wieku był zbliżony. Pacjenci w wieku 65 lat i więcej stanowili 77,9% i było to o 1,2 p. proc. mniej niż w analogicznym okresie 2019 r. Największy spadek dotyczył pacjentów w wieku tzw. późnej starości (80 lat i więcej), którzy podobnie jak w latach poprzednich, stanowili najliczniejszą grupę (13,8 tys. osób) a których w 2020 r. odnotowano o 16,7% tj. 2,8 tys. osób mniej niż w poprzednim roku. Podopiecznych w wieku 65–79 lat (10,0 tys. osób) przebywało w tych placówkach o 6,0% mniej (tj. 0,6 tys. osób).

Wykres 35. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

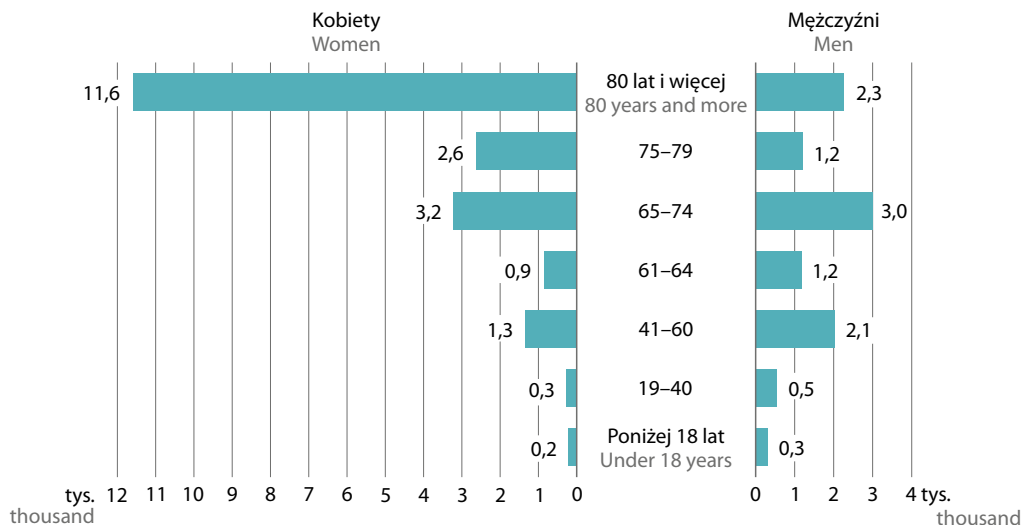
Chart 35. Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards in 2020 (as of 31 December)



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

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

Podobnie jak przed rokiem w zakładach tych (stan w dniu 31 grudnia) przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (20,1 tys.) niż mężczyzn (10,5 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 około 5 kobiet (w 2017 r. – 4 kobiety). W niższych grupach wieku, poniżej 65 roku życia, przeważali mężczyźni, stanowiący 60,4% pacjentów (tj. 4,1 tys. osób).



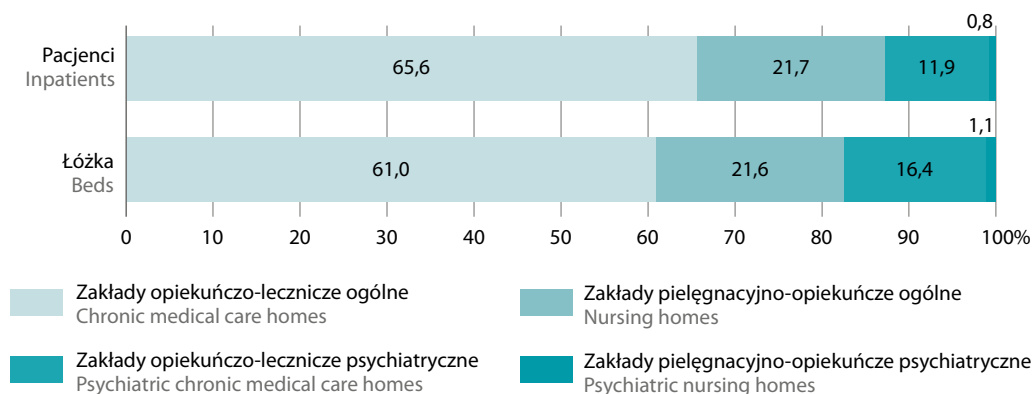
Wykres 36. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej według płci i grup wieku w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 36. Patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards by sex and age groups in 2020 (as of 31 December)

Na koniec 2020 r. baza łóżkowa zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła 34,9 tys., o 0,5% łóżek więcej niż w 2020 r. Wzrost liczby łóżek odnotowano zarówno w zakładach o charakterze ogólnym (28,8 tys., o 0,4% łóżek więcej niż w 2019 r.) jak i w placówkach przeznaczonych na długoterminową opiekę psychiatryczną (6,1 tys., o 1,3% łóżek więcej niż przed rokiem). W zakładach opieki długoterminowej (łącznie z zakładami o profilu psychiatrycznym) przebywało 59,6 tys. osób, o 4,8% mniej niż w 2019 r., przy czym 12,7% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej. Było to 7,6 tys. osób, o 2,3% mniej niż przed rokiem.

Wykres 37. Struktura pacjentów i łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 37. Structure of residents and beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility in 2020 (as of 31 December)



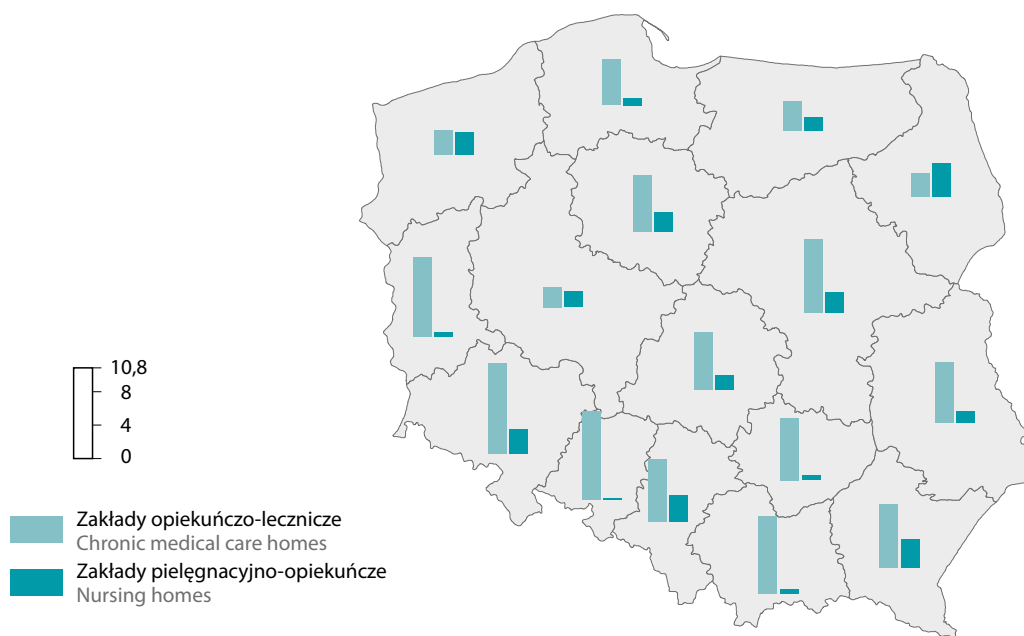
W przeliczeniu na ludność kraju, z długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej skorzystało, podobnie jak przed rokiem, blisko 16 osób na 10 tys. ludności, natomiast w przypadku łóżek wskaźnik ten także był zbliżony do wartości sprzed roku i wyniósł: 9 łóżek na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia).

W porównaniu do 2019 roku największy wzrost wskaźnika łóżek w przeliczeniu na 10 tys. ludności wystąpił w województwach: lubelskim (o 0,6), kujawsko-pomorskim (o 0,5) i świętokrzyskim (o 0,5), a największy spadek jego wartości odnotowano w województwach: opolskim (o 0,3) i podlaskim (o 0,2).

Największy wzrost wskaźnika pacjentów na 10 tys. ludności wystąpił w województwach: lubuskim (o 2,7) i lubelskim (o 1,4) a największy spadek wystąpił w województwach: śląskim i opolskim (o 2,1), mazowieckim i dolnośląskim (o 1,8), warmińsko-mazurskim (o 1,6) i zachodnio-pomorskim (o 1,5).

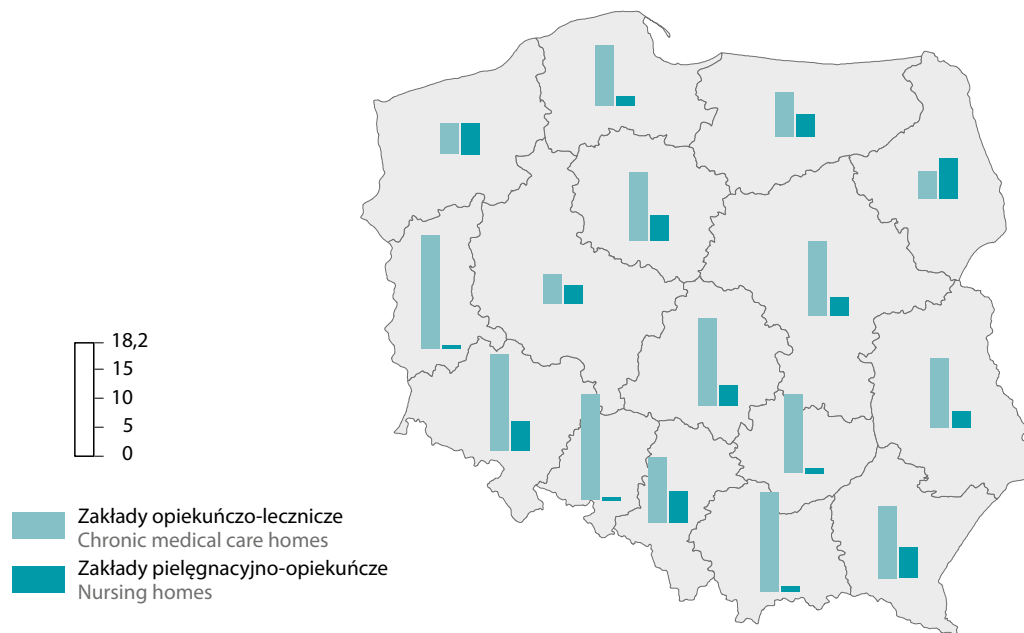
Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Map 3. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2020 (as of 31 December)



Mapa 4. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2020 r.

Map 4. Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2020



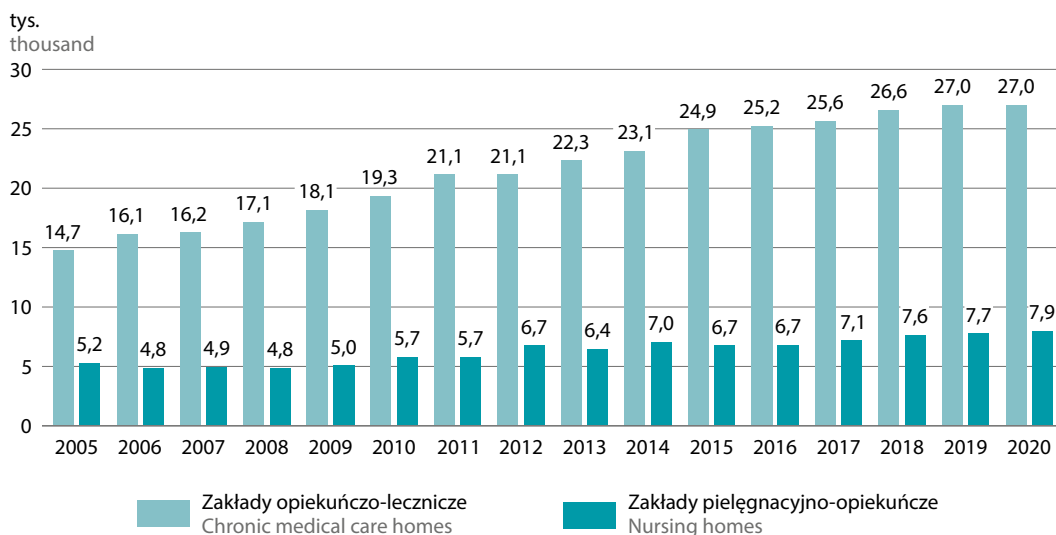
Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek. W 2020 r. dla zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł 86,4% (315 dni, o 18 dni mniej niż rok wcześniej), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych typu ogólnego 85,8% (313 dni, o 7 dni mniej niż w 2019 r.).

W zakładach typu psychiatrycznego wykorzystanie łóżek, podobnie jak w latach poprzednich, było wyższe niż w przypadku zakładów o profilu ogólnym i wyniosło w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych 98,6% (360 dni, o 3 dni więcej niż w 2019 r.), a w opiekuńczo-leczniczych 94,8% (346 dni, o 5 dni mniej niż przed rokiem).

Rozpatrując liczbę łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w dłuższym czasie w obu typach placówek widoczna jest tendencja wzrostowa. W odniesieniu do 2005 r. liczba łóżek, rozpatrywana łącznie dla wszystkich tych rodzajów zakładów, zwiększyła się o 75,2% a liczba pacjentów wzrosła o 30,3%. Z uwagi na trwającą pandemię COVID-19 liczba pacjentów w porównaniu do 2019 r. była mniejsza (59,6 tys. osób, o 4,8% mniej).

Wykres 38. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych^a (stan w dniu 31 grudnia)

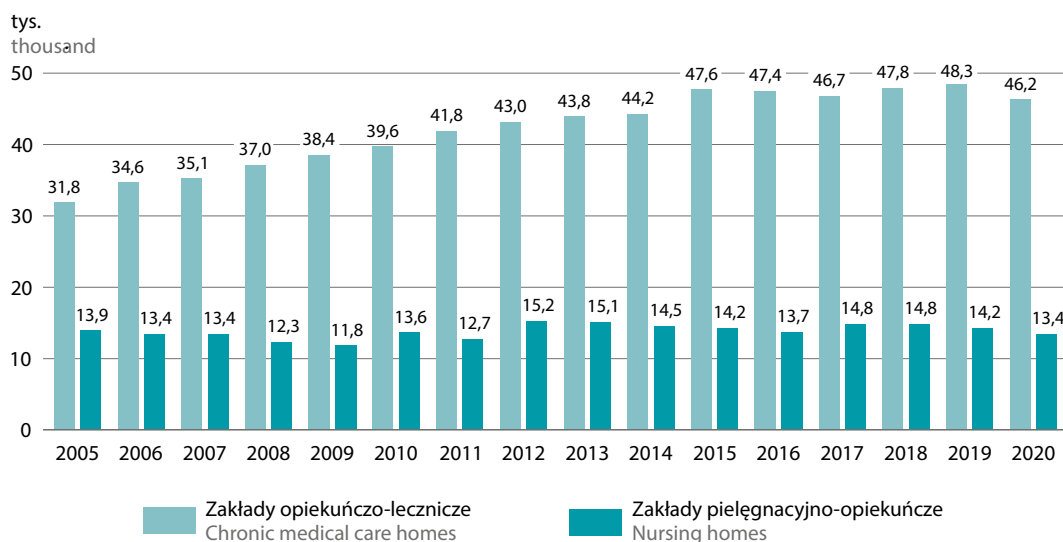
Chart 38. Beds in chronic medical care homes^a and nursing homes (as of 31 December)



a Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric Nursing homes as well as psychiatric Chronic medical care homes.

Wykres 39. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych^a (w ciągu roku)

Chart 39. Residents in chronic medical care homes^a and nursing homes (during the year)



a Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.
a Including psychiatric Nursing homes as well as psychiatric Chronic medical care homes.

W 2020 r. odnotowano 379 zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym (o 8 więcej niż w 2019 r.). Dysponowały one, podobnie jak przed rokiem, 21,3 tys. łóżek a z opieki skorzystało 39,1 tys. osób (o 4,9% mniej niż w 2019 r.). Średni czas pobytu pacjenta nie zmienił się w porównaniu do 2019 r. i wyniósł 171 dni.

W roku pandemii w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym (166 placówek, o 4 więcej niż w 2019 r.) odnotowano większą niż przed rokiem liczbę łóżek (7,5 tys. łóżek, o 2,6% (o 189 łóżek więcej) ale leczonych było 12,9 tys. osób, o 5,9% mniej pacjentów. Znacznie wydłużył się średni pobyt pacjenta, który był o 14 dni dłuższy niż przed rokiem i trwał 179 dni.

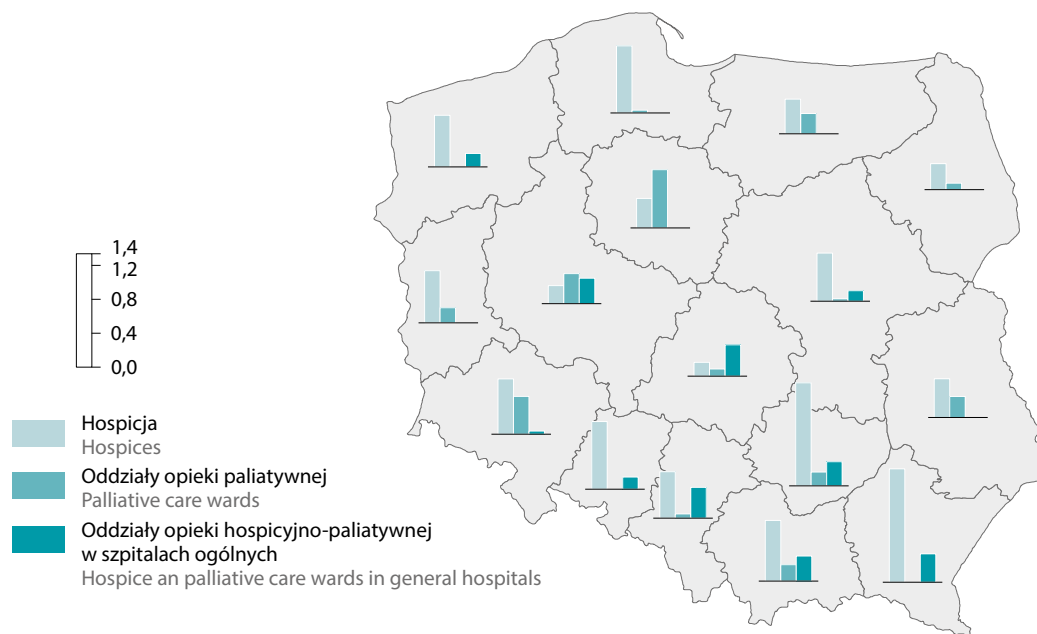
W 2020 r. sytuacja placówek opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego, w porównaniu do poprzedniego roku, zmieniła się w niewielkim stopniu. Odnotowano o 2 zakłady więcej (68 placówek), które dysponowały 6,1 tys. łóżek (o 1,3% więcej). W placówkach tych leczonych było w ciągu roku 7,6 tys. pacjentów, o 2,3% mniej a średni czas pobytu pacjenta wyniósł 274 dni i był o 4 dni dłuższy niż w poprzednim roku.

W 2020 r. opieka hospicyjno-paliatywna realizowana była w hospicjach (115 placówek stacjonarnych), oddziałach opieki paliatywnej (39 placówek) oraz na oddziałach hospicyjno-paliatywnych działających w szpitalach ogólnych (39 oddziałów). Łącznie placówki te dysponowały, podobnie jak przed rokiem, 3,6 tys. łóżek. Udzieliły pomocy 32,9 tys. pacjentów (o 18,9% mniej niż przed rokiem), przy czym ponad połowa leczonych – 55,2% (tj. 18,2 tys. osób, o 22,0% mniej) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej, działających poza strukturą szpitala (21,8% pacjentów) lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych (23,1% ogółem korzystających z tej formy opieki). Średni pobyt pacjenta w hospicjach trwał 34,2 dnia i był o 4 dni dłuższy niż w 2019 r. W oddziałach paliatywnych, działających poza strukturą szpitali, i w których pobyty są krótsze, średni pobyt pacjenta trwał – 22,7 dnia (o 1 dzień więcej niż w poprzednim roku), a na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych – 21,6 dnia (o 2 dni dłuższy niż w 2019 r.).

W 2020 r. z opieki hospicyjno-paliatywnej, realizowanej w systemie stacjonarnym w wymienionych trzech typach placówek, skorzystało blisko 9 osób na 10 tys. ludność kraju (o 2 osoby mniej niż w 2019 r.).

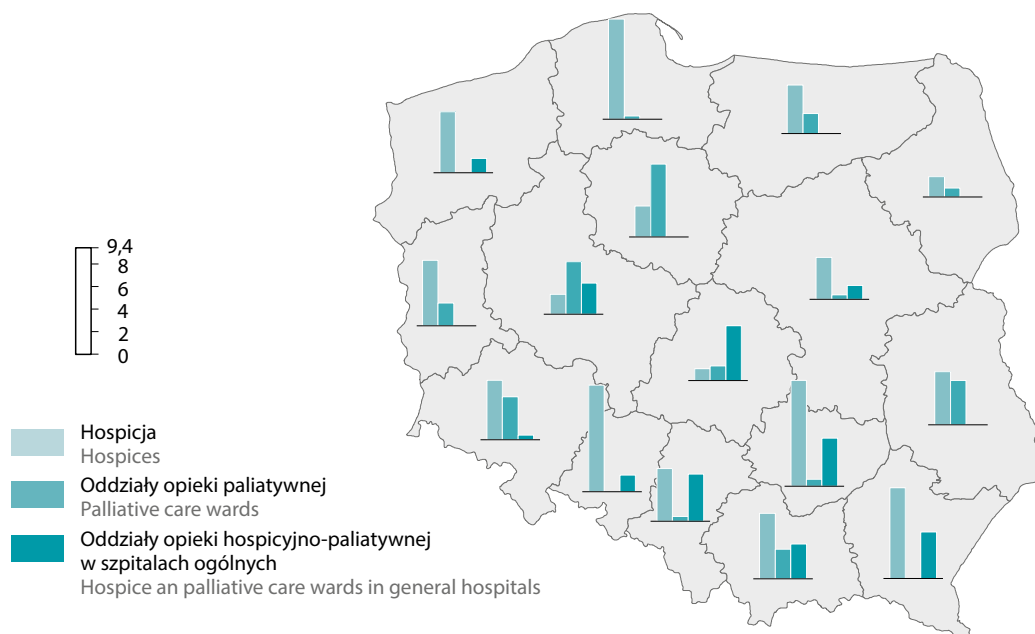
Mapa 5. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Map 5. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice-palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2020 (as of 31 December)



Mapa 6. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2020 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 2020

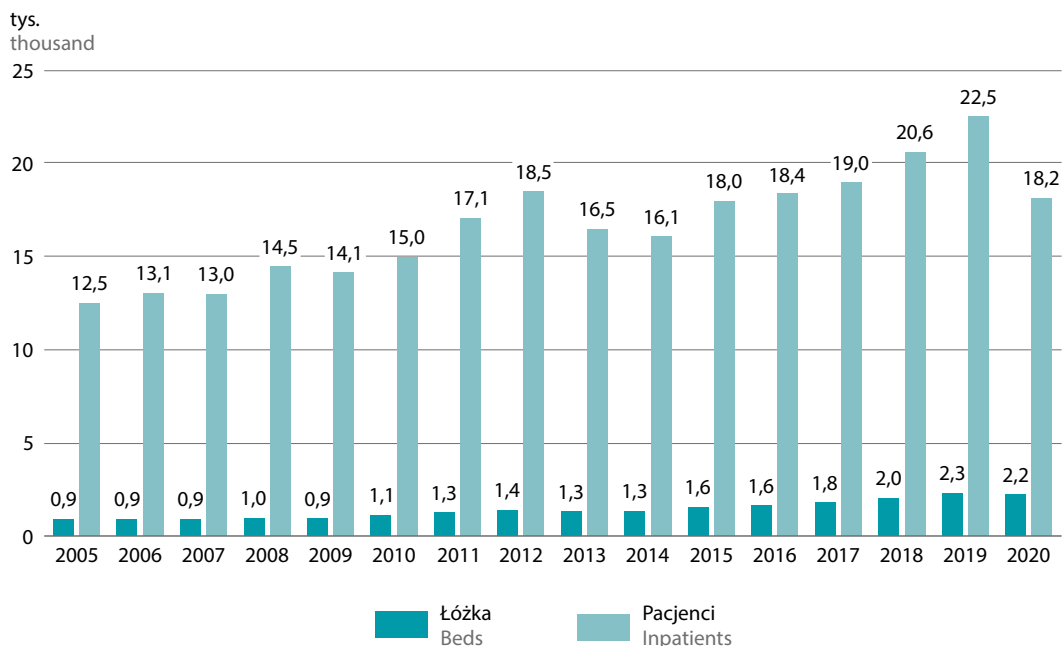


Analiza działalności hospicjów⁴³ w dłuższym okresie czasu (od 2005 r.) wskazuje na stałe zwiększanie się do 2019 roku zarówno bazy łóżkowej⁴⁴, jak i liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki. Rok 2020, z uwagi na trwającą pandemię COVID-19, łamie ten trend, ale w porównaniu do stanu łóżek w hospicjach w końcu 2005 r. baza łóżkowa wzrosła 2,5-krotnie (o blisko 1,3 tys. łóżek), a liczba pacjentów przebywających w hospicjach zwiększyła się o około 45% (o 5,7 tys. osób).

43 Hospicja stacjonarne, stan w dniu 31 grudnia.

44 Stan w dniu 31 grudnia 2020 r.

Wykres 40. Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci w hospicjach
 Chart 40. Beds (as of 31 December) 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 2020 r. tego typu opieką objęto łącznie około 6,8 tys. osób, blisko o 13% więcej niż w 2019 r. Większość pacjentów (84%) stanowili pacjenci leczenia w domu.

Lecznictwo uzdrowiskowe⁴⁵

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.

W związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19 w 2020 r. wprowadzono czasowe ograniczenia wykonywania działalności leczniczej polegające na zaprzestaniu udzielania świadczeń w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego oraz rehabilitacji leczniczej w okresie od 14 marca do 14 czerwca 2020 r. oraz od 24 października 2020 r. do 10 marca 2021 roku. Zmieniono również zasady pobytu pacjentów w uzdrowiskach. Od 15 czerwca 2020 r. warunkiem rozpoczęcia leczenia był negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku SARS-CoV-2.

Prezentowane dane odzwierciedlają wpływ epidemii COVID-19 na działalność leczniczą realizowaną w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej w 2020 r.

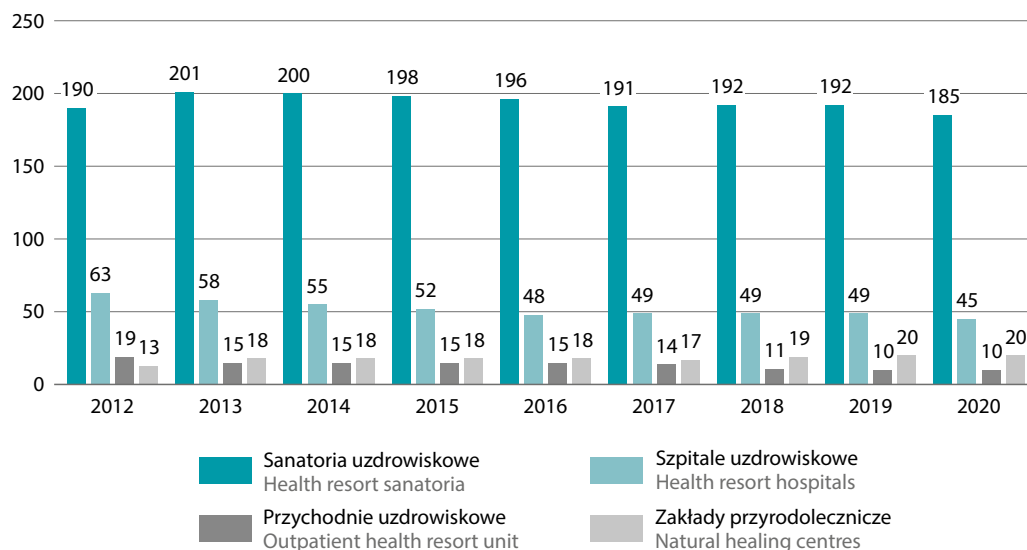
⁴⁵ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

Mapa 7. Uzdrowiska w Polsce w 2020 r.
Map 7. Health Resort Ara in Poland in 2020



Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 54 zakłady) małopolskim (10 uzdrowisk – 44 zakłady), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 44 zakłady), kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 31 zakładów) i podkarpackim (4 uzdrowiska – 29 zakładów). W tych pięciu województwach znajdowało się blisko 78% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym, najwięcej jest ich na terenie uzdrowisk: Kołobrzeg (23) i Ciechocinek (24). Łącznie na terenie kraju, podobnie jak przed rokiem, odnotowano 260 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (o 11 mniej niż na koniec 2019 roku).

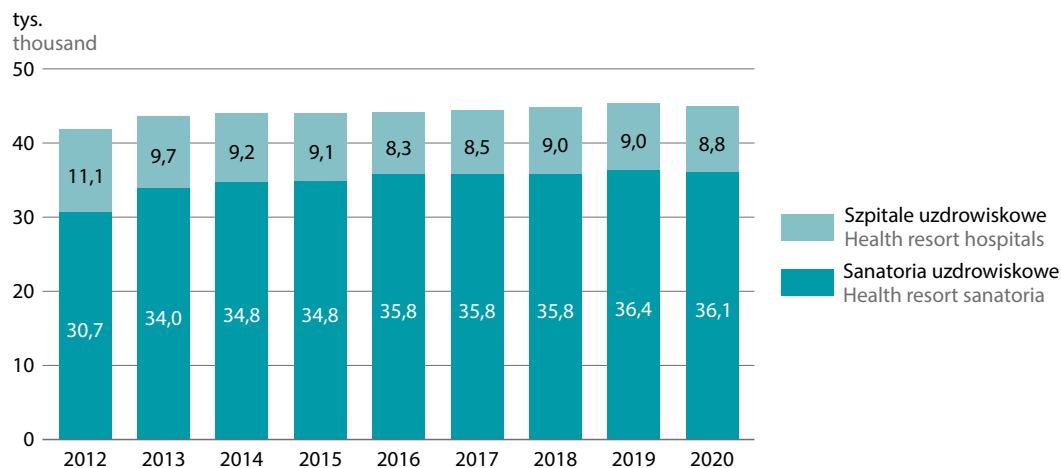
Wykres 41. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 41. Health resort facilities (as of 31 December)



Przeważającą większość zakładów uzdrowiskowych (88,5%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym – sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Zakłady działające w trybie ambulatoryjnym - przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecznicze stanowiły 11,5%.

W końcu 2020 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 44,9 tys. łóżek, o 1,0% mniej niż w 2019 r. i o 7,6% więcej niż w 2012 roku. Podobnie jak w latach poprzednich, blisko 80% bazy łóżkowej znajdowało się w sanatoriach.

Wykres 42. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 42. Beds in health resort facility by type of the facility (as of 31 December)

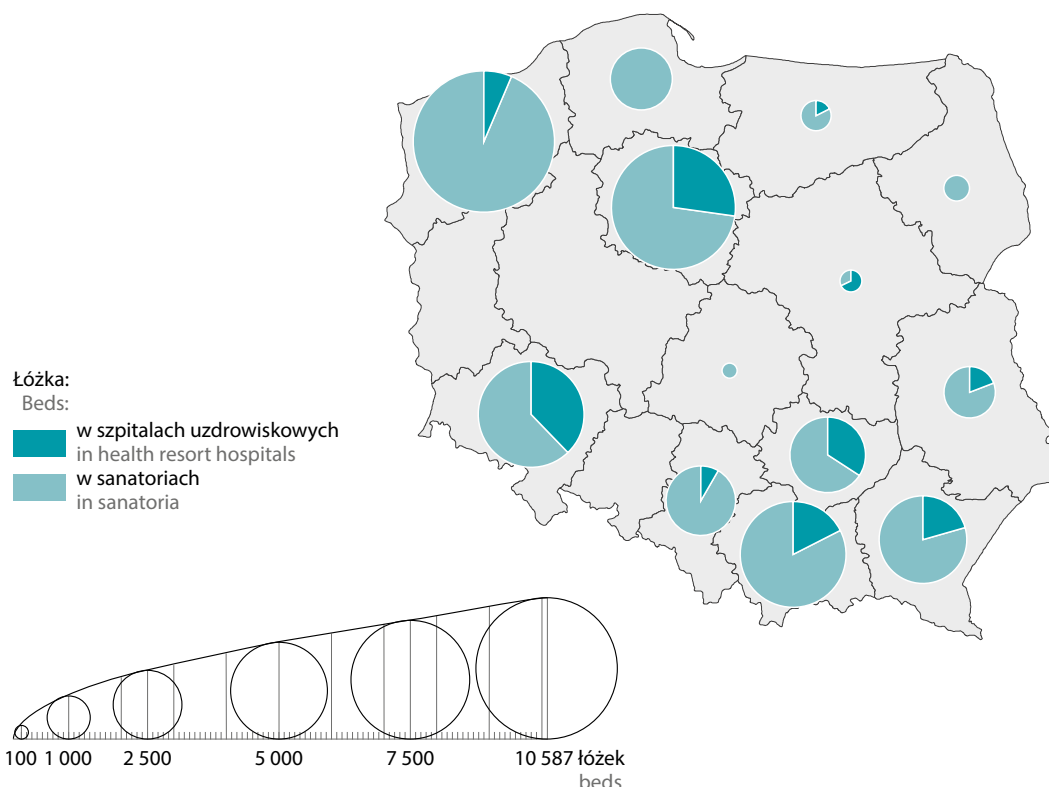


Tablica 10. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)
 Table 10. Dynamics of health resort beds in health resort facilities (as of 31 December)

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	rok poprzedni = 100 previous year = 100							
Łóżka ogółem Total beds	104,6	100,8	99,8	100,3	100,7	101,1	101,5	99,0
Szpitala uzdrowiskowe Health resort hospitals	87,2	95,2	99,6	90,8	102,7	105,5	99,6	98,4
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	110,8	102,4	99,9	102,8	100,2	100,0	101,1	99,2

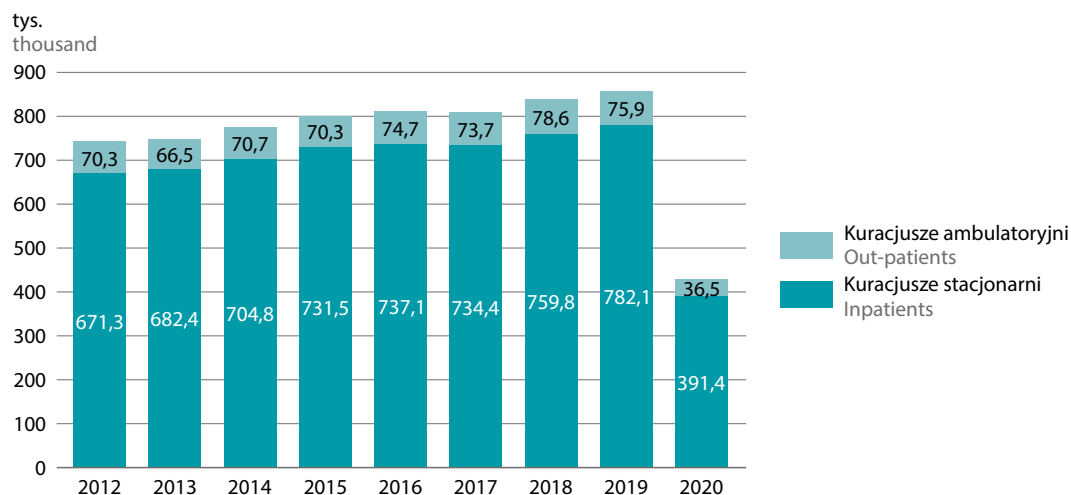
Najwięcej łóżek uzdrowiskowych, ponad 68% ogółu łóżek, znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskim (10,6 tys. łóżek, w tym 6,3 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskim (8,1 tys. łóżek, w tym 5,1 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskim (5,9 tys. łóżek, w tym 3,6 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Długopole Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój) oraz małopolskim (6,0 tys. łóżek, m.in. w uzdrowiskach takich jak Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica i Wysowa).

Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)
 Map 8. Location of health resort beds in 2020 (as of 31 December)



W 2020 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 427,9 tys. osób, o 50,1% mniej niż w 2019 r. Większość, 91,5% stanowili kuracjusze stacjonarni – 391,4 tys. osób. Z leczenia ambulatoryjnego skorzystało 36,5 tys. osób, o 51,9% kuracjuszy mniej niż w roku poprzednim.

Wykres 43. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 43. Inpatients in health resort facilities



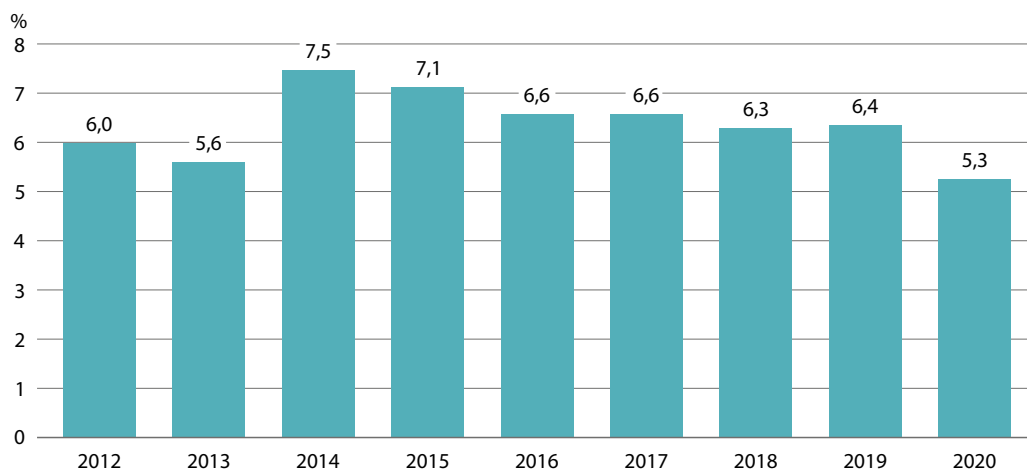
Tablica 11. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym

Table 11. Dynamics of health resort patients (inpatient and out-patients)

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	rok poprzedni = 100 previous year = 100							
Kuracjusze ogółem Total patients	101,0	103,5	103,4	101,3	99,5	103,8	102,3	49,9
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	101,7	103,3	103,8	100,8	99,6	103,5	102,9	50,0
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	94,6	106,2	99,5	106,3	98,6	106,7	96,5	48,1

Spośród leczonych stacjonarnie, liczba polskich kuracjuszy wyniosła: 370,8 tys. osób, o 49,4% mniej niż w roku poprzednim, natomiast kuracjuszy zagranicznych - 20,6 tys. osób, o 58,7% mniej niż przed rokiem. Cudzoziemcy stanowili 5,3% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 44. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 44. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities



Tablica 12. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym

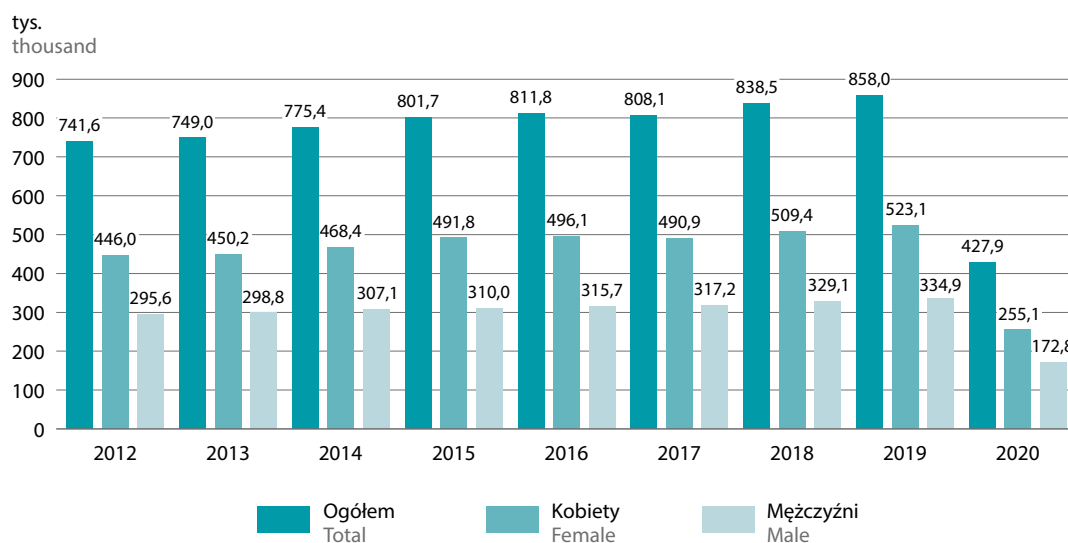
Table 12. Dynamics of health resort polish and foreign inpatients

Kuracjusze stacjonarni Inpatients	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
	rok poprzedni = 100 previous year = 100							
Polacy Poles	102,1	101,2	104,2	101,4	99,6	103,8	102,9	50,6
Cudzoziemcy Foreigners	94,7	137,8	98,9	92,8	100,0	98,9	103,9	41,3

W odniesieniu do ludności Polski z leczenia uzdrowiskowego⁴⁶ skorzystało 1,1% mieszkańców (407,3 tys. osób) i podobnie jak w latach poprzednich, leczyło się więcej kobiet (59,5% ogółu kuracjuszy), niż mężczyzn (40,5%). Szacuje się że z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 1,2% kobiet oraz 0,9% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

Wykres 45. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci

Chart 45. Patients of health resort facilities by sex



Lecznictwo uzdrowiskowe w znacznie większym stopniu zaspokaja potrzeby osób starszych na co wskazuje większy odsetek kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej w porównaniu do odsetka osób w poszczególnych młodszych grupach wiekowych.

