



**ZDROWIE
I OCHRONA ZDROWIA
W 2014 R.**

**HEALTH
AND HEALTH CARE
IN 2014**

Opracowanie publikacji
Preparation of the publication

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

Redakcja merytoryczna
editor

Małgorzata Żyra

zespół
team

Departament Badań Społecznych i Warunków
Życia, GUS:

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

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

Instytut Medycyny Pracy:
Mariola Wojda (p. 2.7)

Projekt okładki
Cover design

Lidia Motrenko-Makuch

Druk i oprawa
Print and binding

Zakład Wydawnictw Statystycznych
Statistical Publishing Establishment

ISSN 2084-0470

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

PRZEDMOWA

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

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

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

Uwagi metodyczne obejmują określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej w 2014 r., będącej źródłem danych prezentowanych w części tabelarycznej.

Komentarz analityczny stanowi syntetyczny opis danych dotyczących stanu zdrowia jak również zjawisk obserwowanych w zasobach kadrowych i materialnych opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy on też wydatków publicznych na opiekę zdrowotną oraz wydatków publicznych i prywatnych na ochronę zdrowia zestawionych w Narodowym Rachunku Zdrowia. Po raz pierwszy Narodowy Rachunek Zdrowia sporządzony został według nowej metodologii SHA 2011, Tak więc wyniki Rachunku nie są w pełni porównywalne z poprzednimi okresami. W komentarzu analitycznym zamieszczono ponadto syntetyczną informację o opiece medycznej nad osobami starszymi.

W części tabelarycznej, na płycie CD zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, a także informacje o liczbie i działalności zakładów ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych oraz o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia, w tym wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla 2013 r.

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

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

Zastępca Dyrektora
Departamentu Badań Społecznych
i Warunków Życia
Małgorzata Żyra

INTRODUCTION

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

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

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

The methodological notes contain terms and definitions used in the 2014 statistical reporting which is the main source of data presented in the tables.

The analytical commentary gives a concise description of data concerning health status of the population as well as remarks on phenomena observed in human resources (medical staff) and infrastructure (hospitals, clinics, pharmacies etc.). Similarly to the previous publication, this elaboration covers also public expenditure on healthcare as well as public and private expenditure on healthcare included in National Health Accounts. For the first time the National Health Account was compiled according to the new methodology of SHA 2011, so the results are not fully comparable with previous periods. Additionally the commentary provides a synthetic information on medical care of the elderly.

The tables on CD present basic statistics on the health status of the Polish population, data on medical staff, number and activities of out-patient and in-patient health care institutions, blood donations, emergency services, generally available pharmacies and pharmacy outlets, nurseries, as well as statistics on public expenditure on health care including the results of the National Health Accounts developed for 2013.

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

Tables referring to health care institutions are mainly based on the results of surveys carried out by the Central Statistical Office but also on statistics provided by the Ministry of Health and Ministry of Interior Affairs (medical staff, hospitals, long-term care), National Institute of Public Health (incidence of diseases and hospital discharges), Institute of Psychiatry and Neurology (mental care institutions), Institute of Oncology, Institute of Hematology and Transfusion Medicine (blood donations), Nofer Institute of Occupational Medicine, National Blood Centre, National Fund for the Rehabilitation of Disabled – PFRON and by data obtained from voivodes. Data in the tables on the state budget and local self-government expenditures on healthcare are based on the data collected by the Ministry of Finance.

Deputy Director of Social Surveys
And Living Conditions Department
Małgorzata Żyra

	Nr	Str.
Przedmowa	x	3
CZĘŚĆ I. UWAGI METODYCZNE	x	21
1. Źródła danych statystycznych	x	22
2. Podstawowe wyjaśnienia metodyczne.....	x	25
3. Podstawowe definicje.....	x	33
CZĘŚĆ II. WYNIKI BADAŃ – SYNTEZA	x	57
1. Stan zdrowia	x	58
1.1. Zachorowalność na wybrane choroby	x	58
2. Opieka zdrowotna	x	67
2.1. Kadra medyczna	x	67
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna.....	x	76
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	x	105
2.4. Ratownictwo medyczne	x	115
2.5. Krwiodawstwo	x	127
2.6. Apteki.....	x	129
2.7. Służba medycyny pracy w 2013 r.....	x	133
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	x	139
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia.....	x	139
3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną.....	x	146
4. Wybrane problemy	x	149
4.1. Opieka medyczna nad osobami starszymi	x	149
 SPIS WYKRESÓW		
Częstość leczenia szpitalnego według wieku i płci w 2013 r. (na 10 tys. osób danej płci)	1	63
Częstość leczenia szpitalnego, po wyeliminowaniu pobytów związanych z ciążą, porodem lub położeniem według wieku i płci w 2013 r. (na 10 tys. osób danej płci).....	2	64
Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza denty, pielęgniarki, położnej w latach 2003-2014.	3	67
Liczba absolwentów wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2014.....	4	68

	Nr	Str.
Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	5	69
Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	6	69
Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku	7	70
Lekarze i pielęgniarki pracujący bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. ludności według województw.....	8	71
Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys. ludności	9	72
Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w 2014 r.....	10	73
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	11	74
Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców, według województw	12	75
Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach według województw (stan w dniu 31 XII).....	13	76
Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. ludności oraz liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)	14	77
Struktura łóżek w szpitalach ogólnych w 2014 r. według rodzajów oddziałów (stan w dniu 31 XII)	15	78
Łóżka w wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2012 r. i 2014 r. (stan w dniu 31 XII)	16	79
Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych według województw w latach 2013 - 2014	17	80
Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w latach 2013 - 2014	18	81
Pacjenci leczeni na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2012 r. i 2014 r.....	19	83
Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2014 r.....	20	84
Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale w 2014 r.....	21	85
Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych i wykorzystanie łóżek w szpitalach w 2014 r...	22	85
Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2014 r (stan w dniu 31 XII).....	23	87
Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2014 r (stan w dniu 31 XII)	24	89
Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2014 r.	25	90
Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2014 r	26	90
Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu w 2013 r. (stan w dniu 31 XII).....	27	91
Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2014.....	28	93
Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2014	29	93
Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2014.....	30	96
Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2014 r. (w %).....	31	100
Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2014 r. (w %).....	32	101

	Nr	Str.
Przychodnie w latach 2005 – 2013.....	33	105
Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001 - 2014.....	34	106
Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2014 r.	35	106
Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005 – 2014.....	36	107
Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady w latach 2000 – 2014.....	37	108
Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad.....	38	108
Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2014 r.....	39	110
Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. ludności w 2014 r. według województw	40	111
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca według województw	41	112
Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2014 r.....	42	117
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2014 r.....	43	118
Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2014 r	44	119
Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw w 2014 r.....	45	120
Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2012 - 2014 według rodzajów świadczeń	46	124
Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni (w tysiącach.).....	47	124
Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2014 r	48	125
Krwiodawcy według płci i wieku w 2014 r (w tysiącach).....	49	127
Krwiodawcy według województw w 2014 r.	50	128
Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny w latach 2000-2014.....	51	130
Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych.....	52	131
Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2014.	53	132
Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2014.....	54	133
Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań profilaktycznych według wymogów kwalifikacyjnych w 2014 r.....	55	134
Liczba profilaktycznych badań lekarskich według rodzaju w latach.2012 - 2014	56	135
Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2010 - 2014.	57	136
Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2010-2014	58	136
Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami o etiologii zawodowej w liczbie zabiegów rehabilitacyjnych ogółem w womp wg województw w 2014.....	59	138

	Nr	Str.
Schemat sporządzania Narodowego Rachunku Zdrowia dla Polski według SHA 1.0 „krok po kroku”	60	139
Schemat sporządzania Narodowego Rachunku Zdrowia dla Polski według SHA 2011 „krok po kroku”	61	140
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według schematów finansowania w 2013 roku	62	142
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według funkcji w 2013 r.	63	144
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2013 r.	64	145
Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2014 r.	65	146
Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ.....	66	146
Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2014 r.	67	148
Dynamika porad ambulatoryjnych udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej według województw w 2014 r. (2010=100).....	68	151
Struktura specjalistycznych porad lekarskich udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej w wybranych poradniach w 2014 r.	69	152
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom w wieku 65 lat i więcej na 1 mieszkańca w tym wieku według województw w 2014 roku	70	153
Odsetek pacjentów 65 lat i więcej, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej, według miejsca zdarzenia w 2014 r.	71	154
Osoby w wieku 65 lat i więcej korzystające z ratownictwa medycznego na 1 tys. ludności w tym wieku, według województw w 2014 r.	72	156
Pacjenci w wieku 65 lat i więcej leczeni na oddziałach w szpitalach ogólnych i średnia liczba dni i ich pobytu w latach 2010 - 2013	73	158
Średnia liczba dni pobytu i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach geriatrycznych według województw w 2014 r.	74	160
Łóżka i liczba pacjentów w wieku w wieku 65 lat i więcej w zakładach opieki długoterminowej według województw w 2014 r.	75	161
Odsetek pacjentów w wieku 65 lat i więcej w zakładach opieki długoterminowej według grup wieku i województw w 2014 r.	76	162
Mieszkańcy i miejsca w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w latach 2010-2014.	77	163
Odsetek mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej według grup wieku w latach 2011-2014	78	163
Mieszkańcy stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej według województw	79	165
Odsetek mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej według grup wieku i województw w 2014 r.	80	166
Odsetek kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i średnia liczba dni pobytu tych pacjentów według województw w 2014 r.	81	167
Odsetek pacjentów w wieku 65 lat i więcej leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według form finansowania leczenia w 2014 r.	82	168
Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry w województw w 2014 r.	83	169

	Nr	Str.
SPIS MAP		
Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2012 r. (na 100 tys. ludności)	1	61
Studenci na kierunku pielęgniarstwie według powiatów	2	73
Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności.....	3	92
Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności.....	4	92
Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności.....	5	95
Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej.....	6	95
Obszary uzdrowiskowe w Polsce	7	97
Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie według województw w 2014 r.	8	98
Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów	9	99
Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów.....	10	114
Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów.....	11	114
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw	12	116
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności	13	118
Liczba rejonów operacyjnych oraz mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia w 2014 r.	14	121
Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w 2014 (w %)	15	122
Krwiodawcy według województw	16	129
Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny według powiatów	17	129

CZĘŚĆ III. TABLICE WYNIKOWE (na załączonej płycie CD)

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne w 2014 r.....	1	x
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę w 2014 r.	2	x
Zachorowania na choroby weneryczne w 2014 r.	3	x
Zachorowania na nowotwory złośliwe według rozpoznania w 2012 r.	4	x
Osoby zarejestrowane w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji według rozpoznania w 2013 r.....	5	x
Wskaźniki hospitalizacji według diagnoz i grup wieku w 2013 r. (na 10 tys. ludności)	6	x
Wskaźniki hospitalizacji mężczyzn według diagnoz i grup wieku w 2013 r. (na 10 tys. mężczyzn).	7	x

	Nr	Str.
Wskaźniki hospitalizacji kobiet według diagnoz i grup wieku w 2013 r. (na 10 tys. kobiet)	8	x
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw	9	x
Pracownicy medyczni według województw w 2014 r.	10	x
Lekarze specjaliści w 2014 r.	11	x
Łóżka w stacjonarnej opiece zdrowotnej według klasyfikacji dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia ICHA-HP	12	x
Szpitala ogólne według organu tworzącego w 2014 r.	13	x
Szpitala ogólne według województw	14	x
Łóżka, inkubatory, noworodki żywo i martwo urodzone w szpitalach ogólnych według województw	15	x
Stanowiska porodowe i przyjęte porody według województw	16	x
Wypisani i zmarli w szpitalach ogólnych według województw	17	x
Zabiegi operacyjne w szpitalach ogólnych według województw	18	x
Stanowiska dializacyjne w szpitalach ogólnych według województw	19	x
Miejsca dzienne i leczenia w trybie dziennym w szpitalach ogólnych a) według województw	20	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych	21	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie dolnośląskim	22	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim	23	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie lubelskim	24	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie lubuskim	25	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie łódzkim	26	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim	27	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim	28	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie opolskim	29	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie podkarpackim	30	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie podlaskim	31	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie pomorskim	32	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie śląskim	33	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie świętokrzyskim	34	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie warmińsko-mazurskim	35	x
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie wielkopolskim	36	x

	Nr	Str.
Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w województwie zachodniopomorskim	37	x
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw	38	x
Hospicja i oddziały opieki paliatywnej według województw	39	x
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw	40	x
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw	41	x
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	41a	x
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	41b	x
Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw	42	x
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw	43	x
Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	44	x
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	45	x
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw.....	46	x
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw	47	x
Osoby korzystające z dofinansowania PFRON do turnusów rehabilitacyjnych	48	x
Przychodnie według województw	49	x
Praktyki lekarskie według województw	50	x
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	51	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw	52	x
Specjalistyczne porady lekarskie i stomatologiczne według województw	53	x
Porady udzielone w ramach praktyk lekarskich w miastach według województw.....	54	x
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw	55	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw	56	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi według województw	57	x
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi według województw.....	58	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw	58	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw c.d.....	60	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw	61	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi według województw	62	x

	Nr	Str.
Jednostki podstawowe służby medycyny pracy według województw	63	x
Lekarze uprawnieni do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi według województw	64	x
Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy według województw.....	65	x
Badania wstępne, okresowe i kontrolne	66	x
Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza w związku z patologią zawodową według województw	67	x
Działalność konsultacyjna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	68	x
Działalność kontrolna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw	69	x
Działalność odwoławcza wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw.....	70	x
Krwiodawstwo według województw.....	71	x
Apteki i punkty apteczne według województw	72	x
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw	73	x
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejsca zdarzenia według województw	74	x
Pomoc doraźna ratownictwa medycznego według województw.....	75	x
Wydatki powiązane z ochroną zdrowia w latach 2012 - 2013	76	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł	77	x
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2013 r. Według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł	78	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług - w mln zł (na podstawie narodowego rachunku zdrowia)	79	x
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2013 i 2014 r	80	x
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w latach 2013-2014	81	x
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych według województw w 2014 r.	82	x
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2013 i 2014 r.	83	x

Contents

	Nr	Str.
Introduction	x	4
PART I. METHODOLOGICAL NOTES	x	41
1.1. Sources of statistical data	x	41
1.2. Basic methodological explanations	x	43
1.3. Basic definitions	x	50
PART II. ANALYTICAL COMMENTARY	x	57
1. Health status	x	58
1.1 Incidence of selected diseases	x	58
2. Health care	x	67
2.1. Medical personnel	x	67
2.2. In-patient health care	x	76
2.3. Out-patient health care	x	105
2.4. Emergency medical services	x	115
2.5. Blood donation	x	127
2.6. Pharmacies	x	129
2.7. Occupational medicine in 2013.	x	133
3. Economic aspects of health care	x	139
3.1 National Health Accounts	x	139
3.2. Public expenditure on health care	x	146
4. Selected problems	x	149
4.1. Medical care for the elderly	x	149

	Nr	Str.
DIAGRAMS		
Frequency of hospitalization by age and sex in 2013 (per 10 thous. persons by given sex)	1	63
Frequency of hospitalization excluding stays related to pregnancy, childbirth and the puerperium by age and sex in 2013 (per 10 thous. persons by given sex).....	2	64
Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2003-2014	3	67
Number of graduates in selected fields of medical universities in Poland, 1995-2014	4	68
Doctors entitled to perform their profession – the age structure	5	69
Dentists entitled to perform their profession – the age structure.....	6	69
Nurses entitled to perform their profession – the age structure.....	7	70
Doctors and nurses working per directly to the patient 10 thousand population by voivodeships	8	71
Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) per 10 thousand population by specialization	9	72
The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2014.....	10	73
Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	11	74
Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population by voivodeships.....	12	75
Number of general hospitals and hospital beds by voivodships (as of 31 XII)	13	76
Number of general hospitals per 100 thous. population and number of hospital beds in general hospitals per 10 thous. population by voivodships in 2014 (as of 31 XII)	14	77
The structure of beds in general hospitals by type of wards in 2014 (as of 31 XII)	15	78
The hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2012 and 2014.....	16	79
Inpatients in general hospitals by voivodships in 2013-2014.....	17	80
Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships in 2013-2014.....	18	81
Number of patients treated in particular types of hospital wards of general hospitals in 2012 and 2014	19	83
Beds and number of impatiens per one bed hospital wards in 2014.....	20	84
Average patient stay in hospital wards by types of wards in 2014.....	21	85
Average patient stay in hospital wards and usage of beds by voivodships in 2014.....	22	85
Structure of beds of inpatient psychiatric facilities in 2014.....	23	87
Age structure of patients in facilities of inpatient long term care (including hospices and paliative wards) in 2014.....	24	89
Age structure of females in facilities of inpatient long term care (ncluding hospices and paliative wards) in 2014.....	25	90

	Nr	Str.
Age structure of males in facilities of inpatient long term care (ncluding hospices and paliative wards) in 2014.....	26	90
Beds in inpatient long-term care facilities by type of facility in 2014 (in %).....	27	91
Beds nad residents of nursing homes, 2005-2014	28	93
Beds nad residents of chronic medical care homes, 2005-2014	29	93
Beds nad residents of hospices, 2005-2014.....	30	96
Services provided in health resort facilities in 2014 (in %).....	31	100
The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2013 (in%)	32	101
Out-Patient Departments in 2005-2014.....	33	105
Medical and stomatological practices providing health services	34	106
Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2014..	35	106
Out-Patient and Doctors' consultations provided in 2005 - 2014	36	107
Medical Practices and Doctors' consultations provided in 2000 - 2014.....	37	108
Structure of out-patient health care consultations.....	38	108
Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2014	39	110
Number of out-tpatient (in department including and doctor practices) on 10 thousand population by voivodeships in 2014.....	40	111
Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodeships.....	41	112
Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodeships in 2014.....	42	117
Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2014.	43	118
Persons who received health care services by the occurrence place of in 2014.....	44	119
Structure of calls to the occurrence places by voivodships in 2014.....	45	120
Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided in 2012 - 2014.....	46	124
Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics	47	124
Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age in 2014.....	48	125
Blood donors by sex and age in 2014.....	49	127
Blood donors by voivodeships in 2014	50	128
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet in 2000-2014 (in thous.).....	51	130
Facilities for the disabled in public pharmacist	52	131