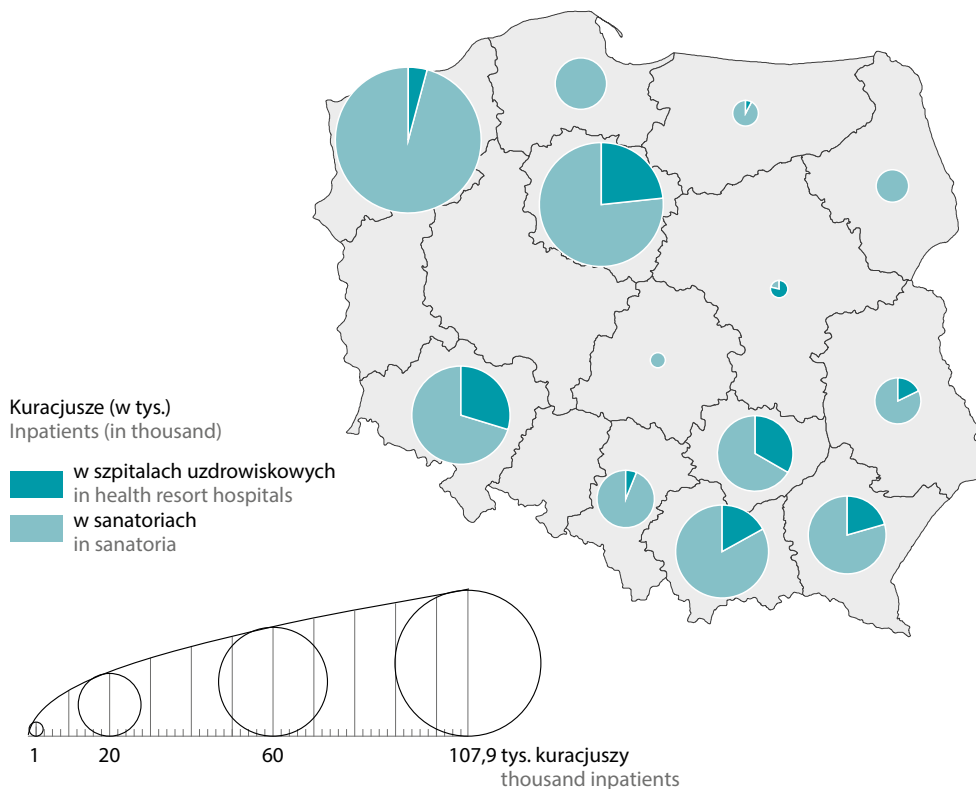
Polscy kuracjusze w wieku 65 lat i więcej (187,3 tys. osób) stanowili 2,7% mieszkańców w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65 roku życia, (220,0 tys. osób) stanowiły 0,7% ogółu ludności w tym wieku.

Rozmieszczenie kuracjuszy w ujęciu wojewódzkim wykazuje duże zróżnicowanie w ślad za nierównomiernym rozmieszczeniem uzdrowiskowej bazy łóżkowej. Najwięcej kuracjuszy⁴⁷ przebywało w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego i małopolskiego.

⁴⁶ W trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, wśród kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym nie wyróżnia się cudzoziemców.

⁴⁷ Bez względu na obywatelstwo.

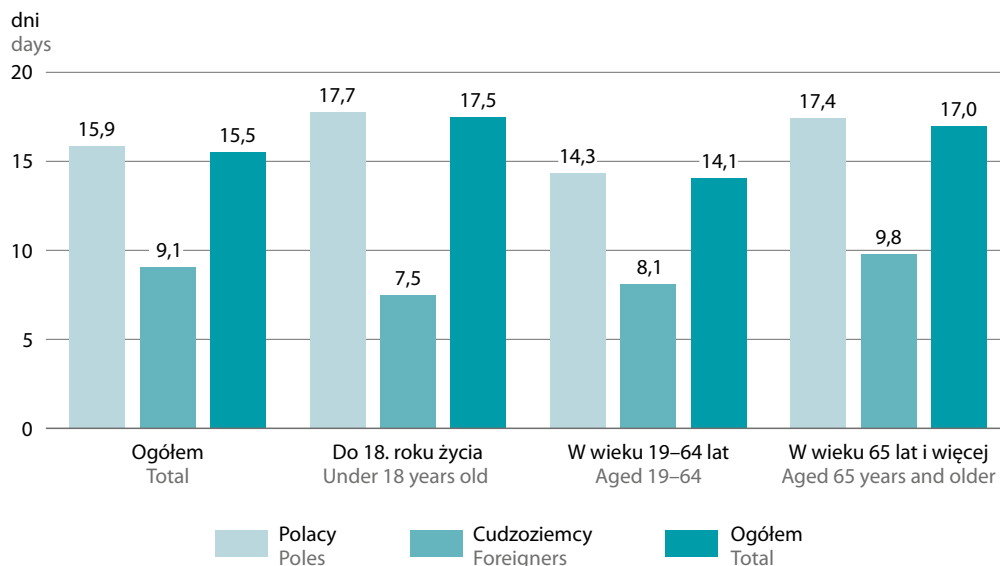
Mapa 9. Kuracjusze leczenia stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2020 r.
 Map 9. Inpatients by type of health resort facilities in 2020



Analizując liczbę kuracjuszy w poszczególnych powiatach tych województw, zdecydowanie największą liczbę pacjentów leczonych stacjonarnie odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 74,6 tys. osób (o 36,5% mniej niż przed rokiem), następnie w powiatach: aleksandrowskim – 46,4 tys. osób (o 54,8% mniej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 29,3 tys. osób (o 53,6% mniej) – tereny uzdrowisk Busko-Zdrój i Solec-Zdrój, nowosądeckim 26,3 tys. osób (o 55,3% mniej) oraz w powiecie kłodzkim – 26,2 tys. osób (o 54,8% więcej niż w 2019 r.) - tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój.

Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i obywatelstwo, wyniósł 15,5 dnia i był o 0,6 dnia krótszy niż w roku poprzednim.

Wykres 46. Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według grup wieku w 2020 r.
 Chart 46. Average stay of inpatients in health resort facilities by age structure in 2020



W 2020 roku, podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część polskich kuracjuszy skorzystała z różnych rodzajów dofinansowań do pobytu stacjonarnego. Dofinansowania przyznawane są na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej⁴⁸ lub o systemie ubezpieczeń społecznych⁴⁹ albo o ubezpieczeniu społecznym rolników⁵⁰ a także, w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej⁵¹. Struktura udziału poszczególnych form pomocy nie uległa dużym zmianom.

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinansowanych 216,5 tys. pobytów stacjonarnych, o 47,3% mniej niż w 2019 roku, ale stanowiły one, nie uwzględniając cudzoziemców, wyższy odsetek pobytów niż przed rokiem 58,4%, (o 2,3 p. proc. więcej).

W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 14,2 tys. osób (o 67,2% mniej niż w roku poprzednim), a z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało 4,5 tys. osób, o 44,8% mniej niż w 2019 r.

48 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. 2020 poz. 1398).

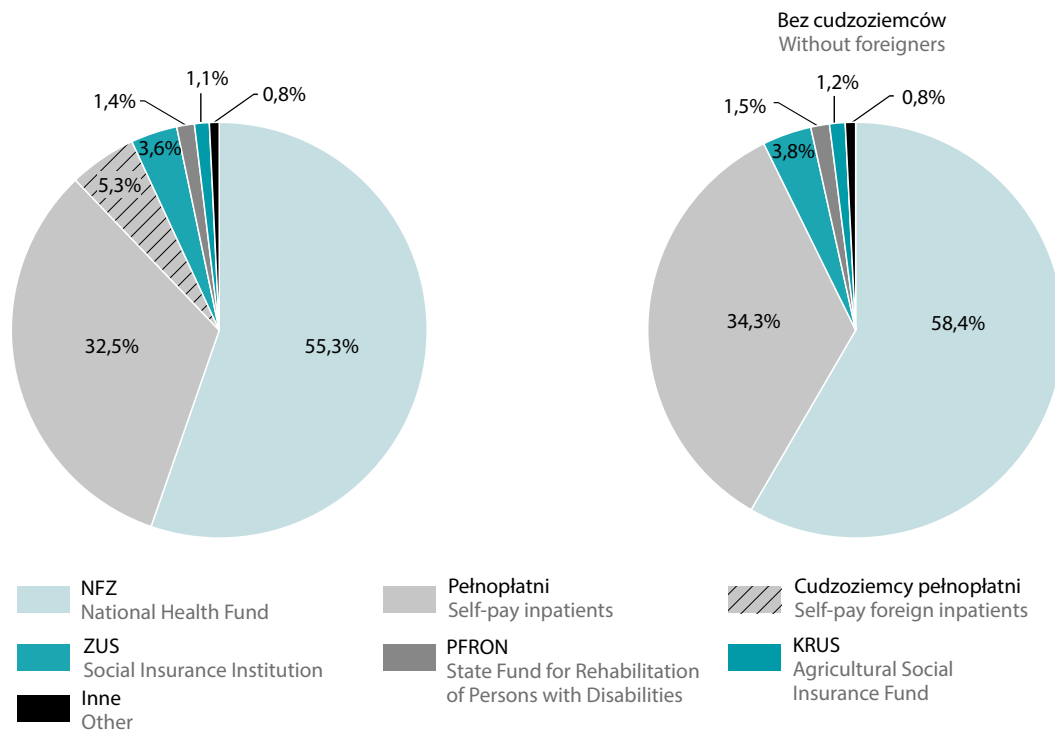
49 Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 423).

50 Osoby dofinansowane przez KRUS przebywające na rehabilitacji leczniczej (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. 2021 poz. 266).

51 Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2021 poz. 573) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694 z późn. zm.).

Wykres 47. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2020 r.

Chart 47. Health resort inpatients by type of financing in 2020

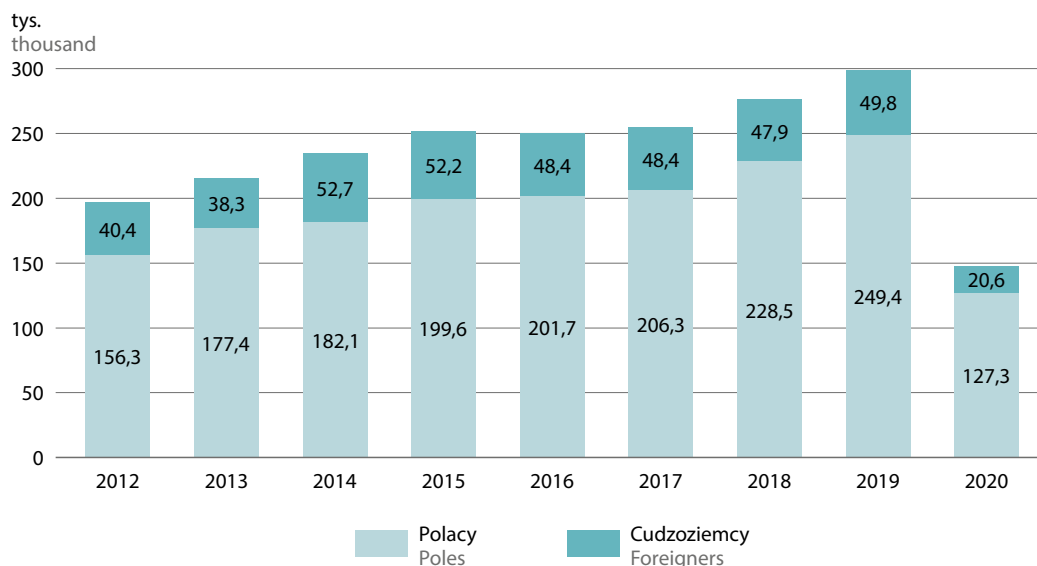


W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizowane są także turnusy rehabilitacyjne⁵² dofinansowywane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Lokalizacja zakładów na terenach o walorach przyrodniczo-klimatycznych, szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, a także znaczny stopień przystosowania architektonicznego zakładów uzdrowiskowych, sprawia że turnusy takie są organizowane. Ich celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej. W 2020 r. w uzdrowiskach przebywało 5,4 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych PFRON i było to o 51,3% mniej niż w 2019 roku.

W 2020 r. w uzdrowiskach odnotowano 147,8 tys. kuracjuszy stacjonarnych pełnopłatnych, o ponad połowę mniej niż w 2019 r. Polskich kuracjuszy pełnopłatnych było 127,3 tys., o 49,0% mniej, natomiast w przypadku pełnopłatnych cudzoziemców – 20,6 tys. osób, ich liczba zmniejszyła się o 58,7%.

⁵² Rozporządzenie Ministra Rodziny Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

Wykres 48. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2020 r.
 Chart 48. Self-pay inpatients in health resort facilities in 2020

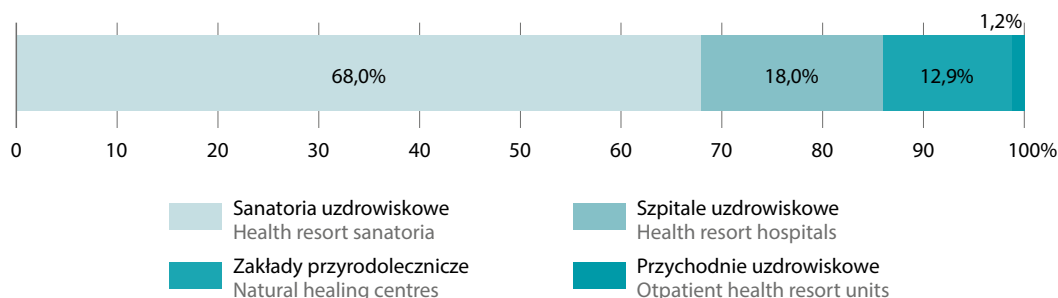


Podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowanie najwięcej pełnopłatnych cudzoziemców (93,9%) było w dwóch granicznych województwach zachodniej części Polski – zachodniopomorskim i dolnośląskim. W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców przebywała w sanatoriach dwóch uzdrowisk – Świnoujście, gdzie 40,3% (o 1,9 p. proc. mniej niż przed rokiem) kuracjuszy stacjonarnych było obcego pochodzenia (5,8 tys. osób) oraz Kołobrzeg, w którym cudzoziemców było najwięcej (7,2 tys. osób) ale stanowili 9,7% pacjentów (o 5,9 p. proc. mniej niż przed rokiem). W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego (4,9 tys. osób), gdzie stanowili 44,3% kuracjuszy, o 10,4 p. proc. mniej niż w 2019 r.

W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 18,2 mln zabiegów (o 52,5% mniej niż w 2019 r.) z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Średnio wykonano 43 zabiegi na osobę.

Wykres 49. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2020 r.

Chart 49. Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2020



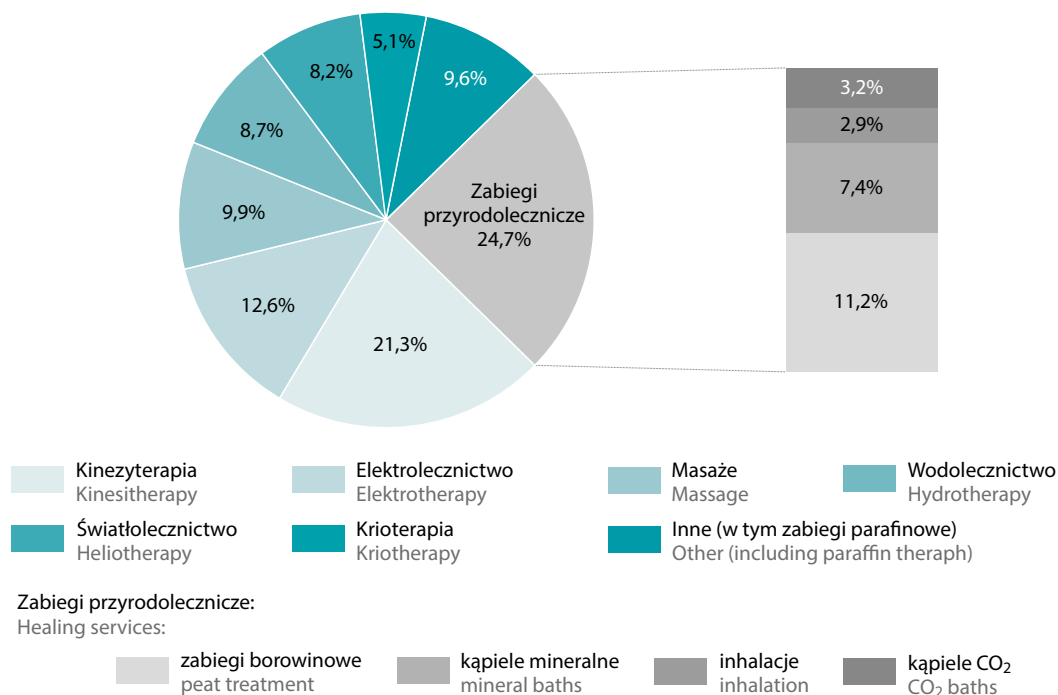
W 2020 r. struktura rodzajów wykonywanych zabiegów, rozpatrywana w skali kraju, była podobna jak w 2019 r. pomimo znacznie mniejszej liczby poszczególnych zabiegów. Podobnie jak w latach poprzednich, przeprowadzono najwięcej zabiegów z zakresu kinezyterapii, która nadal stanowiła około 1/5 wszystkich zabiegów, ale ich liczba była prawie o połowę niższa niż w 2019 roku (o 52,6% mniej).

Zabiegi przyrodolecznicze takie jak: zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje, łącznie stanowiły około 1/4 wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach a skorzystała z nich większość kuracjuszy 85,7% - 366,7 tys. osób (o 49,4% mniej niż w 2019 roku).

Spadki liczby zabiegów sięgały kilkudziesięciu procent i wahały się od 65,9% mniej, w przypadku inhalacji, do 40,0% mniej dla zabiegów parafinowych. Dla większości zabiegów odnotowano spadki bliskie 50%.

Wykres 50. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2020 r.

Chart 50. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2020

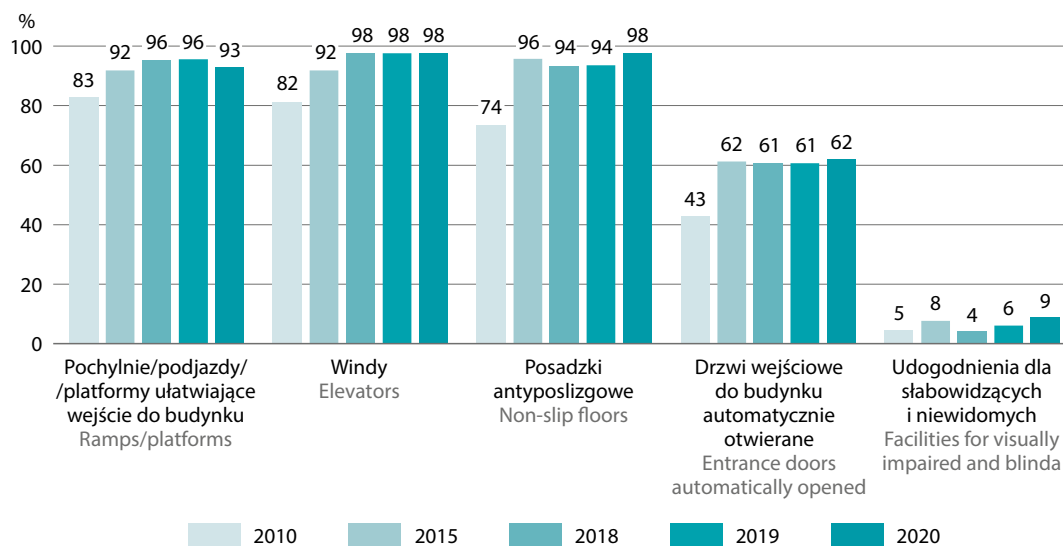


Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego z uwagi na lokalizację na terenach o walorach przyrodniczo-klimatycznych, a także z uwagi na szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, są placówkami cieszącymi się popularnością wśród osób z niepełnosprawnościami, dla których problem dostosowania zakładu do różnych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

Podobnie jak w latach poprzednich najlepszy stopień dostosowania wykazały szpitale uzdrowiskowe (45 placówek, o 4 mniej niż przed rokiem), spośród których, tak samo jak w 2019 r. 98% wykazało obecność wind a 93% (o 5 p. proc. więcej niż przed rokiem) deklaroowało możliwość korzystania z wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. 93% placówek (o 3 p. proc. mniej) wskazywało na obecność pochylni, podjazdów czy też platform, ułatwiających wejście do budynku, a 98% (o 2 p. proc. więcej) deklaroowało dostosowane pokoje oraz pokoje z łazienkami.

Wykres 51. Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 51. Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)

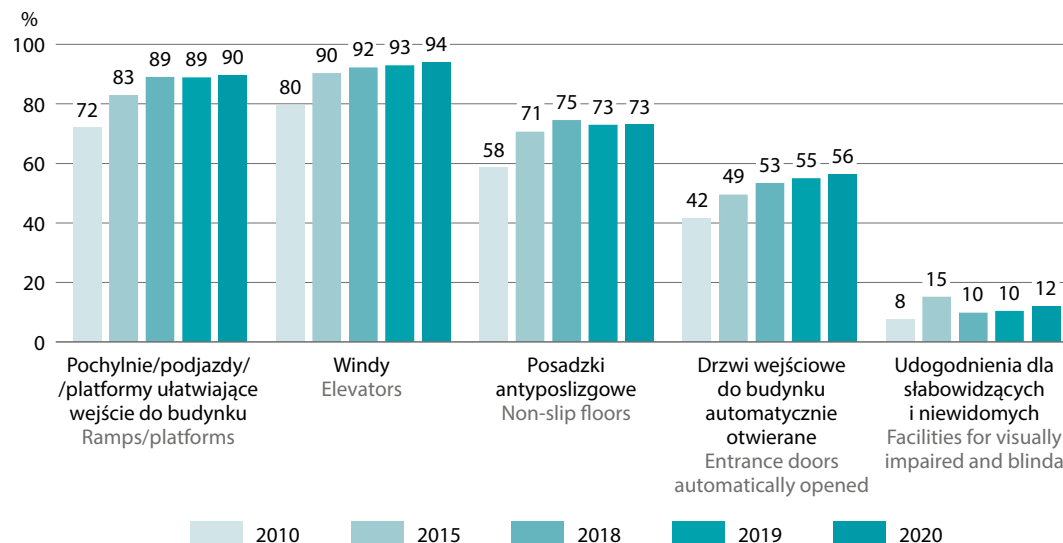


Spośród 185 sanatoriów (o 7 placówek mniej niż przed rokiem) 94% placówek (o 1 p. proc. więcej) wykazało obecność wind, a 80% (o 1 p. proc. więcej) wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, 90% deklarowało posiadanie pochylni, podjazdów czy też platform, 87% (o 1 p. proc. mniej) zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i pokoje z łazienkami) jako dostosowane, a ponad połowa badanych placówek - 56% (o 1 p. proc. więcej) była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane.

Zarówno szpitale uzdrowiskowe, jak i sanatoria deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 9% (o 3 p. proc. więcej) i 12% zakładów (o 2 p. proc. więcej).

Wykres 52. Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 52. Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)

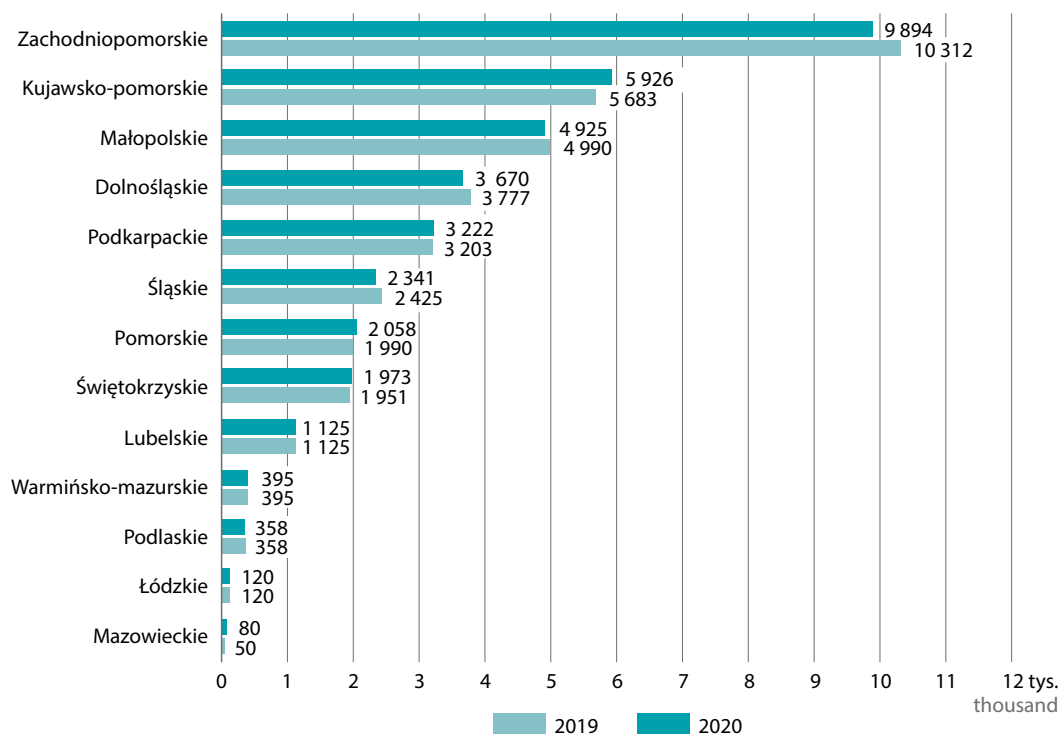


Najpopularniejszą formą opieki leczenia uzdrowiskowego są sanatoria uzdrowiskowe. Na koniec 2020 r. funkcjonowało 185 sanatoriów (o 7 mniej niż przed rokiem), dysponujących 36,1 tys. łóżek, o 0,8% mniej niż w 2019 roku.

Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim (o 4,1% łóżek mniej niż w 2019 r.), kujawsko-pomorskim (o 4,3% łóżek więcej), małopolskim (o 1,3% łóżek mniej) i dolnośląskim (o 2,8% łóżek mniej niż w poprzednim roku). Skorzystało z nich 71,8% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 53. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 53. Beds in health resort sanatoria in 2020 (as of 31 December)



W nietypowym roku pandemii z leczenia w sanatorium, w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, łącznie skorzystało 335,2 tys. osób, o 50,2% mniej niż w 2019 roku. Spośród ogółem leczonych – 97,1% (325,6 tys. osób) stanowili kuracjusze stacjonarni, z czego blisko 60% stanowiły kobiety.

Z leczenia stacjonarnego w sanatorium skorzystało 5,3 tys. dzieci i młodzieży do 18. roku życia (1,7% ogółem leczonych), o 54,4% mniej przed rokiem.

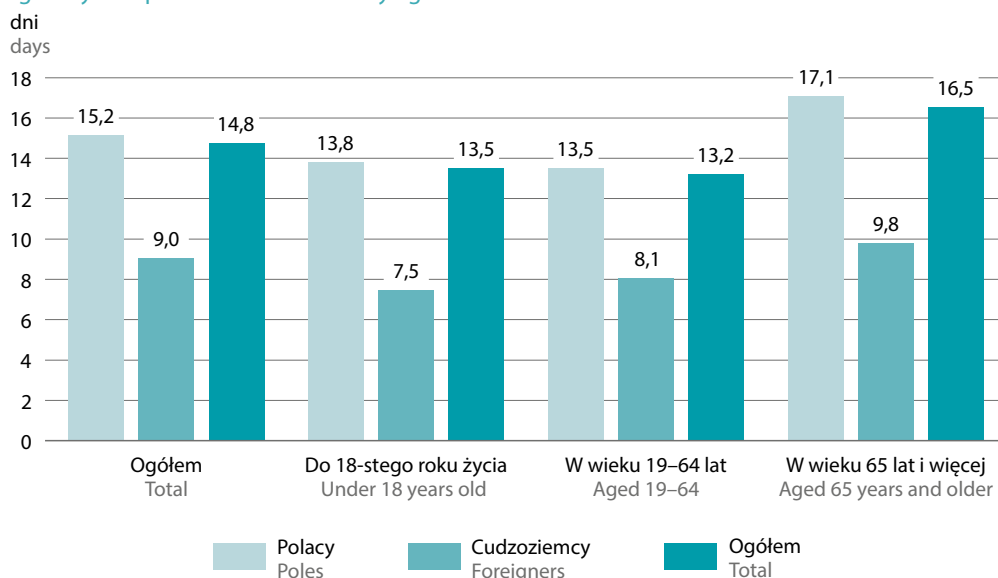
W 2020 r. na pobycie stacjonarnym w sanatorium przebywała 305,3 tys. polskich kuracjuszy, z czego ponad połowa (54,8%) skorzystała ze środków NFZ, a 38,0% to pacjenci pełnopłatni.

Cudzoziemcy stanowili grupę 20,3 tys. osób (o 58,4% mniej niż w roku poprzednim) co stanowiło 6,2% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach i zarazem 98,5% ogółu obcokrajowców leczonych w polskich uzdrowiskach.

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość (ogółem kuracjusze), trwał 14,8 dnia (o 0,7 dnia krócej niż w 2019 r.) a w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej, stanowiących blisko połowę leczonych, pobyty były nieco dłuższe i średnio trwały – 16,5 dnia (o 0,2 dnia dłużej niż w roku poprzednim).

Średni czas pobytu polskiego kuracjusza, w porównaniu ze średnim pobytem cudzoziemca był dłuższy o 6,2 dnia, a w przypadku kuracjuszy seniorów, powyżej 65 roku życia, pobyt polskiego seniora w sanatorium trwał średnio o 7,3 dnia dłużej.

Wykres 54. Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2020 r.
 Chart 54. Average stay of inpatients in sanatoria by age structure in 2020.

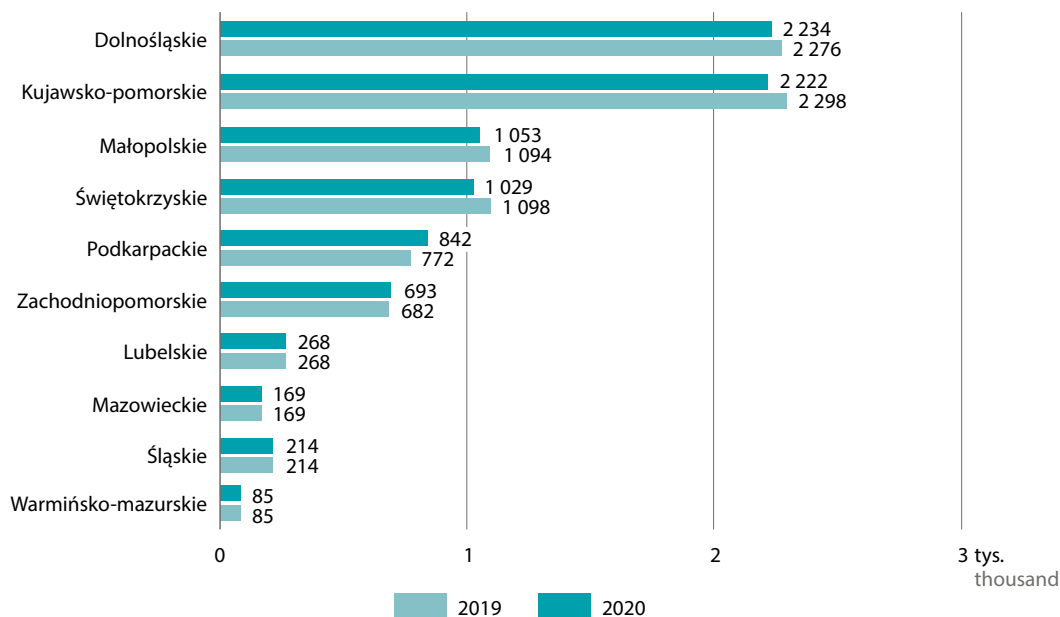


Pobyt kuracjusza cudzoziemca w sanatorium średnio trwał 9,0 dni i w porównaniu do poprzedniego roku był krótszy o 0,1 dnia. W przypadku cudzoziemców seniorów wydłużył się (o 0,4 dnia) i wyniósł 9,8 dnia.

W sanatoriach przeprowadzono 12,4 mln zabiegów, o 53,1% mniej niż w 2019 r. Stanowiło to, podobnie jak przed rokiem, około 68% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Na koniec 2020 roku odnotowano 45 szpitali uzdrowiskowych (o 4 mniej niż w 2019 r.), które zlokalizowane były w 10 województwach i łącznie dysponowały 8,8 tys. łóżek, o 1,6% mniej niż w 2019 roku. Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w 4 województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i świętokrzyskim.

Wykres 55. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia)
 Chart 55. Beds in health resort hospital in 2020 (as of 31 December)

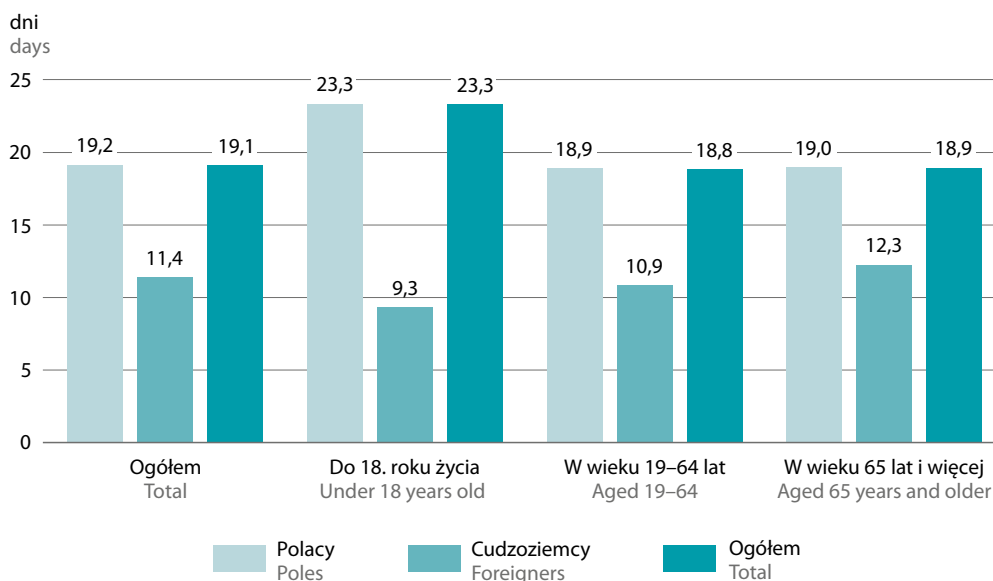


W 2020 r. w szpitalach uzdrowiskowych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym leczonych było łącznie 69,7 tys. kuracjuszy, o 51,1% mniej niż w roku poprzednim. Kuracjusze stacjonarni (65,8 tys. osób) stanowili 94,4% ogółem leczonych w szpitalach uzdrowiskowych przy czym stacjonarni cudzoziemcy stanowili niewielki odsetek leczonych (niespełna 0,5%).

W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych skorzystało blisko 75% kuracjuszy Polaków (49,3 tys. osób), a 5,1% pobytów zostało sfinansowanych przez ZUS (3,3 tys. osób). Polscy kuracjusze pełnopłatni (11,2 tys. osób) stanowili 17,1% pacjentów szpitali uzdrowiskowych.

Pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek trwał średnio 19,2 dnia i był o 0,1 dnia dłuższy, natomiast w przypadku dzieci i młodzieży (osoby do 18-stego roku życia) wyniósł 23,3 dnia i był 1,3 dnia krótszy niż w 2019 roku.

Wykres 56. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według grup wieku w 2020 r.
Chart 56. Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2020



W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 3,3 mln zabiegów i było to o 51,7% mniej niż w roku 2019. Należy podkreślić, że podobnie jak w przypadku sanatoriów, nie są to wszystkie zabiegi, jakich udzielono pacjentom przebywającym w szpitalach uzdrowiskowych, gdyż niejednokrotnie korzystają oni 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 2020 roku z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 23,0 tys. kuracjuszy, o 45,9% mniej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych, przeprowadzono 2,6 mln zabiegów, blisko o połowę (50,6%) mniej niż w 2019 roku. Stanowiły one 14,1% zabiegów ogółem wykonywanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (o 0,6 p. proc. więcej 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 statucie uzdrowiska.

Na koniec 2020 roku odnotowano 35 stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej⁵³, o 1 zakład więcej niż w końcu 2019 r. Dysponowały one, podobnie jak przed rokiem, 3,7 tys. łóżek i skorzystało z nich 32,6 tys. pacjentów stacjonarnych, o 48,1% mniej niż w 2019 roku.

Pacjenci pełnopłatni stanowili 63,1% (o 6,6 p. proc. więcej) korzystających z leczenia stacjonarnego, z czego 1,0 tys. (o 78,7% mniej niż przed rokiem) stanowili pełnopłatni cudzoziemcy. Odsetek obcokrajowców wśród ogółem leczonych stacjonarnie wynosił 3,1% (o 4,5 p. proc. mniej niż w 2019 r.). Podobnie jak w latach poprzednich cudzoziemcy korzystający z usług stacjonarnej rehabilitacji leczniczej leczyli się głównie w placówkach województw: zachodniopomorskiego i świętokrzyskiego. Przebywało tu blisko 95% ogółu cudzoziemców. W placówkach tych z różnych form dofinansowania skorzystało łącznie 36,9% pacjentów (12,0 tys. osób, o 56% mniej niż przed rokiem).

Najliczniejszą grupę osób leczonych w stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej stanowili pacjenci korzystający z rehabilitacji leczniczej w ramach środków NFZ - 13,2% ogółu leczonych, ale było ich 4,3 tys. osób, o 34,0% mniej niż w poprzednim roku. W dalszej kolejności to pacjenci dofinansowani przez KRUS - 9,5% (3,1 tys., o 58,8% mniej) i ZUS - 6,1% (2,0 tys. pacjentów, o 80,4% mniej niż przed rokiem). 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 6,0% osób dofinansowanych przez ZUS i 1,0% w przypadku pacjentów dofinansowanych przez KRUS. Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiły grupę - 1,8 tys. osób, o 7,2% więcej niż przed rokiem. Stanowiły one 5,6% ogółu rehabilitowanych w omawianej grupie placówek i ponad połowa leczonych (55%) były to osoby poniżej 65 roku życia.

Tablica 13. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska (stan w dniu 31 grudnia)

Table 13. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located (as of 31 December)

Województwo Voivodship	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Number of beds	Uzdrowisko Health resort area
Polska Poland		44 896	
Dolnośląskie	p. kłodzki	3 631	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój, Kudowa Zdrój, Lądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. lubański	704	Czerniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	740	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	829	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5 066	Ciechocinek
	p. inowrocławski	1 912	Inowrocław
	p. włocławski	1 170	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1 239	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów

⁵³ Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31 grudnia 2020 r.) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu resortowego - 7400) ale które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

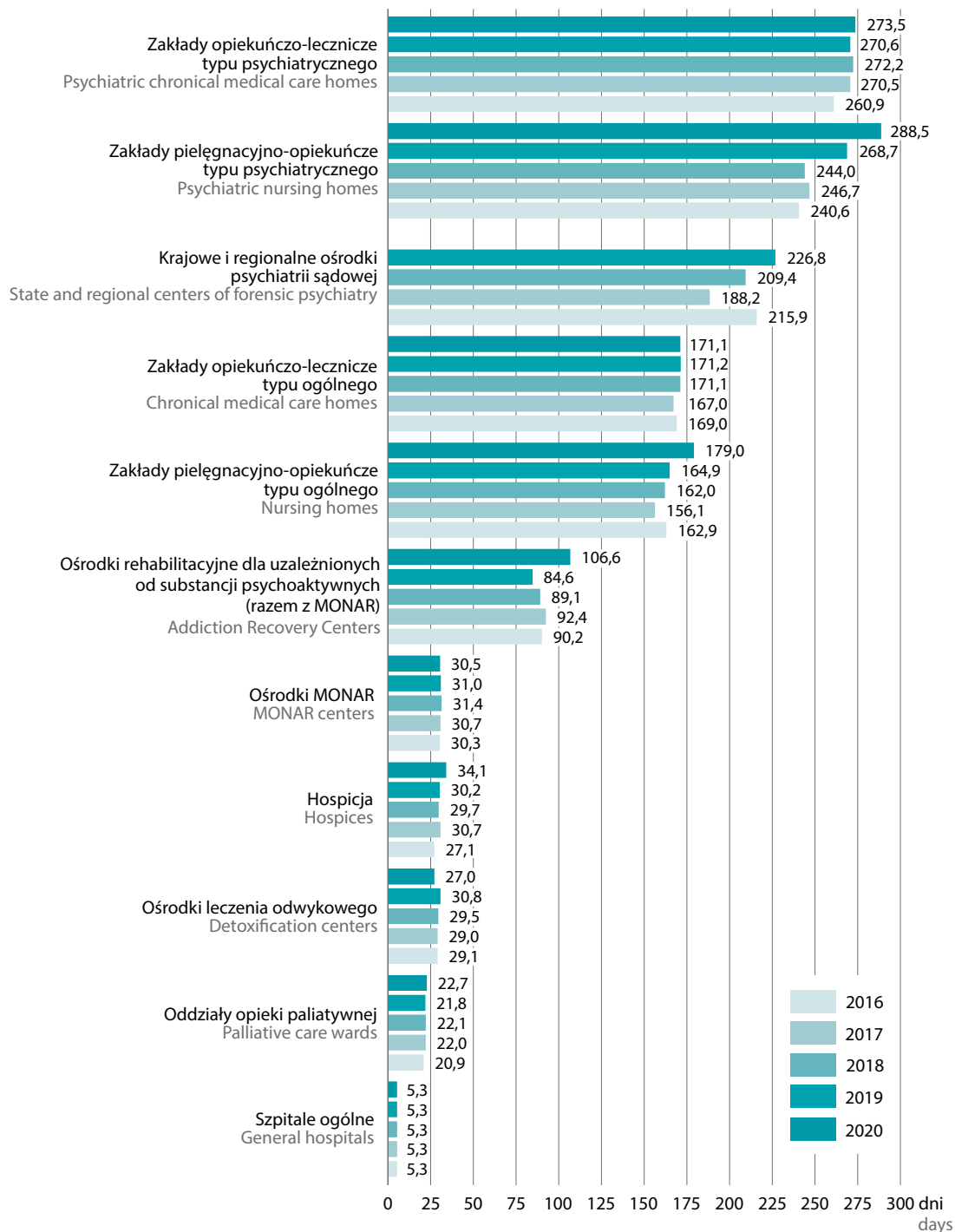
Tablica 13. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska (stan w dniu 31 grudnia) (dok.)

Table 13. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located (as of 31 December) (cont.)

Województwo Voivodship	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Number of beds	Uzdrowisko Health resort area
Małopolskie	p. nowosądecki	3 621	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	1 696	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	661	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	–	Swoszowice – Kraków ⁵⁴
Mazowieckie	p. piaseczyński	249	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	594	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2 592	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	878	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	220	Augustów
	p. białostocki	138	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1 232	Ustka
	p. m. Sopot	826	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	505	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	2 050	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3 002	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
	p. sławieński	1 116	Dąbki
	p. kamieński	475	Kamień Pomorski
Zachodniopomorskie	p. kołobrzegi	6 257	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1 058	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1 681	Świnoujście

54 W 2020 r. uzdrowisko prowadziło działalność leczniczą wyłącznie w systemie ambulatoryjnym.

Wykres 57. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej
 Chart 57. Average length of stay in inpatient health care facilities



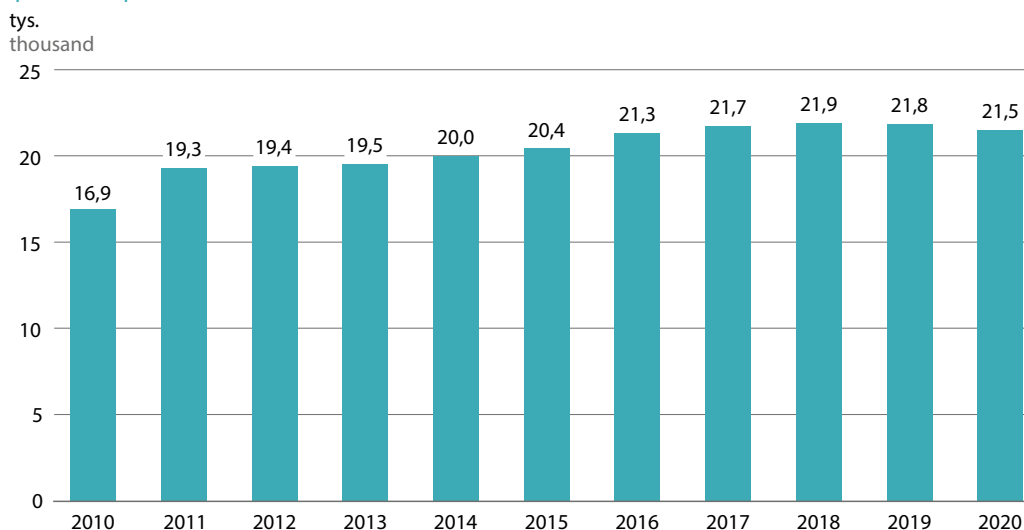
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

2.3. Out-patient health care

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2020 r. działalność prowadziło 25,5 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Funkcjonowało 21,5 tys. przychodni⁵⁵ oraz 0,7 tys. praktyk lekarskich i 3,3 tys. praktyk stomatologicznych, realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. W miastach zlokalizowanych było 19,8 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a na wsi – 5,7 tys.

Wykres 58. Przychodnie
Chart 58. Out-patient departments



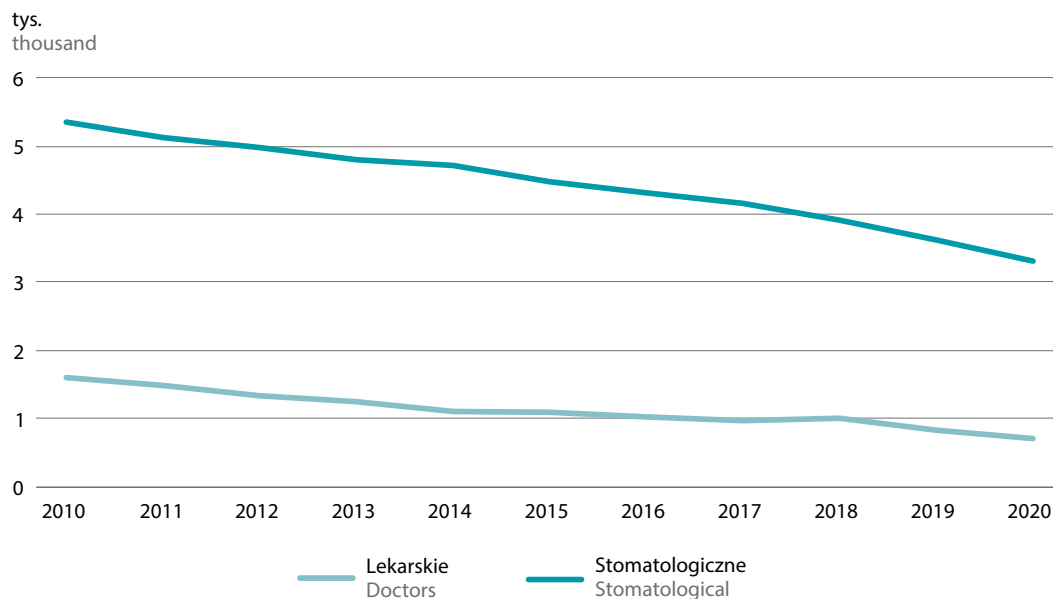
W 2020 r. zaobserwowano spadek liczby przychodni (o 343 przychodnie mniej niż w roku poprzednim). Tendencja spadkowa w przypadku praktyk⁵⁶ lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych występuje od 2011 roku i dotyczy obu typów praktyk.

⁵⁵ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

⁵⁶ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

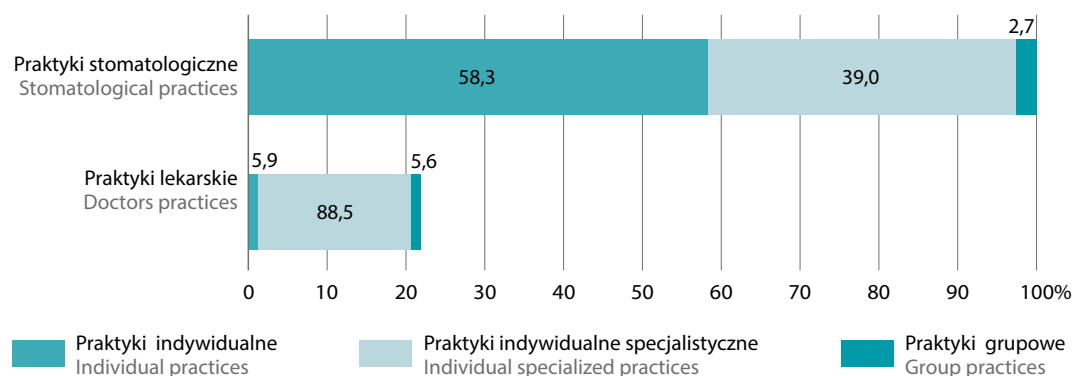
Wykres 59. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych

Chart 59. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



Wykres 60. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych

Chart 60. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



W 2020 r. odnotowano łącznie ponad 4 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 9% mniej niż w poprzednim roku), przy czym 82% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (8% mniej niż w poprzednim roku).

Praktyki lekarskie i stomatologiczne w miastach stanowiły 73,5% wszystkich praktyk w Polsce, natomiast na wsi stanowiły tylko 26,5%. Podobne różnice dotyczyły praktyk lekarskich – tylko 7,5 % znajdowało się na wsi i aż 92,5% w mieście. Praktyki stomatologiczne na wsi stanowiły 30,6%, natomiast w mieście 69,4%.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88,5%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecialistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 5,9% i 5,6%).

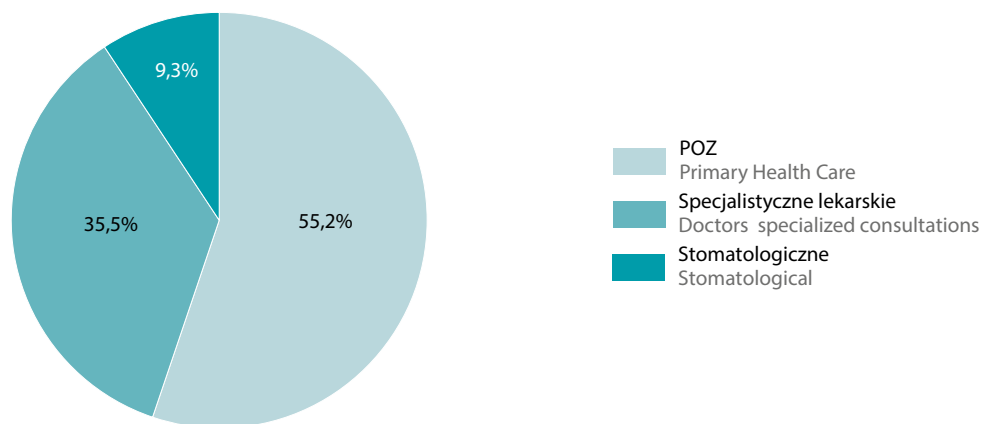
Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,3%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal pozostaje bardziej popularna w miastach (37% praktyk stomatologicznych w Polsce) niż na wsi (21,3% praktyk stomatologicznych w Polsce).

Udzielone porady

Ogółem w ciągu 2020 r., w którym panował stan pandemii SARS-CoV-2, wywołujący COVID-19 w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 287 mln porad⁵⁷ (o ponad 44 mln porad mniej niż w roku poprzednim).

Spośród porad lekarskich⁵⁸ 156,2 mln stanowiły porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej⁵⁹ (spadek o 10,1% w stosunku do 2019 r.), a 100,5 mln – porady w opiece specjalistycznej (spadek o 14,6% w skali roku). Liczba porad stomatologicznych wyniosła 26,5 mln (spadek o 22,9% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Wykres 61. Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad
Chart 61. Structure of out-patient health care consultations



Porady udzielone w przychodniach stanowiły 97,3% wszystkich porad ambulatoryjnych. W 2020 r. nastąpił spadek porad udzielonych w przychodniach o 12,6% i był to pierwszy spadek na przestrzeni ostatnich 10 lat. W porównaniu z rokiem poprzednim porad w przychodniach w miastach było mniej o 12,8%, natomiast na wsi mniej o 11,6%.

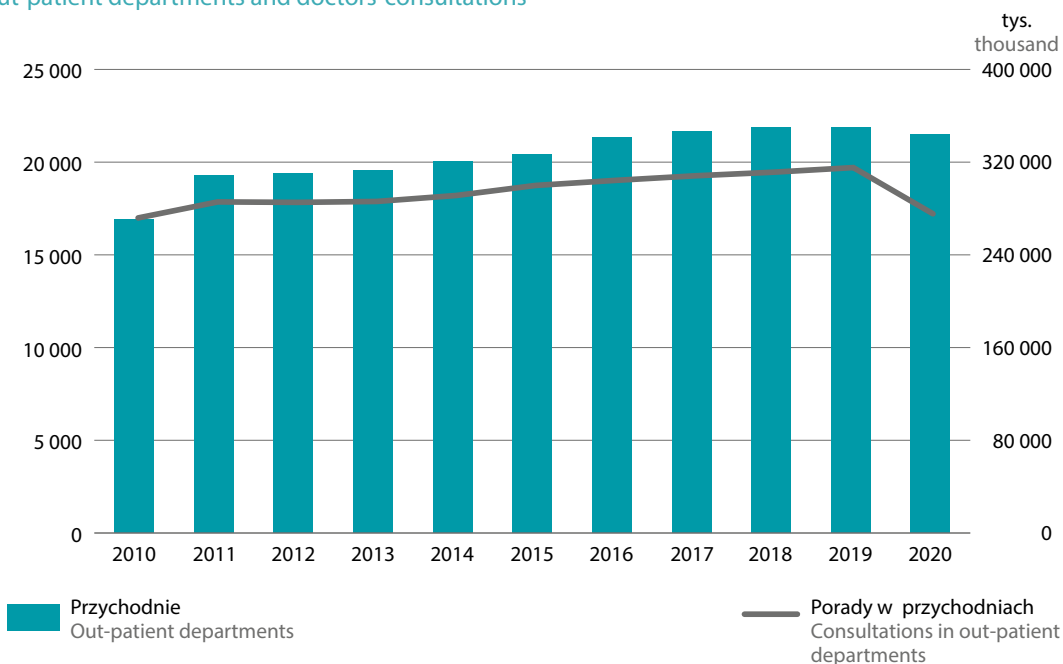
Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych również zmalała, jednak w przypadku praktyk jest to tendencja utrzymująca się od lat. Spadek porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych dotyczył zarówno wsi, jak i miast – w obu przypadkach prawie 28% mniej udzielonych porad.

⁵⁷ 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.

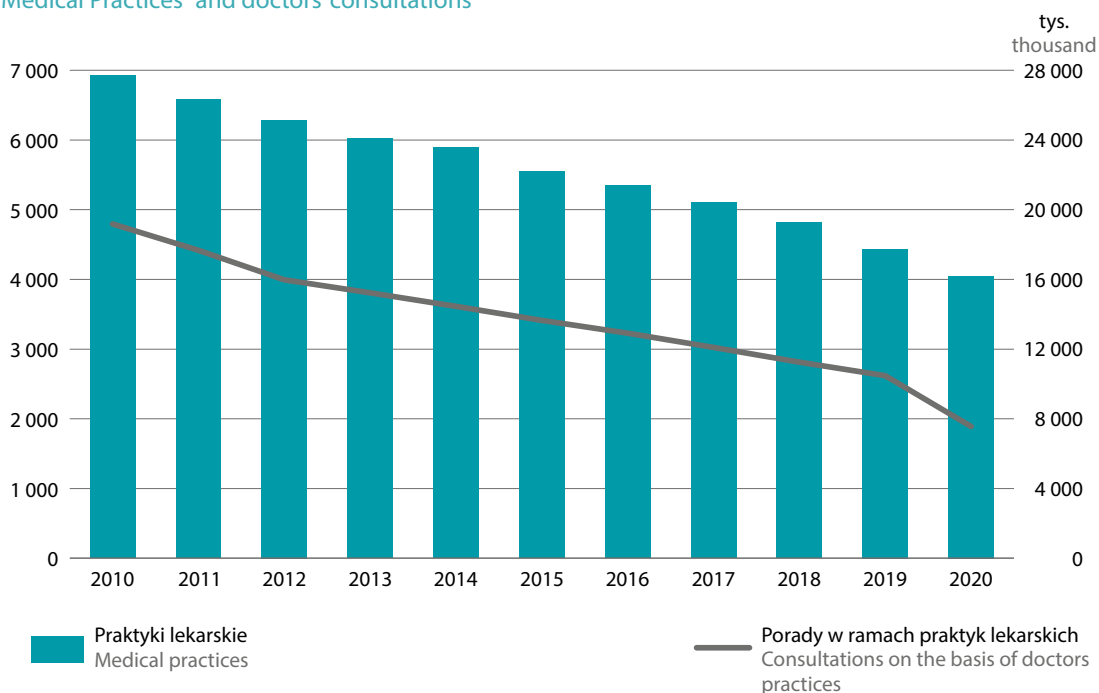
⁵⁸ Bez porad z izb przyjęć szpitali ogólnych (w 2020 r. — 4 181 tys.).

⁵⁹ Łącznie z poradami nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej. Są to świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej udzielane w godzinach od 18 do 8 dnia następnego oraz całodobowo w dni ustawowo wolne od pracy. Obejmują również porady nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielone w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

Wykres 62. Przychodnie i udzielone w nich porady
 Chart 62. Out-patient departments and doctors' consultations



Wykres 63. Praktyki lekarskie^a i udzielone w nich porady
 Chart 63. Medical Practices^a and doctors' consultations



^a Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.
^a Medical practice (individual, individual specialist and group) providing health services financed from public funds.

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 lub wieś).

Wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 57,1% stanowiły porady udzielone kobietom (w roku poprzednim 56,5%), 16,8% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (w roku poprzednim 21,1%), a 36,1% – osobom w wieku 65 lat i więcej (33,9% w roku poprzednim).

Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wyniósł 56,1% (w roku poprzednim 55,4%), 14,6% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 3,7 p. proc. mniej niż rok wcześniej), natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 35,6% (o 1,8 p. proc. więcej w porównaniu z 2019 r.).

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała również, że częściej pacjentami były kobiety (60,6%), w roku poprzednim stanowiły 60,3% pacjentów. Struktura porad udzielonych kobietom nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego i stanowiła 60,5% porad w miastach i 65,5% na wsi (w roku poprzednim 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 11,3% porad w miastach (o 1 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 13,6% (o 0,5 p. proc. mniej niż w 2019 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 29,4% w miastach (o 0,1 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 24,2% na wsi (o 0,6 p. proc. więcej niż przed rokiem) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

Również w przypadku porad stomatologicznych częściej pacjentami były kobiety. W miastach stanowiły one 56,1% ogółu porad stomatologicznych (w roku poprzednim 55,4%), natomiast na wsi – 54,4% (53,8% w roku poprzednim), 28,9% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w roku poprzednim 28,7%). W przypadku porad udzielonych w miastach było to 26,4% (w roku poprzednim 28,2%) a w przypadku wsi odsetek ten był o ponad 2,5 p. proc. wyższy i wynosił 28,9%. Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły podobnie jak w 2019 r. 15,9% ogółu tych porad. Na wsi zaobserwowano ich 14,7% (w roku poprzednim 14,1%).

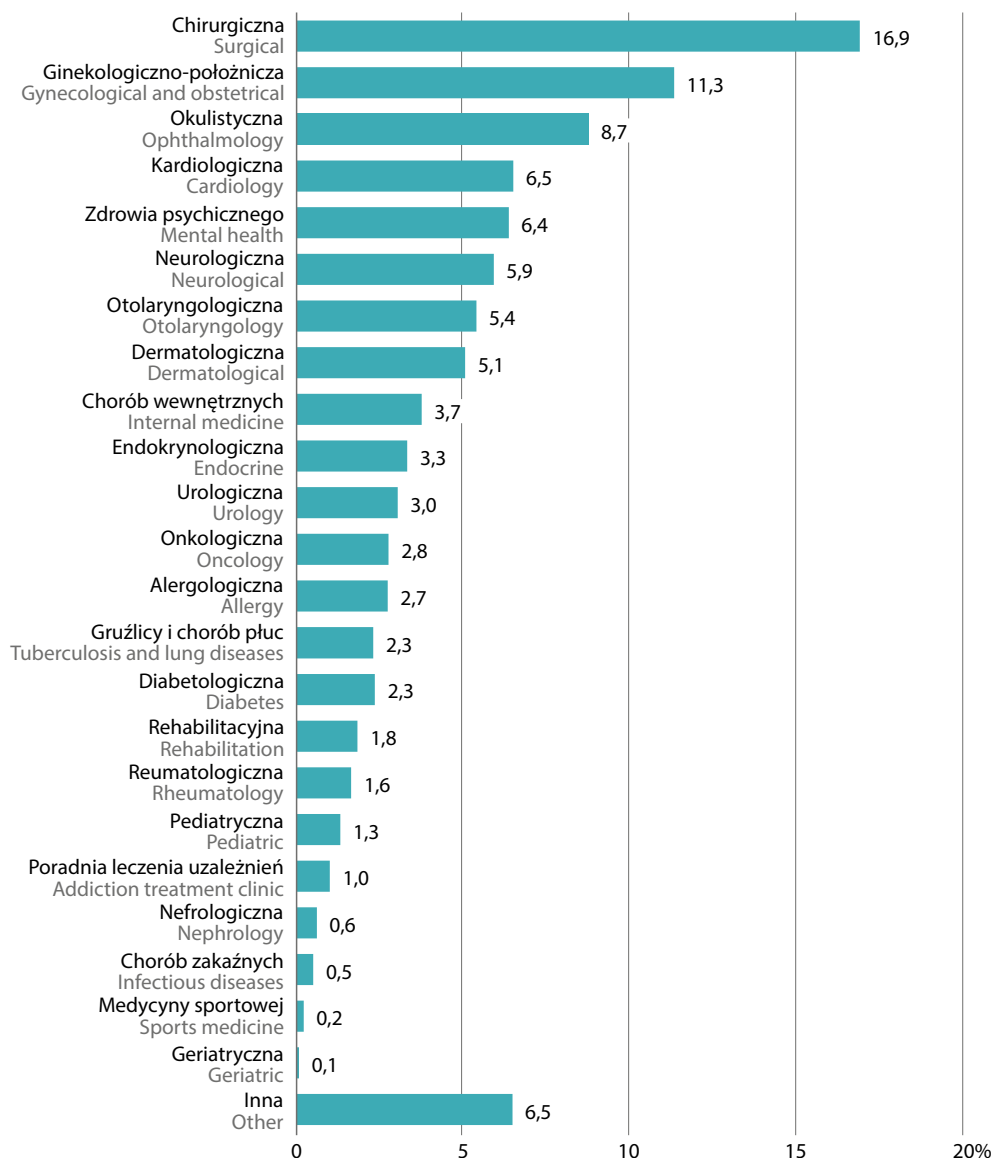
Tablica 14. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2020 r.
Table 14. The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2020

Wyszczególnienie Specification	Ludność (stan 30 czerwca) Population (as of 30 June)	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	16,2	11,4	26,7
18–64	63,5	47,8	59,4	57,5
65 +	18,4	36,0	29,3	15,8

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski w 2020 r. wynika, że w przypadku POZ, udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 17,6 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Udział tej grupy osób w przypadku porad specjalistycznych był o 10,9 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji, a najniższy był w odniesieniu do porad stomatologicznych.

Dzieci i młodzież poniżej 18 lat miały natomiast najwyższy wskaźnik udzielonych porad stomatologicznych w odniesieniu do udziału w populacji tej grupy wiekowej, a najniższy jeśli chodzi o porady specjalistyczne lekarskie.

Wykres 64. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2020 r.
 Chart 64. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2020



W związku z wystąpieniem stanu pandemii COVID-19 w 2020 r. przyspieszyło upowszechnienie niektórych trendów zapoczątkowanych kilka lat wcześniej, których rozwój przed wydarzeniami z 2020 roku nie był tak dynamiczny.

W 2020 r. roku wiele Polek i wielu Polaków po raz pierwszy w życiu skorzystało z teleporady⁶⁰, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u lekarza rodzinnego – wszystko to z powodu konieczności przestrzegania wymogów dystansowania społecznego. Pomimo, że dla wielu osób było to zdecydowanie nowe i nieco obce doświadczenie, takie rozwiązanie będzie stawało się, z dużym prawdopodobieństwem, coraz bardziej popularne, zwłaszcza w przypadku leczenia drobnych dolegliwości, które nie wymagają badania fizykalnego pacjenta.

30 grudnia 2020 r. wprowadzony został przepis art. 2 ust. 4 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza denty, który wskazuje, że wykonywanie zawodu lekarza odbywa się także za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

W 2020 r. w formie teleporad⁶¹ zrealizowano 56,8 mln porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej co stanowiło 36,4% wszystkich porad POZ. W opiece specjalistycznej teleporady stanowiły 16,3 mln, tj. 16,2% porad specjalistycznych. Spośród porad stomatologicznych w formie teleporady świadczonych było 116,5 tys. (0,4%).

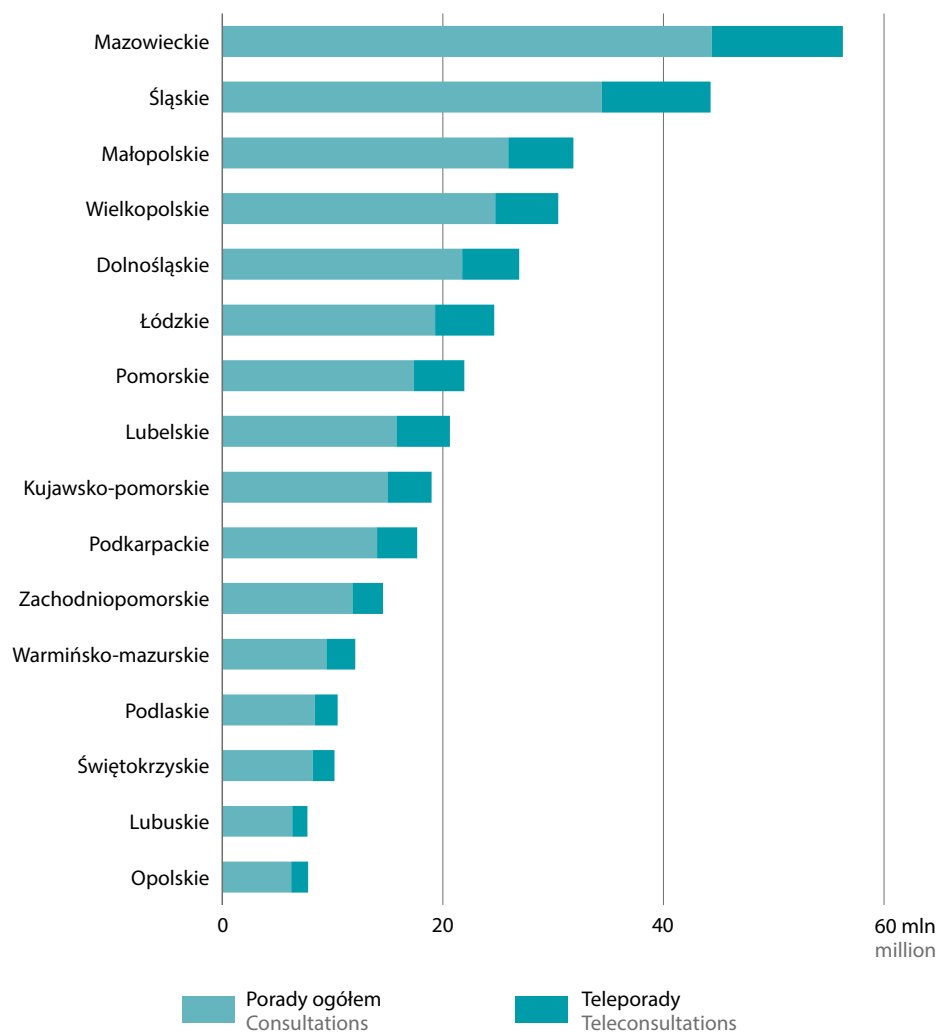
Wykres 65. Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r.
Chart 65. Teleconsultations in ambulatory health care in 2020



⁶⁰ Teleporada to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

⁶¹ Bez teleporad udzielonych w placówkach podległych Ministerstwu Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Wykres 66. Porady i teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2020 r. według województw
 Chart 66. Consultations and teleconsultations in ambulatory health care in 2020 by voivodships



Najwyższy wskaźnik teleporad w odniesieniu do wszystkich poradach ambulatoryjnych zaobserwowano województwie lubelskim – 30,7% wszystkich porad ambulatoryjnych i województwie śląskim – 28,6%, natomiast najniższy odnotowano w województwie lubuskim – 21,8%.

W czasie pandemii porady zdalne to jedno z najlepszych rozwiązań chroniących zarówno pacjenta, jak i lekarza. Teleporada jest obecnie traktowana na równi z osobistą wizytą pacjenta w gabinecie. Ze względu na pandemię COVID-19, Ministerstwo Zdrowia wraz z Narodowym Funduszem Zdrowia oraz Rzecznikiem Praw Pacjentów zalecają tego typu konsultacje, przede wszystkim ze względu na kwestie bezpieczeństwa.

Teleporada to również świetne rozwiązanie dla tych, którzy mieszkają w miejscach, gdzie nie ma blisko przychodni czy szpitala. Jako stały element systemu opieki zdrowotnej teleporada może stanowić jego uzupełnienie o dodatkowe usługi zdrowotne, a co za tym idzie daje większe możliwości w procesie leczenia pacjentów.

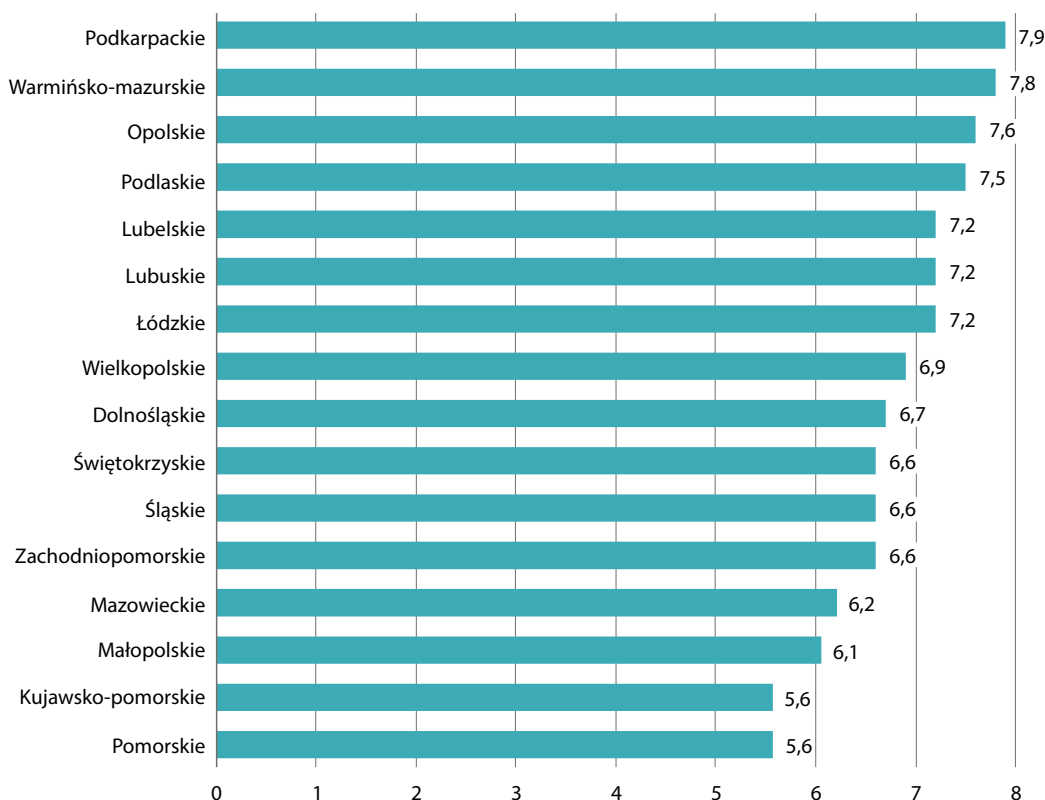
Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach

W 2020 r. struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przedstawiała się następująco: najczęściej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentyistów⁶² zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,5 tys.), a najmniej odnotowano w województwach: lubuskim – 0,7 tys. i opolskim – 0,7 tys. oraz świętokrzyskim – 0,8 tys. Z łącznej liczby 4,0 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najczęściej czyli 13,0% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa małopolskiego – 3,2%.

Na 10 tys. mieszkańców przypadało średnio 6,7 podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, tj. przychodni i praktyk lekarskich (przed rokiem wskaźnik wynosił 6,8). Najwięcej podmiotów na 10 mieszkańców przypadało w województwie podkarpackim (7,9), a najmniej – w województwie pomorskim (5,6).

Wykres 67. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców w 2020 r.

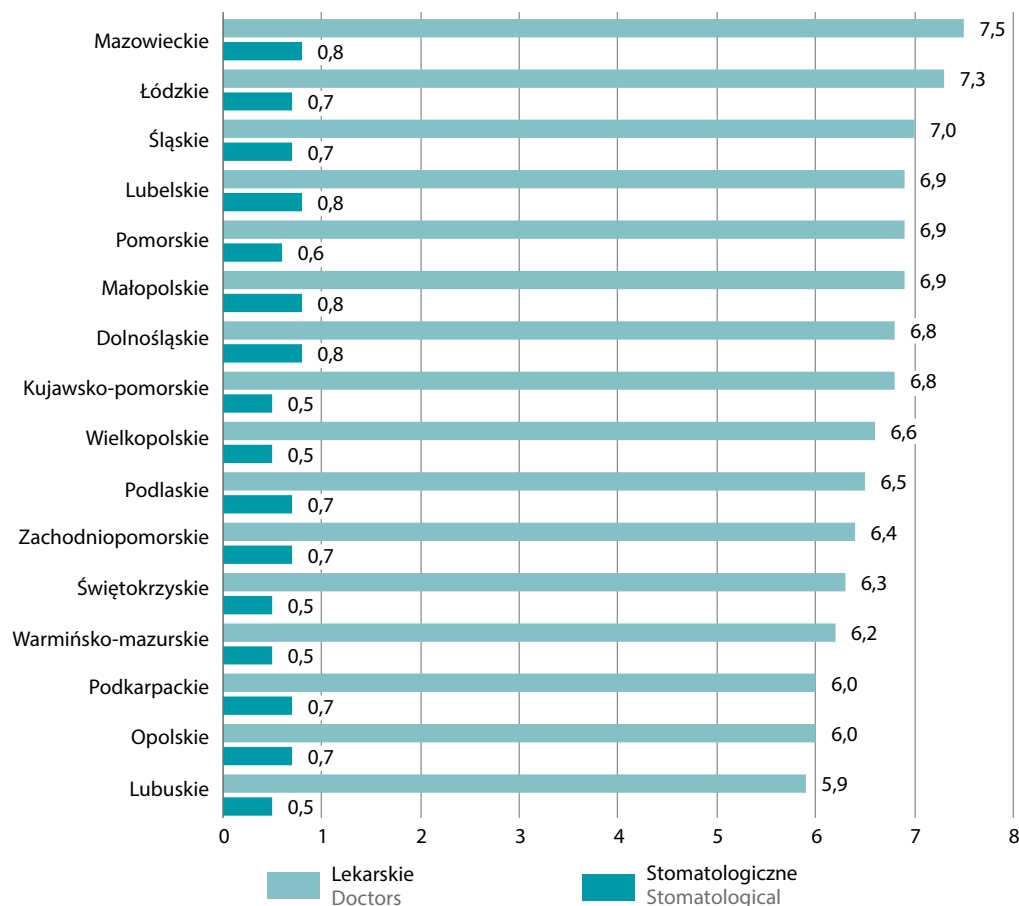
Chart 67. Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population in 2020



Średnia liczba porad lekarskich i stomatologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2020 r. wyniosła 7,5 (o 1,1 p. proc. mniej niż w 2019 r.).

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

Wykres 68. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej^a na 1 mieszkańca w 2020 r.
Chart 68. Doctors' consultations provided in out-patient health care^a per capita in 2020



a Porady lekarskie łącznie z poradami udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych.
 a Medical consultations, including consultations from admission rooms in general hospitals.

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim ponad 45 mln porad, a najniższą – w województwach: lubuskim i opolskim – ponad 6 mln porad.

Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 6,3 w województwie lubuskim do 8,3 w województwie mazowieckim.

Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 45,2% (woj. mazowieckie) do 62,4% (woj. lubuskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 16,3% wszystkich porad udzielonych w POZ (o 4,2 p. proc. mniej niż w roku poprzednim). Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 13,7% do 18,6% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim). W przypadku osób starszych (w wieku 65 lat i więcej), odsetek ten wahał się od 33,9% w województwie małopolskim do 39,8% w województwie świętokrzyskim. Średnia dla Polski porad POZ udzielonych osobom starszym (w wieku 65 lat i więcej) to 36%.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej wartość średnia dla Polski porad udzielonych dzieciom i młodzieży to 11,4%. Udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 9,5% w województwach: świętokrzyskim i zachodniopomorskim do 13,2% w województwie podlaskim. Porady udzielone starszym osobom (w wieku 65 lat i więcej) stanowiły 29,3% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej.

W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,6% (województwo mazowieckie) do 33,4% (województwo łódzkie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej wartość średnia dla Polski porad udzielonych dzieciom i młodzieży to 26,7%. Udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży w ogólnej liczbie porad stomatologicznych kształtował się od 23,7% w województwie dolnośląskim do 34,2% w województwie lubelskim.

Porady udzielone starszym osobom (w wieku 65 lat i więcej) stanowiły 15,8% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 13,1% (województwo małopolskie) do 19,4% (województwo zachodniopomorskie).

2.4. Ratownictwo medyczne

2.4. Emergency medical services

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁶³ 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”⁶⁴ sporządzone 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 dysponentów jednostek systemu. Wojewodowie natomiast są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa. W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in.:

- potencjalne zagrożenia życia lub zdrowia, które mogą zaistnieć na obszarze województwa;
- liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania ich działań;
- obszary działania i rejony operacyjne;
- informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego;
- sposób współpracy organów administracji publicznej i jednostek systemu z innymi województwami tak, aby zapewnić sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw;
- 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.

⁶³ System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

⁶⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. 2018 poz. 2154).

W 2020 r. w całej Polsce funkcjonował System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)⁶⁵. 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. W 2020 r. w Polsce funkcjonowało 31 dyspozytorni medycznych⁶⁶.

Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

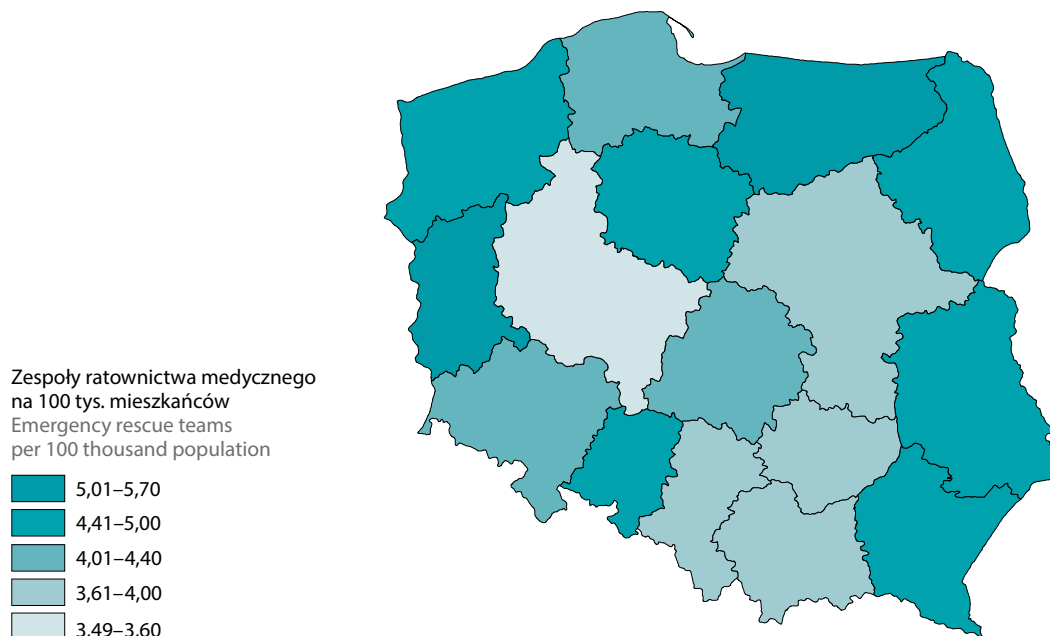
W warunkach poza szpitalnych pomoc medyczna w razie nagłego wypadku udzielana jest przez zespoły ratownictwa medycznego (ZRM). W ich skład wchodzi osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych – w podstawowym zespole ratownictwa medycznego są to co najmniej dwie osoby, w tym pielęgniarka 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 2020 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1 581 zespołów (o 4 więcej niż przed rokiem), w tym 1 238 (78,3%) zespołów podstawowych i 343 (21,7%) specjalistycznych. W porównaniu z latami 2018–2019 można zauważyć utrzymującą się tendencję do zmniejszenia udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa (spadek z 32% w 2017 r. do 21,7% w 2020 r.) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (wzrost z 68% w 2017 r. do 78,3% w 2019 r.).