	Nr	Str.
Employed in public pharmacies and pharmaceutical outlets in 2014.	53	132
Structure of primary occupational medicine service units in 2014.....	54	133
The structure of physicians authorized to perform prophylactic occupational health care, according to qualifying requirements in 2014.....	55	134
Number of prophylactic medical examinations by type in years 2012-2014	56	135
Dynamics of change of the number of sampled establishments and workposts and recorded cases of suspected occupational diseases in 2010-2014	57	136
Number of contracts concluded by employers with the basic units smp in 2010-2014.....	58	136
Share of rehabilitation services related with work-related pathologies in total number of rehabilitation services in regional occupational medicine centers by voivodships.....	59	138
"Step by step" schematic diagram of National Health Account for Poland according to SHA 1.0.....	60	139
"Step by step" schematic diagram of National Health Account for Poland according to SHA 2011.....	61	140
Current expenditure on health care in 2013 by financing schemes	62	142
Current expenditure on health care in 2013, by function	63	144
Current expenditure on health care in 2013 by providers.....	64	145
The structure of public expenditure on health care in 2014.....	65	146
Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund.....	66	146
Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2014.....	67	148
Dynamics of out-patient health care consultations provided to patients aged 65 and above by voivodships in 2014 (2010=100).....	68	151
Structure of specialized doctor's consultations provided to patients aged 65 and above in selected clinics in 2014.	69	152
Doctor's consultations provided in out – patient health care to patients aged 65 and above per 1 person at this age by voivodships in 2014.....	70	153
Percentage of patients aged 65 and above receiving health services provided by the emergency rescue teams by place of occurrence in 2014.....	71	154
Individuals aged 65 years and above using medical emergency services per thousand persons at this age by voivodships in 2014	72	156
Patients aged 65 and above treated in hospitals wards of general hospitals and average length of their stay in 2010 - 2013	73	158
Average length of stay and number of inpatients per one bed on hospital geriatric wards by voivodships in 2014	74	160
Beds and patients aged 65 and above in long term care facilities by voivodships in 2014.....	75	161
Percentage of patients aged 65 and above in long term care facilities by age groups and voivodships in 2014	76	162
Inhabitants and beds in inpatient social welfare facilities in 2010-2014	77	163

	Nr	Str.
Percentage of the inhabitants of inpatient social welfare facilities aged 65 and above by age groups in 2011 - 2014.....	78	163
Inhabitants of inpatient social welfare facilities aged 65 and above by voivodships.....	79	165
Percentage of inhabitants aged 65 and above in inpatient social welfare facilities by age groups and voivodships in 2014	80	166
Percentage of patients aged 65 and above receiving in-patient treatment in health resort facilities and average length of stay by voivodships in 2014	81	167
Percentage of patients aged 65 and above receiving in-patient treatment in health resort facilities by type of financing in 2014	82	168
Number of geriatricians by voivodships in 2014	83	169
MAPS		
New cases of malignant neoplasms in 2012 per 100 thous. population.....	1	61
Students majoring in nursing by of poviats	2	73
Beds in long term care facilities per 10 thous. population.....	3	92
Patients in long term care facilities per 10 thous. population	4	92
Beds in hospices and palliative care wards	5	95
Patients in hospices and palliative care wards	6	95
The location of the health resorts areas	7	97
Health resort beds and number of inpatients by voivodships in 2014.	8	98
Number of in-patients in health resort hospitals and sanatorias by poviats	9	99
Number of inhabitants per 1 entity of ambulatory health care by poviats	10	114
Number of outpatient consultations per capita by powiats	11	114
Emergency medical care by voivodships	12	116
Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population.	13	118
The number of operational areas, and the median time to reach ZRM the occurrence places in 2014 r.....	14	121
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 2014 (in %)	15	122
Blood donors by voivodeship.....	16	129
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet by poviats.....	17	129
PART 3. TABLES (on the CD)		
Incidence of infectious diseases and poisonings in 2014.....	1	x
New cases of tuberculosis in 2014	2	x

	Nr	Str.
Incidence of venereal diseases in 2014.....	3	x
Incidence of malignant neoplasms by site in 2012.....	4	x
Persons registered in out-patient clinics for patients with mental disorders, addicted to alcohol and drug in 2013.....	5	x
Hospital discharges by diagnosis and groups of age in 2013 (per 10000 inhabitants).....	6	x
Hospital discharges of males by diagnosis and groups of age in 2013 (per 10000 males)	7	x
Hospital discharges of females by diagnosis and groups of age in 2013 (per 10000 females)	8	x
Medical personnel entitled to practise medical profession by voivodeships	9	x
Medical personnel by voivodeships in 2014	10	x
Doctors specialists 2014.....	11	x
Beds in inpatient health care by classification of providers of goods and services icha-hp.....	12	x
General hospitals by kind of establishment in 2014.....	13	x
General hospitals by voivodships.....	14	x
Beds, incubators and newborns in general hospitals by voivodeships.....	15	x
Delivery units and deliveries in general hospitals by voivodships	16	x
Discharges and deaths in general hospitals by voivodeships.....	17	x
Surgical services in general hospitals by voivodeships	18	x
Dialysis units in general hospitals by voivodeships	19	x
Day care places and outpatients in general hospitals by voivodships.....	20	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals	21	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in dolnośląskie voivodship	22	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in kujawsko-pomorskie voivodship	23	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubelskie voivodship.....	24	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubuskie voivodship.....	25	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in łódzkie voivodship.....	26	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in małopolskie voivodship.....	27	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in mazowieckie voivodship	28	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in opolskie voivodship.....	29	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podkarpackie voivodship.....	30	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podlaskie voivodship	31	x

	Nr	Str.
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in pomorskie voivodship.....	32	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in śląskie voivodship	33	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in świętokrzyskie voivodship	34	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in warmińsko-mazurskie voivodship	35	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in wielkopolskie voivodship	36	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in zachodniopomorskie voivodship	37	x
Inpatient psychiatric facilities by voivodships	38	x
Hospices and paliative care wards by voivodships.....	39	x
Chronic medical care homes and nursing homes by voivodships.....	40	x
Age structure of residents of long term care facilities by voivodships	41	x
Age structure of female residents of long term care facilities by voivodeships	41a	x
Age structure of male residents of long term care facilities by voivodeships.....	41b	x
Health resort facilities by voivodeships.....	42	x
Activity of health resort facilities by voivodeships	43	x
Patients in health resort facilities by voivodships.....	44	x
Services in health resort facilities by voivodeships	45	x
Inpatients subsidized by nfz, zus, krus and pfron who were in health resort facilities by voivodeships.....	46	x
Inpatient rehabilitation facilities by voivodships	47	x
Inpatients subsidized to rehabilitation stay by pfron	48	x
Out-patient departments by voivodships	49	x
Medical practices by voivodeships.....	50	x
Consultations provided in ambulatory health care in urban and rural areas by voivodeships	51	x
Consultations provided in primary health care in urban and rural areas by voivodeships	52	x
Specialized doctors and dentists consultations by voivodeships	53	x
Consultations provided within doctors' practices in urban areas by voivodeships.....	54	x
Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodeships.....	55	x
Consultations provided in primary health care in urban areas by voivodeships.....	56	x
Consultations provided in primary health care in rural areas by voivodeships	57	x
Consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodeships	58	x

	Nr	Str.
Specialized doctors consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodships	59	x
Specialized doctors consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodships (cont.)	60	x
Specialized dentists consultations by voivodships	61	x
Specialized dentists consultations in urban and rural areas by voivodeships	62	x
Primary occupational medicine service units by voivodships	63	x
Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care by voivodships	64	x
Medical certification activities of occupational medicine physicians by voivodeships	65	x
Pre-employment, periodic and control medical examinations.....	66	x
Outpatient medical rehabilitation in relation to occupational pathology by voivodeships	67	x
Consultancy activity of regional occupational medicine centers	68	x
Control activity of regional occupational medicine centers by voivodeships	69	x
Appeal activity of regional occupational medicine centers by voivodeships	70	x
Blood donation by voivodeships	71	x
Pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodeships	72	x
Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by voivodeships.....	73	x
Persons who received health care benefits in the place of occurrence by voivodeships	74	x
Emergency health care units by voivodeships	75	x
Public and private health care expenditure, 2012 - 2013.....	76	x
Expenditures on health care in 2013 by function and financing schemes – in mln pln (result of the national health account)	77	x
Current expenditure on health care in 2013 by providers and financing schemes in mln pln	78	x
Expenditure on health care in 2013 by function and providers – in mln pln (result of the national health account)	79	x
Costs of health care services for the insured population covered by national health fund, 2013 and 2014	80	x
State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2013 and 2014.....	81	x
Local self-government budget expenditure on health care by voivodships, 2014	82	x
Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2013 and 2014.....	83	x

CZEŚĆ 1

Part 1

UWAGI METODYCZNE

Notes on methodology

1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

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

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

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

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

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

W badaniu pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (ZD-4) gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego ujętych w planach wojewodów, w tym o szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach wyjazdowych wraz z danymi na temat kadry medycznej w nich pracującej, a także dane o wyjazdach do nagłych wypadków w miejscu ich zdarzenia,

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

jak też o liczbie osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu wypadku. Badanie to obejmuje także liczbę świadczeń udzielonych ambulatoryjnie w izbie przyjęć oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także działalność stacjonarną szpitalnego oddziału ratunkowego. Zakres informacji o systemie ratownictwa medycznego poszerzony został o dane pozyskane od wojewodów, opracowane na podstawie wojewódzkich planów działania systemu.

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

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

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

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

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest *Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2014 r.* opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie formularza MZ-30.

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

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

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

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

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

Dane w tablicach, mapach i wykresach dotyczą roku 2014, chyba że podano inaczej. Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu na 1 mieszkańca (1000 ludności itp.) danych według stanu w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 XII, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. hospitalizacje, leczeni) — według stanu w dniu 30 VI.

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

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

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

Ustawa o działalności leczniczej w zasadzie zachowała wszystkie formy udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, wprowadziła natomiast nowe nazewnictwo oraz klasyfikację podmiotów, które

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

udzielają świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzą działalność leczniczą). Wszystkie podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych, zostały określone mianem podmiotów wykonujących działalność leczniczą. *Ustawa o działalności leczniczej* wprowadziła jednocześnie, inaczej niż *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej*, podział wszystkich podmiotów wykonujących działalność leczniczą na dwie kategorie, tj. podmioty lecznicze oraz praktyki zawodowe. Podmiotami leczniczymi - zgodnie z *ustawą* – są:

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

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć:

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

Do najistotniejszych zmian, jakie wprowadziła *ustawa o działalności leczniczej*, zaliczyć należy ustawowe rozróżnienie terminów: podmiot leczniczy oraz przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego. Na gruncie *ustawy o zakładach opieki zdrowotnej* ustawodawca nie czynił rozróżnienia między podmiotem prowadzącym przedsiębiorstwo, w którym udziela się świadczeń zdrowotnych, a samym przedsiębiorstwem. Posługiwał się on jedynie pojęciem zakładu opieki zdrowotnej zdefiniowanym, jako wyodrębniony organizacyjnie zespół osób i środków majątkowych, przy czym zakład opieki zdrowotnej nie był traktowany jako podmiot prawny, a mimo to w *ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* stroną umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej był nie podmiot leczniczy a właśnie zakład opieki zdrowotnej. Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej wyeliminowała te niezgodności. Ponadto *ustawa o działalności leczniczej* wprowadziła zmiany w obrębie klasyfikacji podmiotów leczniczych. Zrezygnowano z międzynarodowej klasyfikacji dostawców opieki zdrowotnej (HP) na rzecz trzech rodzajów działalności:

- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – szpitalne (szpital);
- stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne – inne niż szpitalne (np. zakłady opiekuńczo – lecznicze, zakłady pielęgnacyjno – opiekuńcze, zakłady rehabilitacji leczniczej, hospicja);
- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – np. przychodnie, ośrodki zdrowia, laboratoria, zakłady diagnostyczne.

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

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

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji objęto przedsiębiorstwa lub jednostki organizacyjne przedsiębiorstw podmiotów leczniczych zarejestrowane³ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów objętych badaniami (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III i V kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki lekarskiej i kod zawodu lekarza/lekarza 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 31.12.2014 r.

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

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

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

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

³ Według stanu na dzień 31.12.2013 r.

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej uwzględniono porady udzielone przez lekarzy i lekarzy dentyistów: porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej - porady udzielone w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, porady specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentyistów.

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 ustawą⁴ punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy powinny być usytuowane jedynie na terenach wiejskich.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestrów wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych (według stanu na dzień 31.12.2014 r.).

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

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

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

Dane o łóżkach w placówkach opieki stacjonarnej, przekazywane do instytucji międzynarodowych, dotyczą łącznej liczby łóżek w szpitalnictwie (HP.1) oraz opiece długoterminowej (HP.2) na terenie całej Polski, lecz nie uwzględniają podmiotów leczniczych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

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

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

Do łóżek szpitalnych (HP.1) zaliczane są łóżka w szpitalach ogólnych (HP.1.1), szpitalach psychiatrycznych (HP.1.2) oraz szpitalach specjalistycznych (HP.1.3), w tym w szpitalach uzdrowiskowych i sanatoriach. Uwzględniono tu wszystkie łóżka w szpitalu dostępne dla pacjenta, stale utrzymywane i obsługiwane przez personel medyczny. 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 w szpitalach wprowadzoną przez resort zdrowia w 2008r.

Do łóżek opieki długoterminowej (HP.2) zaliczane są łóżka dla osób wymagających trwałej opieki leczniczej i pielęgnacyjnej na skutek chronicznego upośledzenia oraz ograniczonej samodzielności w życiu codziennym, znajdujące się w zakładach zapewniających przede wszystkim opiekę długoterminową w połączeniu z pielęgnacją, nadzorem oraz innymi rodzajami opieki. Opieka ta może stanowić połączenie świadczeń socjalnych oraz usług zdrowotnych. Do tej kategorii zaliczono łóżka wszystkich typów zakładów opiekuńczych i domów opieki przeznaczonych na opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu ogólnego i psychiatrycznego, hospicja, w zakresie domów pomocy społecznej oddziały dla osób: przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, niepełnosprawnych fizycznie, niepełnosprawnych intelektualnie, w tym dla dzieci i młodzieży niepełnosprawnej intelektualnie).

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

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

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

Dane o szpitalach dotyczą wyłącznie zakładów, które wykazały przynajmniej jedno łóżko opieki stacjonarnej. Wyjątek stanowi Tabl. 18 – gdzie wraz z działalnością dzienną prowadzoną w szpitalach stacjonarnych została ujęta działalność szpitali dziennych (jednego dnia).

W części analitycznej dotyczącej szpitali ogólnych, w przypadkach zaznaczonych w tekście (dane ogółem dla kraju oraz dla woj. wielkopolskiego), dynamikę zmian liczby łóżek/pacjentów, wyliczono w oparciu o dane z 2012 r. w związku z niepełną kompletnością danych w 2013r.

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

Rodzaje oddziałów szpitalnych w szpitalach ogólnych grupowane są według kodów oddziałów opublikowanych w rozporządzeniu⁶ Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych.

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

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

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

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

Zgodnie z ustawą⁹ jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są:

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

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

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

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

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

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

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

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

W tym rachunku wydatki są prezentowane według trzech wymiarów: funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), świadczeniodawców dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP) oraz według schematów finansowania ochrony zdrowia (ICHA-HF)¹⁰.

Schematy finansowania opieki zdrowotnej (ICHA – HF)

Kod ICHA	Schematy finansowania
HF.1	Programy rządowe i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne
HF.1.1	Programy rządowe
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
HC.R	<i>FUNKCJE POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA</i>
HC.R.1	Długoterminowa opieka (socjalna)

¹⁰ Klasyfikacja ICHA-HF według SHA2011 oznacza schematy finansowania ochrony zdrowia, natomiast w SHA 1.0 oznaczała płatników w ochronie 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

Płatnicy (ICHA-FA)

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.5	Zagranica

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna - według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹¹ - udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹².

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

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- dermatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- w zakresie badań dawców narządów,
- 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 oraz weteranów - w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania.

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

¹¹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

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

¹³ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

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

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

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

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

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

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi: instytut naukowo-badawczy, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego ds. wewnętrznych. Krwiodawstwo uregulowane jest *ustawą o publicznej służbie krwi*¹⁵.

Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy – podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami), stanowiące podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny. Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy określa art. 2 pkt. 2 ust. 1 ustawy¹⁶.

Krwiodawstwo jest akcją społeczną mającą na celu dobrowolne pozyskiwanie krwi od osób zdrowych na rzecz osób wymagających transfuzji krwi (np. podczas operacji chirurgicznych) lub do produkcji preparatów krwiopochodnych. Zasady pobierania krwi, oddzielenia jej składników, przechowywania i obrotu, a także organizację Publicznej Służby Krwi reguluje ustawa¹⁵.

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.

Lekarz – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych¹⁷.

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

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

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

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

Lekarz dentysta (do 31 maja 2004 r. lekarz stomatolog) – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentysty i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń określonych w definicji lekarza (p. 13), w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych¹⁸.

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

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

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

Łóżko – łóżko umieszczone na stałe w sali chorych z pełnym wyposażeniem, zajęte przez pacjenta lub przygotowane na jego przyjęcie.

Medycyna pracy – teoretyczna i praktyczna dziedzina medycyny, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy i sposobów wykonywania pracy na stan zdrowia pracujących, oraz minimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy²² pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

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

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

¹⁸ j.w .

¹⁹ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

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

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

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

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

kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub w określonej dziedzinie medycyny.

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

Pielęgniarka – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia²⁴.

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

Położna – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem²⁴.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego lub praktyka zawodowa, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub żłobek. Do grupy pracujących bezpośrednio z pacjentem zalicza się osoby wykonujące zawody medyczne w domach pomocy społecznej, w żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie zalicza się natomiast osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji 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 leczniczą²⁶.

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

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

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

²⁴ ibidem, str. 15.

²⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

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

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

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

Rejestry zawodowe – rejestry osób posiadających prawo do wykonywania zawodu medycznego prowadzone przez okręgowe i naczelne izby samorządu zawodowego: lekarzy i lekarzy dentyków, pielęgniarów i położnych, diagnostów laboratoryjnych, farmaceutów.

Rejestr praktyk lekarskich prowadzony jest przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Przed rozpoczęciem działalności lekarz i lekarz dentyśta musi uzyskać m.in. wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku praktyki specjalistycznej, posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreśleń z rejestru, jeżeli lekarz złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem. Rejestr ten stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

Rejestr praktyk pielęgniarów i położnych prowadzony jest przez okręgową radę pielęgniarów i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Rejestr stanowi część Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, a jego obsługą informatyczną zgodnie z wymogami ustawy o działalności leczniczej zajmuje się Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

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

Świadczenia szpitalne – wykonywane całą dobę kompleksowe świadczenia zdrowotne polegające na diagnozowaniu, leczeniu, pielęgnacji i rehabilitacji, które nie mogą być realizowane w ramach innych stacjonarnych i całodobowych świadczeń zdrowotnych lub ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych; świadczeniami szpitalnymi są także świadczenia udzielane z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin. Szpitale dzielimy na: szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne, szpitale uzdrowiskowe.

Szpitalny oddział ratunkowy – oddział szpitalny, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział ten może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego²⁷.

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

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

Zabiegi przyrodolecznicze:

kąpiele mineralne – są to kąpiele w wannach lub w basenach napełnionych wodą leczniczą, z równoczesnymi ćwiczeniami fizycznymi; do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki;

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

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

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

inhalacje, wziewanie – wprowadzenie leków lub składników naturalnych do układu oddechowego (górných dróg oddechowych i drzewa oskrzelowego), dzięki zastosowaniu urządzeń wytwarzających aerozole o różnym stopniu rozproszenia; wziewania mogą być indywidualne lub zbiorowe;

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

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

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

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

kinezyterapia - leczenie ruchem, gimnastyka lecznicza; dzieli się na miejscową i ogólną; kinezyterapia miejscowa - dotyczy bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo, natomiast kinezyterapia ogólna obejmuje ćwiczenia części ciała nie objętych chorobą;

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

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

Zgodnie z ustawą²⁸ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

Zakład opiekuńczo–leczniczy – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych i wyrobów medycznych, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia,

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

a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zakład pielęgnacyjno–opiekuńczy – przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia te mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i żywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie edukacji zdrowotnej dla pacjentów i członków ich rodzin oraz przygotowanie tych osób do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych.

Zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym²⁹ dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

W skład każdego z typów wyżej wymienionych zespołów wchodzi kierowca, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami³⁰.

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

³⁰ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2014, poz. 600, z późn.zm.).

PART I. METHODOLOGICAL NOTES

1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The essential results of surveys conducted according to the Programme of Statistical Surveys of Official Statistics serve as the basic source of information on health care units. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries³¹ (Ministry of Health, Ministry of National Defence, Ministry of Interior). The results are supplemented by administrative data and other information provided by the entities acting in the field of health care.

The following entities are surveyed through the regular reports: health resort facilities, sanatoria (questionnaire ZD-2), outpatient health care units (ZD-3), emergency medical service and first aid units (ZD-4), pharmacies and pharmaceutical outlets (ZD-5). Data on the medical staff working in stationary social welfare and in day nurseries and children's clubs come subsequently from PS-03 and OD-1 reports, and data on graduates of medical schools comes from report S-10.

The surveys on health care cover the above mentioned units operating on the territory of the country, irrespective of the form of financing and irrespective of the organisational subordination of the entity providing these services (i.e. the Ministry of Health, the Ministry of Defence, local self-government entities – voivodeships, powiats or gminas, as well as community organizations, churches, religious associations and medical practices providing services financed from public funds, etc.).

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

In the survey on outpatient treatment (ZD-3) information about the number of out – patients' departments, medical practices and consultations given by doctors and dentists in out – patients' departments and also in the framework of the medical practices are collected. Reporting includes primary and specialized out-patient health care, both in urban and rural areas. Data on the number of consultations are collected taking into account gender and age of the patients.

The survey on first aid and emergency medical service (questionnaire ZD-4) gathers the data on, i.a. the number of units within the system that are included in plans of voivodeship provincial governors together with data on the hospital emergency wards and emergency rescue teams together with the medical personnel employed, interventions in the occurrence places of emergency situations, and persons who were provided with health services at the place of occurrence. The survey covers also

³¹The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

the number of services provided to outpatients in admission rooms and in hospital emergency wards as well as the in-patient activity of hospital emergency wards. The scope of information has been extended by data obtained from voivodes, based on the voivodship programs of the system operation.

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

The data on the incidence of selected diseases presented in this report has been derived from the reports and registers of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information: MZ-14 (venereal diseases), MZ-15 (patients with mental disorders, addicted to alcohol and drugs), MZ-56 (infectious diseases) and data from the National Cancer Registry and the National Tuberculosis Registry.

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

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

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

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

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and

annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use SP (Year's results of the survey of companies) and SP-3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of *Households budgets survey* as well as module survey *Health care in households in 2013*.

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

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – unless otherwise stated – for the first time include not only health care units subordinated to the Ministry of Health but also health care units subordinated to the Ministry of National Defence, the Ministry of Interior and the Internal Security Agency; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care (including hospitals and health resort treatment) can't be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook. However, data presented in this publication still do not include information on prison health care.

The data in tables, maps and charts refer to the year 2014, unless otherwise stated. The numbers describing the health care system resources are given as of 31.12., while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year.

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

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

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

- health care facilities – public and private,

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

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

Act on Health Care Activities in principle retained all forms of providing healthcare services, but introduced new terminology and classification of entities that provide health care services. All entities that provide health care services are defined as entities engaged in medical activities. *Act on Health Care Activities* introduced simultaneously, unlike *the Act on health care facilities*, a division of all entities engaged in medical activities into two categories, namely medical entities and professional practices.

Medical entities – in accordance with *the Act* are included:

- entrepreneurs within the meaning of the Act on Freedom of Economic Activity,
- independent public health care providers,
- budget units comprising in their organizational structure out-patient clinics, out-patient clinics with infirmaries or primary care physician,
- research institutes,
- foundations and associations which statutory purpose is to perform tasks in the field of health care and which statute allows health care activities,
- churches, church legal persons and religious associations - to the extent to which these entities perform health care activities.

In turn, the professional practices include:

- professional practice performed by doctors,
- professional practice performed by nurses.

The most significant changes introduced by the *Act on Health Care Activities*, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity. In *Act on Health Care Activities* legislature did not make a distinction between the entity running company in which health services are provided and the company itself. Legislator used only the term health care facility defined as a separate organization team of people and assets, and what is important the health care facility has not been seen as a legal entity, and yet in *the Act on Health Care Services Financed from Public Funds*, contractor obliged to provision of health care was not health care entity but health care facility. *The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities* eliminated those contradictions. In addition, the Law on *Health Care Activities* introduced changes in the classification of medical entities.

Legislators resigned to use the International Classification of Health Care Providers (HP) instead they used the three types of activities:

- in-patient round-the-clock health care services – hospital (hospital);
- in-patient round-the-clock health care services – other than hospital (e.g. chronic medical care homes, nursing homes, rehabilitation facilities, hospices);
- out-patient health services – (e.g. out-patient departments, clinics, health centers, diagnostic laboratories, diagnostic facilities).

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

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

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered³³ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III and V of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine / dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

During creation of operators' to ZD-2 ZD-3 surveys there was also used data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the case study ZD-4 - data from information systems voivodeship governors of emergency medical services (as of 31.12.2014)

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

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

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

³³ As of 31.12.2012.

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

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

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

To create a list of pharmacies and pharmacy outlets surveyed in ZD-5, the information from the records of provincial pharmaceutical inspectorates was used (as of 31.12.2014).

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

Data on the medical personnel come from the Ministry of Health, Ministry of National Defence, Ministry of Interior and the CSO. Data on the medical staff working directly with the patient include those working in units in the health care sector and also in nurseries, children's clubs and social welfare facilities, when the provided work is recognized as the medical practising profession, regardless of the form of employment (self-employed, employment contract or civil legal contract). Each person should be counted only once, in the main workplace, defined on the basis of the declaration of the employee. Data concern working directly with a patient may be lower than the reality, especially in the area of private practice because of problems with the implementation of the reporting obligation. This applies particularly to occupations in which the main place of work is relatively frequently private practice (eg dentists).

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) on the terrain of Poland, excluding health care facilities located in prisons and established by the Ministry of Justice.

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

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

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) and other specialty hospitals (HP.1.3) i.a. health resort hospitals and sanatoria. According to definitions of OECD/Eurostat - hospital beds are all hospital beds which are regularly maintained and staffed and immediately available for the care of admitted patients. 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. The care provided can be a mix of health and social services. Beds in all types of nursing and residential care facilities (HP.2) dedicated to long term care are included (i.e. chronic medical care homes, nursing homes, hospices, social welfare facilities for chronically ill with somatic disorders, chronically mentally ill, physically handicapped, mentally retarded including children and young mentally retarded).

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

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

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

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

In part of analytical commentary devoted to general hospitals, in some cases pointed in the text, the dynamic of changes of hospital beds and patients is calculated regarding the data for 2012.

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

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

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

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

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

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

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

Pursuant to the *Act*³⁹ *on the State Emergency Medical*, the following units are classified within the system:

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

Trauma centers and organizational units of hospitals specialized in the provision of emergency health services cooperate with the state Emergency Medical System.

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence. The basis of the presented data in cross territorial location of the units taken, in some cases, other than the location of superior unit.

National Health Account (NHA) is a compilation of health expenditure according to ICHA (International Classification for Health Accounts) which is being developed in Poland since 2002, adhering to the common methodology of OECD, Eurostat and WHO. For the first time National Health Account for 2013 was developed according to the new methodology SHA2011. It was developed by

³⁶ Regulation of 17 May 2012 concerning the system of identification codes for health care facilities and detailed principles related to the use Journal of Laws of 2012 item. 594.

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

³⁸ The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas Journal of Laws of 2012, item 651, 742.

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

IHAT (International Health Accounts Team) consisting of representatives of the OECD, Eurostat and the WHO.

The financing agents (ICHA – HF)

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

Health care functions (ICHA – HC)

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

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

3. Basic definitions

Out-patient health care - according to the Act⁴⁰ - provision of health services by health care providers to patients not requiring treatment on a 24-hour or on a daytime basis.

Out-patient health services include the provision of primary health care, or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full-time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entites, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence⁴¹.

Specialised out-patient services financed from public funds⁴² are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required for services provided by:

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

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

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

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act⁴³.

⁴⁰ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds – Journal of Laws 2008 No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁴¹ The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

⁴² The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁴³ The Act on the State Medical Emergency System of 8 September 2006, Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments.

Hospice – health care institution providing multidisciplinary medical, psychological and social care over ill persons, in terminal stage of illness (mainly due to cancer), as well as care over the families of these ill persons.

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

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

Organisational units of public blood service: scientific research institutes, Regional Blood Donation and Treatment Centre, the Military Blood Donation and Treatment Centre, the Blood Donation and Treatment Centre established by the relevant the Minister of the Interior. Blood donation is regulated by the Act on Public Blood Service⁴⁴.

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 Act⁴⁵

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

Patients in health resort facilities – persons benefiting from treatment services on the basis of patient referrals or on basis of medical certificate on the lack of contraindications for health resort treatment.

A physician – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular of examining health state, diagnosing diseases and preventing them, treatment and rehabilitation of the sick, providing consultations, as well as issuing medical statements and opinions. The profession of doctor can be practised according to various legal forms⁴⁶.

⁴⁴ The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 Journal of Laws No. 106, item 681/1997, with subsequent amendments.

⁴⁵ Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2004, no. 125, pos. 1317 with subsequent amendments.

⁴⁶ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, consolidated text: Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments.

A dentist (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services specified in item 1, in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area⁴⁷.

Primary care physician – a physician specialized or in course of specializing in family medicine (GP) or specialized in general medicine (II^o) providing services within the framework of primary health care who has entered into a contract with National Health Fund to provide health care services or who is employed with, or performs the profession at the medical care provider with whom the National Health Fund has concluded a contract for providing primary health services⁴⁸.

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 Act⁴⁹, and the regulation⁵⁰.

The medical air rescue team consists of at least three people, including at least one professional pilot, one system doctor, and one rescue worker or a system nurse.

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

Occupational medicine - theoretical and practical field of medicine, which focuses on the examination of impact exerted by the work environment, and the way in which work is performed, on the health status of workers. Occupational medicine also focuses on the minimization of negative health effects of work through appropriate prevention activities. In accordance with the provisions of the Labour Code Act⁵¹, employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

The place of occurrence (in accordance with the Act⁵² is the place of occurrence of a situation posing an immediate health risk, and its area of impact.

Persons performing **medical professions** are persons who hold the right, in accordance with separate provisions, to provide health services, as well as persons who hold relevant documents confirming professional qualifications to provide medical services in a specified scope, or in a given branch of medicine.

Bed-days – total number of days of patient stay in a facility within the reporting period. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility.

⁴⁷ as above.

⁴⁸ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No 164, item 1027 with subsequent amendments.

⁴⁹ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, consolidated text: Journal of Laws of 2011 No. 277, item 1634 with subsequent amendments.

⁵⁰ Regulation of the Minister of Health of 8 December 2011 r. on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws No 274 item 1627).

⁵¹ Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 1998, no. 21, pos. 94 with subsequent amendments.

⁵² The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

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 services⁵³.

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 care⁵⁴.

A midwife – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope of nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services, connected with care over a pregnant woman, a childbearing woman, a woman lying-in and an infant²⁴

Working directly with the patient (performing health care activities) - persons whose main workplace is a public or non-public health care facility, a pharmacy, a pharmaceutical outlet, a stationary facility of social welfare or a practice. This group does not include persons for whom the main workplace is the National Health Fund, university or government entity or local government, the Ministry of Justice, as well as those working in the Social Insurance Institution, Agricultural Social Insurance Fund and in pharmaceutical companies, even if the work performed requires medical education. The methodology is consistent with international recommendations.

Professional practices of medical doctors, dentists, nurses or midwives – the form of practicing the profession in the framework of medical activities on the principles specified in the act and in separate regulations after entering the register of entities providing the health care⁵⁵.

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

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

Out-patient department - health centres, clinics, ambulatory departments and infirmaries, diagnostic facilities and medical diagnostic laboratories which provide primary health care or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation.

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

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.

⁵³The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, Journal of Laws of 2011, No. 174, item 1039.

²⁴ ibidem, p.15.

⁵⁴The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds, consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁵⁵The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

Register of medical practices is run by the Regional Medical Chamber appropriate to the place of practice. Prior to commencement of any activity, a doctor or a dentist is obliged to obtain the relevant entry into the register of economic activities, and, in the case of a specialist practice, to hold a specialist degree in the medical field corresponding to the type and scope of medical services performed. Authority keeping the register deletes the practice from the register if the doctor submits a statement on the cessation of the activity covered by the entry. The register is a part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the *Act on Health Care Activities*.

The register of nurses and midwives practices is run by the by the Regional Medical Chamber of nurses and midwives appropriate to the place of practice. The register is part of the Register of Entities Engaged in Medical Activities and its IT maintenance is run by Centre for Health Information Systems (a specialized unit established by the Minister of Health) in accordance with the requirements of the *Act on Health Care Activities*.

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

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

A hospital emergency ward – a hospital ward, which provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the vital signs of persons in crisis situation. This ward may have medical rescue teams in its structure⁵⁶.

The average number of beds – the total number of beds as of the end of each month, divided by 12, i.e. by the total number of months in the year.

Health care services are measures to maintain, save, restore and improve health and other medical interventions resulting from the treatment process and under separate provisions governing the rules of their exercise. These services include:

- doctor's examination and consultation,
- treatment,

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

- psychological examination and therapy,
- medical rehabilitation,
- care for women during pregnancy, childbirth and puerperium as well as for the foetus and the newborn child,
- care for healthy children,
- diagnostic tests including medical analytics,
- nursing services,
- care for the disabled,
- palliative and hospice care,
- adjudication and evaluation of health status,
- prevention of injuries and diseases through preventive measures and vaccination,
- technical activities in the field of prosthetics and orthodontics,
- activities in the field of orthopedic supplies and resources accordance with the law.

Health care services may be rendered by health care facilities, by natural persons performing medical professions, or by a group practice of doctors, nurses and midwives.

Natural treatments:

mineral baths – healing baths prepared in tubs or pools filled with healing water, with the addition of various types of brine, accompanied by simultaneous physical exercises;

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

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

inhalations – the application of medicines and natural substances directly to the respiratory system (to the upper respiratory tract and to the bronchia), using specific devices which produce aerosols with various degrees of dispersion. The inhalations may be individual or organised in groups,

cryotherapy – a therapy consisting of the exposure of the whole body to extremely low temperatures for a short time,

electrotherapy – a therapy consisting of the application of various healing currents. This includes such treatments as galvanisation, iontophoresis, interference currents, or diadynamic currents,

light therapy – a light-based treatment method using e.g. lamps, generating mainly infra-red light (sollux) or ultra-violet light (quartz lamps), or the combined light of both radiation types,

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

kinesiotherapy – a treatment method involving exercise, such as healing gymnastics, both local and general. Local kinesiotherapy refers directly to the compromised organ, while general kinesiotherapy consists of exercising the non-compromised parts of the body,

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

Spa therapeutics department - a company or enterprise or organizational unit cell performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical

activity. Spa treatment plant operates in the area of the spa, has been created in order to provide health benefits in the field of spa treatment or rehabilitation spa. According to the Law⁵⁷ spa treatment plants are spa hospitals, sanatoriums health resort, spa hospitals for children and health resort sanatoriums for children, health resort clinics, naturopathy, hospitals and sanatoriums in equipped underground mining.

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

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

Emergency rescue teams, pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services⁵⁸, are divided into:

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

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

Both teams also include a driver, in the event that no member of such a team fulfils the conditions referred to the Article 106, paragraph 1 of the Act on vehicle drivers⁵⁹.

⁵⁷The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas Journal of Laws of 2012, item 651, 742.

⁵⁸The Act on the National Emergency Medical Services of 8 September 2006 (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

⁵⁹The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws 2014, item. 600, with subsequent amendments).

CZEŚĆ 2

Part 2

WYNIKI BADAŃ - SYNTEZA

Results - Summary

1. STAN ZDROWIA

1.1 . ZACHOROWALNOŚĆ NA WYBRANE CHOROBY

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie społeczeństwa polskiego pochodzi ze stałych badań statystycznych resortu zdrowia. Zakres tematyczny tych badań dotyczy zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby oraz przyczyn hospitalizacji.

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

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2014 r.

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

W 2014 r. stwierdzono jedynie 13 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 1 przypadek mniej niż rok wcześniej. Zmniejszyła się nieznacznie liczba zachorowań na krztusiec – wykryto prawie 2,1 tys. przypadków, tj. o ponad 80 mniej niż w roku ubiegłym. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie kujawsko-pomorskim i łódzkim (12-14 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności), najrzadziej natomiast w województwie lubelskim, lubuskimi zachodniopomorskim (mniej niż 1 przypadek zachorowań na 100 tys. ludności).

W 2014 r. nieznacznie wzrosła liczba zachorowań na odrę – stwierdzono bowiem 110 przypadków, podczas gdy przed rokiem 84. Większość przypadków zachorowań (prawie 62%) stwierdzono wśród mieszkańców województwa wielkopolskiego (68 przypadków), mniej wśród mieszkańców województwa mazowieckiego i małopolskiego (odpowiednio 23 i 10 przypadków), zaś nieliczne lub tylko pojedyncze przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa śląskiego, łódzkiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego. W pozostałych 7 województwach odry nie stwierdzono.

Gwałtownie natomiast zmniejszyła się liczba zachorowań na różyczkę. W ciągu całego 2014 roku zarejestrowano 5,9 tys. zachorowań, tj. 7 – krotnie mniej niż przed rokiem. Większe ogniska chorobowe występowały przede wszystkim w województwie mazowieckim i śląskim (łącznie blisko 40% ogółu zachorowań w Polsce), a ponadto wielkopolskim i małopolskim (kolejne 20% ogółu zachorowań).

Nie odnotowano poprawy w częstości wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów. Gwałtownie (o blisko 80%) wzrosła liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu B – stwierdzono bowiem prawie 2,8 tys. przypadków, aż o 1/3 wzrosła również liczba zachorowań typu C (3,5 tys. nowych przypadków), wzrosła również o ponad połowę liczba zachorowań na WZW typu A. W ciągu 2014 r. stwierdzono bowiem 76 przypadków, podczas gdy przed rokiem tylko 48. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców śląskiego i kujawsko-pomorskiego, na 100 tys. ludności przypadało bowiem blisko 12 lub 15 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił 7 zachorowań na 100 tys. ludności.