⁶⁵ System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

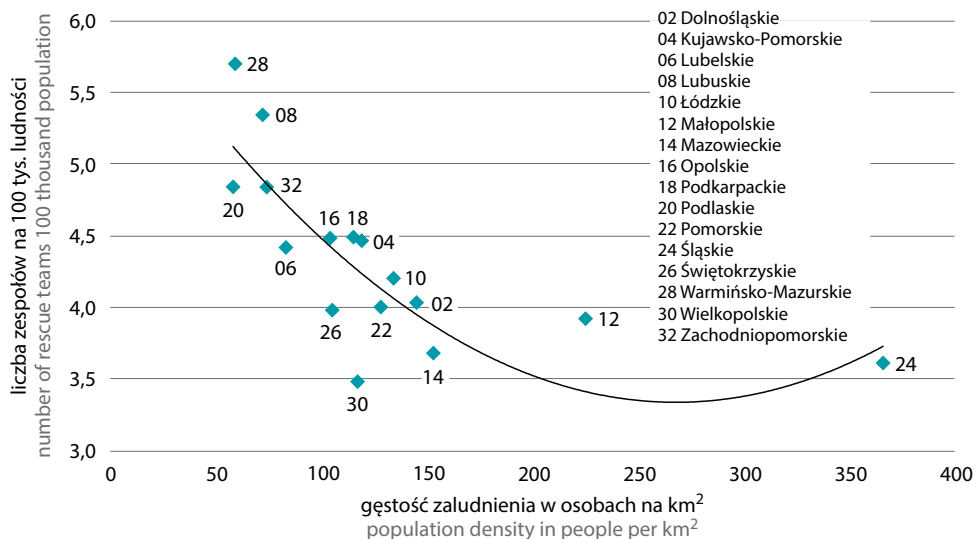
⁶⁶ Dyspozytornie medyczne funkcjonowały w następujących miastach: dolnośląskie (Wrocław, Legnica), kujawsko-pomorskie (Toruń, Bydgoszcz), lubelskie (Lublin, Biała Podlaska, Chełm, Zamość), lubuskie (Gorzów Wlkp.), łódzkie (Łódź), małopolskie (Kraków, Tarnów), mazowieckie (Warszawa, Radom, Siedlce), opolskie (Opole), podkarpackie (Rzeszów), podlaskie (Białystok), pomorskie (Gdańsk, Słupsk), śląskie (Częstochowa, Sosnowiec, Katowice, Gliwice, Bielsko-Biała), świętokrzyskie (Kielce), warmińsko-mazurskie (Olsztyn), wielkopolskie (Poznań, Konin), zachodniopomorskie (Szczecin, Kołobrzeg).

Mapa 10. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2020 r.
Map 10. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2020



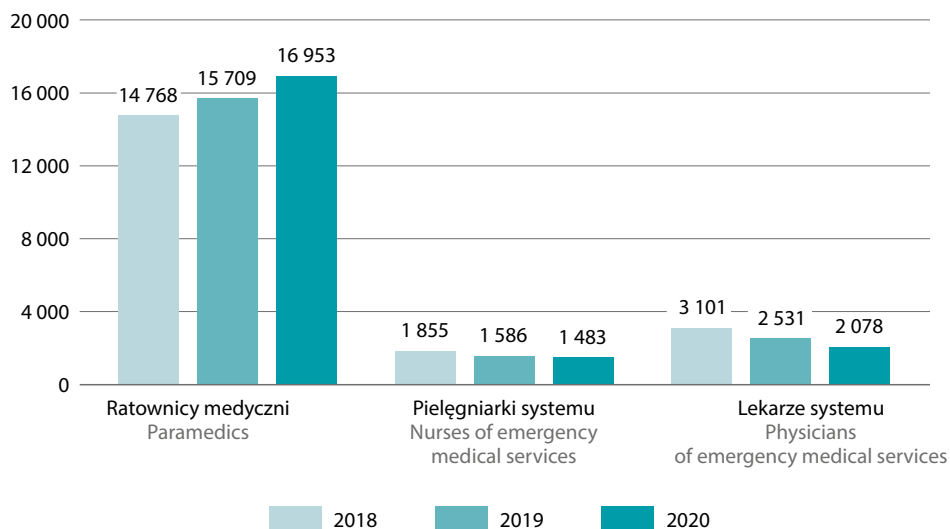
Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko-mazurskim (5,7) oraz lubuskim (5,35), a najmniejszy w województwie wielkopolskim –3,49 zespołu na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten wykazuje znaczną zależność od gęstości zaludnienia w danym województwie oraz liczby jego mieszkańców. W obu przypadkach współczynnik korelacji ma wartość ujemną i wynosi odpowiednio: $-0,631$ (korelacja pomiędzy liczbą ZRM przypadająca na 100 tys. ludności a gęstością zaludnienia w województwie) oraz $-0,724$ (korelacja pomiędzy liczbą ZRM przypadająca na 100 tys. ludności a liczbą mieszkańców). Oznacza to, że im wyższa gęstość zaludnienia w województwie oraz im wyższa liczba jego mieszkańców, tym mniej zespołów przypada na 100 tys. ludności.

Wykres 69. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2020 r.
Chart 69. Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2020



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁶⁷ wskazują, że w 2020 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁶⁸ stanowiło 16 953 ratowników medycznych, 1 483 pielęgniarek systemu i 2 078 lekarzy systemu. W 2020 r. tak jak w latach poprzednich utrzymywała się tendencja spadkowa dotycząca liczby pielęgniarek i lekarzy systemu przy równoczesnym zwiększaniu się liczby ratowników medycznych. W porównaniu do poprzedniego roku nastąpiło zwiększenie liczby ratowników medycznych o 1 244, co oznacza wzrost o 7,9%. Liczba pielęgniarek systemu spadła w porównaniu do roku 2019 o 103, co oznacza spadek o 6,5%. Liczba lekarzy systemu zmniejszyła się o 453, co oznacza spadek ich liczby o 17,9%.

Wykres 70. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego w latach 2018–2020 r.
Chart 70. Medical staff in a emergency rescue teams in 2018–2020



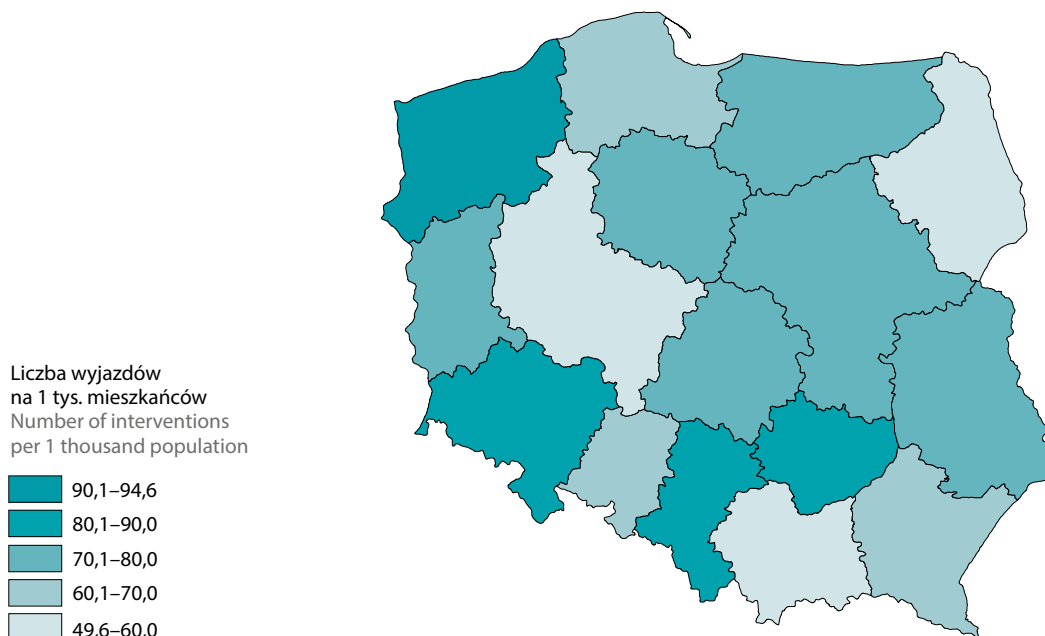
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

W 2020 r. zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały około 2,76 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia o ponad 340 tys. mniej niż w poprzednim roku, co oznacza spadek o 11,0%. Przeciętnie w 2020 r. w przeliczeniu na 1 000 ludności przypadało 71,9 wyjazdów ZRM (o 8,8 mniej niż przed rokiem). Najwięcej wyjazdów w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców zrealizowano w województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, śląskim oraz świętokrzyskim, a najmniej w województwach: podlaskim, wielkopolskim i małopolskim.

67 Dane GUS – formularz ZD-4.

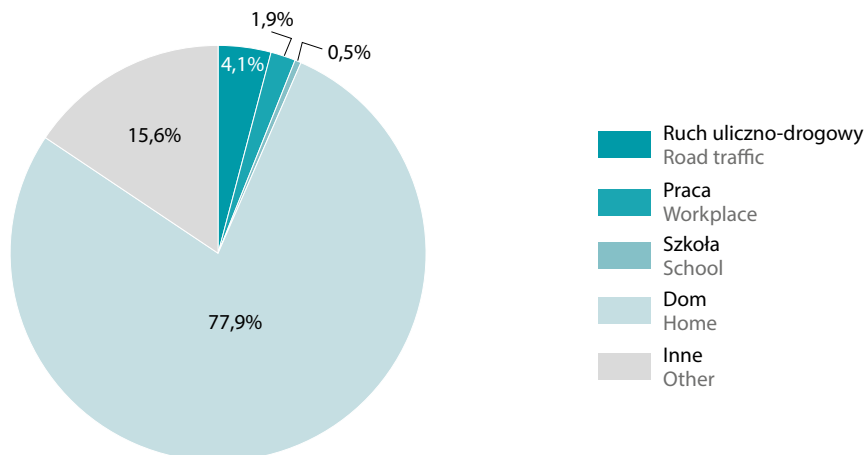
68 Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Mapa 11. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności w 2020 r.
Map 11. Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2020



Zdecydowaną większość, bo ok. 78% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. W porównaniu do roku 2019 odsetek takich wyjazdów w wyjazdach ogółem zwiększył się o blisko 6 p. proc. Drugie co do liczebności miejsce zdarzenia (ok. 15,6% wyjazdów) to kategoria „inne”, która obejmuje m.in. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół. W przypadku tych tego typu wyjazdów ich udział w ogólnej liczbie wyjazdów w porównaniu do roku 2019 zmniejszył się o ponad 4 p. proc. Udział wyjazdów do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym w ogólnej liczbie wyjazdów spadł w porównaniu do roku 2019 o 0,8 p. proc.), do zdarzeń w pracy o 0,3 p. proc. a do szkoły o 0,6 p. proc. Strukturę miejsc zdarzeń, w jakich przeprowadzono interwencje zespołów wyjazdowych, przedstawiono na wykresie.

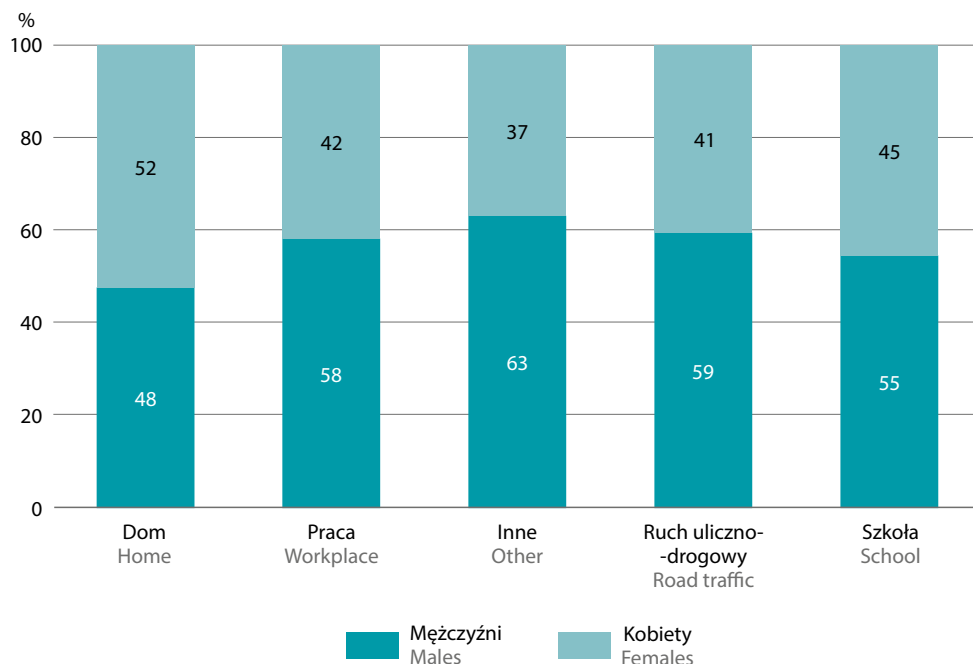
Wykres 71. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2020 r.
Chart 71. Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2020



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 2,76 mln (o 11,4% mniej niż w ubiegłym roku). Najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (94,8), a najmniej w wielkopolskim (49,6).

Wykres 72. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2020 r.

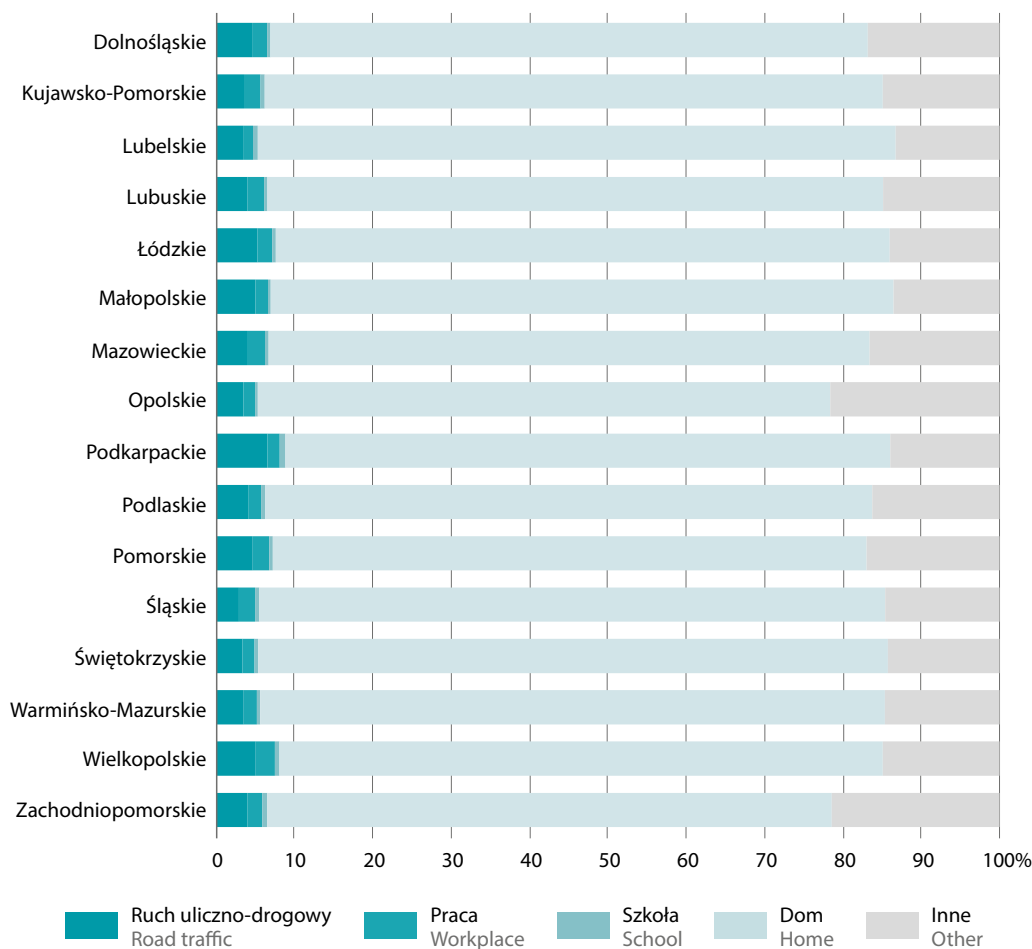
Chart 72. Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2020



Struktura według 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 4,5%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 48,5%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 47% (w 2019 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6%, 49% i 45%). Pomocy nieco częściej udzielano mężczyznom niż kobietom (50,8%). Odsetek ten był jednak o 2 p. proc. mniejszy niż w 2019 r. Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad połowę w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu, kobiety stanowiły w tym przypadku 52% populacji.

W każdym województwie liczba wyjazdów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. W województwach: lubelskim, świętokrzyskim oraz śląskim stanowiły one 80–81% wszystkich wyjazdów, natomiast w województwach: zachodniopomorskim i opolskim odpowiednio od 72% do 73%. Podobnie w każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – od 1,8% ogółu wyjazdów w przypadku województwa opolskiego do 3% ogółu wyjazdów w przypadku województwa wielkopolskiego. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2,8% (województwo śląskie) do 6,5% (województwo podkarpackie) ogółu wyjazdów. W porównaniu do roku 2019 z uwagi na pandemię COVID-19 silnie wzrósł udział wyjazdów do domu pacjenta w ogólnej liczbie wyjazdów. Największą zmianę zaobserwowano w przypadku województw: kujawsko-pomorskiego, małopolskiego oraz śląskiego, gdzie udział wyjazdów do domu pacjenta wzrósł odpowiednio o 8,4 p. proc., 7,5 p. proc. oraz 7 p. proc. Najmniejsza zmianę zaobserwowano w przypadku województw: opolskiego i zachodniopomorskiego, gdzie wzrost udziału wyjazdów do domu pacjenta w ogólnej liczbie wyjazdów wyniósł odpowiednio 2,8 p. proc. oraz 3,3 p. proc.

Wykres 73. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw w 2020
 Chart 73. Structure of calls to the occurrence places by voivodships in 2020

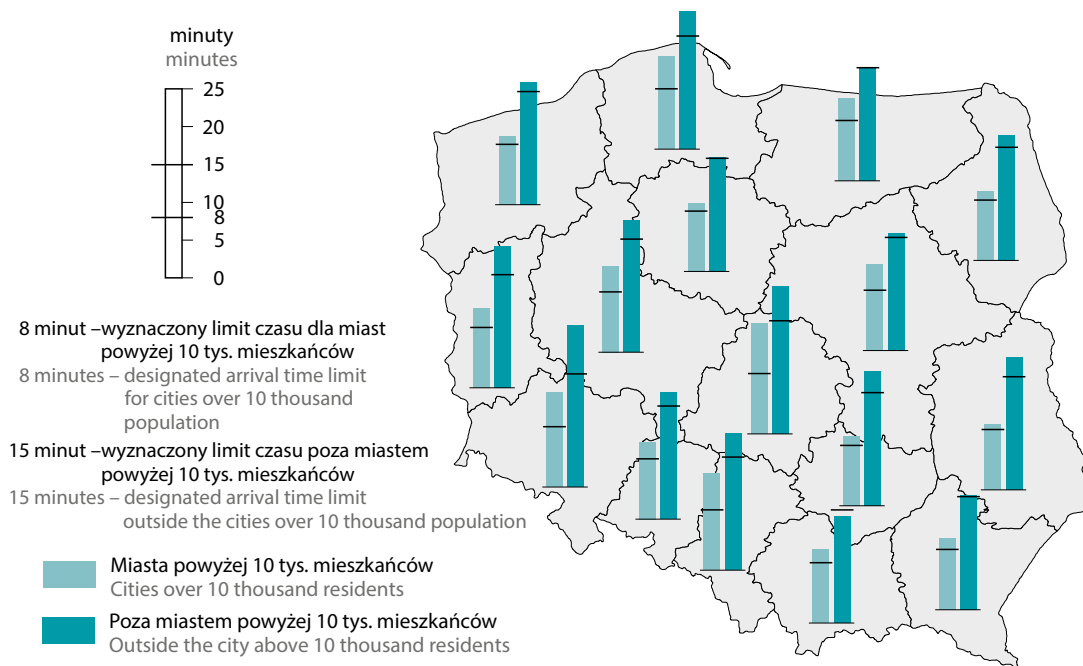


Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁶⁹ 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 - w skali każdego miesiąca - nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartyl 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 2020 r. wynika, że w pierwszym roku pandemii COVID-19 mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona we wszystkich województwach, w tym w 1 województwie wahała się pomiędzy 8 a 9 min. Największe mediany w przypadku miasta powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach: łódzkim, dolnośląskim, pomorskim oraz śląskim (odpowiednio w minutach i sekundach - 14:41, 12:33, 12:16, 12:48). Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w przypadku terenów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona prawie we wszystkich województwach. Wyjątkiem były

⁶⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

województwa: małopolskie oraz warmińsko-mazurskie, gdzie mediana czasu dotarcia wyniosła odpowiednio: 14 min i 11 sek. oraz 15 min. Największe wartości mediany odnotowano w województwach: dolnośląskim, pomorskim, łódzkim oraz lubuskim (odpowiednio w minutach i sekundach: 21:26, 18:18, 19:39, 18:47).

Mapa 12. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia
Map 12. Median time of arrival of emergency rescue of teams to the place of the incident



Źródło: Dane pozyskane od wojewodów z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.
Source: Data obtained from voivods from voivodship action plans of the State Emergency Medical Services.

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. W porównaniu do lat ubiegłych wyraźnie widać stałą tendencję do zmniejszania liczby rejonów operacyjnych w obrębie województwa. Ich liczba jest bardzo zróżnicowana i kształtuje się od 1 w województwach: lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim do 5 w województwach: mazowieckim, podkarpackim oraz śląskim.

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 niezagrażających 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 wskazują, że najwięcej tego typu wyjazdów było w województwach: dolnośląskim, zachodniopomorskim, kujawsko-pomorskim oraz wielkopolskim (odpowiednio: 63,1%, 72,8%, 62,0%, 60,1% wszystkich wyjazdów). Najmniej takich wyjazdów było w województwach: lubuskim oraz podlaskim (odpowiednio: 49,1%, 48,9% wszystkich wyjazdów). W 2020 r. tj. w pierwszym roku pandemii COVID-19, odsetek wyjazdów niezwiązanych z zagrożeniem życia w porównaniu do roku poprzedniego znacząco wzrósł z 20,4% w 2019 r. do 55,9% w 2020 r.

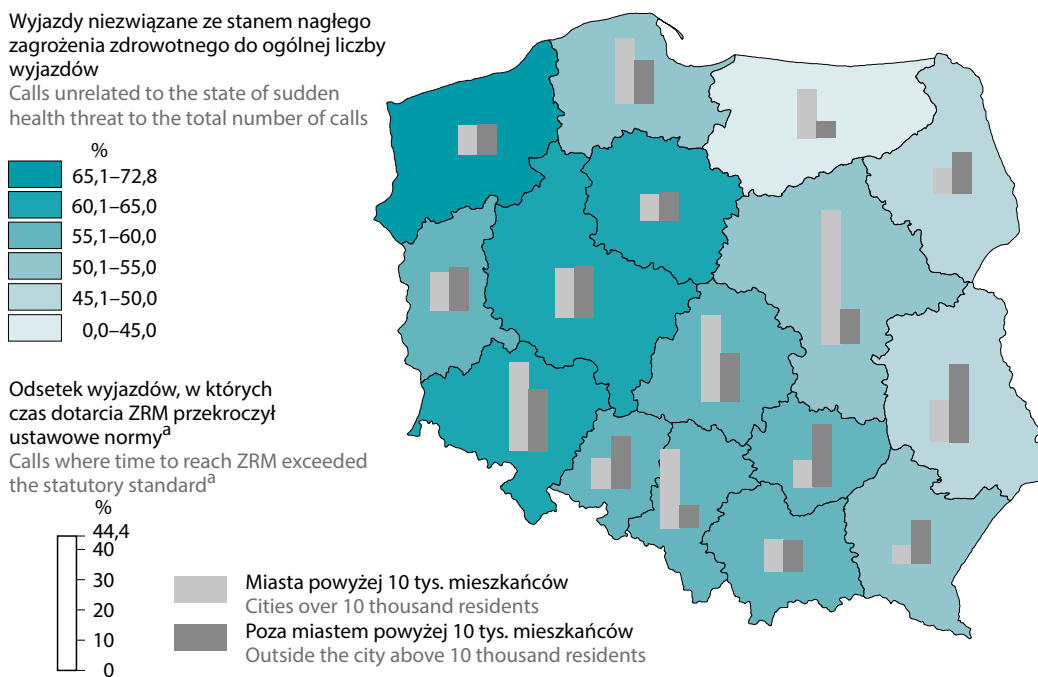
Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach: mazowieckim (44,4%), dolnośląskim (29,4%) i łódzkim (28,5%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w województwach: lubelskim (26,0%), świętokrzyskim (20,8%) oraz dolnośląskim (20,6%). W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej, tak jak w poprzednim roku, w tym zakresie działały zespoły z województw: kujawsko-pomorskiego oraz podkarpackiego. Odsetek wyjazdów w których maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia przekroczył ustawową normę 15 min. (w tych województwach) wyniósł odpowiednio 8,8% oraz

6,1%. Największy odsetek przekroczeń ustawowej normy czasu dojazdu odnotowano w przypadku ZRM w województwach: mazowieckim, dolnośląskim, łódzkim oraz śląskim. W tych województwach, odsetek wyjazdów z przekroczonym maksymalnym czasem dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia wyniósł odpowiednio: 44,4%, 29,4%, 28,5% oraz 26,2%.

Na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców podobnie jak w poprzednim roku, najsprawniej działały zespoły w województwach: warmińsko-mazurskim, śląskim oraz kujawsko-pomorskim. W tych województwach odsetek wyjazdów, które przekroczyły maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia, wyniósł odpowiednio: 5,4%, 7,5%, 9,6%. Największy odsetek przekroczeń ustawowej normy dotyczącej maksymalnego czasu dojazdu ZRM na miejsce zdarzenia odnotowano w województwach: lubelskim, świętokrzyskim oraz dolnośląskim. W tych województwach odsetek wyjazdów z przekroczonym maksymalnym czasem dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia wyniósł odpowiednio: 26%, 20,8%, 20,6%.

Mapa 13. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w 2020 r.

Map 13. 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 in 2020



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 thous. residents and 20 minutes outside the city over 10 thous. 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 2020 r. LPR posiadało 21 stałych baz Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS⁷⁰) rozmieszczonych na terenie całej Polski, jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji (Koszalin) oraz jedną bazę transportu samolotowego w Warszawie. W województwie mazowieckim funkcjonowały 3 bazy HEMS (Płock, Warszawa, Sokółów), w województwie podlaskim – 2 (Białystok, Suwałki), w województwie lubuskim – 2 (Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski), w województwie wielkopolskim – 2 (Poznań, Ostrów Wielkopolski). W pozostałych województwach funkcjonowało po jednej bazie (Gdańsk, Olsztyn, Bydgoszcz, Wrocław, Opole, Katowice, Sanok, Kielce, Lublin, Łódź, Szczecin). Całodobowo dyżurowały 4 bazy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław). Pozostałe bazy funkcjonowały w godz. 7–20. 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 do 3 minut w dzień oraz do 15 minut w nocy. Gdy promień działania jest większy niż 60 km i mniejszy bądź równy 130 km – czas gotowości do startu wynosi do 6 minut w dzień oraz do 30 minut w nocy. Natomiast gdy promień działania jest większy niż 130 km gotowość do startu wynosi do 15 minut w dzień oraz do 30 minut w nocy.

W roku 2020 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 10 933 misje (o 7,5% mniej niż przed rokiem), w tym 9 636 lotów do wypadków lub nagłych zachorowań oraz 1 297 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 366 misji, to jest o 22,1% mniej niż przed rokiem. W 2020 roku na pokładach śmigłowców LPR przetransportowano 7 865 pacjentów, tj. o 870 pacjentów mniej niż w 2019 r. Liczba wszystkich osób, którym lekarze i ratownicy medyczni/pielęgniarki LPR udzielili pomocy to 8 645, w tym 1 274 dzieciom. Podobnie jak w poprzednich latach najczęstszym powodem wezwań były wypadki komunikacyjne i pomoc ich ofiarom (1 724 lotów). Drugą przyczyną wezwań były udary mózgu (1 539). 1 004 razy załogi wylatywały na pomoc osobom w stanie nagłego zatrzymania krążenia, a w 641 przypadkach – do pacjentów po 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 przygniecenie.

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów zrealizowały z baz całodobowych: Kraków (762 misji), Wrocław (821 misji) oraz z baz dyżurujących w godzinach 7–20 – Ostrów Wielkopolski (586 misji), Katowice (570), Szczecin (537 misji), Olsztyn (532), Opole (532). Biorąc pod uwagę całościową liczbę misji, w ubiegłym roku jedynie 11,9% stanowiły transporty międzyszpitalne, pozostałe to wezwania do nagłych zdarzeń i zachorowań. Wśród baz HEMS tą, która wykonuje najmniej transportów międzyszpitalnych (4%) jest baza w Łodzi⁷¹.

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

W SOR⁷² 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.

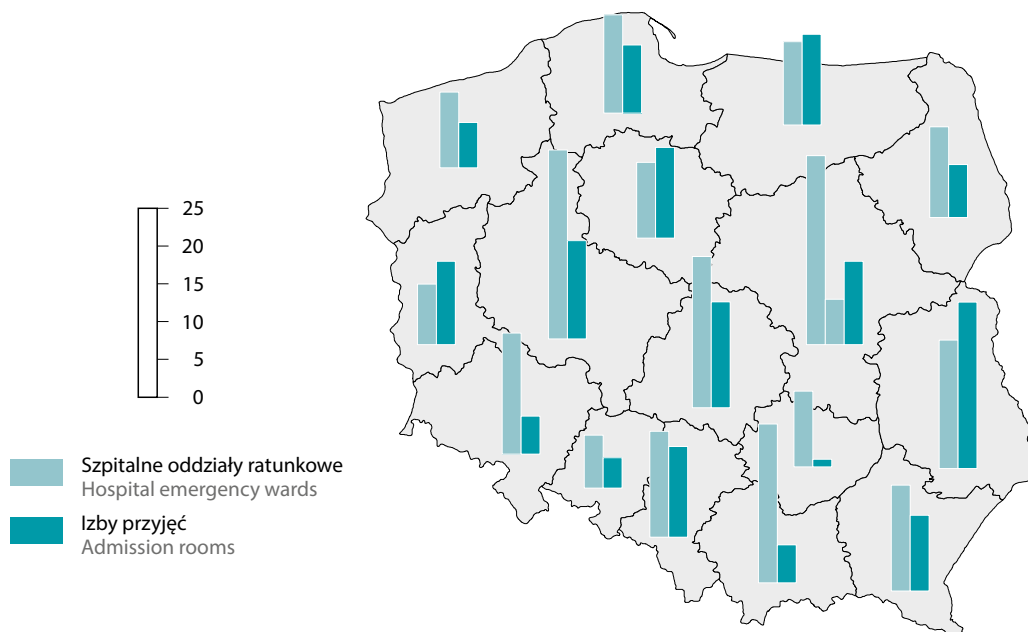
Pod koniec 2020 r. w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 239 szpitalnych oddziałów ratunkowych, o 2 więcej niż w 2019 r. SOR udzielały świadczeń ratowniczych w trybie ambulatoryjnym, dziennym tzw. „jednego dnia” (z zamiarem planowanego zakończenia udzielania świadczeń w ciągu 24 godzin) i stacjonarnym powyżej 24 godzin. Ponadto w 2020 r. z systemem PRM współpracowały 154 izby przyjęć w szpitalach, o 1 mniej niż w 2019 r.

70 HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

71 Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

72 Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (Dz.U. 2019 poz. 1213).

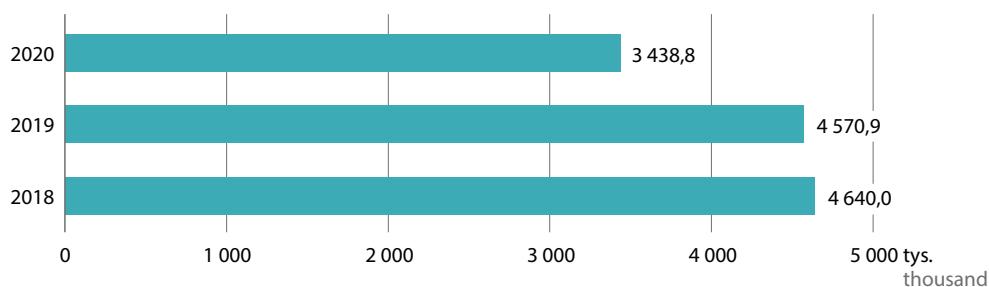
Mapa 14. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć w województwach w 2020 r.
 Map 14. Number of hospital emergency wards, admission rooms in voivodships in 2020



W roku 2020, dotkniętym pandemią COVID-19, na izbie przyjęć lub w SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym 3,4 mln osobom, tj. 1,1 mln mniej niż w roku 2019. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 52,3%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 16,9%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 25,5%.

Wykres 74. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2018–2020

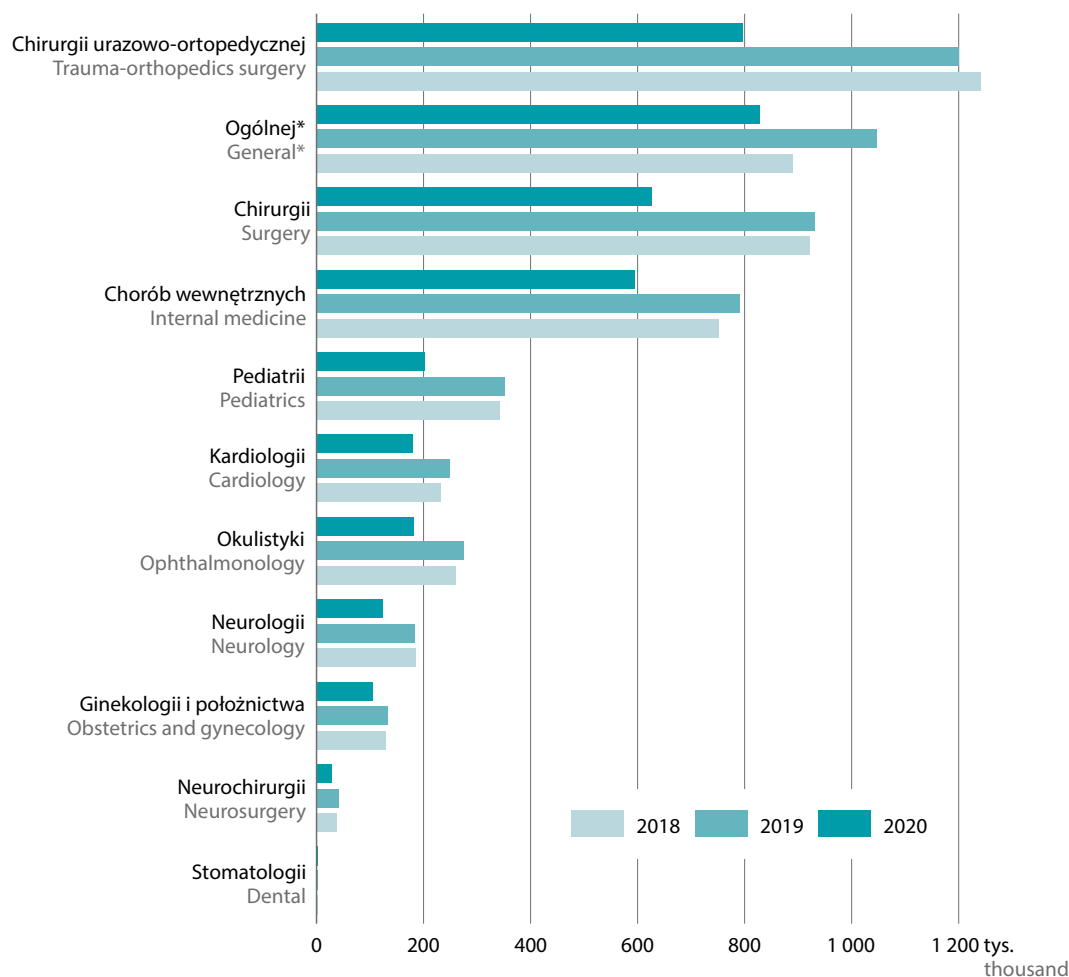
Chart 74 Health care services in hospital emergency wards and admission rooms in 2018–2020



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 najczęściej osób skorzystało ze świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej (22,6%), chirurgii urazowo-ortopedycznej (21,7%) oraz leczenia chorób wewnętrznych (16,2%).

Wykres 75. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni

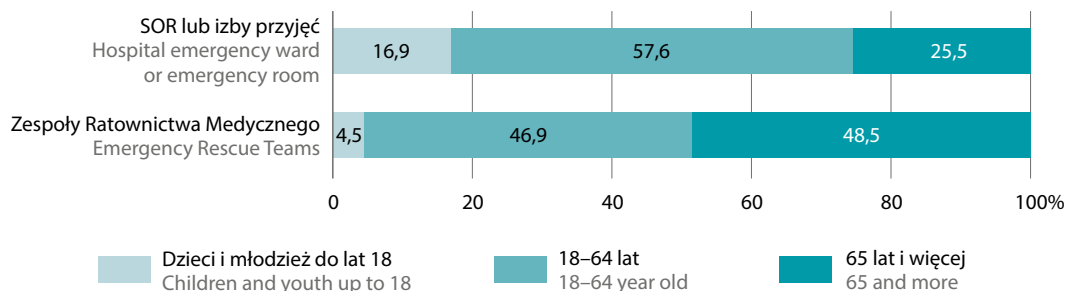
Chart 75. Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics



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

Struktura wieku pacjentów leczonych na SOR i izbach przyjęć jest podobna jak w latach poprzednich. Natomiast porównując strukturę leczonych na SOR do struktury pacjentów, którzy skorzystali z pomocy ZRM można zauważyć istotne różnice. Dzieci i młodzież do lat 18 znacznie częściej korzystały z pomocy na SOR niż pomocy ZRM. Natomiast osoby w starszym wieku korzystały znacznie częściej z pomocy ZRM niż z pomocy na SOR lub izbach przyjęć.

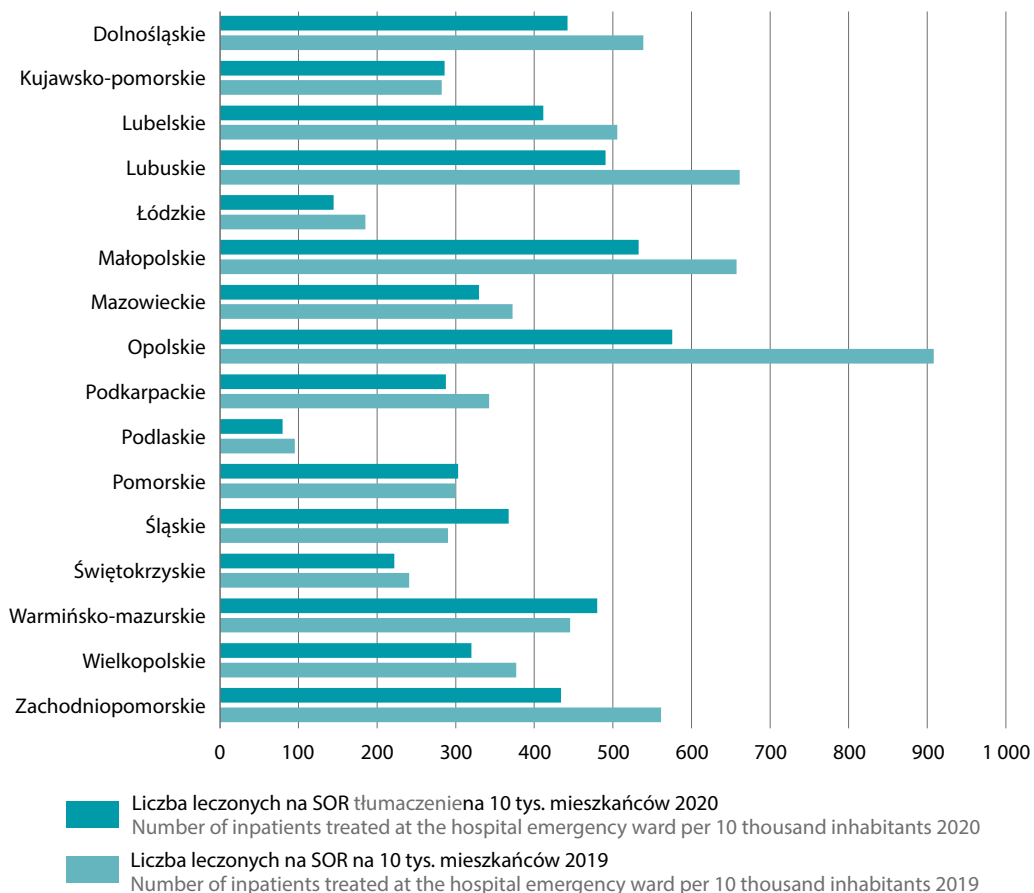
Wykres 76. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2020 r.
 Chart 76. Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age in 2020



W roku 2020 w porównaniu do poprzedniego roku w większości województw zmniejszyła się liczba leczonych na SOR w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa. Zjawisko odwrotne zaobserwowano jedynie w województwach: śląskim i warmińsko-mazurskim.