W przypadku zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C stosunkowo najliczniej chorowali mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego, lubuskiego i łódzkiego – 15-17 zachorowań na 100 tys. ludności (1,5 - krotnie częściej niż statystyczny mieszkaniec kraju), a w następnej kolejności mieszkańcy województwa dolnośląskiego, śląskiego i wielkopolskiego – 11-13 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności.

Nie odnotowano pozytywnych tendencji w zakresie występowania niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego, za wyjątkiem innych bakteryjnych zatruc pokarmowych. Poziom zachorowań na salmonellozy, czerwonkę bakteryjną oraz biegunki u dzieci do lat dwóch niestety nieznacznie wzrósł. W ciągu 2014 r. stwierdzono 44 przypadki czerwonki bakteryjnej, podczas gdy przed rokiem – jedynie 19 przypadków. Na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało prawie 22 przypadki zakażeń salmonellozą (w poprzednim roku niespełna 20 przypadków) i 4 przypadki innych bakteryjnych zatruc pokarmowych. W grupie najmłodszych odnotowano aż 562 biegunki na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku tylko 501. W ciągu roku 2014 tylko w województwie łódzkim zarejestrowano 13 przypadków zachorowań na czerwonkę, po 7 przypadków w województwie mazowieckim i małopolskim, kolejne 5 zachorowań w województwie kujawsko-pomorskim i nieliczne przypadki w województwie śląskim, wielkopolskim, podlaskim i podkarpackim.

Zachorowania na salmonellozy najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw: mazowieckiego, lubuskiego, łódzkiego i podkarpackiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało bowiem 28-30 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł niespełna 22 przypadki. Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe występowały głównie u mieszkańców województwa lubuskiego i śląskiego (14 zatruc na 100 tys. ludności wobec 4 zachorowań dla Polski).

W ciągu całego 2014 roku zarejestrowano ponad 41 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwie pomorskim – ponad 860 przypadków na 10 tys. dzieci, zatem ponad 1,5-krotnie częściej niż w całej Polsce.

W ciągu 2013 roku gruźlicę stwierdzono u blisko 6,7 tys. osób, tj. o ponad 0,5 tys. osób mniej niż przed rokiem. 94% nowych zachorowań dotyczyło gruźlicy płuc, a tylko 6% - gruźlicy pozapłucnej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2014 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego, świętokrzyskiego i śląskiego – 23-27 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla kraju był znacznie niższy – trochę więcej niż 17 zachorowań na 100 tys. ludności.

Zahamowano niekorzystne tendencje w szerzeniu się chorób wenerycznych (zarówno kiły, jak i rzeżączki). W 2014 r. stwierdzono bowiem niespełna 1,2 tys. przypadków zachorowań na kiłę, tj. o prawie 15% mniej niż przed rokiem. Spadła również liczba wykrywanych zakażeń rzeżączką, odnotowano niespełna 0,5 tys. zachorowań, tj. o ponad 50 przypadków mniej niż przed rokiem. Stosunkowo najwięcej przypadków chorób wenerycznych wykryto w laboratoriach zlokalizowanych w województwie mazowieckim i łódzkim (prawie co drugi przypadek).

Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2012 r.⁶⁰

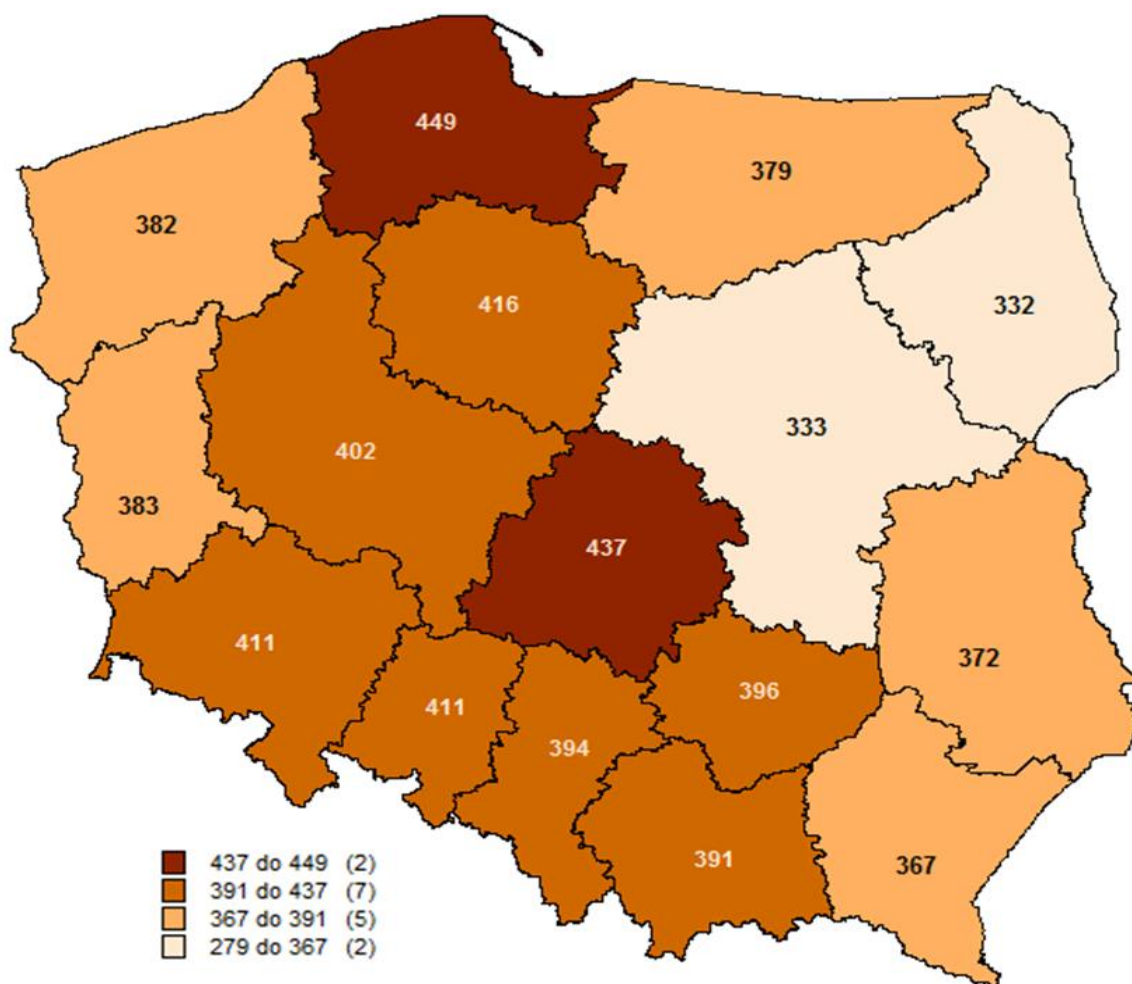
Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2012 r. stwierdzono ich już prawie 150 tys., tj. prawie 12 tys. więcej niż w roku 2010. Wskaźnik zachorowalności wyniósł blisko 389 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 90 przypadków mniej. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz w narządach płciowych – stanowiły one prawie 54% wszystkich nowotworów wykrytych w 2012 r. Wzrost liczby zachorowań w 2012 r. nie dotyczył całego kraju. Tylko w województwach dolnośląskim i świętokrzyskim utrzymał się na poziomie ubiegłego roku. W pozostałych województwach obserwowano wzrost liczby zachorowań; najszybciej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: zachodniopomorskiego (wzrost o 20% w porównaniu z rokiem ubiegłym) oraz w województwach lubuskim, małopolskim, pomorskim i podkarpackim (wzrost o 10% w porównaniu z rokiem ubiegłym).

W 2012 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego (449 zachorowań na 100 tys. ludności) i łódzkiego (437 przypadków), w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego, opolskiego, dolnośląskiego i wielkopolskiego (ponad 400 nowych zachorowań na 100 tys. ludności).

⁶⁰Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2012 r.

Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane u mieszkańców województwa podlaskiego i mazowieckiego - mniej niż 340 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców.

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2012 r. (na 100 tys. ludności)



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2012 r. można stwierdzić, że najczęściej nowotwory narządów trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa łódzkiego, dolnośląskiego i pomorskiego (91-95 zachorowań na 100 tys. ludności), natomiast nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej – u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego – po 80 przypadków zachorowań na 100 tys. mieszkańców, najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa podlaskiego. Z kolei nowotwory złośliwe narządów płciowych najczęściej były wykrywane u mieszkańców województwa pomorskiego i małopolskiego, lubuskiego i śląskiego – co najmniej 70 przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców warmińsko-mazurskiego i łódzkiego – nie więcej niż 55 zachorowań na 100 tys. ludności tych województw.

Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2013 r.⁶¹

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2013 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono ponad 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków, ale znacznie więcej niż przed rokiem (wzrost o 64 tys.).

Uwzględniając przyczyny korzystania z tej formy opieki można powiedzieć, że prawie 1,4 mln osób będących pod opieką tych poradni potrzebowało pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne blisko 180 tys. osób leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a niespełna 32 tys. osób – z powodu używania środków psychoaktywnych (opiaty, kokaina, leki uspokajające i nasenne, inne substancje pobudzające i halucynogenne, lotne rozpuszczalniki, itp.). Wskaźniki chorobowości na 100 tys. ludności dla tych trzech grup diagnoz wyniosły odpowiednio: 3571, 467 i 82 i były wyższe niż 2012 r. (odpowiednio: 3432, 462 i 72).

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały zaburzenia nerwicowe (1120 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (840 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz stwierdzono u prawie 47% ogółu pacjentów leczonych w tych trzech poradniach. Blisko co 9 pacjent leczony z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a co 50-ty z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych.

Porównując dane z kolejnych dwóch lat, można powiedzieć, że w 2013 r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano: zaburzenia nastroju oraz zaburzenia nerwicowe (łącznie o ponad 50 tys.), organiczne zaburzenia psychiczne (o blisko 5 tys.) oraz zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych (o 5 tys. osób więcej). Nieznacznie również wzrosła liczba pacjentów uzależnionych od alkoholu (o prawie 2 tys.) oraz pacjentów uzależnionych od innych środków psychoaktywnych – o prawie 4 tys. osób.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne osób leczących się w warunkach ambulatoryjnych można stwierdzić, że najliczniej w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień leczono mieszkańców województw: łódzkiego (5,7% ludności), kujawsko-pomorskiego i lubuskiego (po 5% ludności), a w następnej kolejności mieszkańcy województwa dolnośląskiego, małopolskiego, pomorskiego, mazowieckiego i świętokrzyskiego (co najmniej 4,2% ludności), najrzadziej natomiast mieszkańcy województwa wielkopolskiego, opolskiego i warmińsko-mazurskiego – mniej niż 3,6 % ludności.

⁶¹ Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2013 r.

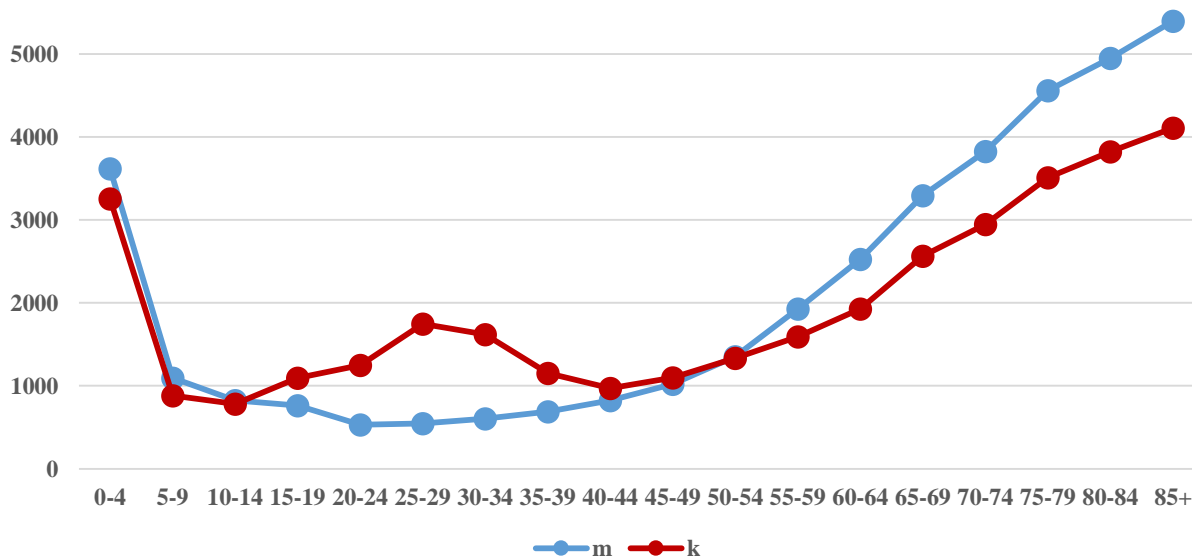
Przyczyny leczenia w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych

Jak wskazują wyniki co roku ponad 7 mln osób jest leczonych w zakładach stacjonarnych typu szpitalnego, zarówno o charakterze ogólnym, jak i psychiatrycznym. Tak szeroka rzesza pacjentów objętych stosunkowo najdroższą opieką zdrowotną skłania do pogłębienia analiz pozwalających na dokonanie rozpoznania jakie grupy społeczne najczęściej korzystają z tej formy opieki i z jakiego powodu. Informacji na ten temat dostarcza badanie przyczyn hospitalizacji prowadzone przez PZH. Badanie realizowane jest przy zastosowaniu specjalnie wypełnionej karty dla każdego chorego po zakończeniu leczenia szpitalnego, tj. po postawieniu diagnozy.

Jak wskazują wyniki tego badania intensywność leczenia szpitalnego Polaków jest stosunkowo niewysoka. W 2013 r.⁶² w zakładach typu stacjonarnego leczyl się co szósty Polak (1650 pacjentów na 10 tys. ludności), równo często jak statystyczny Francuz, Belg, Szwed czy Norweg. Znacznie częściej leczeniu szpitalnemu poddawali się Niemcy, Rumuni, Bułgarzy, Czesi czy Litwini lub Węgrzy – częściej niż co 5 obywatel.

Częstość leczenia w zakładach stacjonarnych Polaków jest silnie uzależniona od wieku. Wysokie wskaźniki intensywności leczenia szpitalnego odnotowujemy po pierwsze wśród najmłodszych dzieci (0-4 lat), a potem wśród osób starszych, tj. po ukończeniu 60 roku życia. Intensywność leczenia szpitalnego według płci i wieku obrazuje poniższy wykres.

Wykres 1. Częstość leczenia szpitalnego według wieku i płci w 2013 r. (na 10 tys. osób danej płci)



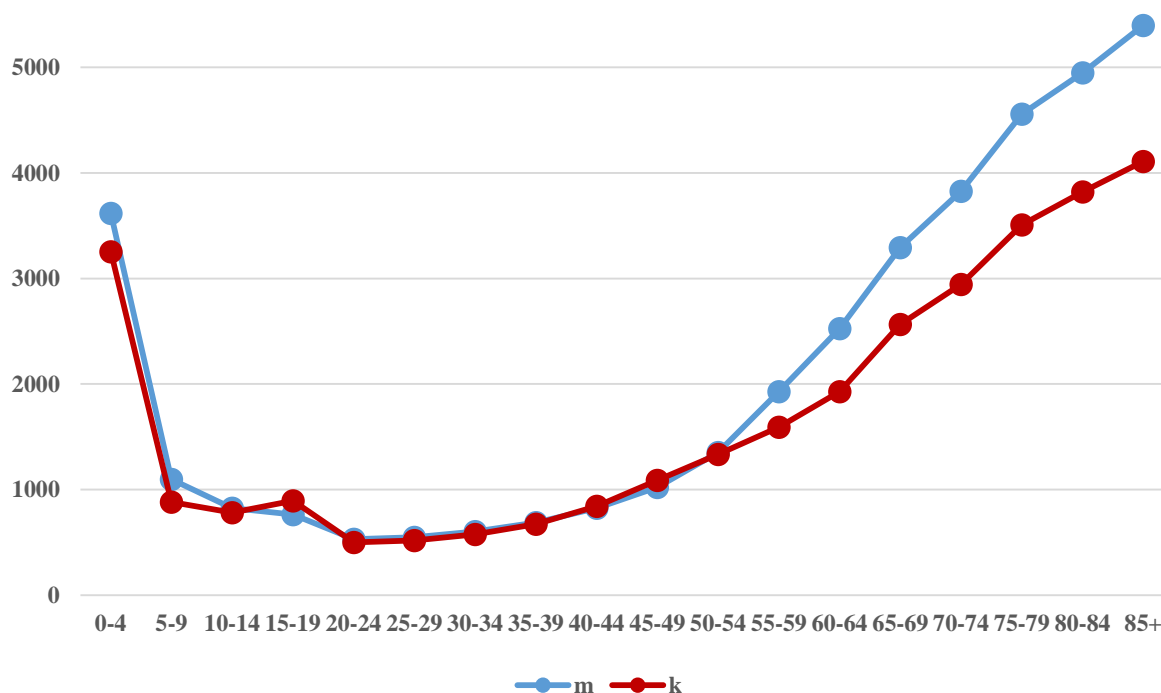
Jak wskazują pierwsze surowe dane z leczenia szpitalnego częściej korzystają kobiety niż mężczyźni. Wskaźnik intensywności leczenia wśród kobiet wyniósł bowiem 1763 leczone (na 10 tys.

⁶² Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2013 r.

kobiet) i tylko 1529 – wśród mężczyzn. Taki wniosek nie w pełni jest poprawny; należy bowiem pamiętać, że prawie wszystkie młode Polki rodzą swoje dzieci w szpitalach. Wyraźnie widać to na powyższym wykresie; w grupie wieku 20-39 lat, intensywność korzystania z tej formy opieki wśród kobiet jest wyższa niż u mężczyzn rówieśników.

Eliminując z analizy pobyty w szpitalu kobiet związane z urodzeniem dziecka, ciążą i porodem, można stwierdzić, że w Polsce z leczenia szpitalnego częściej korzystają mężczyźni niż kobiety; w 2013 r. leczono bowiem 1529 mężczyzn (10 tysięcy tej populacji), wobec 1481 kobiet.

Wykres 2. Częstość leczenia szpitalnego, po wyeliminowaniu pobyków związanych z ciążą, porodem lub porodem według wieku i płci w 2013 r. (na 10 tys. osób danej płci)



Wykres ten wyraźnie wskazuje, że do osiągnięcia wieku dojrzałego częstość leczenia kobiet, jak i mężczyzn jest na zbliżonym poziomie, natomiast w starszym wieku (zwłaszcza po ukończeniu 60 roku życia) mężczyźni częściej niż kobiety równolatki byli hospitalizowani.

Pacjenci szpitali byli hospitalizowani głównie z powodu chorób układu krążenia (263 pacjentów na 10 tys. ludności), ciąży, porodu i porodu, chorób układu: pokarmowego i oddechowego oraz nowotworów. Te 5 wielkich grup chorób zdiagnozowano u blisko połowy pacjentów hospitalizowanych w Polsce w 2013 r.

Uwzględniając płeć osób hospitalizowanych można stwierdzić, że mężczyźni najczęściej leczeni byli w szpitalach z powodu chorób układów: krążenia, pokarmowego i oddechowego. Na czwartym miejscu z powodu urazów i zatruc. Kobiety natomiast najczęściej z powodu ciąży, porodu lub porodu, na drugim miejscu z powodu chorób układu krążenia, a także z powodu nowotworów. Kolejne przyczyny hospitalizacji u kobiet to choroby układu pokarmowego oraz moczowo-płciowego.

Jeżeli uwzględnimy duże grupy podziału chorób to można stwierdzić że kobiety znacznie częściej niż mężczyźni leczone były w szpitalach z powodu nowotworów, zaburzeń wydzielania wewnętrznego, chorób układu nerwowego lub oka, chorób układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej oraz układu moczowo-płciowego. Mężczyźni natomiast dużo częściej niż kobiety z powodu chorób układów: krążenia, oddechowego i pokarmowego, jak również urazów i zatruc czy też z powodu zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania.

Jak wcześniej wspomniano stosunkowo liczną grupę pacjentów hospitalizowanych stanowiły najmłodsze dzieci (do 5 roku życia). Intensywność leczenia jest dwukrotnie wyższa niż dla statystycznego Polaka. Najmłodsze dzieci przebywały w szpitalach głównie z powodu stanów chorobowych rozpoczynających się w okresie okołoporodowym, chorób układu oddechowego, ale również i chorób zakaźnych czy pasożytniczych. Znaczący udział miały również tylko obserwacje stanu zdrowia dziecka. W kolejnych latach życia dziecka prawdopodobieństwo konieczności leczenia szpitalnego jest stosunkowo niskie i wynosiło mniej niż 1000 leczonych na 10 tys. populacji do 25 roku życia. Młode osoby leczone były w szpitalach głównie z powodu chorób układu oddechowego, pokarmowego oraz urazów lub zatruc. W okresie między 25 a 50 rokiem życia wzrasta intensywność hospitalizacji, ale głównie z tytułu urodzenia dziecka. W szpitalach diagnozuje się w tej grupie wieku stosunkowo często występowanie chorób układu krążenia oraz układu pokarmowego oraz moczowo-płciowego. Znaczący udział mają także czynniki zewnętrzne – urazy i zatrucia, w tym zwłaszcza wśród młodych mężczyzn, którzy ponadto częściej byli leczeni z powodu zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania niż kobiety ich rówieśnice.

Po ukończeniu 55 roku życia stosunkowo szybko rośnie prawdopodobieństwo konieczności leczenia w warunkach szpitalnych i jest to niezależne od płci, przy czym znacznie częściej dotyka to mężczyzn. Częstość leczenia rośnie wraz z wiekiem pacjenta. Osoby sędziwe po 80 roku życia, są leczone w szpitalach 2-3 krotnie częściej niż statystyczny Polak. W populacji osób między 55 a 70 rokiem życia leczonych w szpitalach w 2013 r. dominowały głównie choroby układu krążenia, w tym zwłaszcza niedokrwienne choroby serca lub zaburzenia rytmu serca. Stosunkowo często leczono choroby układu pokarmowego, w tym zwłaszcza kamicę żółciową, przepuklinę pachwinową czy też niewrzodowe choroby żołądka lub dwunastnicy. Stosunkowo często w tej grupie hospitalizowanych leczono również choroby układu mięśniowo-szkieletowego, głównie choroby stawów, a także i choroby nowotworowe.

Najstarsi mieszkańcy Polski leczeni byli w szpitalach głównie z powodu chorób układu krążenia, w tym zwłaszcza niewydolności serca i chorób naczyń mózgowych. Kolejna grupa chorób często leczona u najstarszych pacjentów to choroby układu oddechowego, zwłaszcza zapalenie płuc lub choroby oskrzeli lub pylica płuc. Równie często u najstarszych diagnozowano choroby przewodu pokarmowego – głównie kamicę żółciową lub niewrzodowe choroby żołądka lub dwunastnicy.

Podsumowując analizę przyczyn hospitalizacji szpitalnej nie według wielkich grup chorób ale mniejszych można stwierdzić, że pacjenci szpitalni najczęściej byli leczeni z powodu niewydolności serca i zaburzeń rytmu serca, zapalenia płuc czy niedokrwiennej choroby serca lub choroby naczyń mózgowych. Często także z powodu zaćmy, pylicy czy też kamicy żółciowej lub bólu w okolicy brzucha i miednicy. Stosunkowo licznie przyjmowane były także porody lub też diagnoza ograniczyła się wyłącznie do obserwacji stanu zdrowia pacjenta.

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2.1 KADRA MEDYCZNA

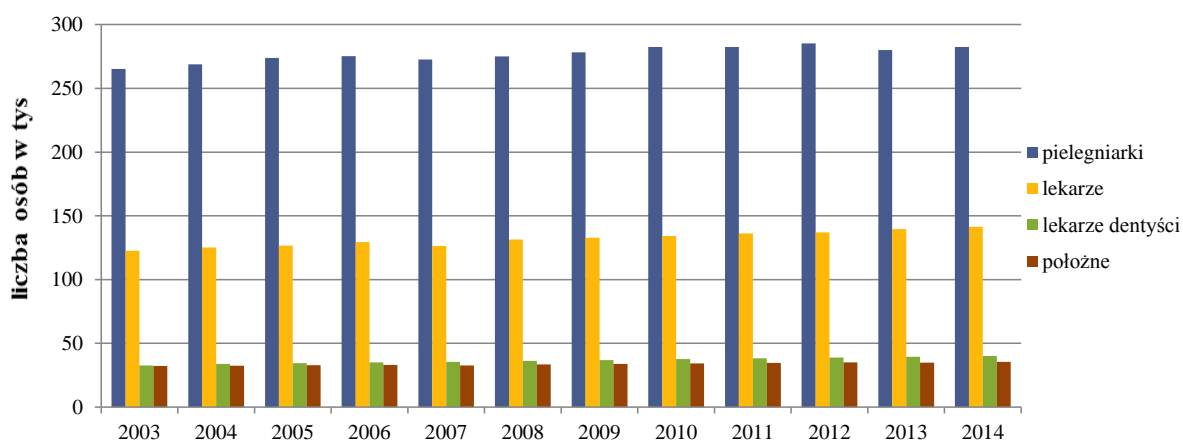
Jednym z zasadniczych elementów systemu opieki zdrowotnej są jego pracownicy. Istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu, jak i liczba osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia, a także ich kwalifikacje.

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2014 roku (z wyjątkiem danych o absolwentach).

Uprawnieni do wykonywania zawodów medycznych.

W 2014 roku, zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, prawo wykonywania zawodu posiadało 141,4 tys. lekarzy, 40,1 tys. lekarzy dentyistów, 282,5 tys. pielęgniarek, 35,5 tys. położnych, 31,4 tys. farmaceutów i 14,7 tys. diagnostów. W porównaniu z rokiem poprzednim we wszystkich z wymienionych zawodów medycznych dał się zauważyć wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy odnotowano w grupie farmaceutów oraz diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3%).

Wykres 3. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarzki, położnej w latach 2003-2014

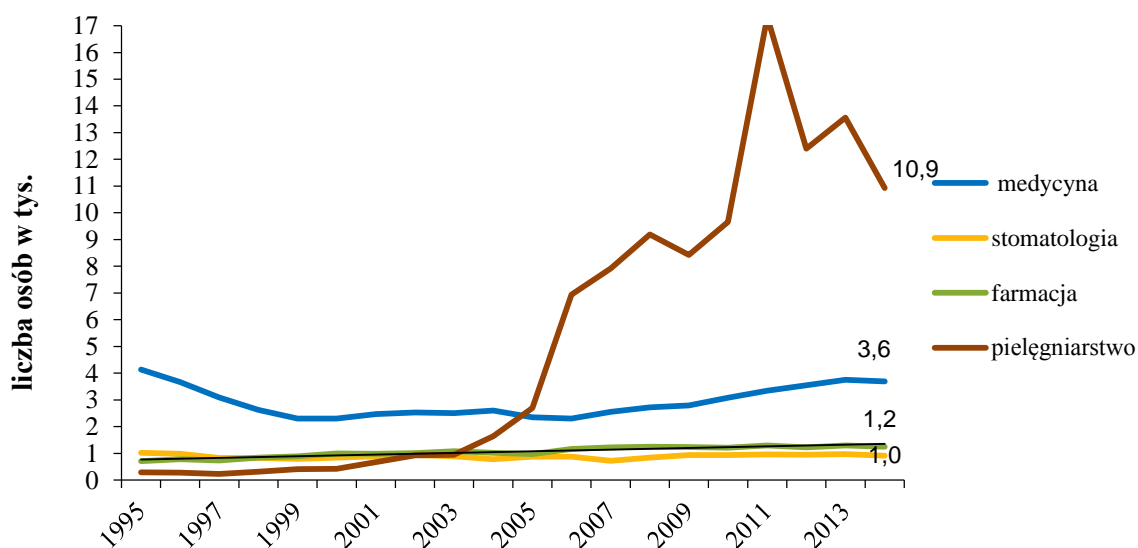


Dynamika liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego jest wypadkową napływu nowych osób i naturalnych ubytków związanych z odchodzeniem roczników starszych oraz podejmowaniem pracy za granicą.

Napływ nowych osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych uwarunkowany jest liczbą osób kończących uczelnie i szkoły medyczne. Limity przyjęć na studia medyczne określa

corocznie Minister Zdrowia. Poniższy wykres obrazuje zmiany w liczbie absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni ostatnich lat⁶³.

Wykres 4. Liczba absolwentów wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2014



Obserwowany od 2003 r. znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo był efektem kilku czynników. Były to przede wszystkim przepisy prawne po wprowadzeniu w Polsce standardów Unii Europejskiej. Dyplom, który pielęgniarki i położne uzyskiwały kończąc średnie szkoły medyczne nie stanowi już wystarczającego potwierdzenia ich kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie muszą one mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw. pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe miał się odbyć w roku 2010/2011. Wiąże się z tym, widoczny na wykresie wyraźny wzrost liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwa (lata 2003 – 2011, z niewielką korektą w 2009 r.). Spadek odnotowany w 2012 i 2014r. (z 17,3 tys. do 12,4 tys.) może być związany z zaspokojeniem potrzeb na skróconą formę uzupełnienia wykształcenia. Zgodnie z prawem wspólnotowym studia tego typu mogły być prowadzone do czasu wygaśnięcia zainteresowania nimi przez potencjalnych studentów. Stąd też 2013 r. przyniósł ponowny wzrost (o 9 % w porównaniu do ubiegłego roku) liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Inną przyczyną gwałtownego wzrostu liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo mogą być przypadki podwójnego liczenia absolwenta w statystykach. W roku 2014 ponownie odnotowano spadek liczby absolwentów studiów pielęgniarstkich (z 13 tys, do 10tys. osób). Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką

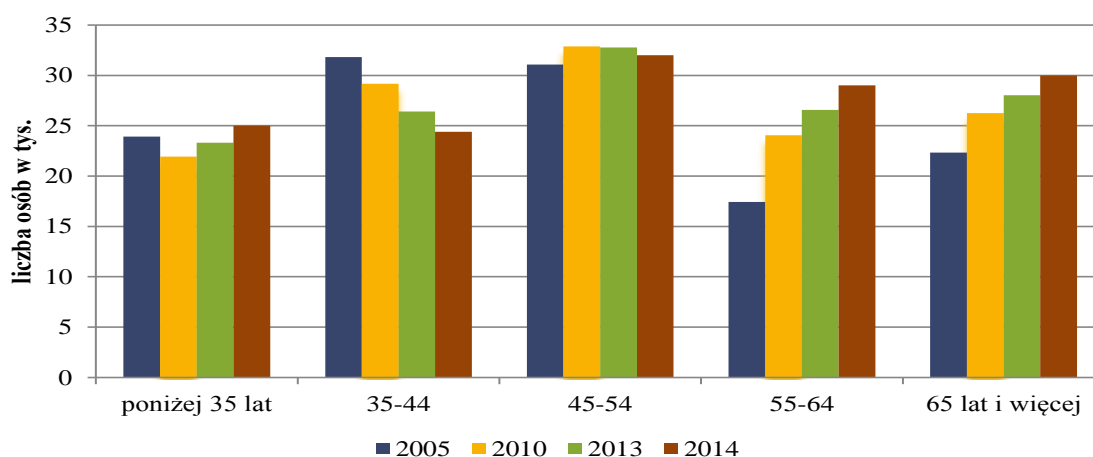
⁶³ Dane GUS – formularz S-10.

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

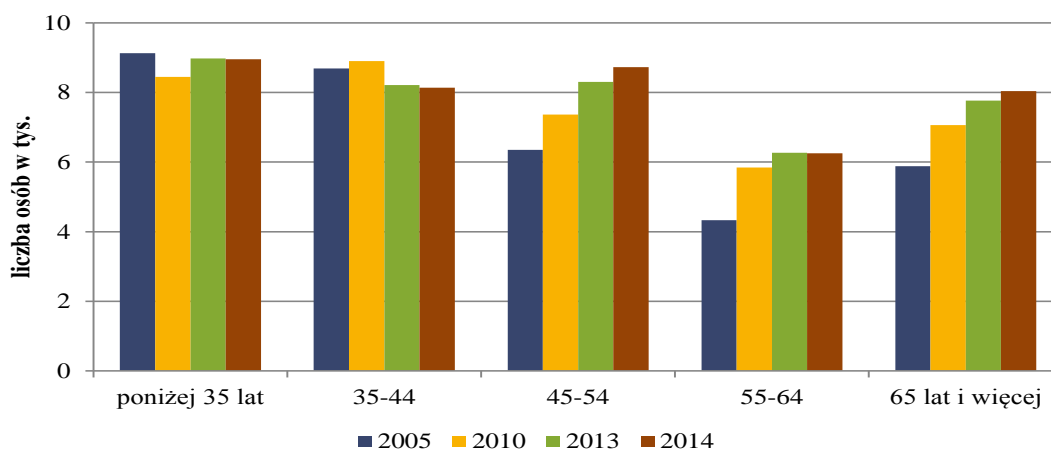
Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2014 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu, czyli systematyczny wzrost udziału osób należących do najstarszej grupy wieku 65 lat i więcej. W 2014 r. odsetek tej grupy wieku w przypadku lekarzy wzrósł o niecałe 2 p. proc., a lekarzy dentyistów o 0,2 p. proc.

Poniższe wykresy ilustrują zmianę struktury wieku w latach 2005-2014 dla grup zawodowych lekarzy i lekarzy dentyistów.

Wykres 5. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku



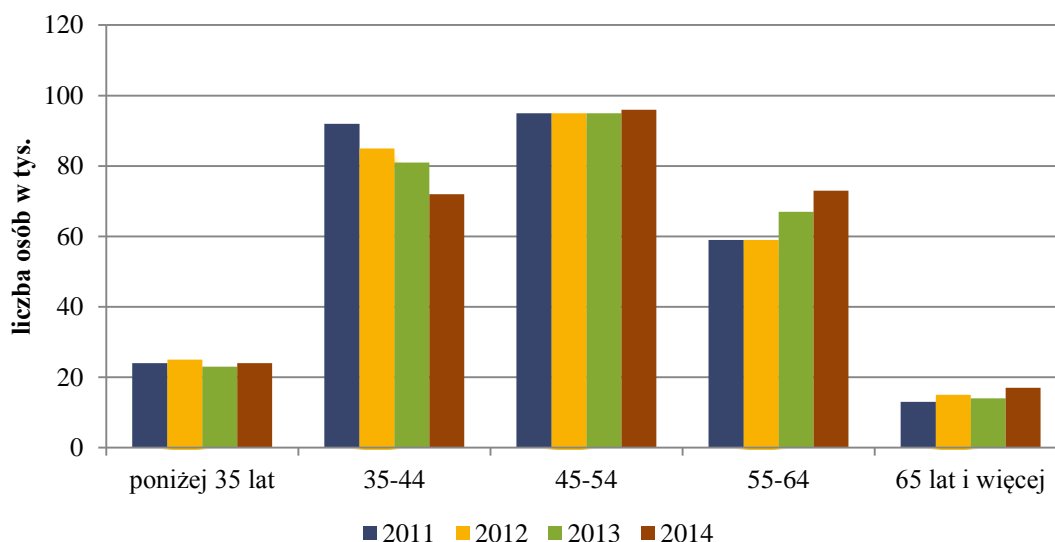
Wykres 6. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku



Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Najwięcej pracujących pielęgniarek było w wieku 45-54 lata – 96,2 tys. Nadal najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej – prawie 17 tys. chociaż ich liczba w porównaniu do

roku 2013 wzrosła o ponad 24%. Natomiast liczba pielęgniarek w grupie wieku 45 - 54 lat była wyższa o 1,5% niż przed rokiem.

Wykres 7. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku

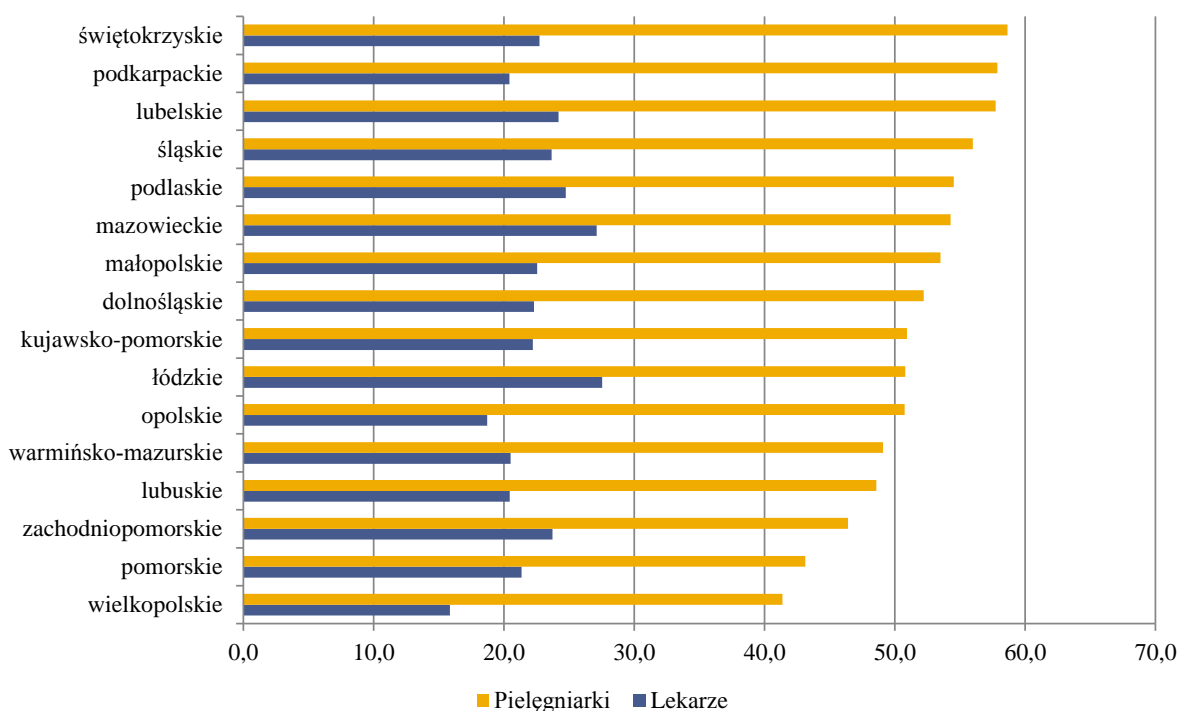


Podobna sytuacja wystąpiła w przypadku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – ponad 12 tys., natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – 2,2 tys., tj. o ok 15% więcej niż w roku poprzednim. Osoby najmłodsze stanowiły 13,5% i było to o 0,1 p. proc. mniej niż przed rokiem.