Wykres 77. Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw w latach 2019–2020 (leczeni na SOR)

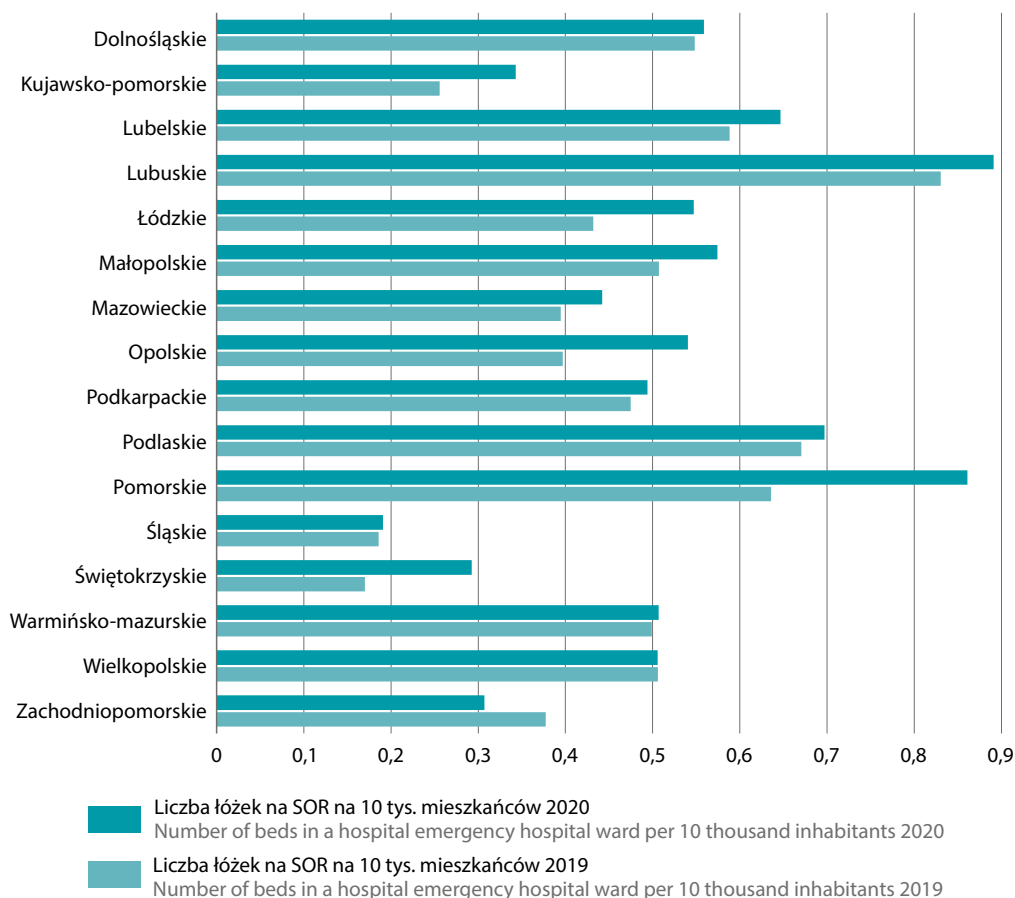
Chart 77. Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships in 2019 and 2020 (treated at the hospital emergency ward)



Zmniejszeniu liczby leczonych na SOR w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa towarzyszyło zjawisko odwrotne. W 2020 r. w porównaniu do roku 2019 w większości województw (poza województwem zachodniopomorskim) zaobserwowano zwiększenie liczby łóżek na SOR w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa. Największą bazą łóżkową na SOR w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców dysponowały województwa: lubuskie i pomorskie. Najmniejszą – województwa: śląskie i świętokrzyskie.

Wykres 78. Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw w latach 2019–2020 (łóżka na SOR)

Chart 78. Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships in 2019 and 2020 (beds in a hospital emergency ward)



W 2020 r. szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały łącznie 1 894 łózkami, było ich o 196 więcej niż rok wcześniej.

Oprócz jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę w systemie pełnią centra urazowe (CU)⁷³. 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 tj.:

- 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.

73 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

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. Zgodnie z założeniami ustawowymi Centrum Urazowe powinno zabezpieczać populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny. Centrum urazowe powinno mieć lotnisko lub lądowisko dla śmigłowca ratunkowego zlokalizowane na tyle blisko, aby możliwe było przejęcie pacjentów urazowych ze śmigłowca bezpośrednio do szpitala, bez konieczności przewożenia ich karetką. W Polsce w 2020 r. działało 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych, w tym osiem dziecięcych⁷⁴. 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, 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. Docelowo ma powstać również 12 centrów urazowych dla dzieci (CUD)⁷⁵.

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)⁷⁶

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 zostały wpisane do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

74 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.

75 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.

76 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

2.5. Apteki

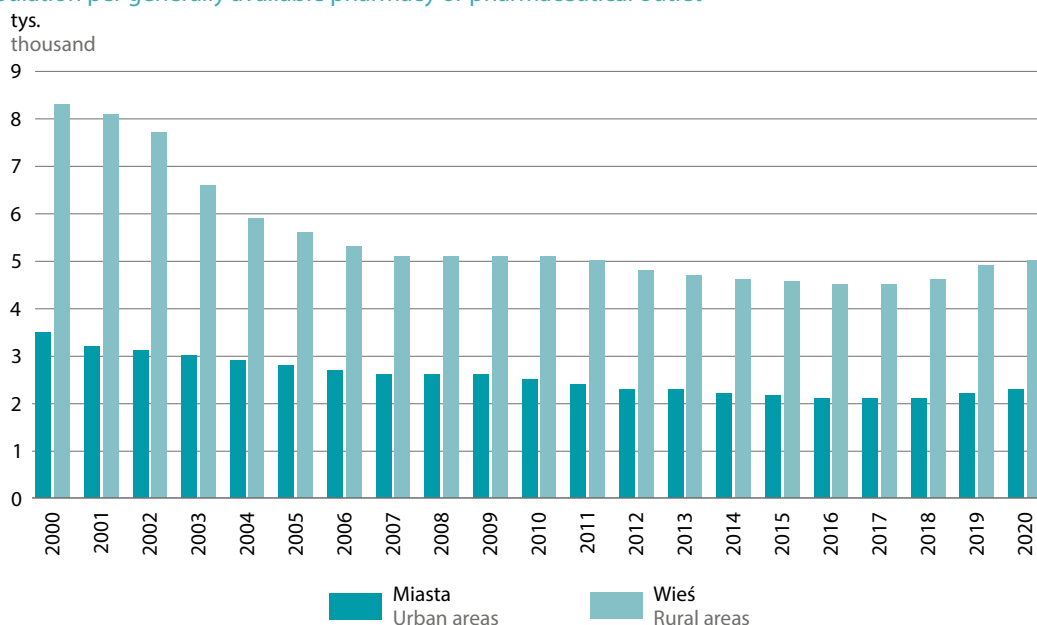
2.5. Pharmacies

Apteki i punkty apteczne są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich. Punkty apteczne działają natomiast niemal w całości na terenach wiejskich⁷⁷ i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe. Artykuły farmaceutyczne i medyczne bez recepty można nabyć również w sklepach, stacjach benzynowych.

W 2020 r. na terenie Polski zbadano 12 056 aptek ogólnodostępnych (o 230 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe⁷⁸ 1 152 punkty apteczne. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,9%) należały do prywatnych właścicieli.

W 2020 r. na jedną zbadaną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,2 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 kujawsko-pomorskiego, warmińsko-mazurskiego, pomorskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,9 tys. mieszkańców. Uwzględniając działające na obszarach wiejskich punkty apteczne, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2020 r. wyniosła przeciętnie 5,0 tys. Z powyższych danych i wykresu wynika silna dysproporcja w rozkładzie aptek i ich znacznie gorsza dostępność na obszarach wiejskich w porównaniu z miastami.

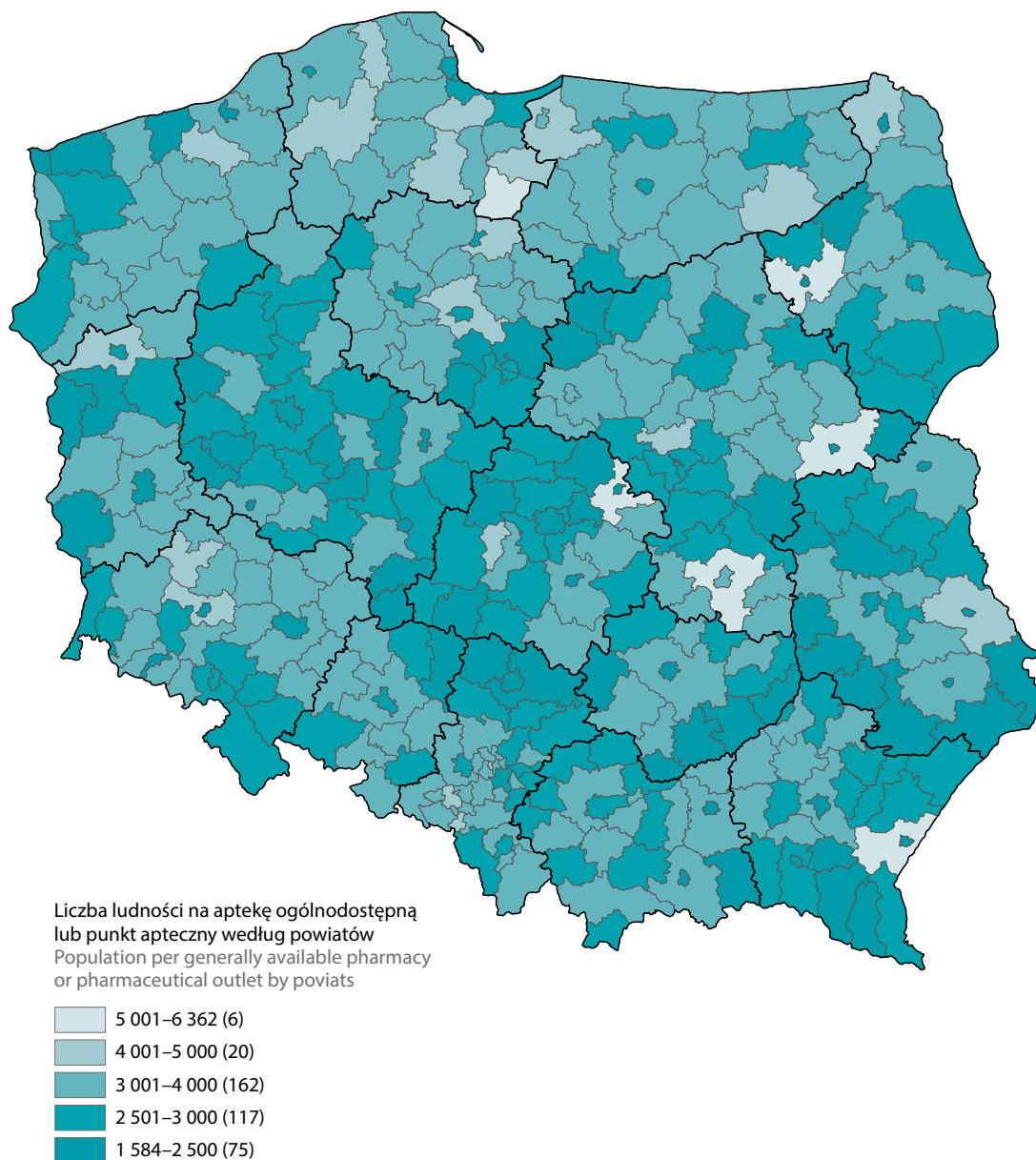
Wykres 79. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny
Chart 79. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet



⁷⁷ Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art. 70 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001, Dz. U. 2021 poz. 974), 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.

⁷⁸ Aptekę zakładową tworzy się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Sprawiedliwości, w celu zaopatrywania gabinetów, pracowni, izb chorych lub oddziałów terapeutycznych, a także innych zakładów leczniczych, w których wykonuje się stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, utworzonych w tych podmiotach (Prawo farmaceutyczne art. 87 ust. 4b, Dz. U. 2021 poz. 974). Wśród zbadanych 24 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS 14 aptek.

Mapa 15. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2020 r.
 Map 15. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2020



Najwięcej ludności na jedną aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny przypadało w powiatach wokół miast na prawach powiatu – skierniewickim, radomskim, siedleckim, przemyskim, łomżyńskim oraz powiecie kwidzińskim (ponad 5 000 osób). Należy jednak pamiętać, że powiaty ziemskie wokół miasta na prawach powiatu mają swoją specyfikę polegającą na lokalizacji wielu usług publicznych w mieście na prawach powiatu. Natomiast najlepsza dostępność aptek i punktów aptecznych jest w powiatach: miasta Krosno, miasta Konin, miasta Świnoujście, miasta Tarnów, miasta Poznań i powiecie kłobuckim (poniżej 2 000 osób).

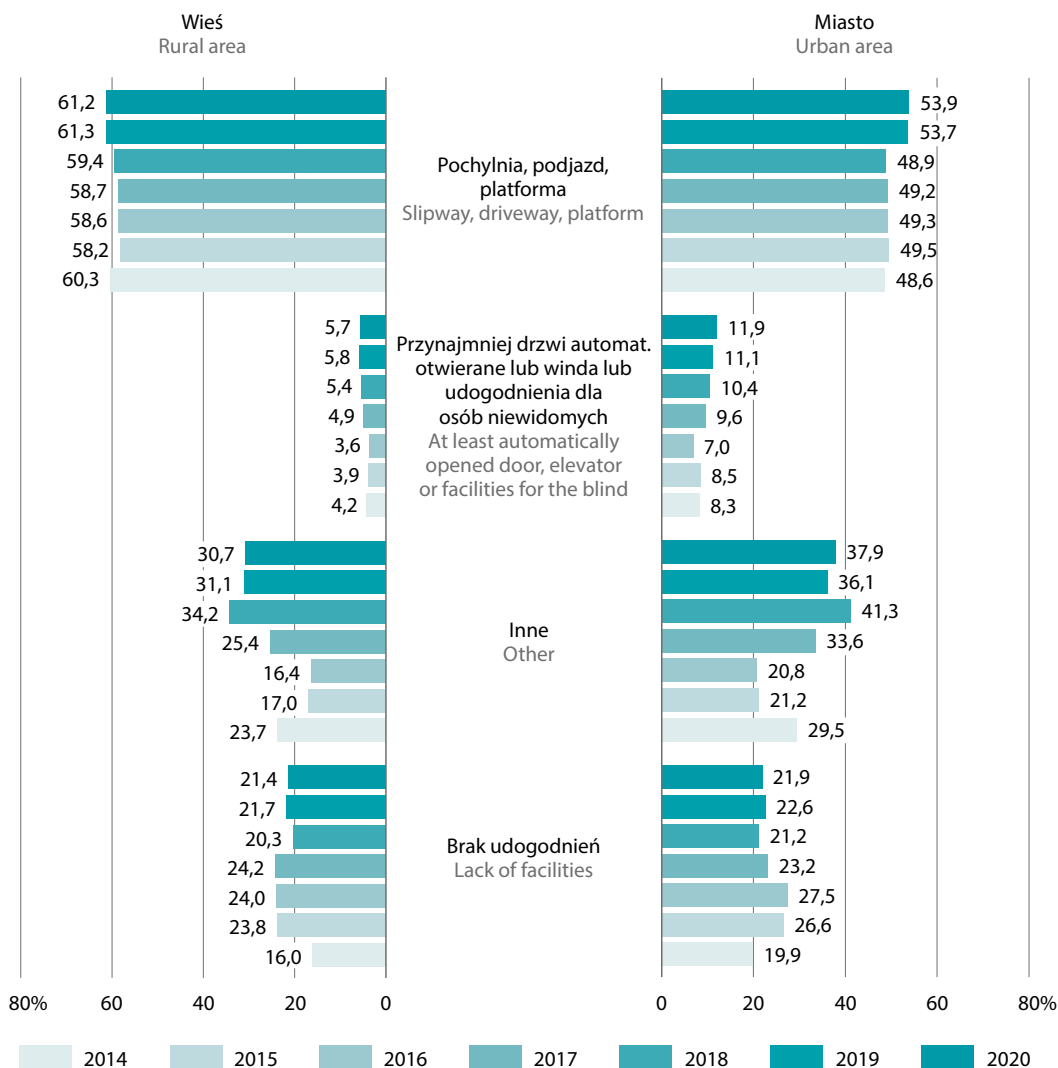
W 2020 r. w każdym województwie aptek ogólnodostępnych było mniej w porównaniu do poprzedniego roku. Największy spadek odnotowano w województwach: dolnośląskim, mazowieckim (o 45), natomiast najmniejszy w pomorskim (o 2) i zachodniopomorskim (o 3). Punktów aptecznych ubyło w 14 województwach, najwięcej, bo 8 w województwie świętokrzyskim, 7 w województwie śląskim, po 6 w dolnośląskim i opolskim.

W omawianym roku, podobnie do 2019 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,8% aptek ogólnodostępnych, a ponad 19% placówek pełniło dyżury okresowo.

W 2020 r. 78,1% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (55% aptek ogółem, 60,8% aptek na wsi i 53,9% aptek w mieście). Również w punktach aptecznych na wsi większość udogodnień stanowiły pochylnie, podjazdy, platformy – 61,9% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 1,4% punktów aptecznych na wsi, 3,7% aptek na wsi, 9,0% aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 22% aptek w mieście, 21,4% aptek na wsi, oraz w 21,4% punktów aptecznych na wsi.

Wykres 80. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi

Chart 80. Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas

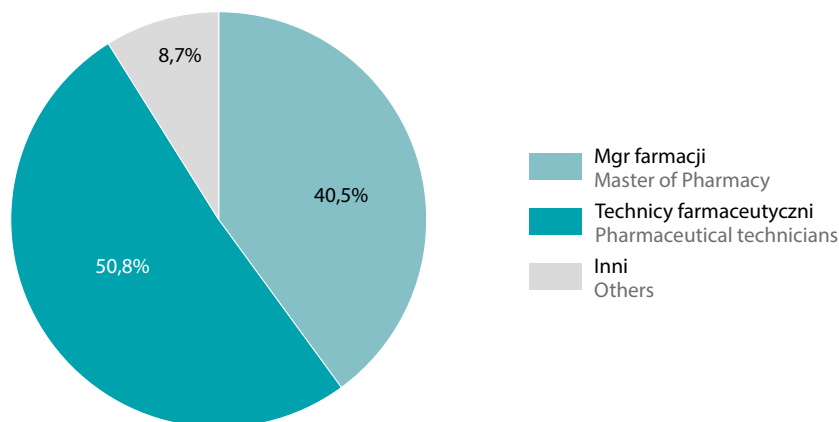


Wykres obejmuje korekty za 2015 r.
The chart includes corrections for 2015.

W 2020 r. 1,8% aptek ogólnodostępnych prowadziło sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu (223). Największy odsetek takich aptek posiadały województwa: łódzkie (4,1%) i podlaskie (3,0%), najmniejszy – województwa: kujawsko-pomorskie, podkarpackie, lubuskie, zachodniopomorskie (między 0,5% a 0,9%). Co 6 taka apteka miała swoją siedzibę w województwie śląskim. Sprzedaż wysyłkowa w przypadku punktów aptecznych miała marginalne znaczenie. Tylko 6 jednostek (0,5%) zgłosiło taką działalność. Dotyczyła ona województw: małopolskiego, śląskiego, wielkopolskiego, łódzkiego, warmińsko-mazurskiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na terenie kraju pracowało łącznie 26 tys. magistrów farmacji oraz 32,9 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto w aptekach 216 praktykantów⁷⁹ odbywało obowiązkową praktykę. Podobnie jak w poprzednim roku, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83% wśród farmaceutów i 94,2% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji oraz co najmniej 2 z tytułem technika farmaceutycznego. W miastach w jednej aptece ogólnodostępnej pracowało przeciętnie co najmniej 2 magistrów i 2 techników. Jeżeli chodzi o punkty apteczne, które zgodnie z prawem są usytuowane na wsi to przeciętnie w każdym z nich pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 10 punkcie pracował magister farmacji.

Wykres 81. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2020 r.
Chart 81. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2020



W 24 aptekach zakładowych działających w szpitalach resortowych pracowało łącznie 80 magistrów farmacji, co daje średnio więcej niż 3 na aptekę, a więc więcej niż średnio w aptekach ogólnodostępnych. Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 51 techników farmaceutycznych, około 2 na aptekę.

⁷⁹ 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. 2021 poz. 974).

Tablica 15. Apteki i punkty apteczne
Table 15. Pharmacies and pharmaceutical outlets

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION		Apteki Pharmacies		Liczba ludności na 1 aptekę Number of population per phar- macy	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets		Mgr farmacji pracujący Masters of pharmacy employed		
		ogółem total	w tym prywatne of which private		ogółem total	w tym prywatne of which private	ogółem total	w tym prywatnie of which private	
OGÓŁEM TOTAL									
POLSKA POLAND	2019	12 310	12 279	3 118	1 190	1 190	26 101	26 006	
	2020	12 080	12 048	3 168	1 152	1 151	26 242	26 145	
WIEŚ RURAL AREAS									
POLSKA POLAND	2019	1 991	1 990	7 709	1 173	1 173	3 266	3 265	
	2020	1 952	1 951	7 869	1 137	1 136	3 299	3 298	
MIASTO URBAN AREAS									
POLSKA POLAND	2019	10 319	10 289	2 232	17	17	22 835	22 741	
	2020	10 128	10 097	2 262	15	15	22 943	22 847	

2.6. Krwiodawstwo

2.6. Blood donation

Sytuacja krwiodawstwa bardzo się zmieniła w ostatniej dekadzie. Ciągły rozwój medycyny, dostęp do nowoczesnych procedur i sposobów leczenia, a przez to wzrost wykonywanych zabiegów i przeszczepień w połączeniu z sytuacją demograficzną powoduje wzrost zapotrzebowania na krew i jej składniki, w szczególności w dziedzinie transplantologii, onkologii i hematologii. Dodatkowo sytuacja związana z pandemią COVID-19, która dotknęła także krwiodawstwo, spowodowała konieczność szybkiej reakcji na zmieniającą się rzeczywistość. Jednakże system publicznej służby krwi sprostał wyzwaniu i działa prawidłowo i sprawnie, realizując zapotrzebowanie na krew i jej składniki, w tym osocze ozdrowieńców składane przez podmioty lecznicze.

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

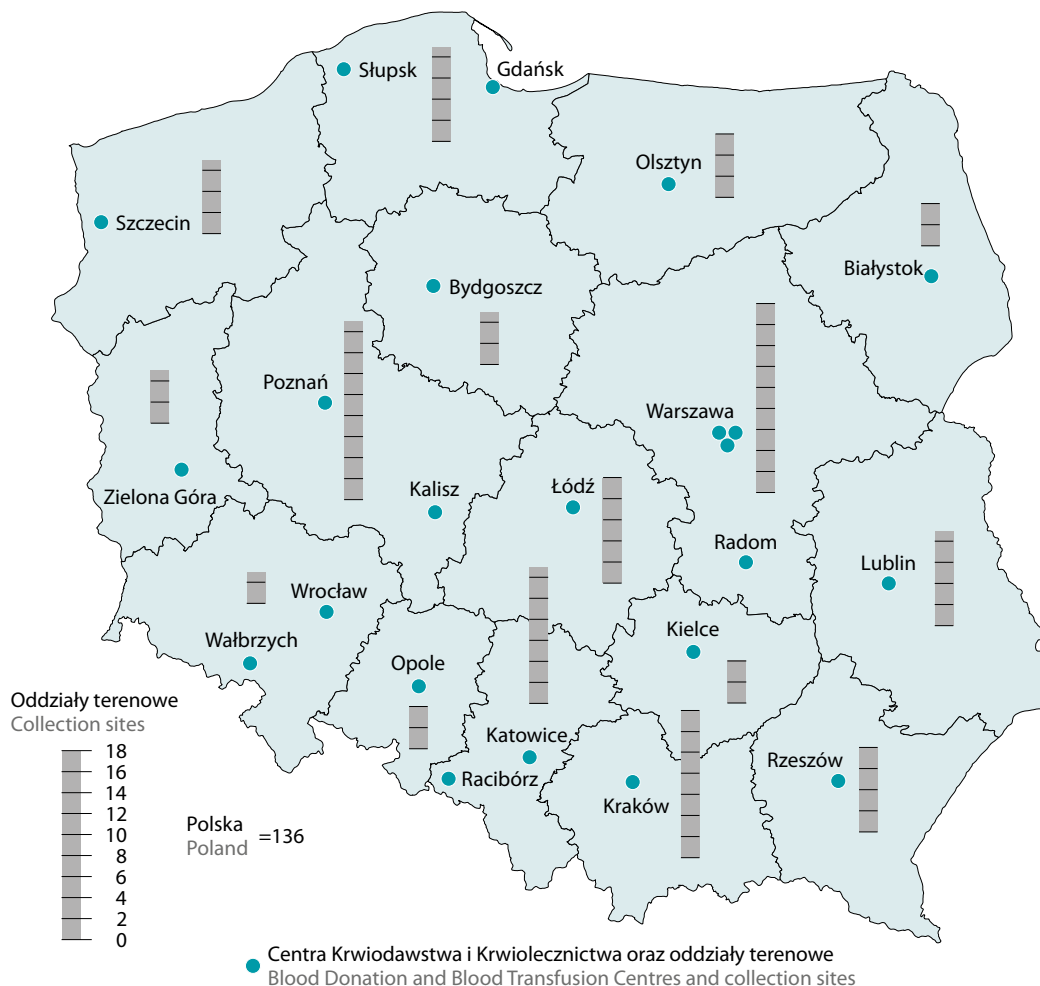
Krwiodawstwo w Polsce, podobnie jak w całej Europie, jest oparte na zasadzie dobrowolnego i bezpłatnego oddawania krwi i jej składników a Honorowi Dawcy Krwi stanowią fundament, na którym budowane są stabilne struktury krwiodawstwa i krwiolecznictwa. Honorowe krwiodawstwo to misja i odpowiedzialność. 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 zaangażowaniem⁸⁰.

W 2020 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe⁸¹) oraz 136 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centrów w stosunku do roku poprzedniego nie zmieniła się, a ubył 1 oddział terenowy.

⁸⁰ Informacje zostały przygotowane w Narodowym Centrum Krwi na potrzeby publikacji.

⁸¹ Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

Mapa 16 Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2020 r.
Map 16. Blood Donation and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2020



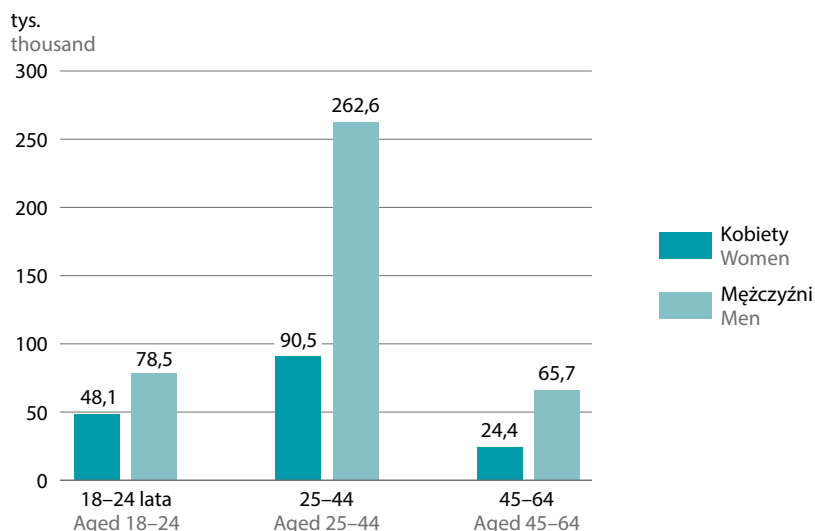
Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
Source: The National Blood Centre.

Zbiorowość krwiodawców⁸² liczyła 570,1 tys. osób, co stanowi spadek o 44,8 tysiąca osób w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 116 tys. donacji krwi pełnej (ok. 502,2 tys. litrów), czyli prawie o 138 tys. mniej donacji niż przed rokiem. Wśród dawców 79,3% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni, podobnie jak przed rokiem⁸³.

⁸² 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.

⁸³ Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że w przypadku dawców wielokrotnych stałych jest to liczba dawców, którzy regularnie oddają krew i jej składniki, natomiast w przypadku dawców wielokrotnych powtórnych chodzi o liczbę dawców, którzy zgłosili się do oddania krwi /jej składników po 24 miesiącach od ostatniej donacji.

Wykres 82. Krwiodawcy według płci i wieku w 2020 r.
 Chart 82. Blood donors by sex and age in 2020



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

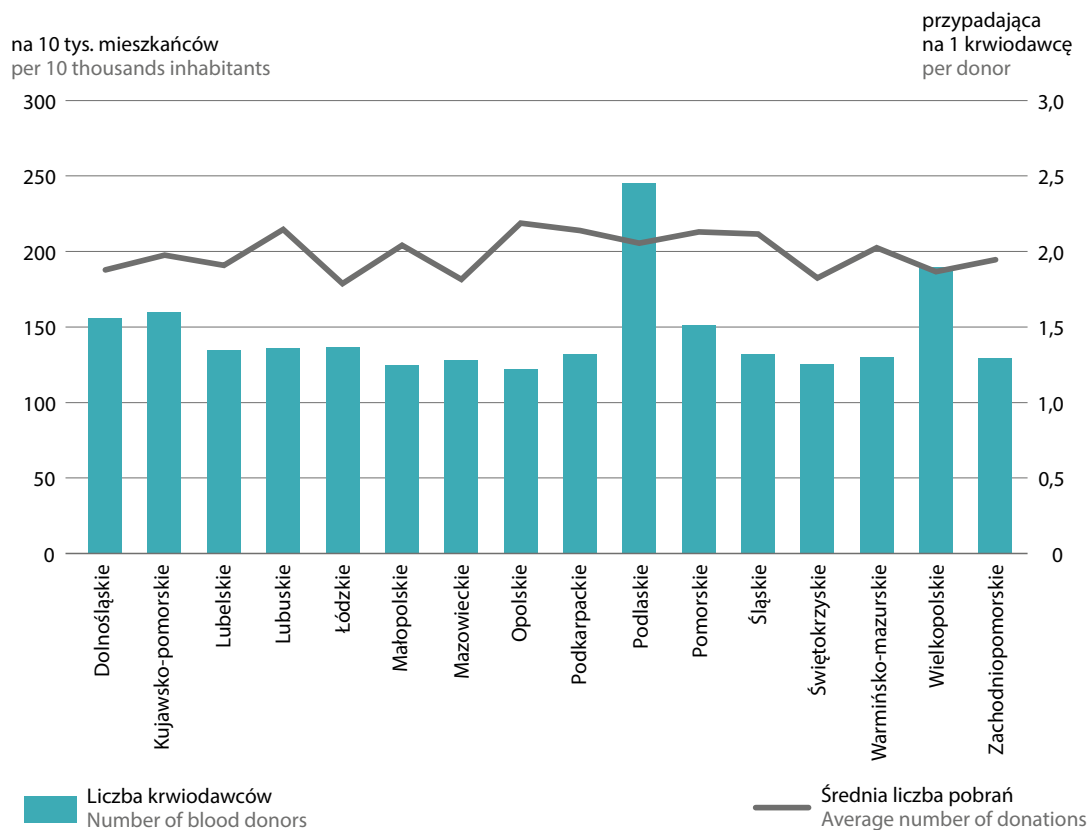
Krew lub jej składniki mogą oddawać osoby pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, które ważą co najmniej 50 kilogramów. Stan zdrowia krwiodawcy powinien odpowiadać niezbędnym wymaganiom zdrowotnym, aby pobranie krwi nie wywołało ewentualnych ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy⁸⁴.

Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)⁸⁵ 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 195,4 tys. krwiodawców, co stanowiło 35,4% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców. Oddali oni 375,9 tys. donacji krwi pełnej (34,6% 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 – 245 (wykres poniżej), gdzie wszystkie donacje realizowane są w stacjach podlegających Narodowemu Centrum Krwi.

⁸⁴ Informacje zostały przygotowane w Narodowym Centrum Krwi na potrzeby publikacji.

⁸⁵ W regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 18 012 krwiodawców i pozyskano 30 235 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 3,2% wszystkich krwiodawców i 2,7% wszystkich donacji krwi pełnej.

Wykres 83. Krwiodawcy według województw w 2020 r.
 Chart 83. Blood donors by voivodships in 2020



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 2020 r. pobrano w Polsce 1 215 tys. donacji krwi i jej składników⁸⁶. W porównaniu do danych za 2019 r. znacząco wzrosła liczba donacji pobranego osocza (z 43 tys. do 56,4 tys.).

⁸⁶ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferezy, leukaferozy i innych składników. W związku z tym liczba donacji jest wyższa niż w przypadku donacji krwi pełnej.

Tablica 16. Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi
Table 16. Blood donors, collected blood and prepared blood components

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Krwiodawcy (w tysiącach) Blood donors (in thousands)	646,4	616,6	631,5	622,2	612,8	614,8	614,9	570,1
Pobrana krew pełna w donacjach (w tysiącach) Collected whole blood in dona-tions (in thousands)	1 184,0	1 186,3	1 217,6	1 218,1	1 225,7	1 234,8	1 253,8	1 115,9
Wyprodukowano w jednostkach (w tysiącach) Prepared in units (in thousands)								
koncentrat krwinek czerwonych ⁸⁷ red blood cell concentrates	1 157,0	1 163,0	1 189,8	1 184,5	1 193,5	1 201,0	1 214,3	1 090,3
świeżo mrożone osocze fresh frozen plasma	1 220,4	1 271,9	1 322,3	1 311,9	1 318,2	1 329,1	1 373,6	1 286,2

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

Mapa 17. Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2020 r.
Map 17. Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2020



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.

⁸⁷ Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że koncentrat krwinek czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby leczenia w Polsce.

2.7. Służba medycyny pracy

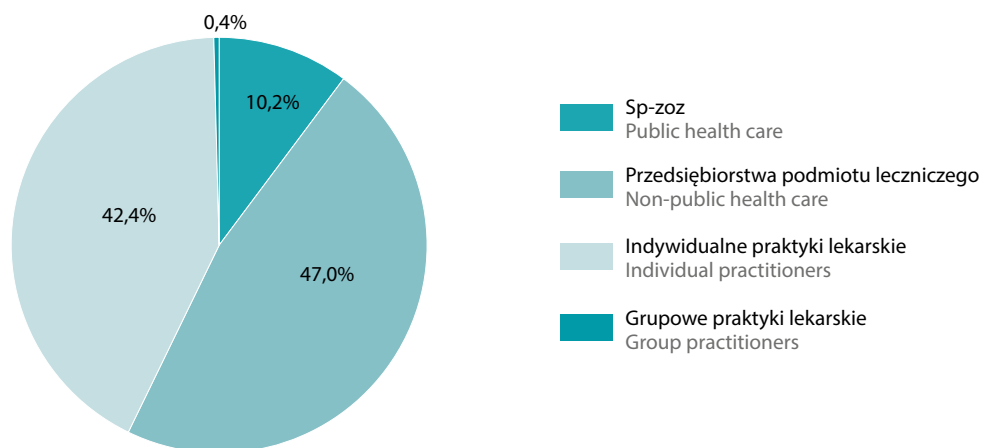
2.7. Occupational medicine

Analiza kadr i działalności służby medycyny pracy w Polsce w 2020 roku została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości⁸⁸, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz od jednostek służby medycyny pracy (SMP).

Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, zgodnie z ustawą⁸⁹, są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i psychologów wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

W 2020 r. zarejestrowano 5 784 jednostki podstawowe SMP, w tym prowadzone w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego (2 717), indywidualnych praktyk lekarskich (2 452), samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) (591) oraz grupowych praktyk lekarskich (24). W porównaniu z poprzednimi latami struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

Wykres 84. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy
Chart 84. Structure of basic occupational medicine service units



Badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w §7 Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku⁹⁰. W 2020 roku liczba lekarzy posiadających uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, wynosiła 6 349 (o 248 mniej niż rok wcześniej). Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej^{91 92}, corocznego obowiązku sporządzania sprawozdań przez lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, nie wszyscy zobligowani dopełnili tego obowiązku. Z pozyskanych danych można jednak wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

88 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 października 2019 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 (Dz.U.2019.2366). Program zobowiązuje jednostki organizacyjne służby medycyny pracy do składania rocznych sprawozdań z prowadzonej działalności.

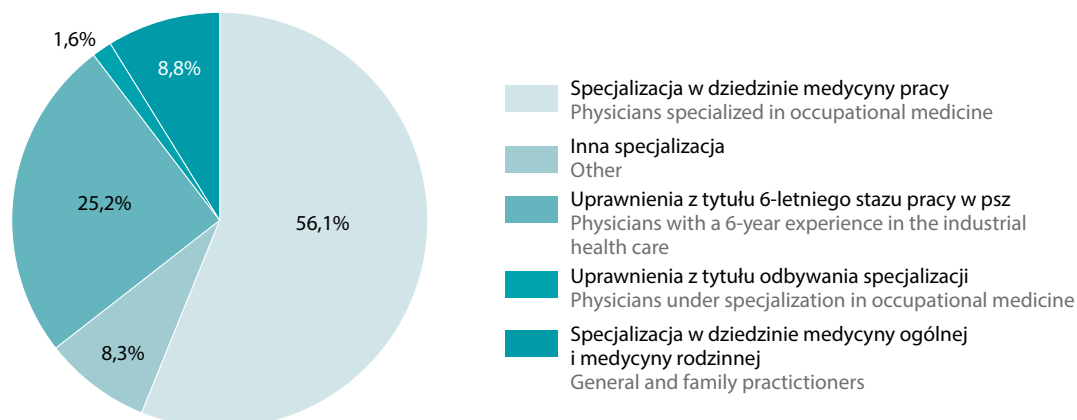
89 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2019.1175).

90 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.2016.2067 ze zm.).

91 Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U.2021.955).

92 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 11 października 2019 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2020 (Dz.U.2019.2366).

Wykres 85. Struktura lekarzy służby medycyny pracy wg kwalifikacji
 Chart 85. Structure of physicians of occupational health service by qualification



Dodatkowe kwalifikacje, niezależnie od spełnienia kryteriów warunkujących posiadanie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracowników, które wymagane są w przypadku badania osób pracujących w warunkach szczególnych narażeń (J,T,K)⁹³ posiadało 1 731 lekarzy.

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 2020 r. takich lekarzy było 56 (o 34% mniej niż rok wcześniej).

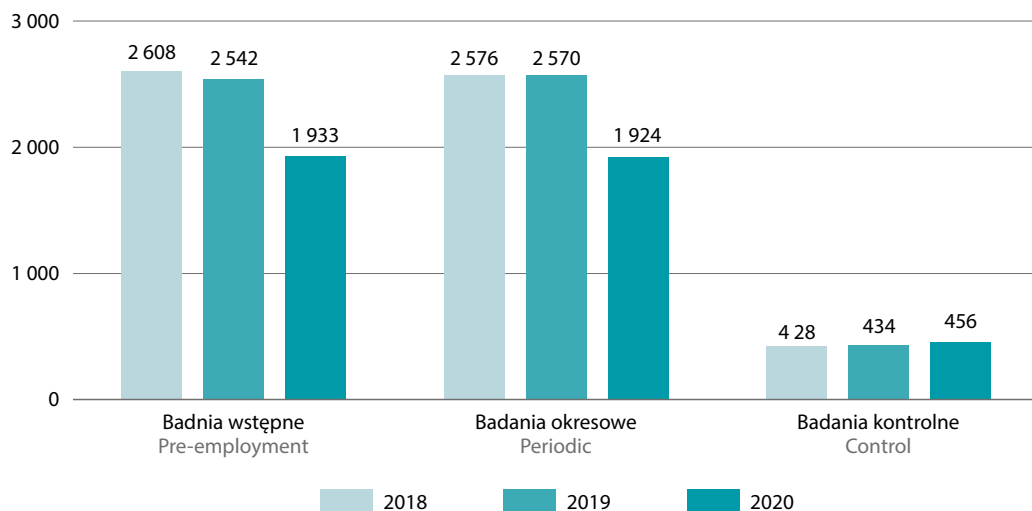
W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest prowadzone w oparciu o badania lekarskie orzecznictwo do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek przeprowadzania badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców, którzy w oparciu o art. 229 Kodeksu pracy⁹⁴ zobligowani są do kierowania pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, jak i samych pracowników, którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniom poddawać. Powszechność i obligatoryjność badań profilaktycznych wynika z faktu, że 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 te badania.

W 2020 r., dotkniętym pandemią COVID-19, orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie ponad 4,3 mln badań lekarskich (o ponad 22,2% mniej niż w 2019 r.) w tym: ponad 1,93 mln badań wstępnych, 1,92 mln badań okresowych oraz ponad 456 tys. badań kontrolnych.

93 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.

94 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2020.1320 ze zm.).

Wykres 86. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych w latach 2018–2020
 Chart 86. Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination in 2018–2020



W 2020 r. 99,4% badań profilaktycznych zakończyło się pozytywnym orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Natomiast 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 0,6%.

Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe SMP kształtowała się na poziomie ponad 362 tys. (o 0,3% więcej niż w roku poprzednim).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarz służby medycyny pracy, w razie podejrzenia choroby zawodowej u pracownika, ma obowiązek skierować go na badania lekarskie do właściwego terytorialnie wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. W 2020 r. zarejestrowano 2 183 takie podejrzenia (niemal 4-krotnie więcej niż w roku poprzednim).

Pracodawca kierujący pracownika na badania profilaktyczne ma obowiązek przekazania lekarzowi informacji o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych, 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 połączonymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy.

W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2020 r. lekarze SMP przeprowadzili wizytację 3,6 tys. zakładów i skontrolowali 26,3 tys. stanowisk pracy.

W Polsce prowadzi działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Przepis ustawy o służbie medycyny pracy narzuca organizację w każdym z województw minimum jednego ośrodka rangi wojewódzkiej. W województwie lubuskim oraz zachodniopomorskim prowadzą działalność po dwa autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (kolejno w Zielonej Górze i Gorzowie Wielkopolskim oraz w Szczecinie i Koszalinie), natomiast w kujawsko-pomorskim funkcjonują trzy autonomiczne ośrodki szczebla wojewódzkiego (w Bydgoszczy, Toruniu i Włocławku).