Pracujący bezpośrednio z pacjentem. Specjaliści

W zakresie rozmieszczenia przestrzennego kadry medycznej pracującej bezpośrednio z pacjentem, występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15,8 w województwie wielkopolskim do ponad 27 w województwie łódzkim. Liczba pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców nadal była najmniejsza w województwie wielkopolskim – 41,4, (o 1,5 więcej niż w ub. roku) natomiast największa w województwie świętokrzyskim - niemal 58,6.

Wykres 8. Lekarze i pielęgniarki pracujący na 10 tys. ludności według województw



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

W 2014 r. było 59,5 tys. lekarzy specjalistów; stanowili oni 67,9% (o 0,3 p. proc. więcej niż przed rokiem) wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem, a wśród lekarzy dentyistów specjalizację posiadało 2,7 tys.; co stanowiło 20,9% dentyistów.

Warto dodać, że w systemie opieki zdrowotnej pracowało także ok. 10,5 tys. lekarzy i 4,3 tys. dentyistów z I stopniem specjalizacji, którzy obecnie nie są zaliczani do grona specjalistów⁶⁵. Grupa ta systematycznie maleje – starsze roczniki odchodzą, natomiast część lekarzy posiadających I stopień specjalizacji korzysta z przyspieszonego trybu podwyższenia kwalifikacji i zdobywa tytuł specjalisty.

Mimo, że w większości dziedzin medycyny liczba specjalistów pracujących z pacjentem zwiększa się z roku na rok, to według opinii krajowych konsultantów można wskazać jeszcze wiele dziedzin medycyny, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości⁶⁵. W 2014 r. kontynuowane były m.in. projekty: „Kształcenie w ramach

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

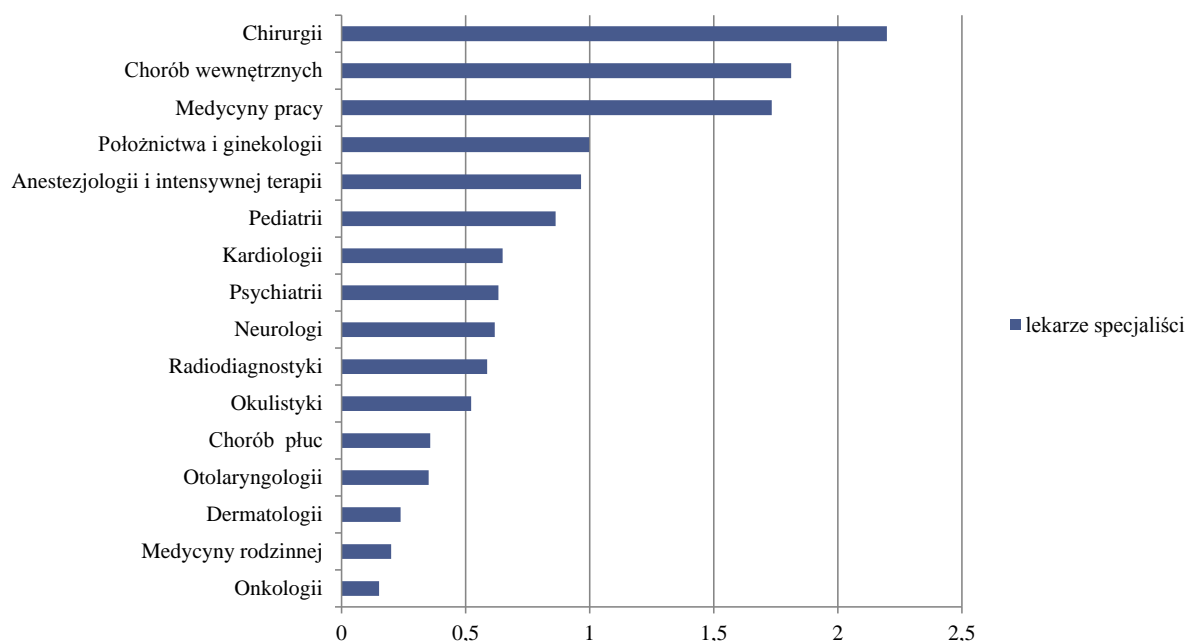
⁶⁵ Od lat prowadzone są liczne działania stymulujące poprawę takiej sytuacji. Powodem obaw jest:

- starzenie się kadry medycznej,
- brak chętnych do robienia niektórych specjalizacji

procesu specjalizacji lekarzy deficytowych specjalności tj. onkologów, kardiologów, lekarzy medycyny pracy” „Wsparcie systemu ratownictwa medycznego poprzez kształcenie zawodowe lekarzy, ratowników medycznych i dyspozytorów medycznych” Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej.

Na koniec 2014 roku (podobnie jak w 2013 r.) najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, chorób wewnętrznych oraz medycyny rodzinnej - średnio na 10 tysięcy ludności przypadało ok. 2 lekarzy z wymienionych specjalizacji. Spośród pracujących lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: dermatologia, medycyna pracy oraz onkologia. Jak widać z poniższego wykresu liczba lekarzy specjalistów z deficytowych dziedzin wyniosła niespełna 0,5 osoby.

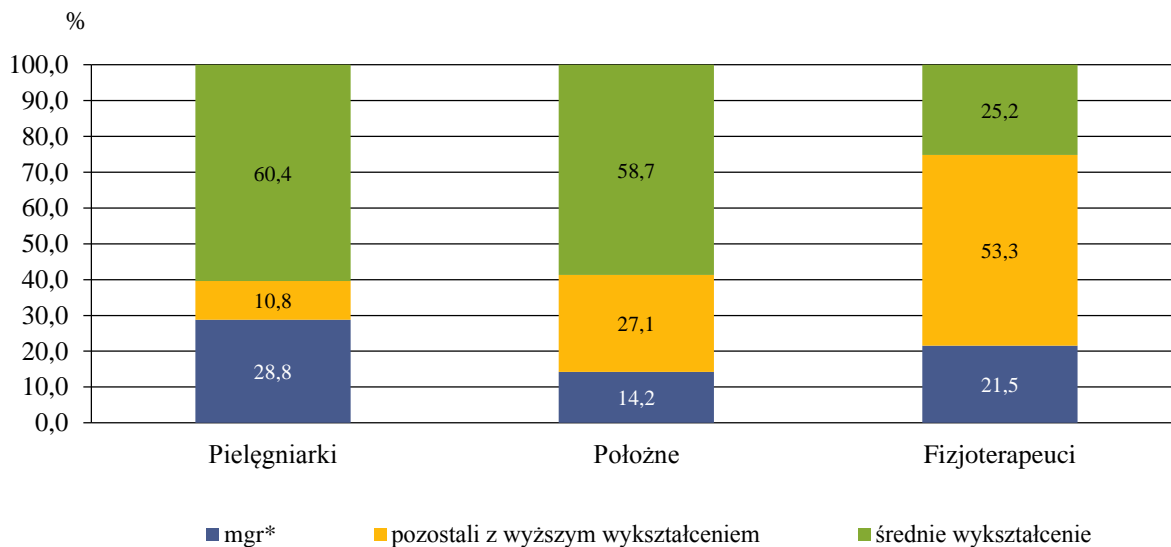
Wykres 9. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys.



Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem 10,8% posiadało tytuł licencjata, 28,8% ogółu - tytuł magistra pielęgniarstwa.

- migracje zagraniczne lekarzy specjalistów do innych krajów,
 - zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy niektórych specjalności wynikające z postępu w medycynie oraz starzenie się społeczeństwa.
 W ramach podejmowanych działań mających zachęcić młodych lekarzy do wybierania danych specjalności od 2003 r. przyjmuje się listę dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe. W 2003 r. było to 6 dziedzin. W latach 2009 i 2012 lista specjalizacji priorytetowych była już znacznie dłuższa (obejmowała odpowiednio 21 i 16 specjalizacji)⁶⁵. Również Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego poza regularnymi kursami specjalizacyjnymi i doskonalącymi dla personelu medycznego, organizuje i koordynuje projekty realizowane ze środków unijnych, których celem jest doskonalenie kadr medycznych, szczególnie w dziedzinach deficytowych.

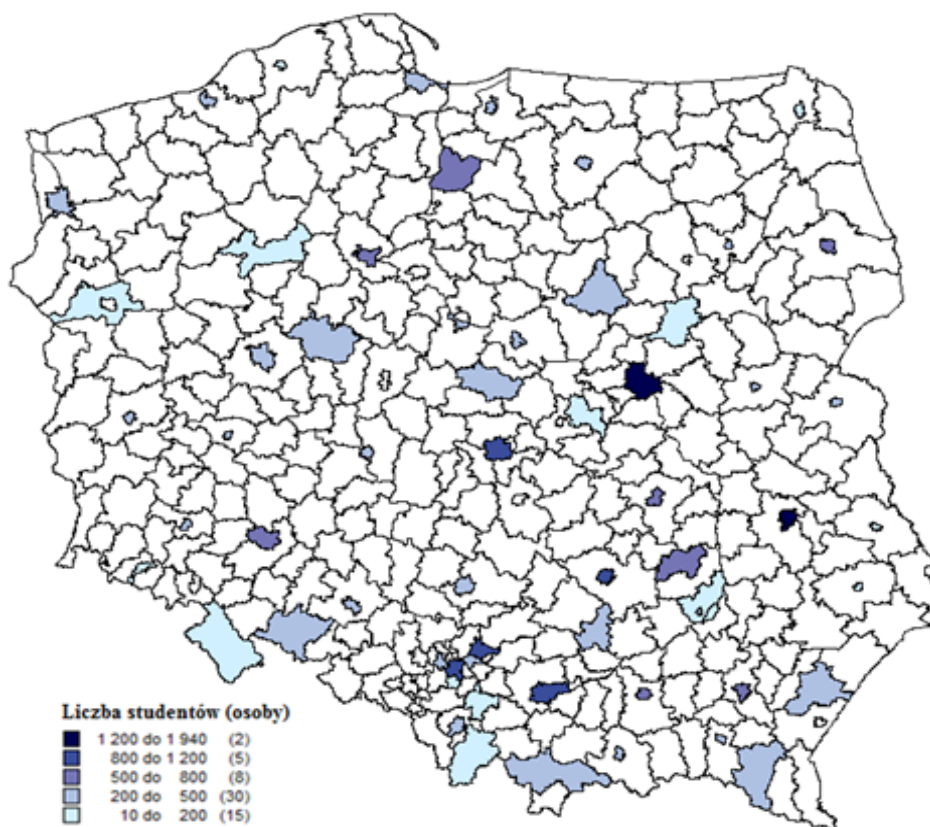
Wykres 10. Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w 2014 r.



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

Najwyższy odsetek osób z wyższym wykształceniem w wybranych zawodach medycznych wystąpił w grupie fizjoterapeutów i wyniósł 74,8%, przy czym 21,5 % pracujących w tej grupie posiadało wykształcenie magisterskie.

Mapa 2. Studenci na kierunku pielęgniarstwie według powiatów

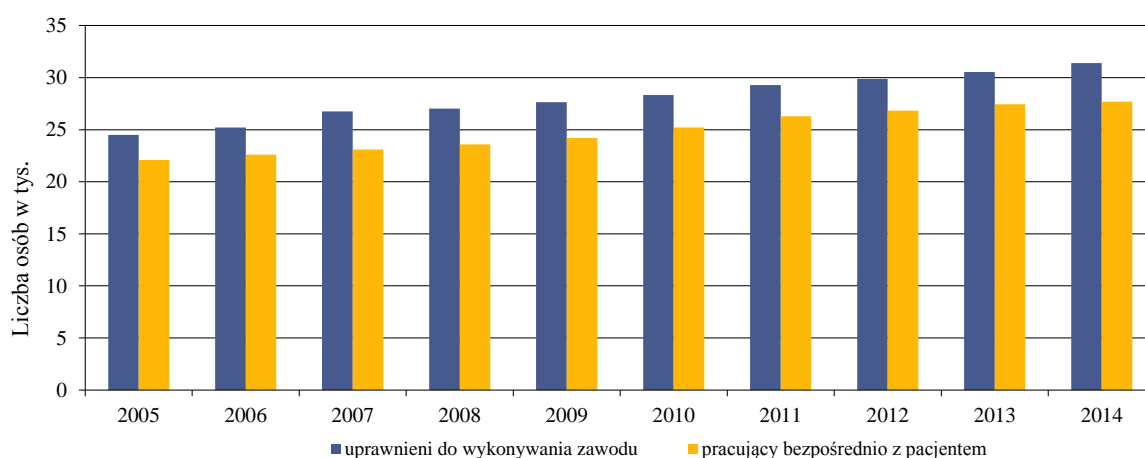


W roku akademickim 2013/2014 w 78 szkołach w Polsce, gdzie była możliwość kształcenia studentów na kierunku pielęgniarstwie, studiowało 25,7 tys. studentów, w tym w 73 jednostkach macierzystych - 24,3 tys. studentów oraz w 5 jednostkach zamiejscowych – 1,4 tys. studentów. Najwięcej studentów studiów pielęgniarstwa kształciło się w Lublinie i Warszawie – w każdym ponad 1600 osób. W Bydgoszczy natomiast mieściła się największa placówka typu zamiejscowego, gdzie kształciło się 724 studentów studiów pielęgniarstwa. Najwięcej studentów kierunku pielęgniarstwo kształciło się głównie w województwach mazowieckim (Warszawa, Radom), śląskim (Katowice, Dąbrowa Górnicza) oraz małopolskim (Kraków) i lubelskim (Lublin).

W przypadku ratownika medycznego zdobycie uprawnień zawodowych jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne. Do niedawna dyplom ratownika medycznego można było uzyskać kończąc 2 – letnią szkołę policealną, jednak zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej ostatni nabór do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownik medyczny odbył się w roku szkolnym 2012/2013. W zawodzie ratownika medycznego nie przewiduje się kształcenia na poziomie magisterskim. W 2014 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 9,2 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem (o 0,6 tys. więcej niż przed rokiem). Natomiast ratowników z wyższym wykształceniem (licencjat w zakresie ratownictwa) było 4,1 tys.

Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2014 r. uprawnionych było – 31,4 tys. osób (o 0,9 tys. więcej niż przed rokiem), natomiast w zbadanych aptekach i punktach aptecznych pracowało 27,7 tys. osób, czyli można powiedzieć, że ponad 88% wszystkich uprawnionych pracowało bezpośrednio z pacjentem.

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

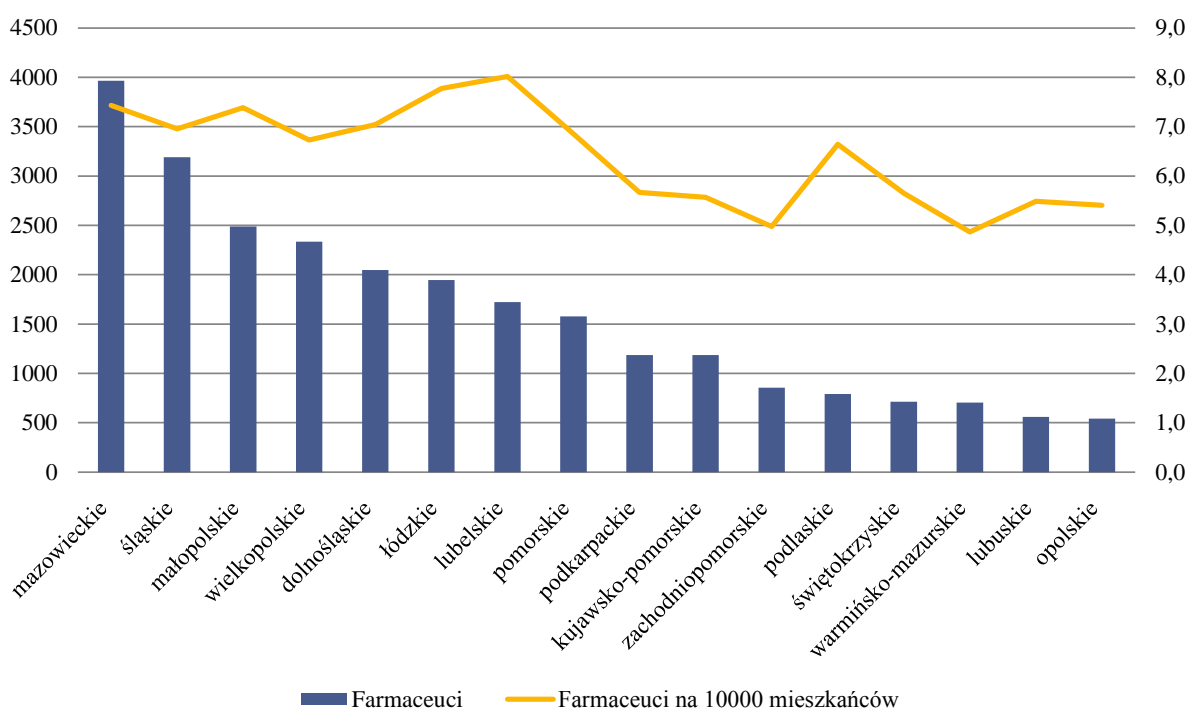


Zarówno liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty jak i liczba pracujących „bezpośrednio z pacjentem” (czyli w aptekach) systematycznie rośnie. Systematycznie

rośnie również liczba farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych (22,1 tys. w roku 2005 do 27,7 tys. w roku 2014)

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2014 r. pracowało łącznie 25,8 tys. magistrów farmacji oraz 30,5 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio – 83% i 88%), chociaż ich udział w pracujących ogółem w aptekach nieco zmalał, szczególnie w grupie techników farmaceutycznych.