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa⁹⁵, „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 2020 r. objęto ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą ponad 6 tys. osób (o 20% mniej niż w roku poprzednim) i wykonano ponad 251 tys. zabiegów (o 10% mniej niż w 2019 r.).

Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 11 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (wymienionych w tablicy i dodatkowo w kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim w dwóch ośrodkach autonomicznych: Bydgoszczy, Toruniu oraz Koszalinie i Szczecinie). Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszając powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegając dalszemu rozwojowi choroby. W 2020 r. zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową stanowiły 35% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych⁹⁶ udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo⁹⁷ wskazany zakres zadań. Zadania te obejmują m.in. wspomaganie jednostek podstawowych SMP działalnością konsultacyjną, sprawowanie kontroli i nadzoru nad działalnością jednostek podstawowych SMP w zakresie obejmującym tryb, zakres i jakość udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, a także rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych przez jednostki podstawowe SMP, skutkujące przeprowadzeniem ponownych badań lekarskich w przypadkach wniesienia przez zainteresowanych zastrzeżeń do treści wydanych zaświadczeń.

W ramach działalności konsultacyjnej realizowanej przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy wyróżnia się trzy rodzaje świadczeń:

- 1) badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych SMP w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych (w 2020 r. zrealizowano 1 916 takich konsultacji, o 37% mniej niż w 2019 r.),
- 2) świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (ponad 12,5 tys. w 2020 r., o 33% mniej niż w 2019 r.),
- 3) konsultacje w zakresie chorób zawodowych (ponad 3 tys. w 2020 r., o 22% mniej niż w 2019 r.).

W ramach działalności kontrolnej wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 2 963 kontrole jednostek podstawowych SMP (mniej o 21% niż w 2019 r.), z tego skierowano 29 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy 29 lekarzy.

W ramach działalności orzeczniczej w 2020 r. wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły w sumie 1 381 postępowań w trybie odwoławczym od orzeczeń do pracy wydanych przez jednostki podstawowe SMP (o 19% mniej niż w roku poprzednim), co jednocześnie oznacza, że zaledwie 0,03% pracowników lub pracodawców (porównywanie z 2019 r.) nie godziło się z treścią orzeczenia wystawionego w oparciu o przeprowadzone badanie profilaktyczne. W 507 przypadkach utrzymano w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy medycyny pracy w jednostkach podstawowych SMP. W pozostałych przypadkach podważono decyzję orzeczniczą wydaną w jednostce podstawowej SMP, potwierdzając tym samym zasadność odwołania.

95 Art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2019.1175).

96 WOMP realizują także zabiegi rehabilitacyjne w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.

97 Art. 7 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2019.1175).

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3. ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH CARE

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia

3.1. National Health Accounts

Informacja o wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia jest poszukiwana i wykorzystywana przez wielu odbiorców. Narodowy Rachunek Zdrowia obejmuje bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne. Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia służą porównaniom międzynarodowym i umożliwiają opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy poniesionych bieżących wydatków przez różne podmioty⁹⁸.

Według szacunków wstępnych⁹⁹ wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2020 r. wyniosły 165,7 mld zł i były wyższe niż w roku 2019 o 17,8 mld zł, tj. o 12,1% (w roku 2019 wystąpił wzrost o 10,1% w stosunku do 2018 r.). Ich udział w produkcie krajowym brutto (PKB) w 2020 r.¹⁰⁰ wyniósł 7,1%, i był o 0,7 p. proc. wyższy niż w roku poprzednim. Wzrost wydatków bieżących zaobserwowano zarówno wśród wydatków publicznych, jak i prywatnych. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2020 r. – 121,5 mld zł i były o 15,4 mld zł wyższe niż w 2019 r., a ich udział w PKB wyniósł 5,2% (tj. o 0,6 p. proc. więcej niż w poprzednim roku). Również bieżące wydatki prywatne zwiększyły się o 2,5 mld zł i wyniosły w 2020 r. 44,2 mld zł. Na wzrost ten wpływ miało zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 32,2 mld zł.

⁹⁸ Więcej informacji na temat metodologii w Części II. Uwagi metodologiczne.

⁹⁹ Wstępne szacunki Narodowego Rachunku Zdrowia obejmują wydatki bieżące na ochronę zdrowia w roku poprzednim (T-1) ponoszone przez płatników i prezentowane są w trzech głównych kategoriach: HF.1: Wydatki publiczne, HF.2: Wydatki prywatne bez bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych i HF.3: Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych. Literą T oznaczono rok, w którym sporządzany jest NRZ. Uzasadnienie metodologiczne znajduje się w corocznie przesyłanym pliku OECD: „T-0 JOINT OECD, EUROSTAT AND WHO HEALTH ACCOUNTS (SHA 2011)” w sekcji „Scope and approach to the 2021 data collections”. Źródło danych: Baza danych OECD (<https://stats.oecd.org/>). Wstępne szacunki odnoszą się do danych z roku 2020.

¹⁰⁰ https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultstronaopisowa/1772/1/5/roczne_wskazniki_makroekonomiczne_cz_iii.xlsx – PKB (ceny bieżące): 2018 r. – 2 121 555 mln zł, 2019 r. – 2 293 199 mln zł i 2020 r. – 2 326 656 mln zł (dostęp 04.10.2021 r.).

Tablica 17. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB w latach 2018–2020
 Table 17. Current expenditure on health care and its share in GDP in 2018–2020

Wyszczególnienie Specification		2018		2019		2020	
		w mln zł in million PLN	% PKB % GDP	w mln zł in million PLN	% PKB % GDP	w mln zł in million PLN	% PKB % GDP
	Produkt krajowy brutto Gross Domestic Product	2 121 555	100	2 293 199	100	2 326 656	100
Metodologia SHA 2011 SHA 2011 Methodology							
HF.1+HF.2+ HF.3	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia ogółem^a Total Current expenditure on health care ^a	134 244,4	6,3	147 838,5	6,4	165 672,4^b	7,1
HF.1	Wydatki publiczne Government schemes and compulsory contribu- tory health care financing schemes	95 977,1	4,5	106 113,9	4,6	121 478	5,2
w tym: of which:							
HF.1.1	schematy sektora instytucji rządowych i samorządo- wych government schemes	13 381,8	0,6	14 693,6	0,6	.	.
HF.1.2	schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach compulsory contributory health insurance schemes	82 595,3	3,9	91 420,3	4,0	.	.
HF.2+HF.3	Wydatki prywatne Private expenditure	38 267,3	1,8	41 724,6	1,8	44 193,5	1,9
HF.3	w tym: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych of which: household out-of-pocket payment	27 413,2	1,3	29 701,9	1,3	32 237,9	1,4

a Łącznie z wydatkami prywatnymi.
a Including private expenditure.

b Szacunek wstępny NRZ.
b Initial estimates SHA 2011.

Ze względu na to, że opracowanie danych dla 2020 roku jest na etapie wstępnych szacunków, porównanie struktury wydatków podano dla lat 2018–2019.

Jak wskazują wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2019 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 147,8 mld zł, co stanowiło 6,4% PKB (w roku 2018 – 6,3% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wyniosły 106,1 mld zł za rok 2019, co stanowiło 4,6% PKB (w roku 2018 – 4,5% PKB).

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania

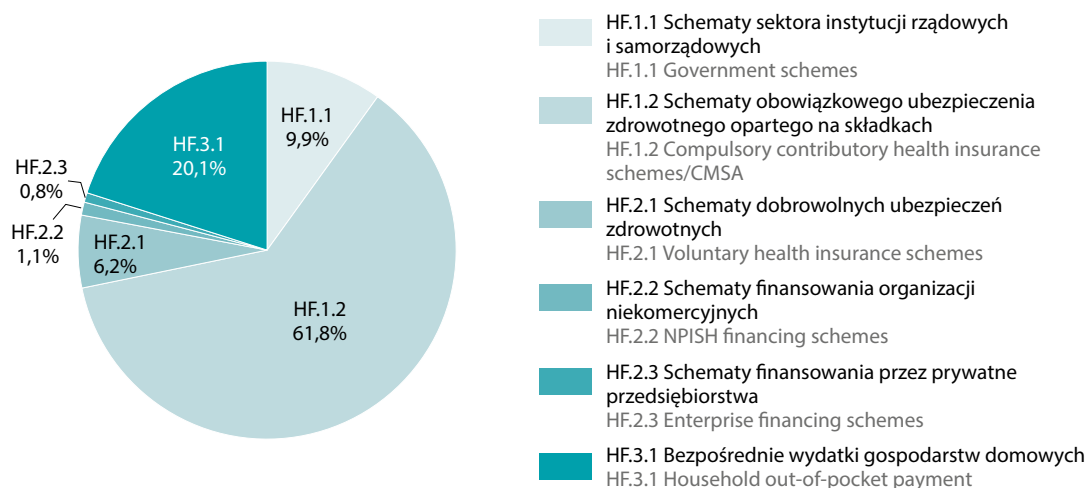
Expenditure structure according to financing schemes

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA-HF) w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2019 r. przedstawiała się następująco:

- wydatki publiczne stanowiły 71,8% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2018 – 71,5%) w tym:
 - o schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 9,9% (w roku 2018 – 10,0%)
 - o schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach – 61,8% (w roku 2018 – 61,5%)
- wydatki prywatne stanowiły 28,2% (w roku 2018 – 28,5%)
 - o w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 20,1% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2018 – 20,4%).

Wykres 87. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według schematów finansowania w 2019 r.

Chart 87. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2019



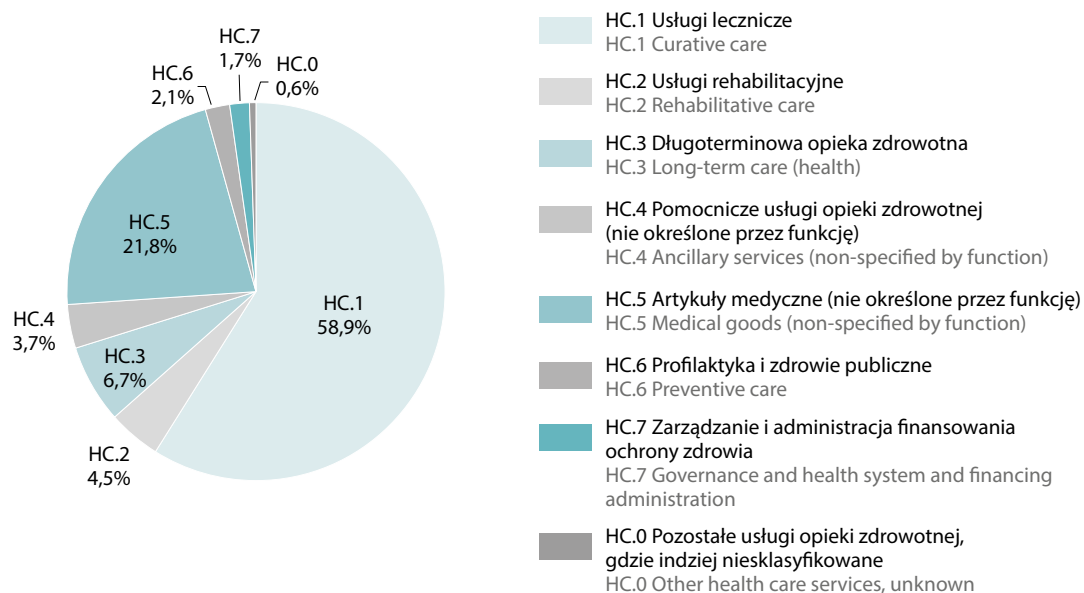
Struktura wydatków ze względu na funkcje

Expenditure structure according to functions

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2019 r. obejmował m.in.:

- usługi lecznicze – 58,9% (w roku 2018 – 57,4%) w tym:
 - o leczenie szpitalne – 32,3% (w roku 2018 – 30,7%)
 - o leczenie ambulatoryjne – 24,7% (w roku 2018 – 26,2%)
- artykuły medyczne, m.in. leki – 21,8% (w roku 2018 – 22,9%)
- długoterminową opiekę zdrowotną – 6,7% (w roku 2018 – 6,2%)
- usługi rehabilitacyjne – 4,5% (w roku 2018 – 5,1%).

Wykres 88. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według funkcji w 2019 r.
 Chart 88. Current expenditure on health care according to functions in 2019

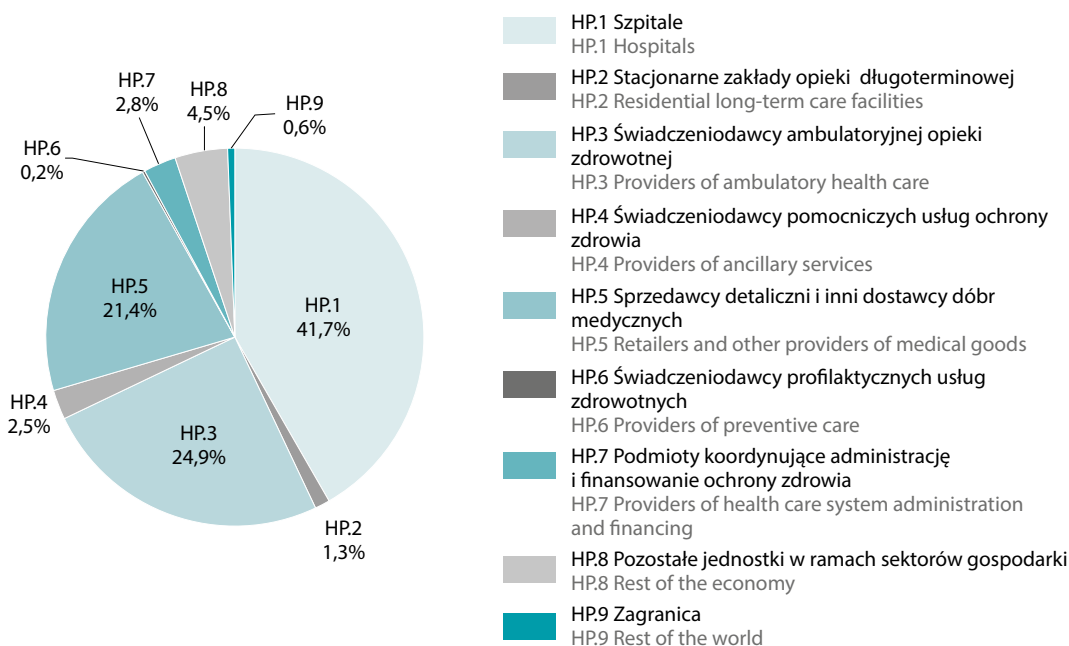


Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców
 Expenditure structure according to health care providers

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP), największy strumień środków z tytułu poniesionych wydatków w 2019 r., trafił m.in. do:

- szpitali – 41,7% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2018 – 41,1%)
 - o w tym do szpitali ogólnych – 31,2% (w roku 2018 – 31,5%)
- placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 24,9% (w roku 2018 – 24,3%)
- sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 21,4% (w roku 2018 – 22,3%)
 - o w tym w większości do aptek, którym przekazano ponad 19,1% ogółu środków (w roku 2018 – 20,0%).

Wykres 89. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców usług zdrowotnych w 2019 r.
 Chart 89. Current expenditure on health care according to providers in 2019



Struktura wydatków ze względu na przychody schematów finansowania

Expenditure structure according to revenues of financing schemes

W 2019 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych składek zdrowotnych, zaliczanych według klasyfikacji ICHA-FS do kategorii FS.3: składki na ubezpieczenia społeczne – 60,5% (w roku 2018 – 60,1%).

Prawie jedną czwartą (21,9%) wydatków na ochronę zdrowia, stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych, dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne, m.in. gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne (w roku 2018 – 22,3%), na wykresie poniżej określone jako inne przychody krajowe n.e.c¹⁰¹.

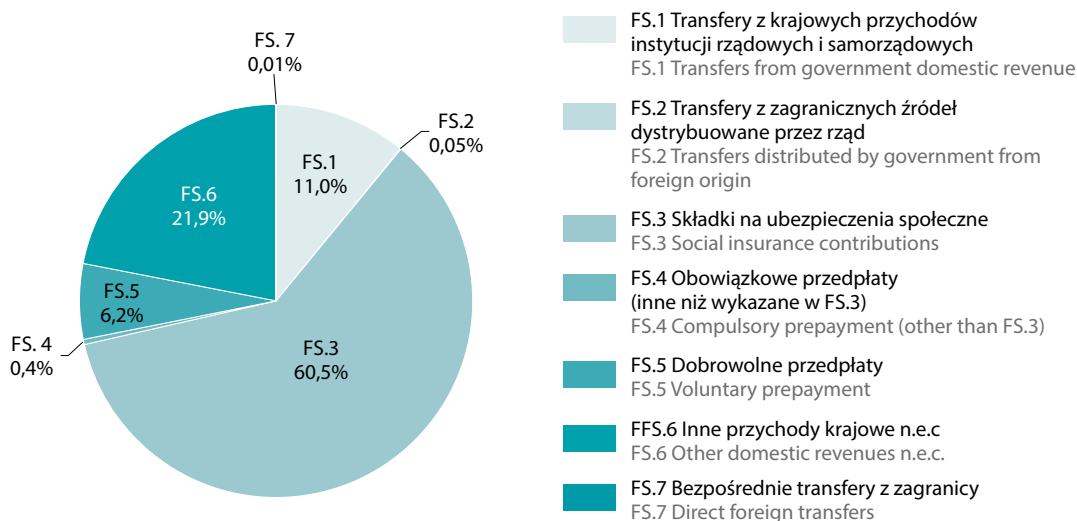
Natomiast 10,9% stanowiły wydatki alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe (w roku 2018 – 11,0%).

Mniejszy, ale istotny udział, miała kategoria: dobrowolne przedpłaty – 6,2% (w roku 2018 – 6,1%). W tej pozycji uwzględnia się składki na dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne¹⁰².

¹⁰¹ n.e.c = Not Elsewhere Classified – nie sklasyfikowane gdzie indziej.

¹⁰² Składki na ubezpieczenia dobrowolne, to wpłaty dokonywane przez ubezpieczonych lub inne jednostki instytucjonalne, na rzecz ubezpieczonych, w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń z systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Wykres 90. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według przychodów schematów finansowania w 2019 r.
 Chart 90. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2019



3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia w 2020 r.

3.2. Public expenditure on health care in 2020

Nakłady na ochronę zdrowia, opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia jest metodologią określania wydatków na ochronę zdrowia i zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) odnosi się ona wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2020 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 107,8 mld zł, które w ciągu roku zwiększone zostały do wysokości 123,6 mld zł, a ich wykonanie wyniosło 116,3 mld zł (w tym 6,8 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19¹⁰³ przekazanych NFZ), co stanowi 5,5% PKB (z roku N-2)¹⁰⁴. Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2020 były o blisko 13,7 mld zł wyższe (o 13,3%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2019 r.

103 Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568 z późn. zm.).

104 Literą N oznaczono rok bieżący, a N-2 rok o 2 lata wcześniejszy. Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2019 r. punktem odniesienia jest PKB za 2017 r., a dla 2020 r. – rok 2018.

Tablica 18. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N i N-2, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) w latach 2019–2020

Table 18. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N and N-2, according to the provisions of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2021 item 1285) in 2019–2020

Rok Year	PKB N-2 zgodnie z ustawą ^b	PKB dla roku bieżącego (N) ^c	Plan ^b		Wykonanie Execution		
	GDP N-2 according to the act ^b	GDP for current year (N) ^c	Plan ^b		w mld zł/ in billion PLN	% PKB/GDP N-2 ^b	% PKB/GDP N ^c
w mld zł/in billion PLN							
2019	1 982,1	2 293,2	97,6	4,92	102,6	5,18	4,47
2020	2 115,7	2 326,6	107,8	5,10	116,3	5,50	5,00

a Literą N oznaczono rok, którego dotyczą dane o nakładach na zdrowie (Plan i Wykonanie).

a The letter N indicates the year to which the data on health expenditure refer (Plan and Execution).

b Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2019 r. punktem odniesienia jest PKB za 2017 r., a dla 2020 r. – rok 2018.

b In accordance to art. 131c paragraph 2 of the Act on healthcare services financed from public funds, for 2019 expenditure, the benchmark is 2017 GDP and 2018 for 2020.

c Według aktualnych danych PKB. Źródło: GUS dane o PKB dostępne na stronie: <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/-aktualizacja-04.10.2021-r>.

c According to current GDP data. Source: GUS, GDP data available on the website: <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/-update-04.10.2021>.

Dane za rok 2020 wskazują na osiągnięcie poziomu 5% PKB nakładów publicznych¹⁰⁵.

Tablica 19. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy
Table 19. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2019			2020		
		plan ^a plan ^a	wykonanie execution		plan ^a plan ^a	wykonanie execution	
		w mln zł/in million PLN	w mln zł/in million PLN	%	w mln zł/in million PLN	w mln zł/in million PLN	%
I	Wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia Budget expenditure in the part of the state budget that is at the disposal of the minister responsible for health care	5 421	8 355	8,1	5 221	6 145	5,3
II	Wydatki budżetu środków europejskich w dziale „ochrona zdrowia” Expenditure of the budget of European funds in the section "health care"	915	820	0,8	670	1 386	1,2
III	Wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa Budget expenditure in the "health care" section in other parts of the state budget	4 668	4 511	4,4	5 280	5 521	4,7

¹⁰⁵ Według metodologii ustawowej.

Tablica 19. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustaw (dok.)
 Table 19. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act (cont.)

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2019			2020		
		plan ^a plan ^a	wykonanie execution		plan ^a plan ^a	wykonanie execution	
		w mln zł/in million PLN	w mln zł/in million PLN	%	w mln zł/in million PLN	w mln zł/in million PLN	%
IV	Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa i poz. IX The costs of the National Health Fund included in the Fund's financial plan excluding funds from the state budget and pos. IX	84 225	86 916	84,7	93 806	100 840 ^b	86,7
V	Koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych Costs related to the implementation of postgraduate internships for doctors and dentists and the specialization of doctors, dentists, nurses and midwives	2 243	1 943	1,9	2 243	2 045	1,8
VI	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa art. 31t ust. 5–9 ustawy ujęty w planie finansowym Funduszu Deduction for the Agency for Health Technology Assessment and Tariffs referred to n art. 31t paragraphs 5-9 of the Act included in the financial plan of the Fund	51	37	0,0	42	42	0,0
VII	Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Costs included in the financial plan of the Gambling Problem Solving Fund	48	36	0,0	28	25	0,0
VII	Koszty realizacji programów rządowych, których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych Costs of implementing government programs, referred to in Art. 7 sec. 1 of the Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund for Support for Disabled People	0	0	0,0	250	24	0,0
IX	Odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu Deduction for the Medical Research Agency, referred to art. 97 sec. 3e, included in the Fund's financial plan	0	0	0,0	279	279	0,2
	RAZEM ^c TOTAL ^c	97 571	102 617	100	107 813	116 307	100

a Zgodnie z ustawą budżetową.

a According to the budget act.

b W tym 6 792 mln zł pochodziło z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

b Including PLN 6 792 million which came from the COVID-19 Counteracting Fund.

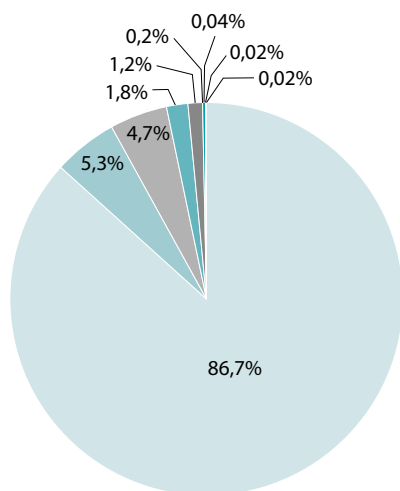
c Sumy w kolumnach obliczone na wartościach, które nie zostały zaokrąglone.

c Column sums have not been rounded.

W strukturze nakładów na ochronę zdrowia główne pozycje dotyczą planowanych kosztów Narodowego Funduszu Zdrowia (punkt IV tablicy powyżej) oraz wydatków budżetu państwa, ujętych w części 46 – Zdrowie (punkt I tablicy) oraz w dziale ochrona zdrowia w innych częściach budżetowych (punkt III tablicy).

Wykres 91. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia według kategorii wynikających z ustawy w 2020 r.

Chart 91. Share in expenditure on health care by categories resulting from the Act in 2020



- Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa
The costs of the National Health Fund included in the financial plan of the Fund, excluding funds from the state budget
- Wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia
Budget expenditure in the part of the state budget that is at the disposal of the minister responsible for health
- Wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa
Budget expenditure in the "health care" section in other parts of the state budget
- Koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentyistów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek i położnych
Costs related to the implementation of postgraduate internships for doctors and dentists and the specialization of doctors, dentists, nurses and midwives
- Wydatki budżetu środków europejskich
Expenditure of the budget of European funds
- Odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu
A copy for the Medical Research Agency, referred to in art. 97 sec. 3E, included in the financial plan of the Fund
- Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5-9 ustawy ujęty w planie finansowym Funduszu
A copy for the Agency for Health Technology Assessment and Tariffs referred to in Art. 31t paragraph. 5-9 of the Act included in the financial plan of the Fund
- Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych
Costs included in the financial plan of the Gambling Problem Solving Fund
- Koszty realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych
The costs of implementing government programs referred to in Art. 7 sec. 1 of the Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund for Support of Disabled People in terms of health support for disabled people

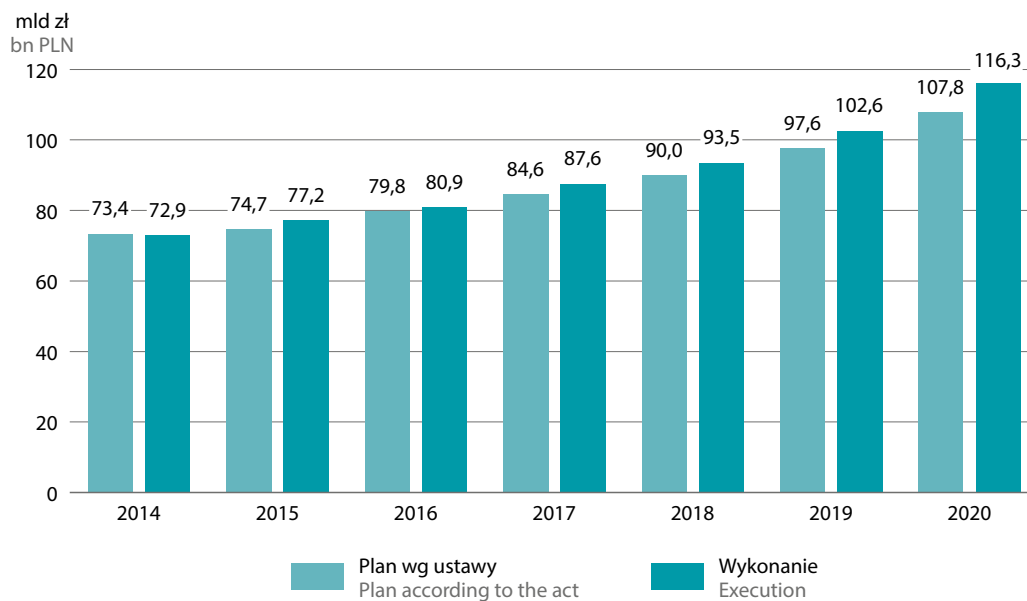
Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2020

Increase in health care expenditure in 2014–2020

W latach 2014–2020 możemy zaobserwować stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Dotyczy to zarówno corocznych planów nakładów według ustawy, jak ich wykonania, które prawie zawsze było większe od planu, z wyjątkiem roku 2014 (we wcześniejszym okresie także roku 2012 i 2013). Pomiedzy rokiem 2014 a 2020 nakłady na ochronę zdrowia według planu, wzrosły o 46,9%, natomiast według wykonania, zwiększyły się o 59,6%. Największy roczny wzrost w tym okresie nakładów na ochronę zdrowia według wykonania, odnotowano w roku 2020 – o 13,3%.

Wykres 92. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2020

Chart 92. Increase in health care expenditure in 2014–2020



4. WYBRANE PROBLEMY

4. SELECTED PROBLEMS

4.1. Wymiar terytorialny pandemii COVID-19

4.1. The territorial dimension of the COVID-19 pandemic

Pierwszy przypadek zachorowania na COVID-19 odnotowano w Polsce 4 marca 2020 r. Szczyt zakażeń przypadł na ostatnie miesiące tego roku. Według danych Ministerstwa Zdrowia do końca 2020 r. na COVID-19 zachorowało 3,4% ludności Polski (1 314 970 osób). Pandemia COVID-19 była w 2020 r. główną przyczyną wzrostu zgonów w Polsce. W porównaniu do 2019 r. liczba zgonów wzrosła o 67 646. Do końca 2020 r. na COVID-19 zmarło 41 451¹⁰⁶ osób, co stanowiło blisko 9% wszystkich zgonów. Ofiary COVID-19 stanowią zatem nieco ponad 3/5 odnotowanego wzrostu liczby zgonów.

Od początku pandemii COVID-19 Ministerstwo Zdrowia publikuje codzienne i okresowe raporty zakażeń koronawirusem (SARS-CoV-2). Raporty codzienne pokazują m.in. dzienną liczbę zakażonych, co oznacza liczbę osób z pozytywnym wynikiem testu zareportowanych przez laboratoria do systemu EWP (Ewidencja Wjazdu do Polski) w ciągu ostatniej doby. Pojawienie się nowej choroby zostało uwzględnione przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10. Umożliwiło to jednostkom statystyki publicznej na całym świecie kodowanie zgonów spowodowanych przez COVID-19 – kod U07. Również Główny Urząd Statystyczny rozszerzył zakres wykorzystywanych kodów, umożliwiając monitorowanie wszystkich przypadków zgonów z powodu COVID-19.

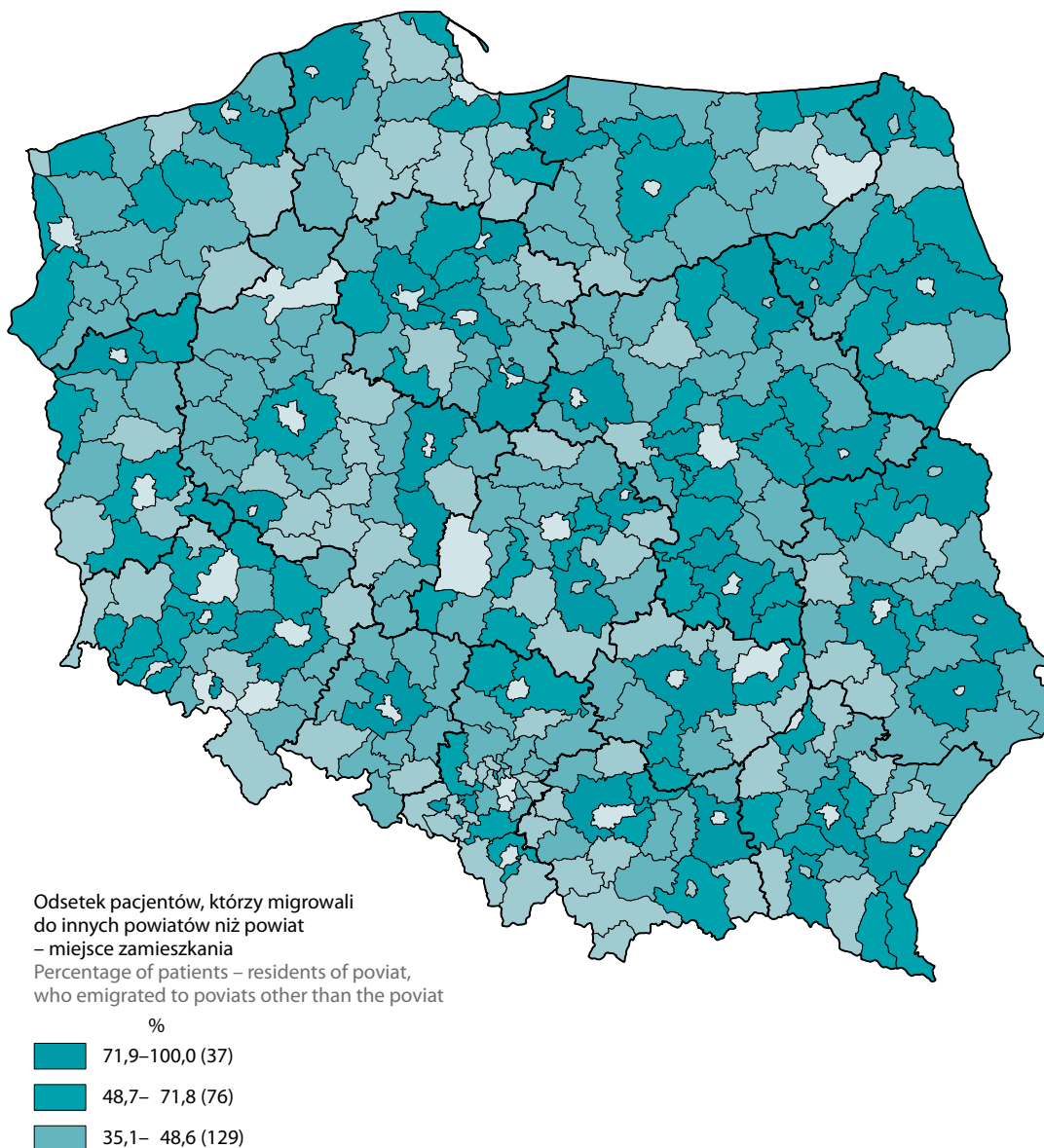
Analizy zaprezentowane w niniejszym rozdziale oparte zostały na dwóch źródłach. Analizy dotyczące zakażeń przeprowadzono na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia. Natomiast analizy dotyczące zgonów w ujęciu terytorialnym wykonano na podstawie danych o zgonach gromadzonych przez GUS w ramach badania „Zgony. Umieralność. Trwanie życia” zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

Zakażenia na COVID-19

Powiaty o najwyższej liczbie zakażeń na 10 tys. mieszkańców to głównie powiaty województw: śląskiego, opolskiego, kujawsko-pomorskiego oraz centralnej i północnej części województwa wielkopolskiego i zachodniej województwa warmińsko-mazurskiego, a także obszary dużych miast i ich bezpośredniego otoczenia i obszary przygraniczne.

¹⁰⁶ Dane za Bank Danych Lokalnych GUS.

Mapa 18. Liczba zakażeń COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów
 Map 18. The number of infections with COVID-19 per 10 thousand residents by poviats



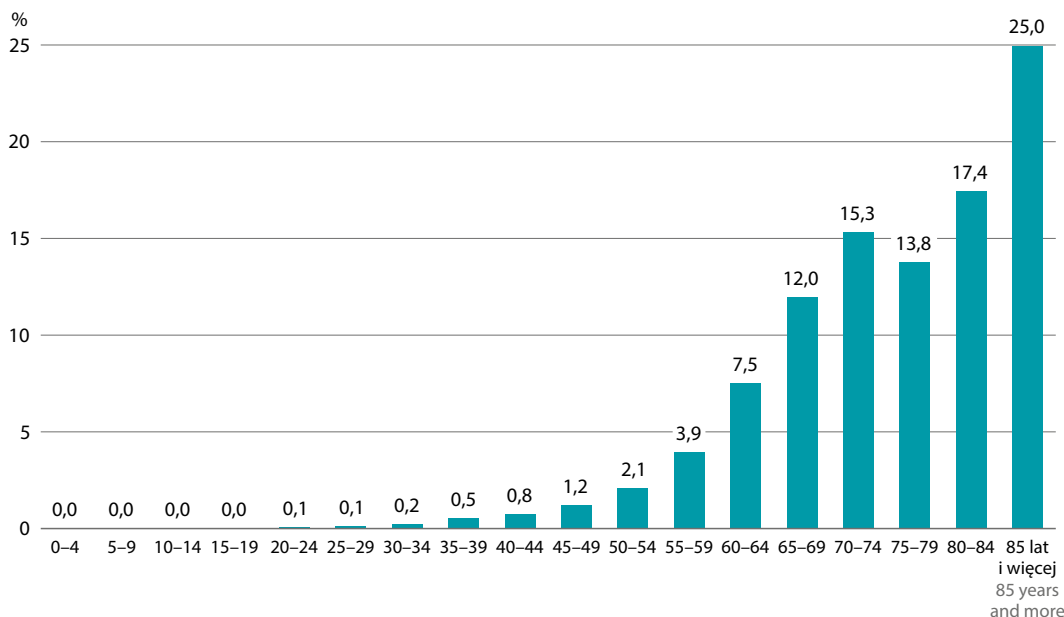
Najniższą liczbę zakażeń na 10 tys. mieszkańców odnotowano w powiatach: ostrołęckim (112), sierpeckim (154), kolskim (162), łomżyńskim (164) oraz szydłowieckim (173). Powiaty o najwyższej liczbie zakażeń na 10 tys. mieszkańców to m.in.: powiat węgorszewski (601), Toruń (548), powiat głubczycki (545), Olsztyn (497), powiat malborski (492), powiat strzelecki (475), Biała Podlaska (467). Analiza danych pokazała, że istnieje zależność pomiędzy liczbą zakażeń a gęstością zaludnienia. Współczynnik korelacji pomiędzy liczbą zakażonych na 10 tys. mieszkańców powiatu a liczbą ludności na 1 km² wynosi 0,541. Wśród 20 powiatów o najniższej liczbie zakażeń na 10 tys. mieszkańców, gęstość zaludnienia dla 17 powiatów nie przekroczyła 100 osób na kilometr kwadratowy. Natomiast wśród 20 powiatów o najwyższym wskaźniku zakażeń 10 powiatów wykazało się gęstością zaludnienia powyżej 500 osób na kilometr kwadratowy.

Zgony na COVID-19

Pandemia w większym stopniu dotknęła mężczyzn i mieszkańców miast. Przyczyną tego zjawiska może być m. in. gorsza kondycja zdrowotna mężczyzn w Polsce, którzy bardzo często zaniedbują badania profilaktyczne i obciążeni są licznymi, nieleczonymi schorzeniami. Łącznie na COVID-19 w 2020 r. zmarło 17 485 kobiet i 23 966 mężczyzn. Ofiary COVID-19 to w przeważającej większości mieszkańcy miast (ok. 64%, gdy mieszkańcy miast ogółem stanowią ok. 60% ludności Polski) oraz osoby starsze, ze szczególnym udziałem osób powyżej 65 lat (ok. 83,5%). Rozkład zgonów zwłaszcza według grup wieku ma duże znaczenie w ujęciu terytorialnym. Jak zostanie to pokazane obszary o wyższym odsetku mieszkańców w wieku 65 lat i więcej, odnotowują zazwyczaj wyższe wskaźniki zgonów na 10 tys. mieszkańców.

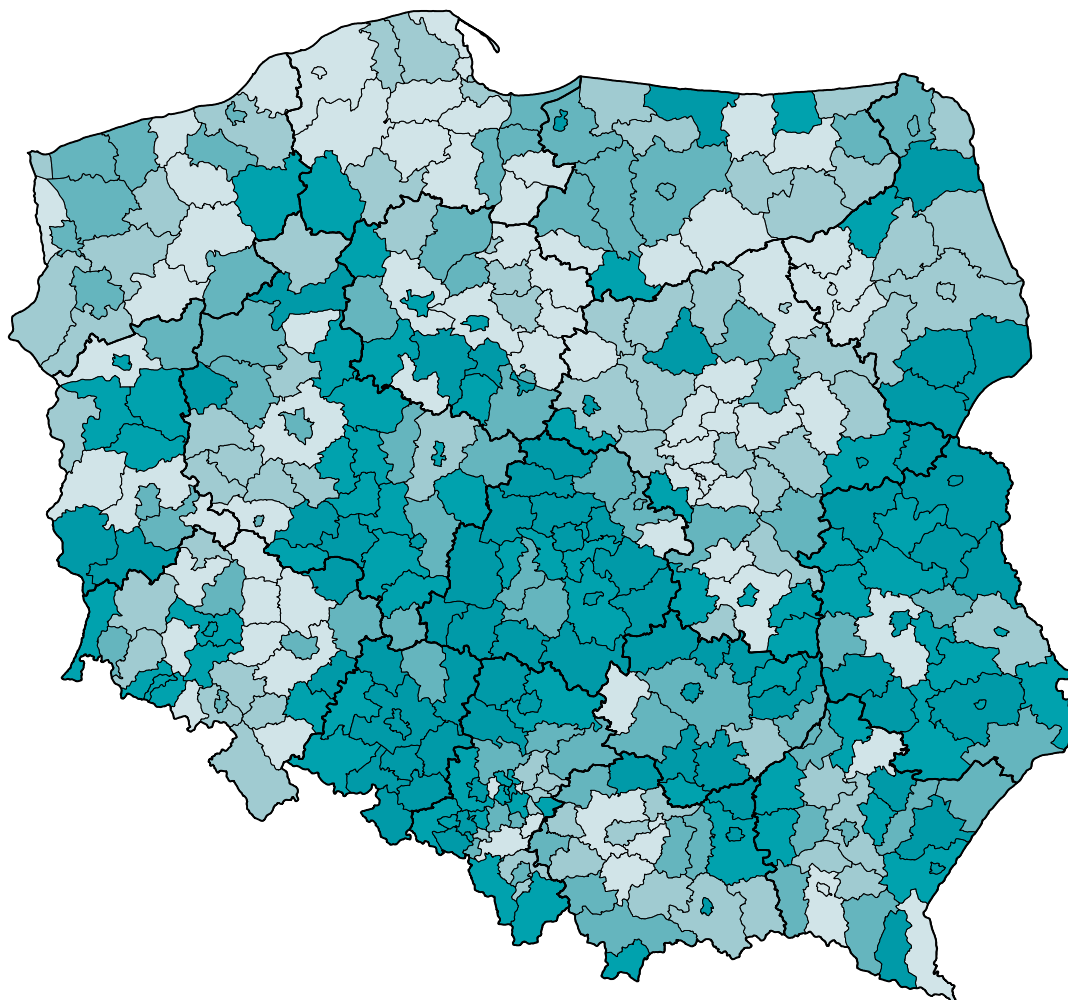
Wykres 93. Odsetek zgonów z powodu COVID-19 według wieku w 2020 r.

Chart 93. Percentage of COVID-19 deaths by age in 2020

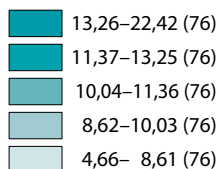


Największą liczbę zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców odnotowano w powiatach województw: opolskiego, łódzkiego, lubelskiego oraz południowej części województwa podlaskiego, północnej i południowej części województwa świętokrzyskiego, zachodniej części województwa śląskiego, wschodniej części województwa podkarpackiego i południowej części województwa wielkopolskiego. Liczba zgonów jest w dużym stopniu pochodną liczby zakażeń. Dlatego powiaty o wyższym wskaźniku zakażeń na 10 tys. mieszkańców w wielu przypadkach znajdują się wśród powiatów o wyższym wskaźniku zgonów na 10 tys. mieszkańców. Dodatkowym czynnikiem wpływającym na liczbę zgonów jest wyższy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej. Powiaty o najwyższym wskaźniku zgonów na 10 tys. mieszkańców to powiaty, które znacznie częściej wyróżniają się na tle innych wyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej. Takimi powiatami są miasta na prawach powiatu oraz większość powiatów województwa opolskiego oraz łódzkiego. W województwach: opolskim oraz łódzkim odsetek mieszkańców w wieku 65 lat i więcej wyniósł odpowiednio: 19,4% i 20,7% przy średniej dla Polski 18,6%.

Mapa 19. Liczba zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów
 Map 19. The number of deaths due to COVID-19 per 10 thousand residents by poviats



Liczba zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów
 Number of deaths due to COVID-19 per 10 thousand residents by poviats



Najniższą liczbę zgonów na 10 tys. mieszkańców odnotowano w powiatach: polickim (4,7), ostrołęckim (5,0), wołomińskim (5,8), mogileńskim (5,9) oraz pułtuskim (6,0). Powiaty o najwyższej liczbie zgonów na 10 tys. mieszkańców to: powiat oleski (22,4), Przemyśl (20,1), powiat dąbrowski (18,8), Piotrków Trybunalski (17,6), powiat kraśnicki (16,7). Analiza danych pokazała, że istnieje zależność pomiędzy liczbą zgonów w powiecie a odsetkiem mieszkańców w wieku 65 lat i więcej. Wśród 20 powiatów o najniższej liczbie

zgonów na 10 tys. mieszkańców, odsetek mieszkańców w wieku 65 lat i więcej dla 19 powiatów nie przekroczył średniej dla kraju (18,6%). Natomiast wśród 20 powiatów o najwyższym wskaźniku zgonów znalazło się 14 powiatów, dla których odsetek mieszkańców w wieku 65 lat i więcej przekroczył średnią dla kraju (18,6%).

Relatywnie niskie wartości wskaźnika zgonów można również zaobserwować w powiatach okalających miasta na prawach powiatu. Dotyczy to m.in. takich powiatów jak: wrocławski, poznański, radomski, lubelski oraz powiatów okalających Warszawę i Kraków. Powiaty okalające miasta na prawach powiatu, zwłaszcza te największe cechują się zwykle korzystniejszą strukturą wiekową, tj. wyższym udziałem młodszych grup wieku.

4.2. POMIARY DOSTĘPU DO PUBLICZNYCH ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH

4.2. MEASUREMENT OF ACCESS TO PUBLIC HOSPITAL SERVICES

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych prowadzonych w ramach pracy badawczej pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”¹⁰⁷. W ramach pracy badawczej opracowano zestaw wskaźników przydatnych do analizy dostępności do publicznych usług zdrowotnych¹⁰⁸. Część z tych wskaźników wykorzystano w niniejszym rozdziale. Analizie poddano przede wszystkim świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) z perspektywy powiatu (NUTS 4). Podczas analiz wzięto pod uwagę miejsce udzielenia świadczenia oraz miejsca zamieszkania, uwzględniając przy tym aspekt migracji pacjentów do szpitali zlokalizowanych w innym powiecie niż powiat zamieszkania. W rozdziale poruszono również problematykę dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

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 publiczne 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. W latach 2003–2004 badania i analizy dotyczące oceny stanu dostępności do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej prowadziły tzw. regionalne komitety sterujące¹⁰⁹ a później Narodowy Fundusz Zdrowia. Od 2015 r. Ministerstwo Zdrowia opracowuje tzw. regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Mapy zawierają m. in. analizę demograficzną, analizę stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozę potrzeb zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa realizują również jednostki samorządu terytorialnego (JST). Większość ze stosowanych podczas analiz wskaźników nie bierze jednak pod uwagę zjawiska migracji pacjentów, co wpływa na dokładność oceny stopnia dostępu do publicznej ochrony zdrowia. Przykładem są wskaźniki: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) lub liczba porad AOS na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wskaźniki te stanowią często przesłankę na podstawie której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Podczas analiz należy jednak mieć na uwadze to, 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.

107 Pracę badawczą zrealizowano 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.

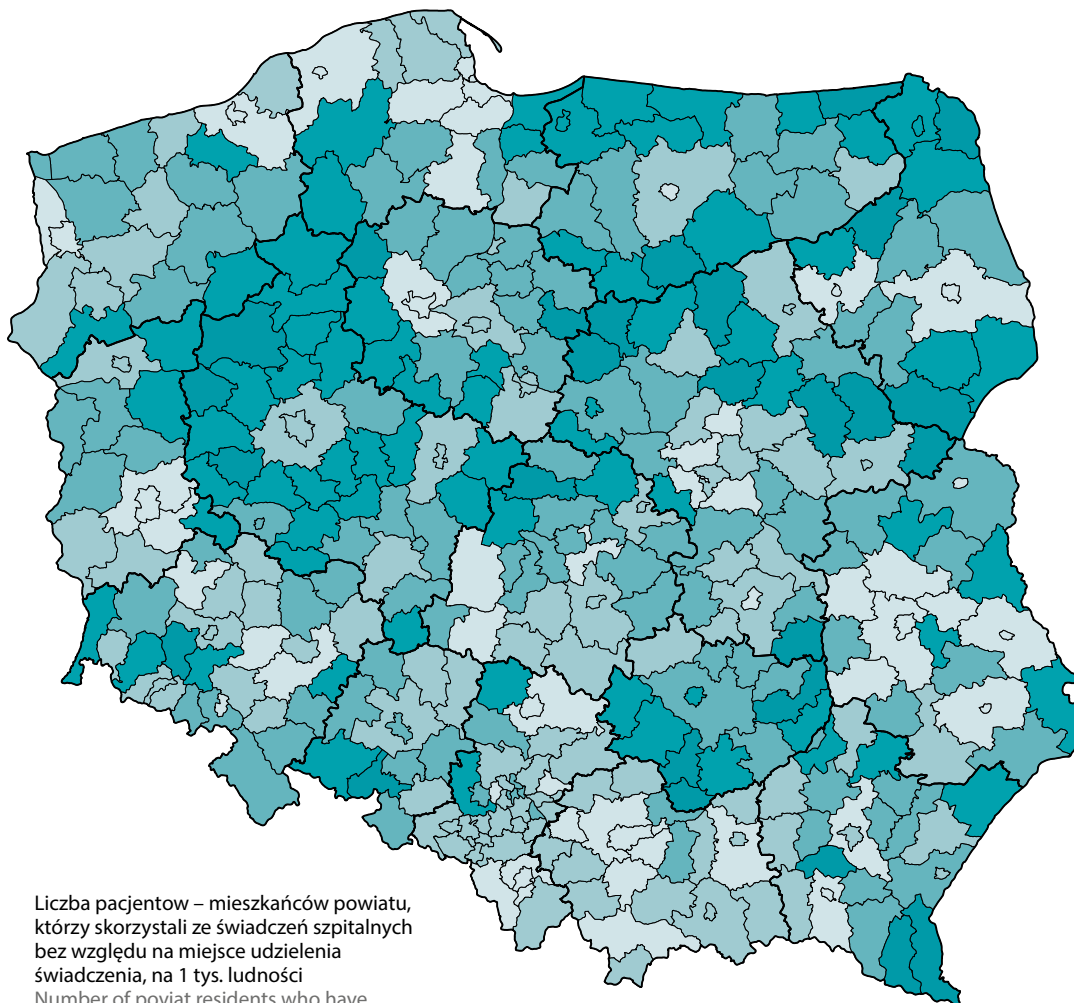
108 Raport końcowy z pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” https://stat.gov.pl/files/gfx/portalin-informacyjny/pl/defaultstronaopisowa/6150/1/1/raport_uslugi_publiczne_w_zakresie_ochrony_zdrowia.pdf

109 W skład regionalnych komitetów sterujących wchodziłi przedstawiciele wojewodów, samorządu województwa, regionalnych kas chorych. Na podstawie analiz tworzono tzw. wojewódzkie plany zdrowotne, stanowiące następnie podstawę kontraktowania przez NFZ.

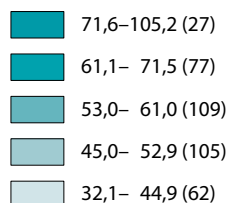
Ocena dostępności do wybranych świadczeń szpitalnych oraz AOS

Mapa 20. 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 2020 r.

Map 20. 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 2020



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



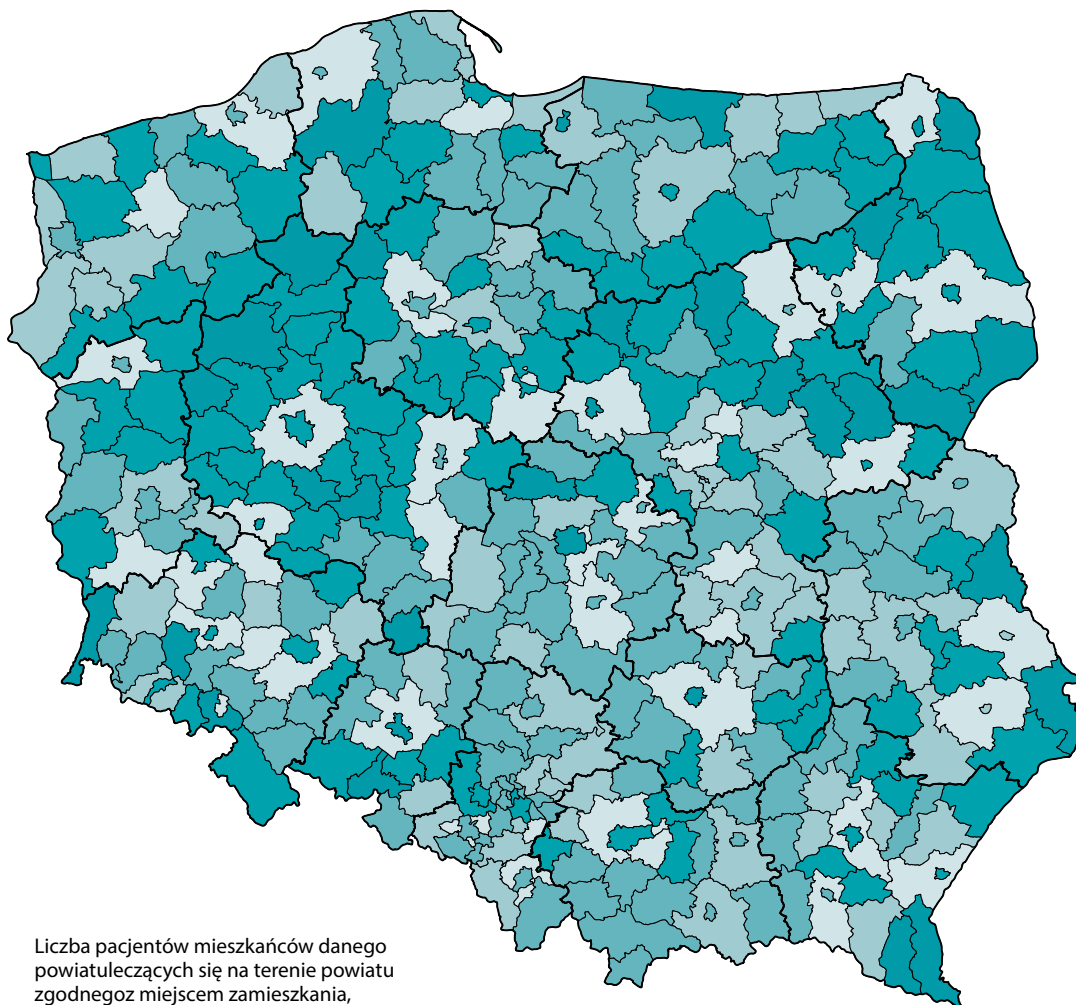
Źródło: NFZ.
Source: NFZ.

Istotne różnice pod kątem liczby świadczeń szpitalnych obrazuje mapa. W 2020 r. najwięcej świadczeń na 1 tys. mieszkańców bez względu na miejsce ich udzielenia (ponad 80) wykonano dla mieszkańców powiatów: sejneńskiego (105,2), bieszczadzkiego (92,8), pińczowskiego (86,5), łosickiego (85,6), międzychodzkiego (81,5), prudnickiego (80,8) oraz siemiatyckiego (80,5), a najmniej (poniżej 40) dla mieszkańców 19 powiatów, wśród których najmniejszy wskaźnik zaobserwowano w powiatach: chełmskim (32,1), m. Zamość (33,5), chrzanowskim (35,6), zamojskim (35,9) i m. Lublin (36,3).

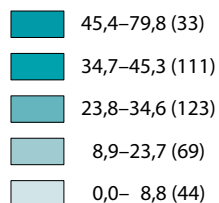
Kolejne dwie mapy potwierdzają następującą prawidłowość: powiaty, w których zaobserwowano najniższy wskaźnik dotyczący liczby osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca zamieszkania, to równocześnie powiaty, cechujące się najwyższym wskaźnikiem migracji pacjentów do innych powiatów w celu uzyskania świadczenia szpitalnego. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim powiatów ziemskich okalających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych obok miast na prawach powiatu.

Mapa 21. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności (osoba) w 2020 r.

Map 21. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's – the place of residences, per 1 thousand population (person) in 2020



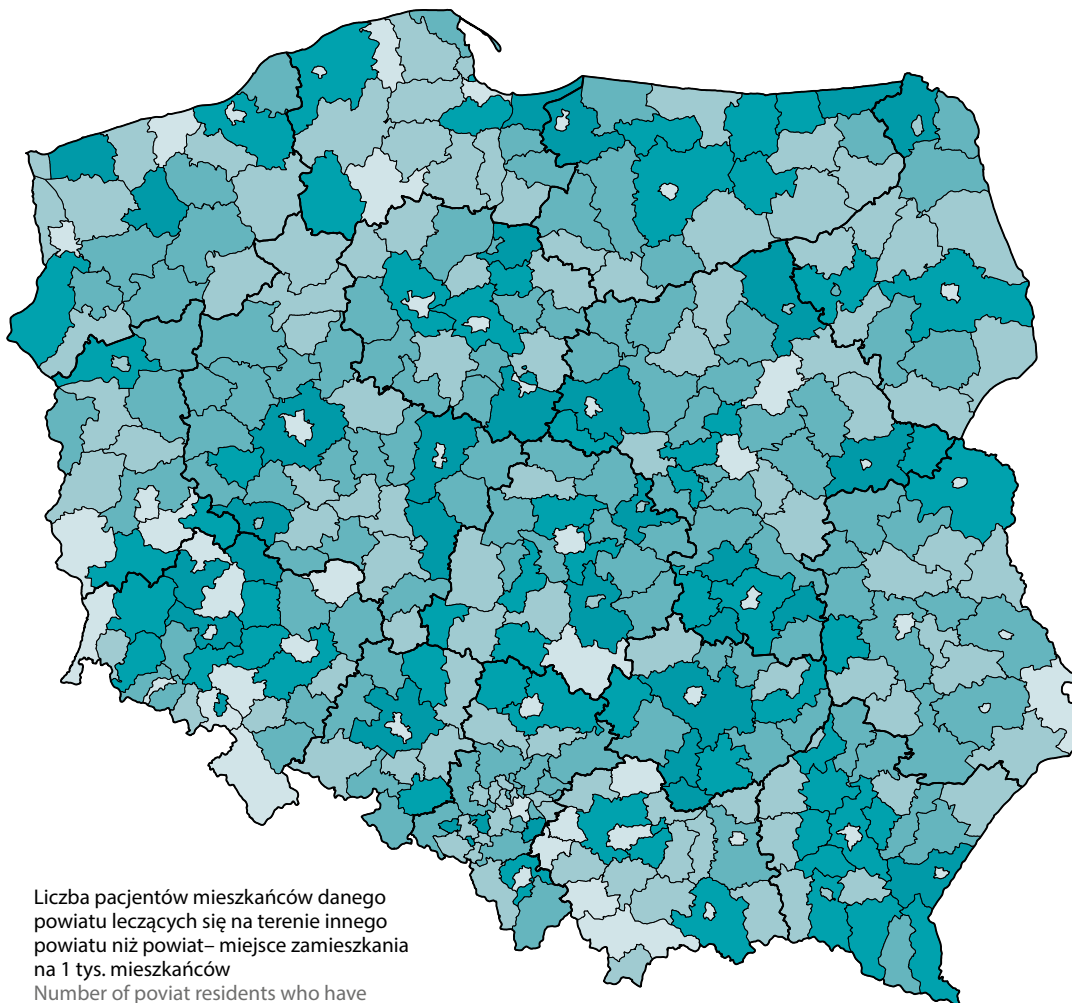
Liczba pacjentów mieszkańców danego powiatu leczących się na terenie powiatu zgodnego z miejscem zamieszkania, na 1 tys. mieszkańców powiatu
 Number of poviat residents who have benefited from hospital services, in the poviat's – the place of residences, per 1 thousand poviat residents



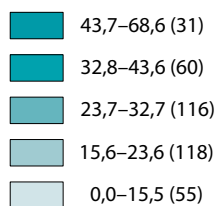
Źródło: NFZ.
 Source: NFZ.

Mapa 22. 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 2020 r.

Map 22. 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 poviatt than the poviatt's place of residences, per 1 thousand population (person) in 2020



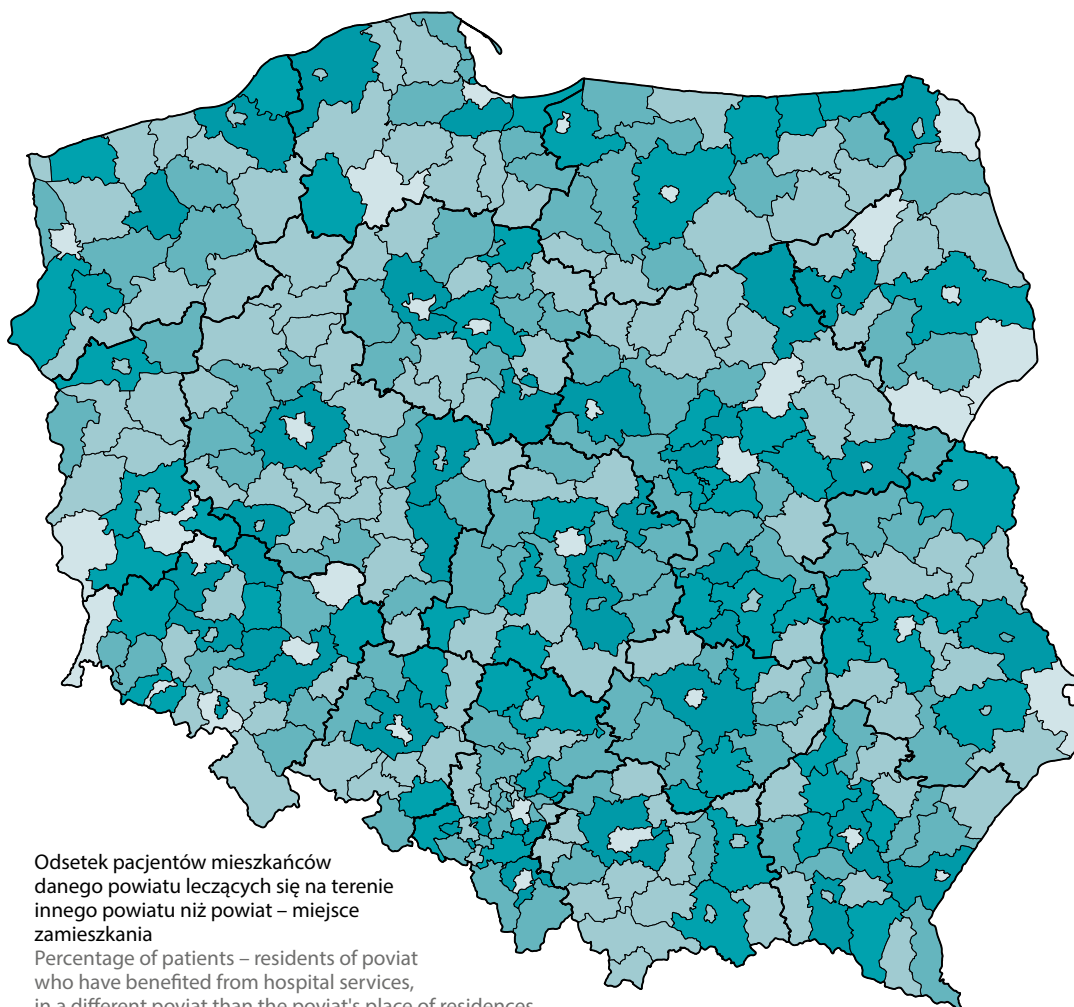
Liczba pacjentów mieszkańców danego powiatu leczących się na terenie innego powiatu niż powiat – miejsce zamieszkania na 1 tys. mieszkańców
Number of poviatt residents who have benefited from hospital services, in a different poviatt than the poviatt's place of residences, per 1 thousand poviatt residents



Źródło: NFZ.
Source: NFZ.

Mapa 23. 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 w 2020 r.

Map 23. 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 in 2020



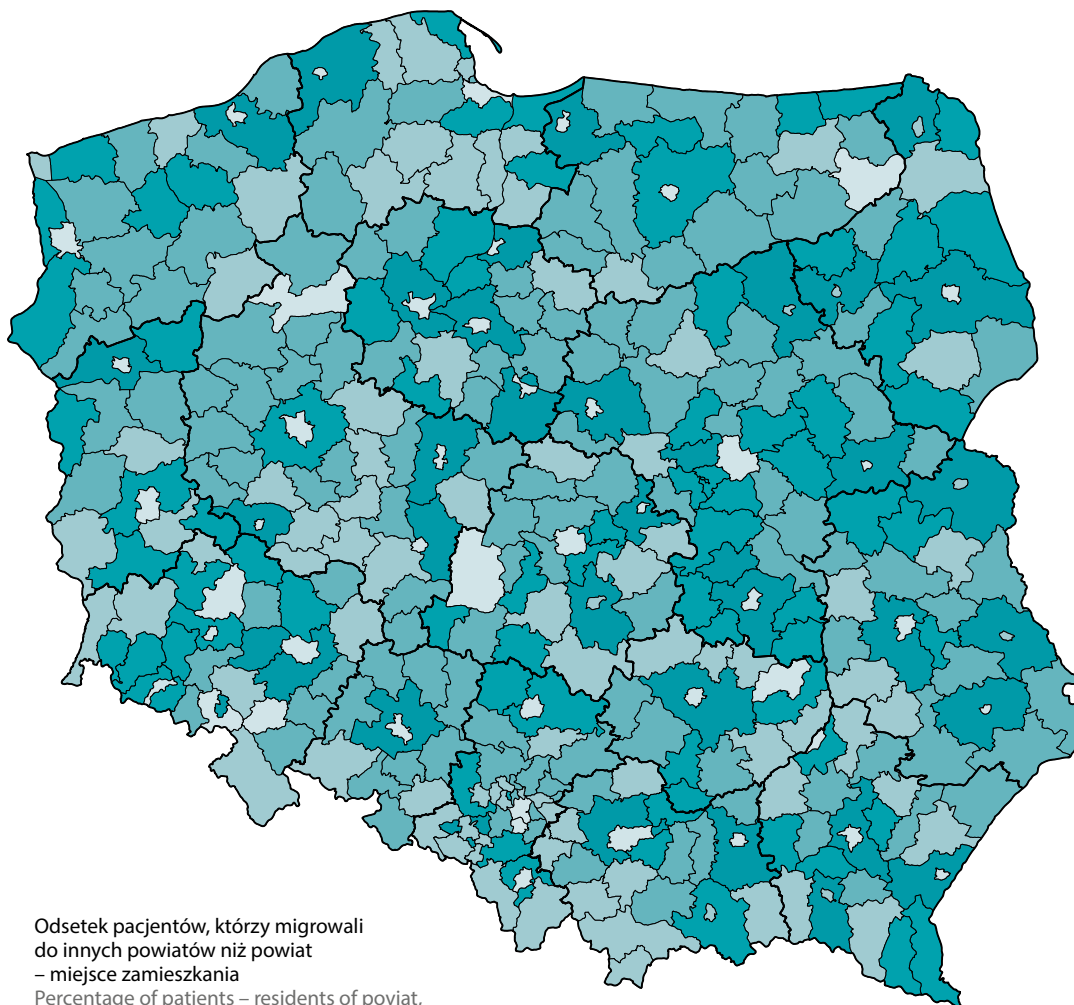
%	
83,0–100,0	(40)
57,4– 82,9	(61)
40,6– 57,3	(103)
26,9– 40,5	(141)
0,0– 26,8	(35)

Źródło: NFZ.
Source: NFZ.

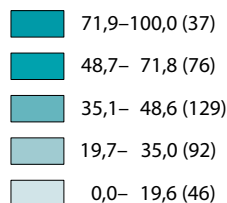
Zaobserwowane zjawisko potwierdza również następną mapę. W wielu miastach na prawach powiatu mniej niż 15% pacjentów skorzystało ze świadczeń na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. Równocześnie istnieje 38 powiatów, których mieszkańcy w ponad 90% korzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów lub miast na prawach powiatu. Brak na danym terenie (powiatu) placówek opieki zdrowotnej udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych nie oznacza, że pacjenci z takiego terenu pozbawieni są dostępu do świadczeń zdrowotnych. Otrzymują oni świadczenia najczęściej w powiatach sąsiednich, gdzie takie placówki funkcjonują. Pomimo tego, może występować zjawisko nadmiernego oddalenia usługodawcy od pacjenta. Kolejna mapa obrazuje zjawisko, że najbardziej skłonni do migracji do innych powiatów w celu skorzystania ze świadczeń AOS są mieszkańcy powiatów ziemskich okalających powiaty mających status miast na prawach powiatu, co jest zrozumiałe z uwagi na ich wzajemne położenie i pełnienie przez wiele miast na prawach powiatu roli funkcjonalnego centrum wielu usług publicznych dla ich otoczenia.

Mapa 24. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsce zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2020 r.

Map 24. Percentage of patients – residents of poviats who migrated to poviats other than the poviats – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2020



Odsetek pacjentów, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsce zamieszkania
Percentage of patients – residents of poviats, who emigrated to poviats other than the poviats
%



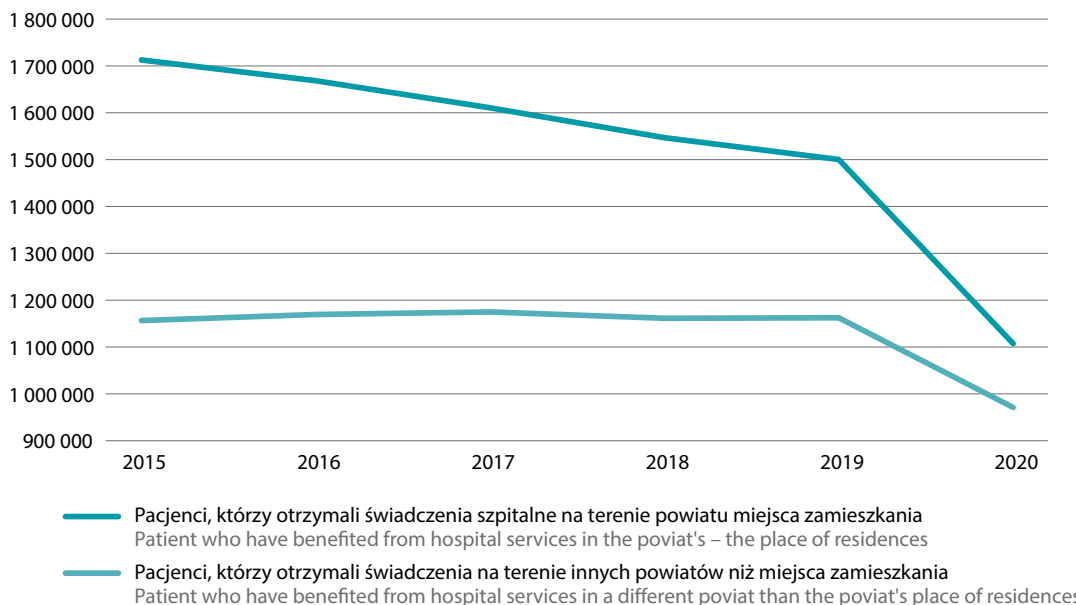
Źródło: NFZ.
Source: NFZ.

Z danych NFZ wynika, że wszyscy mieszkańcy powiatów: skierniewickiego oraz łomżyńskiego (100%) otrzymali świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. W powiatach: chełmskim, siedleckim, ostrołęckim, suwalskim, przemyśkim, piotrkowskim odsetek ten wynosił

ponad 95%. Najmniejszy odsetek pacjentów, leczących się na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania, występuje w miastach na prawach powiatu. W takich powiatach jak: m. Lublin, m. Szczecin, m. Łódź, m. Bydgoszcz, m. Białystok odsetek ten nie przekroczył 5%.

Wykres 94. Liczba pacjentów, którzy skorzystali 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 oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania w latach 2015–2020

Chart 94. Number of 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 or in the poviat's – the place of residences in 2015–2020

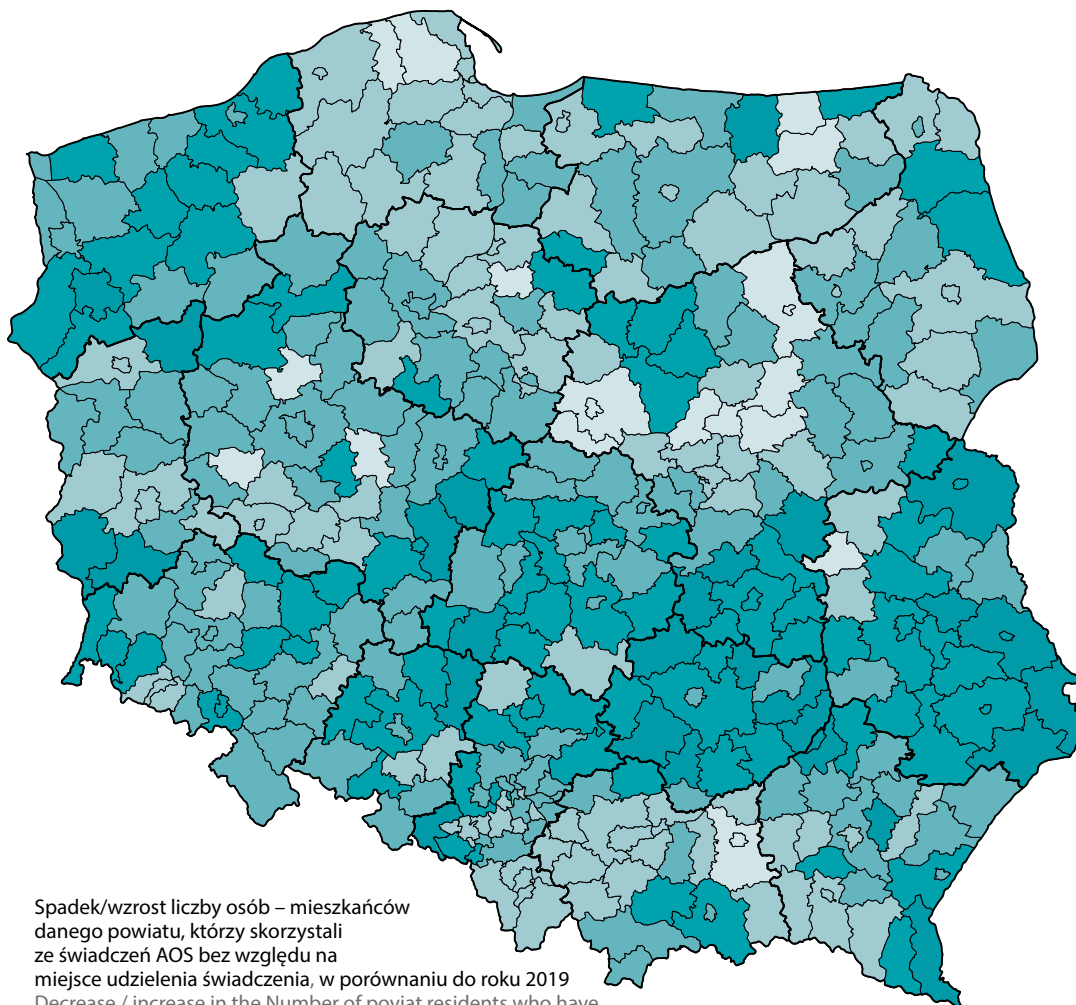


Źródło: NFZ.

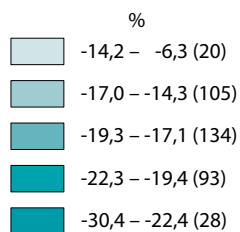
Source: NFZ.

Z powyższego wykresu wynika, że do roku 2019 systematycznie spadała skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, przy utrzymującej się stałej tendencji do korzystania z takich świadczeń na terenie innych powiatów. Duży spadek, który można zaobserwować w roku 2020 w stosunku do roku 2019, był prawdopodobnie spowodowany pandemią COVID-19, podczas której ograniczono przyjmowanie pacjentów do szpitali w celu wykonywania planowanych zabiegów. Podobne zjawisko można zaobserwować w przypadku ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS). W roku 2020 we wszystkich powiatach zaobserwowano spadek korzystania ze świadczeń AOS – w największym stopniu rezygnowano z nich w powiatach województwa świętokrzyskiego, lubelskiego oraz południowej części województwa mazowieckiego. Najmniejszą tendencję do rezygnacji ze świadczeń specjalistycznych wykazywali mieszkańcy województwa pomorskiego i północno-wschodniej części woj. kujawsko-pomorskiego oraz grup powiatów w okolicy Bielska-Białej, Krakowa, Tarnowa, Płocka i na północ od Warszawy.

Mapa 25. Spadek/wzrost liczby osób – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, w porównaniu do roku 2019
 Map 25. Decrease/increase in the number of poviát residents who have benefited from out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service, compared to 2019



Spadek/wzrost liczby osób – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, w porównaniu do roku 2019
 Decrease / increase in the Number of poviát residents who have benefited from from Out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service, compared to 2019



Źródło: NFZ.
 Source: NFZ.

4.3. Statystyka zachorowalności

4.3. Morbidity statistics

Prezentowany dotychczas zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie społeczeństwa polskiego dotyczy głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby. Stałą obserwacją statystyczną objęte są choroby społeczne oraz choroby istotne dla oceny sytuacji zdrowotnej ludności Polski, takie jak: 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. Dodatkowych informacji dla potrzeb monitoringu zdrowia dostarczają wyniki badania przyczyn hospitalizacji (leczenia pacjentów w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych) oraz badań ankietowych kierowanych bezpośrednio do ludności, wśród nich Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS), specjalny moduł zdrowia włączony na stałe do badania dochodów i warunków życia ludności (EU-SILC) oraz badanie modułowe „Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych”.

Niniejszy rozdział przedstawia rezultaty projektu pt. „Statystyka zachorowalności”¹¹⁰ prowadzonego w latach 2019–2020 przez zespół pracowników statystyki publicznej we współpracy z ekspertami zewnętrznymi takich instytucji jak: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Narodowy Fundusz Zdrowia, Instytut Psychiatrii i Neurologii. Zaprezentowane wyniki pracy badawczej dostarczają dodatkowych, nie obserwowanych dotychczas statystycznie, informacji na temat stanu zdrowia ludności.

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 z dnia 16 grudnia 2008 r. w sprawie statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego oraz zdrowia i bezpieczeństwa w pracy ustanawia wspólne ramy systematycznego tworzenia statystyk Wspólnoty w zakresie zdrowia publicznego. Statystyki te obejmują informacje niezbędne do działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia publicznego, do wsparcia strategii krajowych w celu ukształtowania powszechnie dostępnej i stabilnej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości oraz do działań wspólnotowych w dziedzinie zdrowia i bezpieczeństwa w pracy. Jedną z pięciu dziedzin, która została zdefiniowana w rozporządzeniu, jest stan zdrowia i czynniki warunkujące zdrowie. Dziedzina ta obejmuje statystyki dotyczące stanu zdrowia i czynników warunkujących zdrowie, które opierają się na ocenie własnej i są sporządzane na podstawie badań statystycznych ludności, takich jak Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia (EHIS), jak również inne statystyki pochodzące ze źródeł administracyjnych, np. statystyki zachorowalności lub wypadków i urazów. Statystyki zdrowia publicznego dotyczące stanu zdrowia na poziomie populacji obejmują samoocenę stanu zdrowia (badania populacyjne), dane o zachorowalności potwierdzone przez pracowników służby zdrowia (statystyki zachorowalności potwierdzone diagnozą medyczną) oraz statystyki przyczyn zgonu. Jak dotąd statystyki zachorowalności potwierdzone diagnozą medyczną stanowią obszar, o którym nie gromadzi się danych w skali Unii Europejskiej.

W ciągu ostatniej dekady na poziomie europejskim prowadzone były liczne działania inicjowane przez Eurostat, zmierzające do stworzenia zasad i wytycznych metodologicznych, które posłużą w przyszłości do regularnego opracowywania na poziomie populacji statystyk zachorowalności potwierdzonych diagnozą medyczną o wybranej grupie chorób. Do działań tych należały m.in. prace grup technicznych i zadaniowych powołanych przez Eurostat, projekty realizowane w krajach członkowskich dotyczące inwentaryzacji statystyk zachorowalności oraz pilotażowego zbierania danych, oraz opracowane w ich wyniku dokumenty metodologiczne np. „Zasady i wytyczne dla statystyk zachorowań potwierdzonych diagnozą medyczną” [ang. Principles and guidelines for diagnosis-specific morbidity statistics], Raport Grupy Koordynującej Europejski Projekt dotyczący Spisu Statystyki Zachorowalności [ang. Report of the Co-ordination Group of the European Project on Inventories of Morbidity Statistics (EPIMS report)], czy też „Statystyki zachorowalności: wytyczne metodologiczne pilotażowego gromadzenia danych 2019” [ang. MORBIDITY STATISTICS: Methodological Guidelines for the 2019 Pilot Data Collection].

Obecnie trwają prace zmierzające do przygotowania na poziomie krajowym porównywalnych statystyk zachorowalności dostępnych dla określonej listy chorób wyszczególnionych w formie tzw. Skróconego Wykazu Współczynników Zachorowalności [ang. Shortlist of Morbidity Indicators]. Wykaz stanowi zestawienie współczynników zachorowalności lub chorobowości dla wybranych jednostek chorobowych zdefiniowanych na podstawie Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych (X Rewizja)

¹¹⁰ Projekt „Statystyka zachorowalności – 2018-PL-MORBIDITY” finansowany ze środków unijnych.

ICD-10. Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności 2018, wykorzystany podczas pilotażowego gromadzenia danych przeprowadzonego w ramach projektu Eurostatu w latach 2019–2020, obejmował następujące jednostki chorobowe i odpowiadające im współczynniki:

Tablica 20. Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności 2018
Table 20. Shortlist of Morbidity Indicators 2018

Nazwa choroby lub grupy chorób Disease or group title	Kody ICD-10 ICD-10codes	Współczynnik Measure	Okres referencyjny Reference period
Cukrzyca Diabetes mellitus	E10-E14	Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
		Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Otępienie (włączając chorobę Alzheimera) Dementia (incl. Alzheimer's disease)	F00-F03, G30	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu Mental and behavioural disorders due to use of alcohol (incl. alcohol dependence)	F10	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	F20-F29	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Depresja i inne zaburzenia nastroju (afektywne) Depression and other affective disorders	F30-F39	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Zaburzenia lękowe Anxiety disorders	F40-F41	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Choroba Parkinsona Parkinson's disease	G20	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Stwardnienie rozsiane Multiple sclerosis	G35	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Padaczka, stan padaczkowy Epilepsy	G40-G41	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Nadciśnienie tętnicze Hypertensive diseases	I10-I13, I15	Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
		Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Choroba niedokrwienna serca Ischaemic heart diseases	I20-I25	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Ostry zawał mięśnia sercowego, ponowny zawał serca Acute myocardial infarction	I21, I22	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	

Tablica 20. Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności 2018 (cd.)
Table 20. Shortlist of Morbidity Indicators 2018 (cont.)