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



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

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

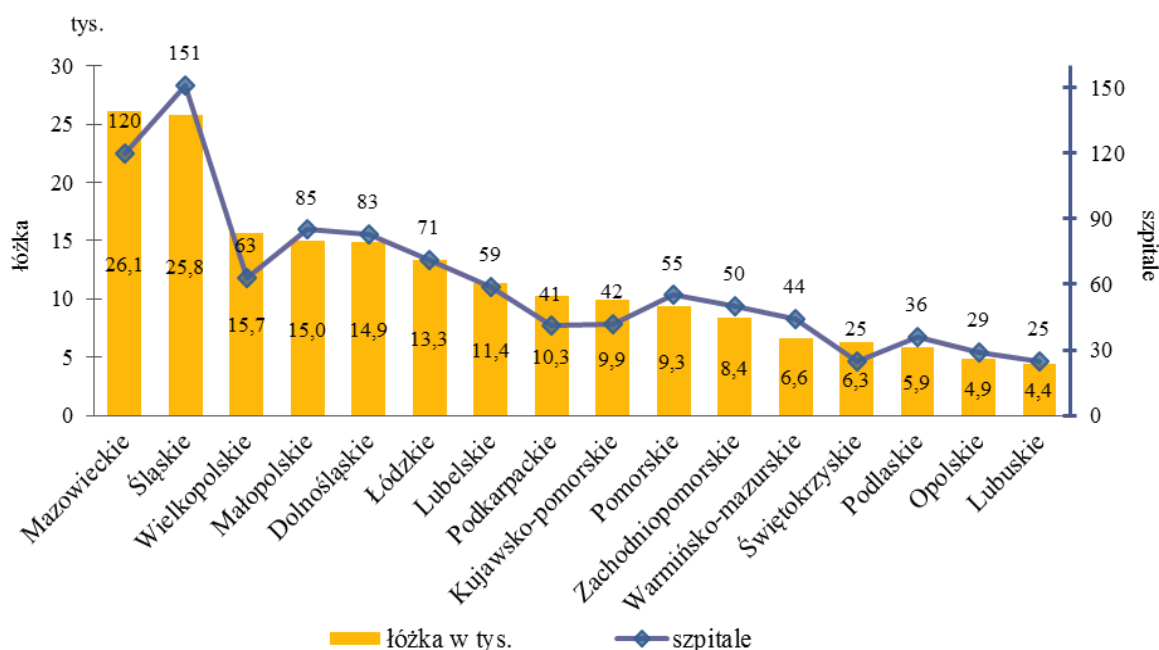
2.2 STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

Szpitala ogólne⁶⁶

W Polsce na koniec 2014 r. odnotowano łącznie 979 **szpitali ogólnych** dysponujących 188,1 tys. łóżek, z których w ciągu roku skorzystało blisko 7,9 mln pacjentów. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wyniósł 48,9 a na jedno łóżko przypadało przeciętnie 205 osób. Liczba szpitali była większa niż przed rokiem o 1,1% (11 szpitali), a liczba łóżek w skali kraju zmalała o 0,1% nieco ponad 0,2 tys. łóżek⁶⁷.

Najwięcej łóżek szpitalnych było w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim - 26,1 tys. łóżek (13,9% wszystkich łóżek) i śląskim - 25,8 tys. łóżek (13,7%). W sumie szpitale w tych dwóch województwach dysponowały blisko 28% wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce⁶⁸. Najmniej łóżek odnotowano w województwie lubuskim - 4,4 tys., co stanowiło 2,4% wszystkich łóżek szpitalnych oraz w województwie opolskim - 4,9 tys. tj. 2,6%.

Wykres 13. Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach według województw (stan w dniu 31 XII)



Podobnie przedstawiała się struktura liczebności szpitali. Także w tym przypadku najwięcej odnotowano ich w województwie śląskim (151 tj. 15,4%) i mazowieckim (120 tj. 12,3%), a najmniej w lubuskim oraz świętokrzyskim (po 25 tj. łącznie 5,1%).

W przeliczeniu na liczbę ludności liczba szpitali w kraju wyniosła 2,5 szpitale na 100 tys. mieszkańców i 48,9 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców był

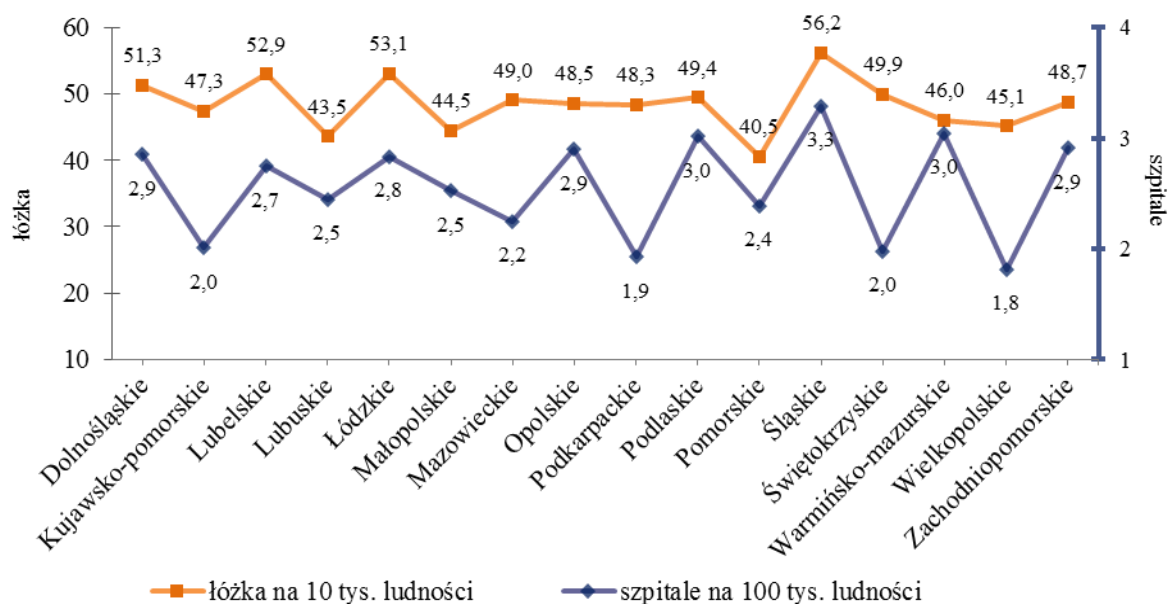
⁶⁶ Analiza nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych oraz szpitali działających wyłącznie w trybie dziennym.

⁶⁷ W odniesieniu do danych z 2013 r. uwzględniających szacunkową liczbę łóżek w dwóch szpitalach w woj. wielkopolskim.

⁶⁸ Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

największy w województwie śląskim (56,2), łódzkim (53,1) i lubelskim (52,9) a najmniejszy w województwie pomorskim (40,5) lubuskim (43,5) i małopolskim (44,5).

Wykres 14. Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. ludności oraz liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)



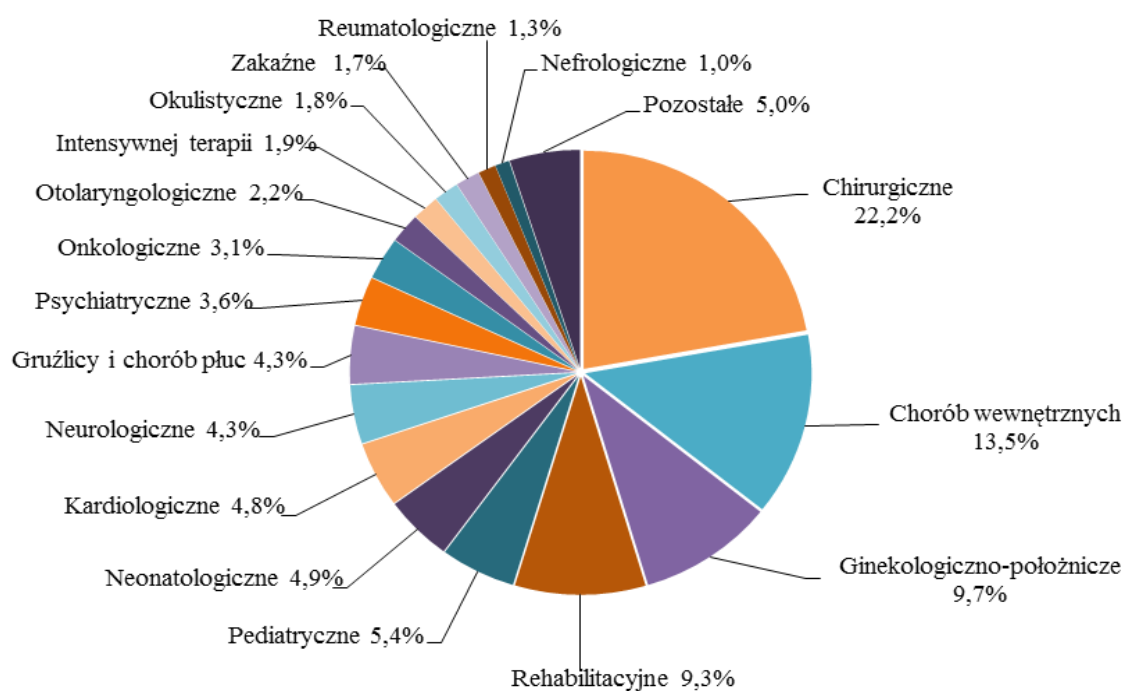
W 2014 r. podobnie jak w latach poprzednich największą liczbą łóżek dysponowały oddziały o specjalnościach chirurgicznych⁶⁹ - 41,7 tys. (22,2% wszystkich łóżek). Ponad połowa tych łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (21,4 tys.), a prawie 1/4 (10,8 tys.) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Najmniej łóżek chirurgicznych było na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (0,5 tys.).

Podobnie jak w latach ubiegłych poza omówioną grupą oddziałów chirurgicznych największą liczbę łóżek skupiały oddziały: chorób wewnętrznych – (13,5%), ginekologiczno-położnicze (9,7%), rehabilitacyjne (9,3%), pediatryczne (5,4%), neonatologiczne (4,9%) i kardiologiczne (4,8%).

W skali kraju najmniejszą liczbą łóżek dysponowały m.in. oddziały dla przewlekle chorych (164 łóżka), których systematycznie ubywa, oddziały leczenia jednego dnia (192 łóżka), które rejestrowane są w strukturze szpitali od dwóch lat, toksykologiczne (261), transplantologiczne (539) i geriatryczne (853). Łącznie łóżka na tych oddziałach stanowiły 1,1% wszystkich łóżek w szpitalach. Strukturę liczebności łóżek w 2014 r., według rodzajów oddziałów, przedstawia poniższy wykres.

⁶⁹ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym.

Wykres 15. Struktura łóżek w szpitalach ogólnych w 2014 r. według rodzajów oddziałów (stan w dniu 31 XII)



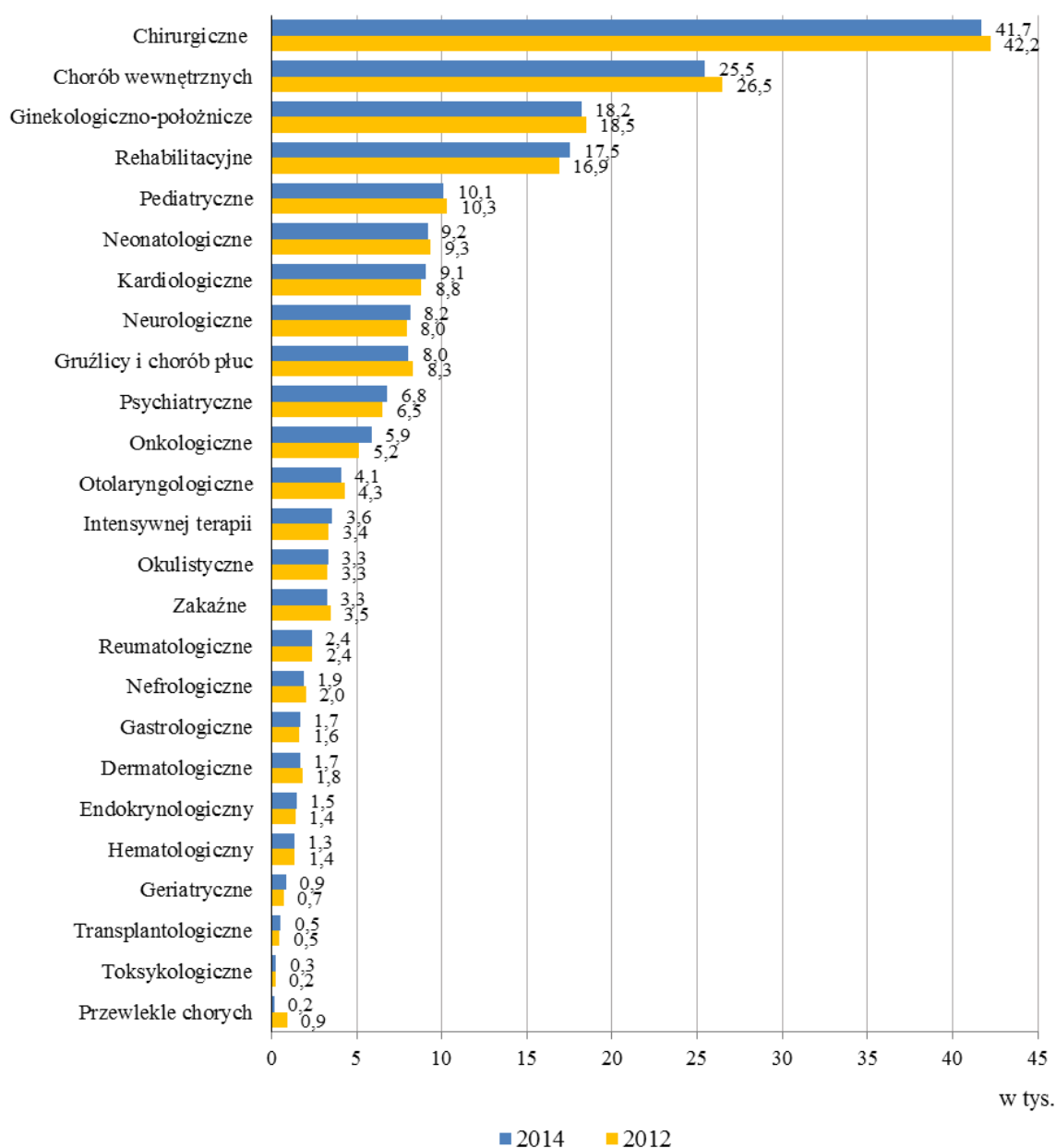
Z roku na rok liczba łóżek na poszczególnych oddziałach ulegała pewnym zmianom. W 2014 r. większą liczbą łóżek w porównaniu do 2012 r.⁷⁰ dysponowały oddziały: onkologiczne (o 13,6% tj. 703 łóżka), rehabilitacyjne (o 3,8% tj. 643 łóżek), psychiatryczne (o 10,7% tj. 559 łóżek), kardiologiczne (o 3,2% tj. 278 łóżek), intensywnej terapii (o 6,9 tj. 231 łóżek), neurologiczne (o 2,6% tj. 204 łóżek), neurochirurgiczne (o 8,0% tj. 160 łóżek) i geriatryczne (wzrost o 22,4% tj. 156 łóżka).

Mniejszą liczbą łóżek w porównaniu do 2012 r. dysponowały oddziały: chorób wewnętrznych – 25,5 tys. łóżek, i było to o 3,8% (tj. 1018) łóżek mniej, oddziały dla przewlekle chorych – spadek o 82,6% (tj. 776 łóżek), oddziały odwykowe (o 23,7% tj. 312 łóżek), gruźlicy i chorób płuc (o 3,3% tj. 275 łóżek), ginekologiczno-położnicze (o 1,5% tj. 274 łóżka), pediatryczne (o 2,1% tj. 212 łóżek), chorób zakaźnych (o 10,6% tj. 191 łóżek), otolaryngologiczne (o 4,3% tj. 183 łóżka), neonatologiczne (o 1,6% tj. 153 łóżka) oraz oddziały dermatologiczne (o 8,1% tj. 148 łóżek).

Liczbę łóżek na poszczególnych oddziałach przedstawia poniższy wykres.

⁷⁰ W przypadku danych ogółem dla kraju do porównań wykorzystano dane z 2012 r. ze względu na niepełną kompletność zbioru w 2013 r. (brak dwóch szpitali w woj. wielkopolskim).

Wykres 16. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2012 r. i 2014 r. (stan w dniu 31 XII)



W szpitalach ogólnych w 2014 r. przyjęto 7,9 mln pacjentów⁷¹ leczonych stacjonarnie, co oznacza że na 10 tys. ludności przypadają 2052 osoby leczone w tym trybie, o 2 osoby więcej niż w 2012 r.⁷² Najwięcej pacjentów, blisko 1,2 mln (o 0,7% mniej niż w 2013 r.) odnotowano w placówkach

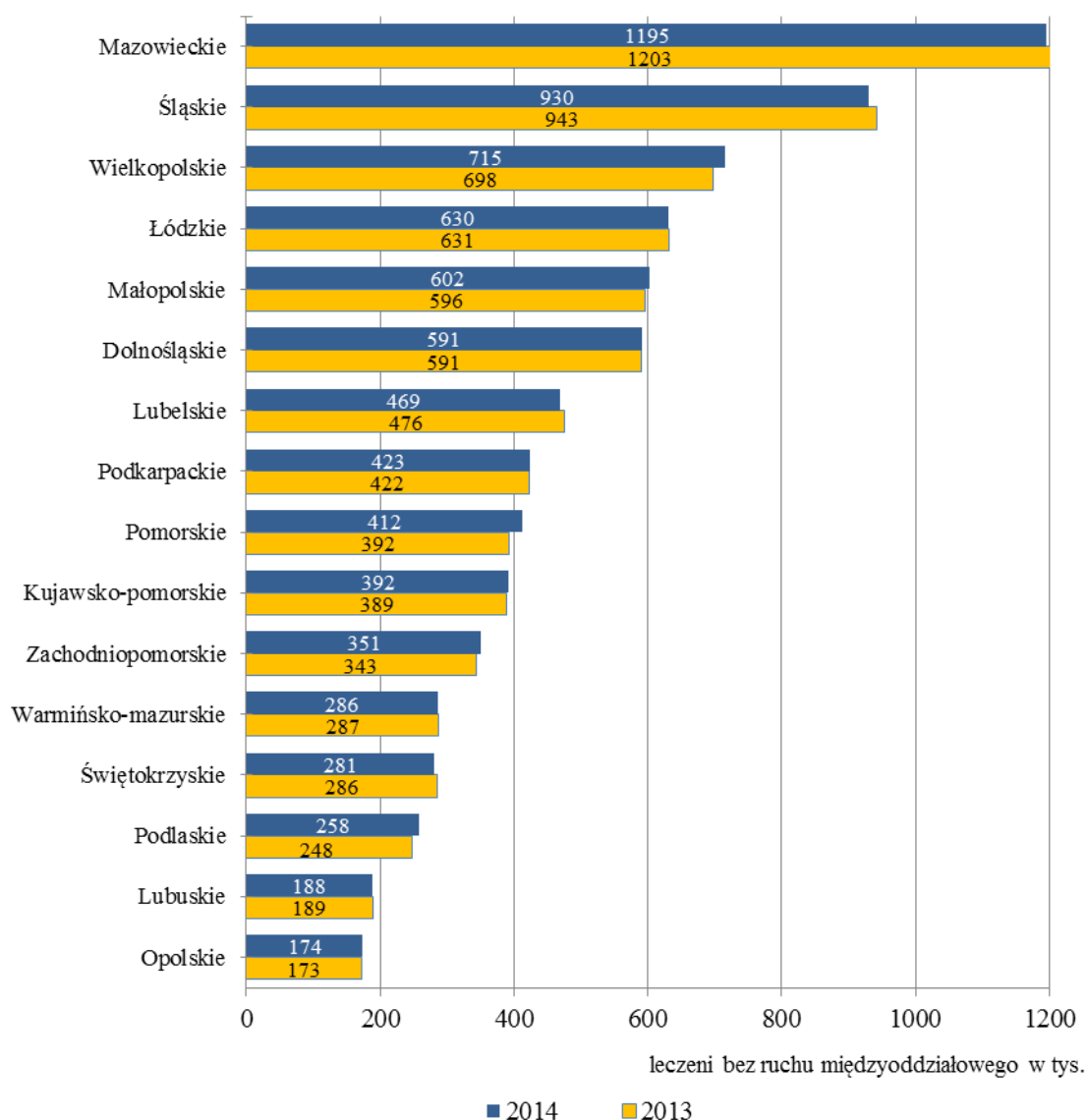
⁷¹ Pacjenci wpisani w księdzę głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

⁷² W przypadku danych ogółem dla kraju oraz dla woj. wielkopolskiego do porównania wykorzystano dane z 2012 r. ze względu na niepełną kompletność zbioru w 2013 r. (brak dwóch szpitali w woj. wielkopolskim).

województwa mazowieckiego, następnie województwa śląskiego (930,0 tys., o 1,4% mniej) i wielkopolskiego⁷³ (715,2 tys., o 1,6% mniej w porównaniu do 2012 r.), czyli w placówkach województw o największej liczbie ludności.