Nazwa choroby lub grupy chorób Disease or group title	Kody ICD-10 ICD-10codes	Współczynnik Measure	Okres referencyjny Reference period
Niewydolność serca Heart failure	I50	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Udar mózgu Stroke	I60-I64	Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
Choroby naczyń mózgowych Cerebrovascular diseases	I60-I69	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Zapalenie płuc Pneumonia	J12-J18	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
Astma oskrzelowa, stan astmatyczny Asthma	J45, J46	Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
		Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc) Chronic lower respiratory diseases other than asthma (incl. COPD)	J40-J44, J47	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Inne przewlekłe obturacyjne choroby płuc Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	J44	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Alkoholowa choroba wątroby Alcoholic liver disease	K70	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Choroby wątroby inne niż alkoholowa Diseases of liver other than alcoholic	K71-K77	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Choroby wątroby Diseases of liver	K70-K77	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Reumatoidalne zapalenie stawów Rheumatoid arthritis	M05, M06	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Choroby zwyrodnieniowe stawów Arthrosis	M15-M19	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Osteoporoza Osteoporosis	M80-M82	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Niewydolność nerek Renal failure	N17-N19	Chorobowość okresowa Period prevalence	3 lata 3 years
Kamica moczowa Urolithiasis	N20-N23	Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
Uraz śródczaszkowy Intracranial injury	S06	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year

Tablica 20. Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności 2018 (dok.)
 Table 20. Shortlist of Morbidity Indicators 2018 (cont.)

Nazwa choroby lub grupy chorób Disease or group title	Kody ICD-10 ICD-10codes	Współczynnik Measure	Okres referencyjny Reference period
Złamanie kości udowej Fracture of femur	S72	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
Wypadki komunikacyjne w transporcie lądowym Land transport accidents	V01-V89	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
Upadki Accidental falls	W00-W19	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
Zamierzone samouszkodzenie (włączając zamach samobójczy) Intentional self-harm (incl. suicidal attempt)	X60-X84	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year
Powikłania opieki medycznej i chirurgicznej Complications of medical and surgical care	Y40-Y66, Y69-Y84	Zachorowalność obliczana według epizodu choroby Incidence by episode	1 rok 1 year
		Zachorowalność obliczana według osoby Incidence by person	1 rok 1 year

Po analizie danych opracowanych pilotażowo dla 2016 roku przez 10 krajów członkowskich Unii Europejskiej, w tym Polskę, Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności 2018 zostanie zweryfikowany. Projekty pilotażowe inicjowane przez Eurostat mają na celu przetestowanie zaproponowanego podejścia, a zebrane w ich wyniku informacje posłużą do stworzenia ostatecznego zestawu wytycznych metodologicznych, które będą wykorzystywane w przyszłości do regularnego zbierania danych o zachorowalności na poziomie europejskim.

Punktem odniesienia definicji chorób zamieszczonych na Wykazie jest Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (X Rewizja) ICD-10. Skrócony Wykaz Współczynników Zachorowalności obejmuje choroby o znaczeniu społecznym, które stanowią znaczący element zachorowań w populacji. Występowanie tych chorób może implikować duży popyt na usługi opieki zdrowotnej, związany z dużą liczebnością osób dotkniętą daną chorobą lub generowaniem wysokich kosztów leczenia. Niektóre grupy chorób zostały zamieszczone na wykazie ze względu na ich znaczenie dla zdrowia

publicznego oraz możliwości podjęcia działań zapobiegawczych. Wykaz z 2018 r. nie obejmuje chorób zakaźnych i nowotworów z uwagi na funkcjonujące już na poziomie europejskim obowiązkowe systemy rejestrowania ich występowania i prowadzenia nadzoru epidemiologicznego¹¹¹.

Statystyki zachorowalności obejmują 2 główne miary: zachorowalność [ang. incidence] i chorobowość [ang. prevalence]. Zachorowalność stanowi liczbę nowo zdiagnozowanych przypadków choroby zarejestrowanych w danej populacji w określonym przedziale czasu (okresie referencyjnym trwającym zazwyczaj 1 rok). Ta sama choroba może pojawić się u danej osoby więcej niż jeden raz w czasie trwania okresu referencyjnego, co określa się mianem epizodów czy zdarzeń.

Zachorowalność może być obliczana:

- według epizodu choroby [ang. incidence by episode], biorąc pod uwagę liczbę zdarzeń chorobowych występujących w danym okresie czasu, lub
- według osoby [ang. incidence by person], gdzie pacjent, u którego zdiagnozowano daną chorobę w okresie referencyjnym liczony jest tylko raz, niezależnie od liczby epizodów choroby występujących w tym czasie.

Chorobowość okresowa [ang. period prevalence] definiowana jest jako liczba osób mających określoną chorobę w danym okresie czasu. Miara ta jest bardziej przydatna do oceny występowania chorób przewlekłych.

W ramach projektu realizowanego przez polską statystykę publiczną do pilotażowego opracowania statystyk zachorowalności potwierdzonych diagnozą medyczną dla 2016 roku jako podstawowe źródło danych wykorzystano bazę świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia. Przy opracowywaniu statystyk dla poszczególnych chorób uwzględniono zarówno rozpoznania główne, jak i rozpoznania współistniejące rejestrowane dla każdego świadczenia opieki zdrowotnej według klasyfikacji ICD-10. Dla wybranych chorób przy opracowaniu szacunków krajowych wykorzystano również dane gromadzone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie realizacji recept na leki refundowane według klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej leków ATC, a także oraz wyniki badania statystycznego umieralności o liczbie zgonów według przyczyny i miejsca zgonu (statystyki zgonów).

Prezentowane poniżej współczynniki zachorowalności i chorobowości na 10 tys. ludności zostały przygotowane zgodnie z metodologią rekomendowaną przez Eurostat. Okresem referencyjnym dla zachorowalności jest rok 2016, a dla chorobowości okresowej – lata 2014–2016. Współczynniki na 10 tys. ludności przedstawiono na podstawie danych o liczbie ludności rezydującej [ang. usual residence population], opracowywanych przez Główny Urząd Statystyczny na potrzeby statystyk międzynarodowych przy zastosowaniu kryteriów międzynarodowej definicji zamieszkania ludności¹¹².

111 Europejskie Centrum ds. Zapobiegania i Kontroli Chorób [ang. European Centre for Disease Prevention and Control], Europejska Sieć Rejestrów Nowotworów [ang. European Network of Cancer Registries].

112 Źródło danych: Baza danych Eurostatu https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/demo_pjangroup.

Tablica 21. Surowe współczynniki zachorowalności i chorobowości na 10 tys. ludności według płci w 2016 r.
Table 21. Crude rates of incidence and prevalence per 10 thousand population in 2016

Nazwa choroby lub grupy chorób Disease or group title	Współczynnik Measure	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female
Cukrzyca Diabetes mellitus	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	112,2	100,7	122,0
	Chorobowość okresowa Period prevalence	815,7	744,9	879,1
Otępienie (włączając chorobę Alzheimera) Dementia (incl. Alzheimer's disease)	Chorobowość okresowa Period prevalence	147,3	92,2	198,9
Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane używaniem alkoholu Mental and behavioural disorders due to use of alcohol (incl. alcohol dependence)	Chorobowość okresowa Period prevalence	160,2	261,0	65,5
Schizofrenia, zaburzenia schizotypowe i urojeniowe Schizophrenia, schizotypal and delusional disorders	Chorobowość okresowa Period prevalence	80,7	78,7	82,5
Depresja i inne zaburzenia nastroju (afektywne) Depression and other affective disorders	Chorobowość okresowa Period prevalence	329,1	189,4	460,2
Zaburzenia lękowe Anxiety disorders	Chorobowość okresowa Period prevalence	187,5	107,8	262,2
Choroba Parkinsona Parkinson's disease	Chorobowość okresowa Period prevalence	64,6	56,1	72,5
Stwardnienie rozsiane Multiple sclerosis	Chorobowość okresowa Period prevalence	17,0	10,7	22,9
Padaczka, stan padaczkowy Epilepsy	Chorobowość okresowa Period prevalence	158,8	190,1	128,8
Nadciśnienie tętnicze Hypertensive diseases	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	276,2	283,6	268,3
	Chorobowość okresowa Period prevalence	2 618,0	2 371,3	2 846,9
Choroba niedokrwienna serca Ischaemic heart diseases	Chorobowość okresowa Period prevalence	830,2	781,4	875,6
Ostry zawał mięśnia sercowego, ponowny zawał serca Acute myocardial infarction	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	24,1	31,2	17,5
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	21,9	28,4	15,9
Niewydolność serca Heart failure	Chorobowość okresowa Period prevalence	363,5	325,2	399,5
Udar mózgu Stroke	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	37,2	37,1	37,3
Choroby naczyń mózgowych Cerebrovascular diseases	Chorobowość okresowa Period prevalence	342,6	288,2	393,6
Zapalenie płuc Pneumonia	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	152,8	159,3	146,7

Tablica 21. Surowe współczynniki zachorowalności i chorobowości na 10 tys. ludności według płci w 2016 r. (cd.)

Table 21. Crude rates of incidence and prevalence per 10 thousand population in 2016 (cont.)

Nazwa choroby lub grupy chorób Disease or group title	Współczynnik Measure	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female
Asthma oskrzelowa, stan astmatyczny Asthma	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	103,4	100,4	106,2
	Chorobowość okresowa Period prevalence	570,8	544,8	595,1
Przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych inne niż astma (włączając przewlekłe obturacyjne choroby płuc) Chronic lower respiratory diseases other than asthma (incl. COPD)	Chorobowość okresowa Period prevalence	418,3	431,9	405,5
Inne przewlekłe obturacyjne choroby płuc Chronic obstructive pulmonary disease (COPD)	Chorobowość okresowa Period prevalence	251,1	272,9	230,5
Alkoholowa choroba wątroby Alcoholic liver disease	Chorobowość okresowa Period prevalence	23,0	37,2	9,6
Choroby wątroby inne niż alkoholowa Diseases of liver other than alcoholic	Chorobowość okresowa Period prevalence	168,6	178,0	159,8
Choroby wątroby Diseases of liver	Chorobowość okresowa Period prevalence	182,3	200,9	164,8
Reumatoidalne zapalenie stawów Rheumatoid arthritis	Chorobowość okresowa Period prevalence	110,4	53,0	164,2
Choroby zwyrodnieniowe stawów Arthrosis	Chorobowość okresowa Period prevalence	1 293,6	883,7	1 678,2
Osteoporoza Osteoporosis	Chorobowość okresowa Period prevalence	138,8	33,3	237,8
Niewydolność nerek Renal failure	Chorobowość okresowa Period prevalence	127,3	121,6	132,6
Kamica moczowa Urolithiasis	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	74,3	73,5	75,1
Uraz śródczaszkowy Intracranial injury	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	12,6	16,8	8,6
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	12,1	16,1	8,4
Złamanie kości udowej Fracture of femur	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	13,1	9,0	16,9
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	11,9	8,2	15,3

Tablica 21. Surowe współczynniki zachorowalności i chorobowości na 10 tys. ludności według płci w 2016 r. (dok.)

Table 21. Crude rates of incidence and prevalence per 10 thousand population in 2016 (cont.)

Nazwa choroby lub grupy chorób Disease or group title	Współczynnik Measure	Ogółem Total	Mężczyźni Male	Kobiety Female
Wypadki komunikacyjne w transporcie lądowym Land transport accidents	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	16,5	19,4	13,7
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	16,3	19,1	13,6
Upadki Accidental falls	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	38,8	41,9	35,8
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	35,2	37,9	32,7
Zamierzone samouszkodzenie (włączając zamach samobójczy) Intentional self-harm (incl. suicidal attempt)	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	5,8	8,3	3,4
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	5,4	7,8	3,1
Powikłania opieki medycznej i chirurgicznej Complications of medical and surgical care	Zachorowalność obliczana dla epizodu choroby Incidence by episode	1,8	1,8	1,8
	Zachorowalność obliczana dla osoby Incidence by person	1,7	1,7	1,8

Kompleksowa obserwacja statystyczna stanu zdrowia ludności jest niezwykle trudna i skomplikowana. Duży wpływ na opracowane statystyki zachorowalności ma jakość danych sprawozdawanych przez świadczących do NFZ celem rozliczania wykonanych świadczeń zdrowotnych. Istotnym, brakującym elementem jest brak źródeł danych o pacjentach leczonych poza publicznym systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Zaprezentowane wyniki mają charakter statystyk eksperymentalnych znajdujących się w fazie rozwoju, które zostały opracowane w nowatorski sposób z nowym podejściem metodologicznym i zastosowaniem eksperymentalnych metod. Ich przygotowanie wymaga ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NFZ, CeZ i NIZP PZH-PIB) i podejmowania rozwiązań, które umożliwiłyby łączenie i analizę danych pochodzących z różnych źródeł. Wyniki projektu będą wykorzystane w kolejnych latach do wdrożenia regularnego opracowywania porównywalnych danych o zachorowalności potwierdzonej diagnozą medyczną w krajach Unii Europejskiej.

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)¹¹³. Źródłem uzupełniającym są dane administracyjne i opracowania zbiorcze pozyskane z instytucji działających w obszarze opieki zdrowotnej oraz dane pochodzące z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, przeprowadzonego w 2019 roku.

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 i teleporadach udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentyistów w przychodniach, a także w ramach praktyk lekarskich. Sprawozdawczością obejmuje się podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, zarówno w miastach, jak i na wsi. Dane na temat liczby porad gromadzone są z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów.

W badaniu pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (ZD-4) gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego ujętych w planach wojewodów, w tym o szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach wyjazdowych wraz z danymi na temat kadry medycznej w nich pracującej, a także dane o wyjazdach do nagłych wypadków w miejscu ich zdarzenia, 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 obejmuje również dane dotyczące wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego, izb przyjęć, szpitalnych oddziałów ratunkowych i centrów urazowych pozyskane od z Systemu Wspomagania Dowodzenia

¹¹³ Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, począwszy od 2012 r., objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz dane dotyczące działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego pozyskane z systemu administracyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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. W niniejszej publikacji przedstawiono także wybrane zagadnienia z Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS), przeprowadzonego w 2019 roku.

Dane o pracownikach medycznych, stacjonarnej opiece zdrowotnej – szpitalach i zakładach 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-88, MZ-88A i MZ-89, MSWiA-29, MSWiA-30 (m.in. informacje o posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego, o pracownikach medycznych pracujących przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, w NFZ oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny, a także o pracownikach posiadających specjalizacje medyczne), MZ-42, MSWiA-44 i MSWiA-46 (krwiodawstwo).

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

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest Roczne sprawozdanie z całodobowej opieki psychiatrycznej w 2020 r. opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ-30.

Dane dotyczące krwiodawstwa dostarcza Narodowe Centrum Krwi. 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 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 Roczного sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) i Roczного 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 Tablica 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 1 000 i 10 000 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 leczniczej¹¹⁴.

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, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną 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,
- jednostki wojskowe – 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 zarejestrowane¹¹⁵ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4)

¹¹⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 711).

¹¹⁵ Według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.

wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki zawodowej i kod zawodu lekarza/lekarza dentystry nadanego w procesie rejestracji podmiotu leczniczego.

Przy tworzeniu operatów do badań ZD-2 i ZD-3 wykorzystano również dane z systemów informacyjnych NFZ o świadczeniodawcach realizujących świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych, a w przypadku badania ZD-4 – dane z systemów informacyjnych wojewodów w zakresie ratownictwa medycznego, według stanu na dzień 31 grudnia 2020 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 2020 r. poz. 1845).

Badanie EHIS realizowane jest przez kraje członkowskie zgodnie z zaleceniami Eurostatu, dotyczącymi zakresu tematycznego oraz zastosowanych narzędzi badawczych. Europejski System Statystyki Zdrowia zakłada pełne wdrożenie wszystkich modułów EHIS we wszystkich krajach członkowskich UE oraz cykliczne powtarzanie badania, co ujęto w prawie wspólnotowym. Realizacja badania EHIS 2019 stanowi wykonanie zadań określonych w Rozporządzenie Komisji (UE) 2018/255 z dnia 19 lutego 2018 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1338/2008 w odniesieniu do statystyk na podstawie Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia (EHIS). Podstawą prawną badania EHIS w Polsce była ponadto ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz. U. z 1995 r. Nr 88, poz. 439 wraz z późniejszymi zmianami) oraz rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 14 września 2018 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2019 (Dz. U. poz. 2103).

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.

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 i teleporad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystry: udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, 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 zdrowotnej¹¹⁶. 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 ustawą¹¹⁷ 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 31 grudnia 2020 r.).

¹¹⁶ Ustawa z dnia 25 maja 2017 r. 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).

¹¹⁷ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 1977).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte badaniami ZD-2, ZD-3, ZD-5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu¹¹⁸ Ministra Infrastruktury.

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

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

Prezentowane w aneksie tabelarycznym 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: przewlekłe somatycznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie. Dane nie obejmują łóżek w zakładach o profilu psychiatrycznym.

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

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

Liczba szpitali dotyczy zakładów leczniczych albo wydzielonych jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych (filii), w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i 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 (Tablice 16 i 17) razem z działalnością szpitali dziennych (jednego dnia).

¹¹⁸ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1065).

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 rozporządzeniu¹¹⁹ 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.

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 lecznictwa uzdrowiskowego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej¹²⁰ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych¹²¹.

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 (7 400), działających w trybie ambulatoryjnym, które zarejestrowały łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zgodnie z ustawą¹²², 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 2020 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 i 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 2020 był trzecim rokiem, w którym dyspozytorzy medyczni prowadzili dokumentację statystyczną w postaci elektronicznej. Opracowanie danych dotyczących charakterystyki interwencji ZRM za cały rok 2020 nie stwarzało więc większych problemów urzędom wojewodów w porównaniu z latami poprzednimi. 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, co mogło zdarzać się w latach poprzednich 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.

119 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).

120 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 711).

121 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1301).

122 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 2053).

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.

Od kilku lat rachunki te sporządzane są według metodologii SHA 2011¹²³, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych - w roku 2015 (dane za 2013 r.) na podstawie umowy dżentelmeńskiej, natomiast od roku 2016 - zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) z 2015 r.¹²⁴

Narodowy Rachunek Zdrowia sporządzany jest co roku za rok T-2. Rachunek zestawiany jest według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (International Classification for Health Accounts) i ujmowany w czterech tablicach (HCxHF, HPxHF, HCxHP i HFxFS), które są przekazywane, łącznie z uwagami metodologicznymi, do OECD, Eurostatu i WHO.

Wydatki poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia są prezentowane w trzech podstawowych przekrojach: HF (schematów finansowania), HC (funkcji opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawców). Dodatkowa tablica dotyczy przekroju HFxFS i zawiera informacje na temat powiązania schematów finansowania z rodzajami przychodów do nich trafiających.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia są corocznie uzupełniane o wstępne szacunki dotyczące schematów finansowania za rok T-1.

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. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Wykorzystywane są również wyniki innych badań realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i dostępne źródła informacji, służące głównie do oszacowania wydatków prywatnych.

Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii, wyniki NRZ za lata 2013–2020 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.

Szacunkowe porównanie potencjalnych przeliczeń agregatów pomiędzy metodologiami SHA 1.0 i SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
HF1	HF1
HF2	HF2
	HF3

¹²³ Do roku 2014 Narodowy Rachunek Zdrowia był sporządzany na podstawie metodologii SHA 1.0. i przekazywany do OECD, Eurostatu i WHO w oparciu o umowę dżentelmeńską. 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 międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele GUS czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania. Od roku 2015 – dane za 2013 r., zgodnie z Rozporządzeniem Komisji, Narodowy Rachunek Zdrowia jest opracowywany według metodologii SHA 2011.

¹²⁴ 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.

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

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

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: Eurostatu, 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.

Metodologia wyliczania nakładów na ochronę zdrowia przez Ministerstwo Zdrowia określona jest ściśle w art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) i nie jest powiązana z metodologią SHA 2011, według której opracowywany jest Narodowy Rachunek Zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy, na finansowanie ochrony zdrowia, przeznacza się corocznie środki w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023, nie może być niższa niż:

- 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.
- 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.
- 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.
- 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

Powyższe limity, zgodnie z ust. 4 art. 131c tej ustawy, są uwzględniane przez Radę Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym.

Punkt odniesienia wartości produktu krajowego brutto jest wskazany w art. 131c ust. 2 ustawy, zgodnie z którym wartość produktu krajowego brutto jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na dzień 31 sierpnia. Przedmiotowe obwieszczenie wydawane jest do 15 maja danego roku za rok poprzedni. Tym samym, przy planowaniu nakładów na ochronę zdrowia na rok następny, zgodnie z ustawą, Rada Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym uwzględnia tę wartość PKB, która jest dostępna dla roku N-2 w stosunku do roku N, którego dotyczy ustawa budżetowa. Dodatkowo ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa również ścisły katalog wydatków lub kosztów, które wlicza się do nakładów na ochronę zdrowia.

Katalog ten obejmuje:

- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa;
- 3) koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem wydatków budżetowych, o których mowa w punktach 1 i 2, środków finansowych, o których mowa w art. 97 ust. 13 oraz środków z Funduszu Medycznego, przekazywanych do Funduszu;
- 4) odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9, ujęty w planie finansowym Funduszu;
- 5) koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych;
- 6) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych;
- 7) koszty realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;
- 8) odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹²⁵ – 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 pacjenta¹²⁶.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹²⁷ są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń:

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

¹²⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1373).

¹²⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 711).

¹²⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1373).

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 farmaceutyczne¹²⁸.

Dysponent jednostki – podmiot leczniczy albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹²⁹.

Dyspozytornia medyczna – komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych¹³⁰.

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 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 lecznicze¹³¹.

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 ustawy¹³².

128 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).

129 Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2021 poz. 2053).

130 Ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego z dnia 22 listopada 2013 (Dz. U. 2021 poz. 268).

131 Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2021 poz. 1749).

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

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.

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 pielęgowania i rehabilitacji, od chwili przyjęcia pacjenta do chwili jego wypisu albo zgonu (czas liczony od chwili wpisania 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 prawnych¹³³.

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 przyległych¹³⁴.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem¹³⁵.

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 negatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy¹³⁶ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

¹³³ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 537).

¹³⁴ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, art. 16 (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 537).

¹³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 grudnia 2011 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystry (Dz. U. 2011 Nr 274 poz. 1627).

¹³⁶ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2020.1320 z późn. zm.).

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą¹³⁷ – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

Niepełnosprawność biologiczna – subiektywna ocena respondenta, dotycząca ograniczeń w wykonywaniu codziennych czynności (poważnych lub niezbyt poważnych), trwających przynajmniej 6 miesięcy¹³⁸.

Niepełnosprawność według kryterium statystycznego – uwzględnia osoby niesprawne biologicznie, ale wyłącznie w stopniu poważnym, a także osoby niepełnosprawne prawnie (posiadające orzeczenie o niepełnosprawności).

Opieka paliatywna i hospicyjna – Wszechstronna i całościowa forma opieki sprawowana nad pacjentem chorym na nieuleczalną chorobę oraz jego rodziną, mająca na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania służą zapobieganiu cierpienia, niesieniu ulgi, leczeniu bólu i innych objawów somatycznych oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów, wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

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.

Ośrodek leczenia odwykowego – zakład leczniczy prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, zarówno w trybie całodobowym jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od alkoholu.

Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (razem z MONAR) – zakład leczniczy podmiotu leczniczego prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, działający zarówno w trybie całodobowym, jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol.

Pacjent stacjonarny – osoba formalnie przyjęta na leczenie lub pod opiekę, do szpitala lub innego stacjonarnego zakładu leczniczego, pozostająca w nim na minimum jedną noc lub dłużej niż 24 godziny.

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 zdrowia¹³⁹.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹⁴⁰.

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.

¹³⁷ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2021 poz. 2053).

¹³⁸ W III turze badania EHS z 2019 roku zastosowano dwa pytania, mające odniesienie do niepełnosprawności biologicznej: B3. Czy z powodu problemów zdrowotnych ma Pan/Pani ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie ludzie zwykle wykonują?

1. Tak, poważnie ograniczoną

2. Tak, ograniczoną, ale niezbyt poważnie

3. Nie, nie mam żadnych ograniczeń

B4. Czy ta ograniczona zdolność trwa co najmniej 6 ostatnich miesięcy?

1. Tak

2. Nie

¹³⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 576).

¹⁴⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2019 poz. 1373).

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 leczniczą¹⁴¹.

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.

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy¹⁴² mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentystów, 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 dentysta 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).

Szpital psychiatryczny – zakład leczniczy podmiotu leczniczego wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, prowadzący przynajmniej jeden oddział całodobowej opieki psychiatrycznej.

141 Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 711).

142 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).

Stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej – zakład leczniczy/jednostka organizacyjna zakładu leczniczego/komórka zakładu leczniczego w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą polegającą w szczególności na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

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. Szpitalny oddział ratunkowy może powstać w placówkach, w których znajduje się co najmniej: oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chirurgii dziecięcej – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, oddział chorób wewnętrznych, oddział pediatrii – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej¹⁴³.

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

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

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

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

Teleporada – to porada medyczna lub psychologiczna realizowana na odległość z wykorzystaniem połączenia telefonicznego lub innych systemów teleinformatycznych.

¹⁴³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2048).

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

- 1) posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- 2) posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;
- 3) na jego obszarze znajdują się zakłady leczenia uzdrowiskowego i urządzenia leczenia uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia leczenia 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.

Wypisani pacjenci – pacjenci, którzy opuścili zakład leczniczy (np. szpital) po przebyciu leczenia w trybie stacjonarnym. W liczbie tej nie uwzględnia się osób zmarłych.

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 leczenia 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 leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą¹⁴⁴ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Zakład opiekuńczo-leczniczy – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia te mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym¹⁴⁵ 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. Zespół ratownictwa medyczna jest wyposażony w środek transportu sanitarnego spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. 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 pojazdami¹⁴⁶.

144 Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2020 r. poz. 1662).

145 Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

146 Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2021 poz. 1212).

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 Statistics Poland as well as by the ministries (Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration)¹⁴⁷. Complementary sources include administrative data and aggregate studies obtained from health care institutions and data from the European Health Interview Survey conducted in 2019.

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 and teleconsultations 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.

In the survey of emergency relief and medical rescue (ZD-4) there are collected, among others, data on the number of medical rescue units included in the plans of voivodes, including emergency departments and rescue teams together with data on medical staff working in them, as well as data on trips to emergencies at the place of their occurrence and the number of people to whom health services were provided at the place of the accident. This survey also includes the number of services provided on an outpatient basis in the emergency room and in the hospital emergency department, as well as the inpatient activity of the hospital emergency department. The scope of information on the medical rescue system also includes data on departures of medical rescue teams, emergency rooms, hospital emergency wards and trauma centers obtained from the Command Support System for Polish Emergency Medical Services and data on the activity of air medical rescue teams obtained from the administrative system of the Air Rescue Service.

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).

¹⁴⁷ The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

The data on the incidence of selected diseases presented in this report has been derived from the reports and registers of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information: MZ-14 (venereal diseases), MZ-15 (mental disorders and behavioural disorders, addiction to alcohol and drugs), MZ-56 (infectious diseases) and data from the National Cancer Registry and the National Tuberculosis Registry. This publication also presents selected issues from the 2019 European Health Interview Survey (EHIS).

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-88, MZ-88A, MZ-89, MSWiA-29 and MSWiA-30 (inter alia medical personnel working with patients and employed within the government and local self-government administration, the National Health Fund personnel, persons employed in higher education institutions training medical staff and specialists), MZ-30 (psychiatric facilities), and MZ-42, MSWiA-44 and MSWiA-46 (blood donation).

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

The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2020, 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 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 Table 9 and 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 (1 000 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 Activities¹⁴⁸.

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 Activity¹⁴⁹ 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 registered¹⁵⁰ 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).

¹⁴⁸ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

¹⁴⁹ Act of 10 June 2016 amending the Act on Health Care Activities (Journal of Laws 2016 item 960).

¹⁵⁰ As of 31 December 2020.

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 2020).

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 2020 item 1845).

The EHIS is implemented by the member states in accordance with the Eurostat recommendations concerning the thematic scope and the research tools used. The European Statistical Systems assumes full implementation of all EHIS modules in all EU Member States and cyclical repetition of the survey, which is included in the Community law. The realization of the EHIS 2019 survey is the implementation of the tasks defined in Commission Regulation (EU) 2018/255 of 19 February 2018 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council as regards statistics based on the European Health Interview Survey (EHIS). In addition, the legal basis for the EHIS survey in Poland was the Act of 29 June 1995 on public statistics, Journal of Laws 1995 No. 88 item 439, and the Regulation of the Council of Ministers of 14 September 2018 on the program of public statistical research for 2019 (Journal of Laws, item 2103).

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 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 and teleconsultations 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 services¹⁵¹. 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 Act¹⁵² 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 2020).

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 Regulation¹⁵³.

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).

¹⁵¹ 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).

¹⁵² Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2021 item 1977).

¹⁵³ The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2019 item 1065).

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 (e.g. dentists).

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in its wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) specialised hospitals (HP.1.3) and other inpatient entities i.e. 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 (Table 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 Regulation¹⁵⁴ 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).

¹⁵⁴ 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).

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 Activities¹⁵⁵, as well as the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas¹⁵⁶.

Inpatient rehabilitation facilities examined in the ZD-2 study are institutions which were registered using a code of specialty (7 400) and also registered beds and conduct inpatients activity.

Pursuant to the Act¹⁵⁷ 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 2020, 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 and 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. The system allows, among others, the generation of cross-sectional statistics and analysis on the time of arrival of medical rescue teams to the scene of an incident. The year 2020 was the third year in which medical dispatchers kept statistical records in electronic form. Thus, the development of data on the characteristics of emergency medical service (EMT, in Polish: ZRM) interventions for the entire year 2020 did not pose major problems for the offices of voivodes compared to previous years. As a result, the data presented in this publication about the time of arrival at the scene of the event, the number of trips justified or not, are no longer estimates, which could have happened in previous years, 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.

The System of Health Accounts is an international tool for the analysis of health care expenditures, which captures them in a comprehensive manner that ensures comparability across countries. The National Health Accounts (NRZ) enable a systematic description of financial flows related to the consumption of health care goods and services. They aim to describe the health care system from an expenditure perspective.

155 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

156 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 2020 item 1662).

157 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws of 2021 item 2053).

For several years, these accounts have been produced according to the SHA 2011 methodology¹⁵⁸, under which information on health care expenditures is reported to international organizations – in 2015 (data for 2013) under the gentlemen's agreement, and from 2016 under the 2015 Commission (EU) Regulation¹⁵⁹.

The National Health Account is prepared annually for year T-2. The account is compiled according to the International Classification for Health Accounts (ICHA) expenditure classification and captured in four tables (HCxHF, HPxHF, HCxHP and HFxFS), which are transmitted, together with methodological remarks, to the OECD, Eurostat and WHO.

Expenditure on health and health care is presented in three basic cross sections: HF (financing schemes), HC (health care functions), and HP (providers). An additional table relates to the HFxFS cross-section and provides information on the relationship between financing schemes and the types of revenues going to them.

The results of the National Health Account are updated annually with preliminary estimates of funding patterns for the T-1 year.

The sources of information for the NRZ on public expenditure (HF.1), which consists of government schemes, compulsory – contributory insurance schemes, include administrative systems of institutions that collect data on health expenditure, i.e. the Ministry of Health, the National Health Fund, the Social Insurance Institution, the Agricultural Social Insurance Fund, the Ministry of Interior and Administration, the Ministry of National Defense, the Ministry of Justice, the Ministry of Family and Social Policy. The results of other surveys carried out under the program of surveys of public statistics and available sources of information, used mainly for estimating private expenditures, are also used.

Due to the aforementioned change in methodology, the NRZ results for 2013-2020 should not be directly compared to accounts published in previous years. Only selected aggregates can be analyzed, at a high level of generality, of the account produced according to SHA 2011 with respect to SHA 1.0.

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)

¹⁵⁸ Until 2014, the National Health Account was produced on the basis of the SHA 1.0 methodology and submitted to the OECD, Eurostat and WHO based on a gentlemen's agreement. The process of compiling SHA 2011 began in 2007 as a collaborative effort between experts from the OECD, WHO and Eurostat under the joint name of the International Health Accounts Team (IHAT). The manual, prepared by the Team, was subject to detailed and extensive consultations aimed at collecting opinions of international experts and international organizations from all over the world. Representatives of Statistics Poland actively participated in the development of the new SHA methodology during subsequent stages of its development. From 2015 – data for 2013, in accordance with the Commission Regulation, the National Health Account is compiled according to the SHA 2011 methodology.

¹⁵⁹ Commission Regulation (EU) 2015/359 of 4 March 2015 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council as regards statistics on healthcare expenditure and financing.

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

It is important to keep in mind that health care systems all over the world are evolving, often undergoing complex organizational changes, and financing systems are also changing, which requires systematic adjustment of health accounts to these changes, which are supervised on an international scale by an expert team composed of representatives of: Eurostat, OECD and WHO – IHAT. Therefore, every year, if necessary, countries revise previously elaborated accounts in order to bring data to the best possible international comparability. The methodology for calculating health care expenditures by the Ministry of Health is strictly defined in Article 131c of the Act on health care benefits financed from public funds of 27 August 2004 (Journal of Laws of 2021 item 1285) and is not related to the methodology of SHA 2011, according to which the National Health Account is developed.

Pursuant to the provisions of the Act, there shall be appropriated annually for the financing of health care an amount not less than 6% of the gross domestic product, provided that the amount of funds appropriated for the financing of health care from 2018 to 2023, shall not be less than:

- 1) 4.78% of gross domestic product in 2018
- 2) 4.86% of gross domestic product in 2019
- 3) 5.03% of gross domestic product in 2020
- 4) 5.30% of gross domestic product in 2021
- 5) 5.55% of gross domestic product in 2022
- 6) 5.80% of gross domestic product in 2023.

These limits, in accordance with paragraph 4 of Article 131c of this Act, are taken into account by the Council of Ministers in draft budget laws or draft laws on budget provisions.

The reference point for the value of the gross domestic product is indicated in Article 131c(2) of the Act, according to which the value of the gross domestic product is determined on the basis of the value specified in the announcement of the President of Statistics Poland issued pursuant to Article 5 of the Act of 26 October 2000 on the method of calculating the value of the annual gross domestic product as at 31 August. This announcement is issued by May 15 of a given year for the previous year. Thus, when planning outlays on health care for the following year, in accordance with the Act, the Council of Ministers, in draft budget laws or draft laws on budget provision, takes into account that value of GDP which is available for year N-2 in relation to year N to which the budget law refers. In addition, the Law on health care services financed from public funds, also defines a strict catalog of expenses or costs that are included in health care outlays.

The catalog includes:

- 1) budgetary expenditure in the part of the state budget at the disposal of the minister responsible for health matters;
- 2) budget expenditures in the "health care" section in other parts of the state budget;
- 3) costs of the National Health Fund included in the financial plan of the Fund excluding budgetary expenditures referred to in points 1 and 2, financial resources referred to in Art. 97 par. 13 and resources from the Medical Fund transferred to the Fund;
- 4) the estreat for the Agency for Health Technology Assessment and Tarification, referred to in Art. 31t sections 5–9, included in the financial plan of the Fund;
- 5) costs related to the implementation of postgraduate internships of doctors and dentists and of specializations of doctors, dentists, nurses and midwives;
- 6) costs included in the financial plan of the Gambling Problem Solving Fund, referred to in Article 88 of the Gambling Act of 19 November 2009;
- 7) the costs of implementing the government programs referred to in Article 7(1) of the Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund with regard to health support for persons with disabilities;
- 8) the estreat for the Medical Research Agency referred to in Art. 97 par. 3e, included in the Fund's financial plan.

3. BASIC DEFINITIONS

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act¹⁶⁰.

Addiction recovery center – a medical facility of medical entity conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24-hour basis, as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

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.

Biological disability – respondent's subjective assessment of limitations in performing daily activities (severe or not very severe) lasting at least 6 months¹⁶¹.

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.

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.

Detoxification center – a medical facility conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24-hour as well as on a day and /or hostel basis, where most people are treated for alcohol addiction.

Disability by statistical criterion – includes people who are biologically disabled, but only severely disabled, as well as people who are legally disabled (with a disability certificate).

Discharged patients – patients who left the treatment facility (e.g. hospital) after inpatient treatment. This number does not include deceased patients.

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 area¹⁶².

160 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2021 item 2053).

161 Two questions were used in Round 3 of the 2019 EHS with reference to biological disability: B3. Do you have a limited ability to do the things people usually do because of health problems?

1. Yes, severely limited
2. Yes, limited but not severely
3. No, I do not have any limitations

B4. Has this limited capacity lasted for at least the last 6 months?

1. Yes
2. No

162 as above.

Doctor specialist, dentist – a doctor (dentist) holding grade II specialization or title of a specialist in the relevant field of medicine in accordance with Art. 16 par. 2 of the Act¹⁶³, and the regulation¹⁶⁴.

Drug treatment center – an inpatient facility that operates substance abuse treatment and therapy units, either on a 24-hour basis or on a day and/or hostel basis, where the majority of individuals are treated for alcohol dependence.

Emergency rescue teams – pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services¹⁶⁵, 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;

The medical rescue team shall be equipped with a means of sanitary transport fulfilling technical and quality features specified in the Polish Standards transposing the European harmonized standards. 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 drivers¹⁶⁶.

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 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 Law¹⁶⁷ 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.

¹⁶³ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2019 item 537).

¹⁶⁴ Regulation of the Minister of Health of 8 December 2011 r. on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws item 1627).

¹⁶⁵ The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2021 item 2053).

¹⁶⁶ The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws 2021 item 1212, with subsequent amendments)

¹⁶⁷ 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 2020 item 1662).

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. A hospital emergency department can be established in facilities which have at least: a general surgery department with a trauma section, a pediatric surgery department – for hospitals providing health care services for children, an internal medicine department, a pediatrics department – for hospitals providing health care services for children, an anesthesiology and intensive therapy department, an imaging diagnostic laboratory¹⁶⁸.

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.

Inpatient – a person formally admitted for treatment or care, to a hospital or other inpatient treatment facility, and who remains there for a minimum of one night or more than 24 hours.

Inpatient medical rehabilitation facility – a medical facility/organizational unit of a medical facility/cell of a medical facility in which a medical entity carries out therapeutic activity consisting in particular in improvement activities that serve to preserve, restore and improve health.

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,

¹⁶⁸ Regulation of the Minister of Health of 27 June 2019 on the hospital emergency department (uniform text Journal of Laws 2021 item 2048).

light therapy – a light-based treatment method using e.g. lamps, generating mainly infra-red light (sollux) or ultra-violet light (quartz lamps), or the combined light of both radiation types,

kinesiotherapy – a treatment method involving exercise, such as healing gymnastics, both local and general. Local kinesiotherapy refers directly to the compromised organ, while general kinesiotherapy consists of exercising the non-compromised parts of the body,

mineral baths – healing baths prepared in tubs or pools filled with healing water, with the addition of various types of brine, accompanied by simultaneous physical exercises,

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

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

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

Medical dispatch center – an organizational unit of a voivodship office indicated in the voivodship plan of action of the system, created to receive and handle emergency calls transmitted from emergency notification centers, to receive notifications about events and to perform tasks by medical dispatchers¹⁶⁹.

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 services¹⁷⁰.

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 Act¹⁷¹, 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 Act¹⁷².

169 The Act of 22 November 2013 on the Emergency Notification System (uniform text Journal of Laws of 2021 item 268).

170 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives (uniform text Journal of Laws of 2019 item 576).

171 Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 2020.1320.

172 Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2019.1175.

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 products¹⁷³.

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 Act¹⁷⁴ – 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 residence¹⁷⁵.

Palliative and hospice care – a comprehensive and holistic form of care provided to patients with terminal illness and their families to improve the quality of life of patients and their loved ones coping with the daily problems associated with a progressive, often incurable disease. Activities undertaken serve to prevent suffering, provide relief, treat pain and other somatic symptoms and help with problem solving, along with support for the patient's family.

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 pharmacy¹⁷⁶.

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 forms¹⁷⁷.

The place of occurrence – in accordance with the Act¹⁷⁸ 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.

173 The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 (uniform text Journal of Laws of 2021 item 1749).

174 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2019 item 1373).

175 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

176 The Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2021 item 1977).

177 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).

178 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2021 item 2053).

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 care¹⁷⁹.

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 care¹⁸⁰.

Psychiatric hospital – a medical institution of a medical entity conducting therapeutic activity in the type of hospital benefits, leading at least one department of 24-hour psychiatric care.

Register of medical practices is run by the Regional Medical Chamber appropriate to the place of practice. Prior to commencement of any activity, a doctor or a dentist is obliged to obtain the relevant entry into the register of economic activities, and, in the case of a specialist practice, to hold a specialist degree in the medical field corresponding to the type and scope of medical services performed. Authority keeping the register deletes the practice from the register if the doctor submits a statement on the cessation of the activity covered by the entry. The register is a part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the Act on Health Care Activities.

The register of nurses and midwives practices is run by the by the Regional Medical Chamber of nurses and midwives appropriate to the place of practice. The register is part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the Act on Health Care Activities.

Specialised out-patient services financed from public funds¹⁸¹ 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),

179 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).

180 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

181 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2019 item 1373).

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.

Substance Abuse Rehabilitation Center (together with MONAR) – an inpatient facility of an inpatient entity that operates substance abuse treatment and therapy units, operating on both a 24-hour and day and/or hostel basis, where the majority of individuals are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

Teleconsultation – medical or psychological consultation provided remotely using a telephone connection or other ICT systems.

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).

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.