Najmniej pacjentów było leczonych w szpitalach województwa opolskiego - 173,8 tys. (o 0,8% więcej niż w 2013r.), lubuskiego - 188,1 tys. (o 0,2% mniej) i podlaskiego - 257,6 tys. (o 3,8% więcej), czyli województw o najmniejszej liczbie ludności.

Wykres 17. Leczeni⁷⁴ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych według województw w latach 2013-2014



⁷³ Do porównania wykorzystano dane z 2012 r. (niepełna kompletność danych w woj. wielkopolskim w 2013 r.).

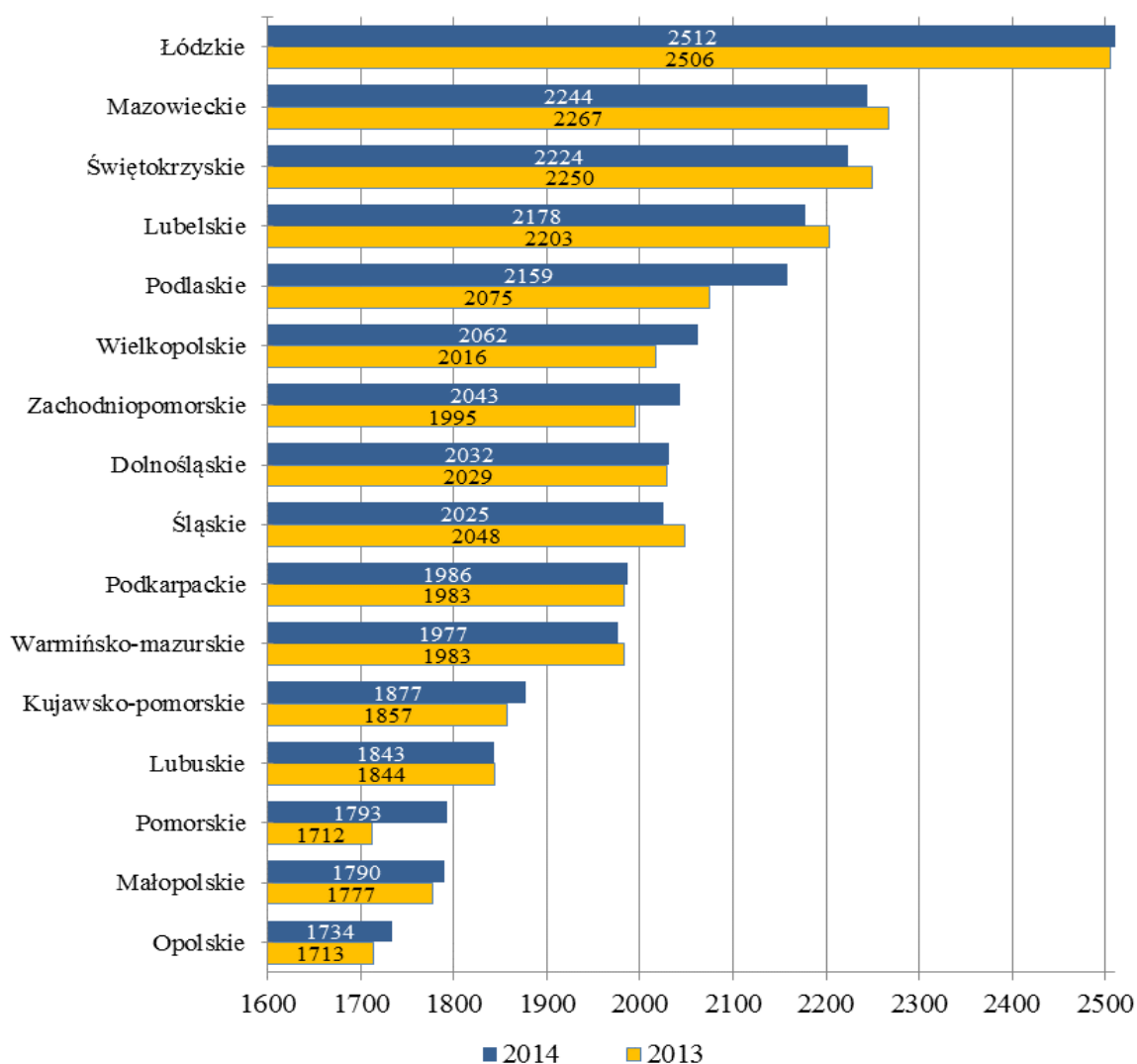
⁷⁴ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. W 2013 r. dana dla woj. wielkopolskiego nie są w pełni porównywalne z uwagi na niekompletność danych (brak dwóch szpitali).

Największy wzrost liczby pacjentów leczonych stacjonarnie w szpitalach, w porównaniu do 2013 r., odnotowano w woj. pomorskim (o 5%), podlaskim (o 3,8%) i zachodniopomorskim (o 2,3% więcej).

Wskaźnik liczby leczonych w przeliczeniu na 10 tys. ludności był największy w województwie łódzkim (2512), mazowieckim (2244) i świętokrzyskim (2224), a najmniejszy w opolskim (1734), małopolskim (1790) i pomorskim (1793).

Zmiany wskaźnika w województwach prezentuje wykres poniżej.

Wykres 18. Leczeni⁷⁵ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w latach 2013-2014



⁷⁵ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. W 2013 r. dana dla woj. wielkopolskiego nie są w pełni porównywalne z uwagi na niekompletność danych (brak dwóch szpitali).

Liczba dzieci i młodzieży (do 18 roku życia) leczonych stacjonarnie wyniosła 1,4 mln. Ich udział w liczbie ogółem leczonych stacjonarnie w polskich szpitalach nie różnił się istotnie w porównaniu do 2012 r. i wyniósł 17,2%.

Największy odsetek młodych pacjentów, sięgający blisko 1/5 leczonych, odnotowano w województwach: pomorskim, kujawsko-pomorskim i mazowieckim, a najmniejszy – blisko 11% w województwie opolskim.

Jednym z mierników opisujących stacjonarną działalność poszczególnych oddziałów szpitalnych jest liczba osób leczonych z uwzględnieniem ruchu międzyoddziałowego (wykres 19). Łącznie w Polsce na oddziałach szpitalnych było leczonych stacjonarnie blisko 8,5 mln osób⁷⁶ (o 1,5% więcej niż 2012 r.).

Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej pacjentów odnotowano na oddziałach o specjalnościach chirurgicznych, prawie 2,1 mln (o 0,5% mniej niż w 2012 r.). Spośród oddziałów chirurgicznych najliczniejszą grupę pacjentów stanowili leczeni na oddziałach chirurgii ogólnej, gdzie przebywało więcej niż połowa pacjentów (1080,1 tys.), natomiast blisko co piąty pacjent wymagający leczenia chirurgicznego (449,8 tys.) przebywał na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej.

Liczną grupę wśród ogółu leczonych stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych - 13,3% (tj. 1126,6 tys. o 0,8% więcej w porównaniu do 2012 r.) oraz pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych - 13,1% (tj. 1108,8 tys. o 0,8% mniej niż w 2012 r.).

Nieco mniejszy odsetek stanowili pacjenci oddziałów kardiologicznych - 6,9% (tj. 583,7 tys. osób, o 1,3% więcej niż w 2012 r.), pediatrycznych - 5,5% (tj. 466,8 tys. o 4,2% więcej), czy onkologicznych - 4,2% leczonych ogółem (tj. 351,8 tys., o 5,6% więcej niż w 2012 r.). Oddziały o profilu psychiatrycznym (psychiatryczne i odwykowe), na których pacjenci przebywają najdłużej, odnotowały około 85,4 tys. pacjentów, o 6,3% więcej niż dwa lata temu.

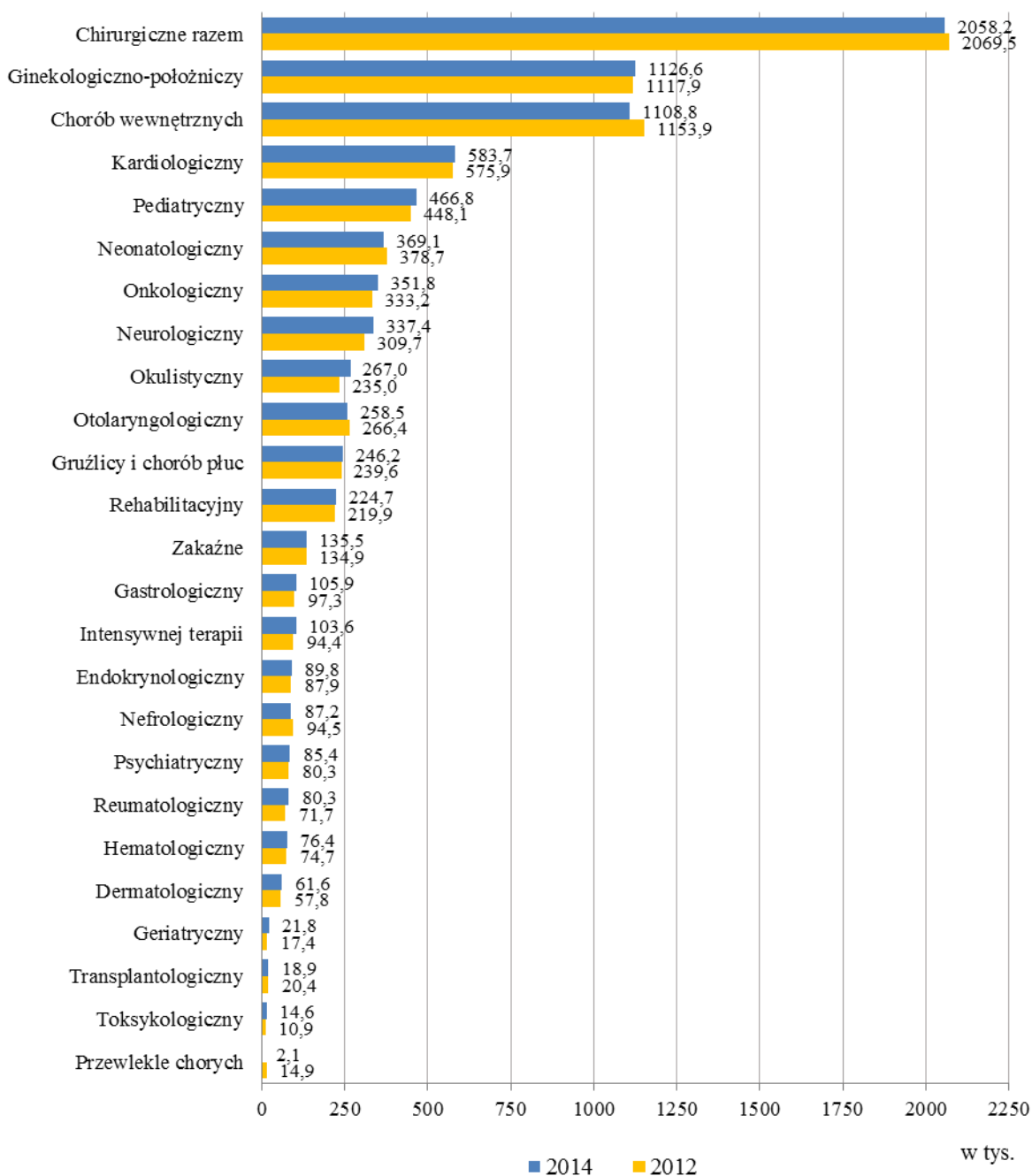
W porównaniu do 2012 r. więcej pacjentów przyjęto m.in. na oddziałach: okulistycznych (267,0 tys., o 13,6% więcej), neurologicznych (337,4 tys., o 8,9%), intensywnej terapii (103,6 tys., o 9,8%), pediatrycznych (465,2 tys., o 4,2%), onkologicznych (351,8 tys., o 5,6%), reumatologicznych (80,3 tys. o 12,0% więcej) i gastrologicznych (105,9 tys. o 8,7%).

Z roku na rok mniej pacjentów przebywało na oddziałach dla przewlekle chorych, których ubywa w związku z przekształceniami zachodzącymi w szpitalach i wyodrębnianiem się m.in. oddziałów opieki paliatywnej, ukierunkowanych na leczenie objawowe, zapobieganie i uśmierzenie bólu. W 2014 r. na oddziałach dla przewlekle chorych przebywało blisko 2,1 tys. pacjentów (o 86,0% mniej niż w 2012 r.). Także stosunkowo niewielką liczbę osób - 21,8 tys. odnotowano na 38 oddziałach

⁷⁶ W trybie stacjonarnym i łącznie z ruchem międzyoddziałowym, co oznacza że pacjent przebywający na kilku oddziałach szpitalnych podczas jednego pobytu, na każdym oddziale liczony był niezależnie.

geriatrycznych, specjalizujących się w schorzeniach wieku podeszłego i których systematycznie przybywa. Było to o ponad 25% więcej (o 4,4 tys. osób) niż w 2012 r..

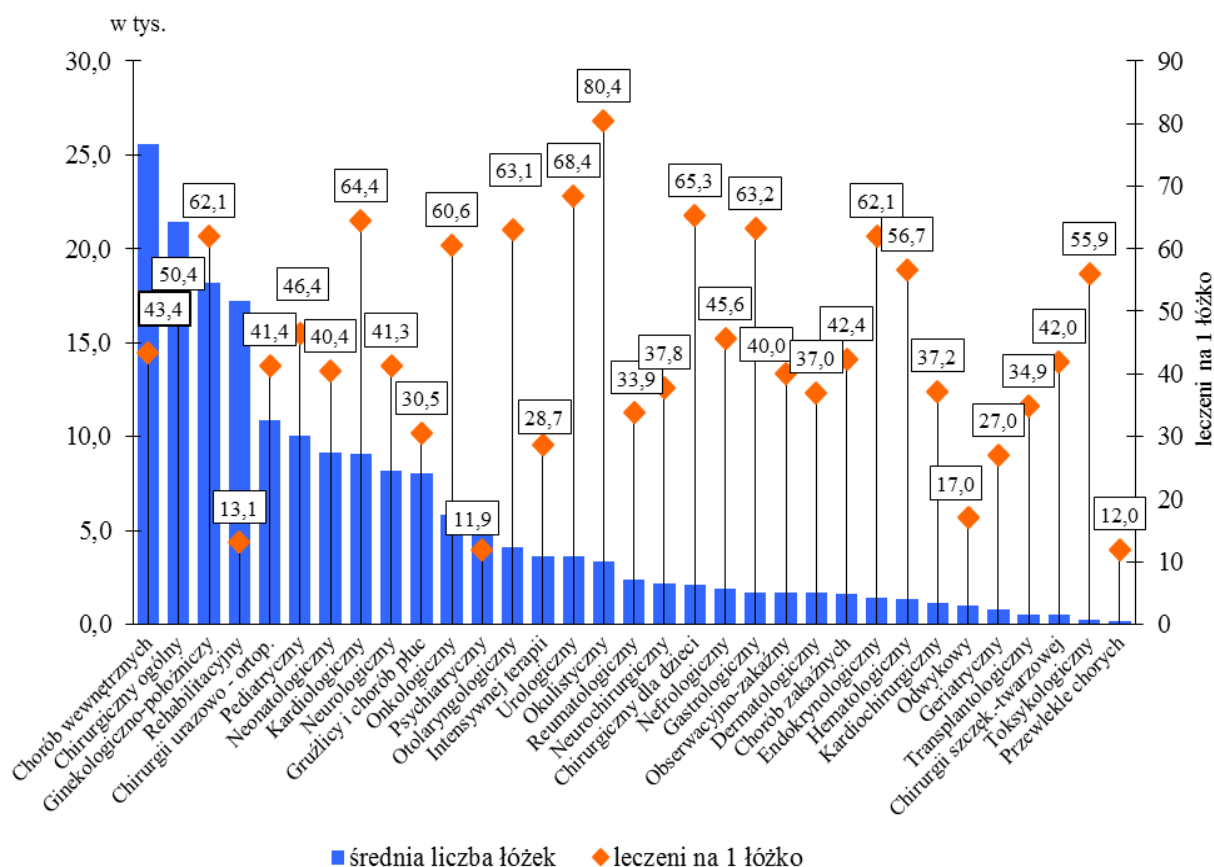
Wykres 19. Pacjenci leczeni na oddziałach⁷⁷ w szpitalach ogólnych w 2012 r. i 2014 r.



⁷⁷ Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala. Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo ortopedyczną urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym; do oddziałów zakaźnych – oddziały obserwacyjno- zakaźne; do oddziałów gruźlicy i chorób płuc – oddziały pulmonologiczne; do oddziałów psychiatrycznych – oddziały odwykowe.

Innym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest liczba leczonych na poszczególnych oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na tych oddziałach⁷⁸. Wskaźnik ten, dla wszystkich rodzajów oddziałów łącznie, wyniósł 45,1 osób na jedno łóżko.

Wykres 20. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2014 r.



Największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na jedno łóżko odnotowano na oddziałach: okulistycznych (80,4), a następnie urologicznych (68,4) i chirurgicznych dla dzieci (65,3), a najmniejszą - na oddziałach: psychiatrycznych (11,9), dla przewlekle chorych (12,0), rehabilitacyjnych (13,1), i odwykowych (17,0) czyli na oddziałach gdzie pobyty są dłuższe. Dla poszczególnych województw wskaźnik ten wahał się od 37,5 osób na jedno łóżko w województwie śląskim do 50,8 w województwie wielkopolskim.

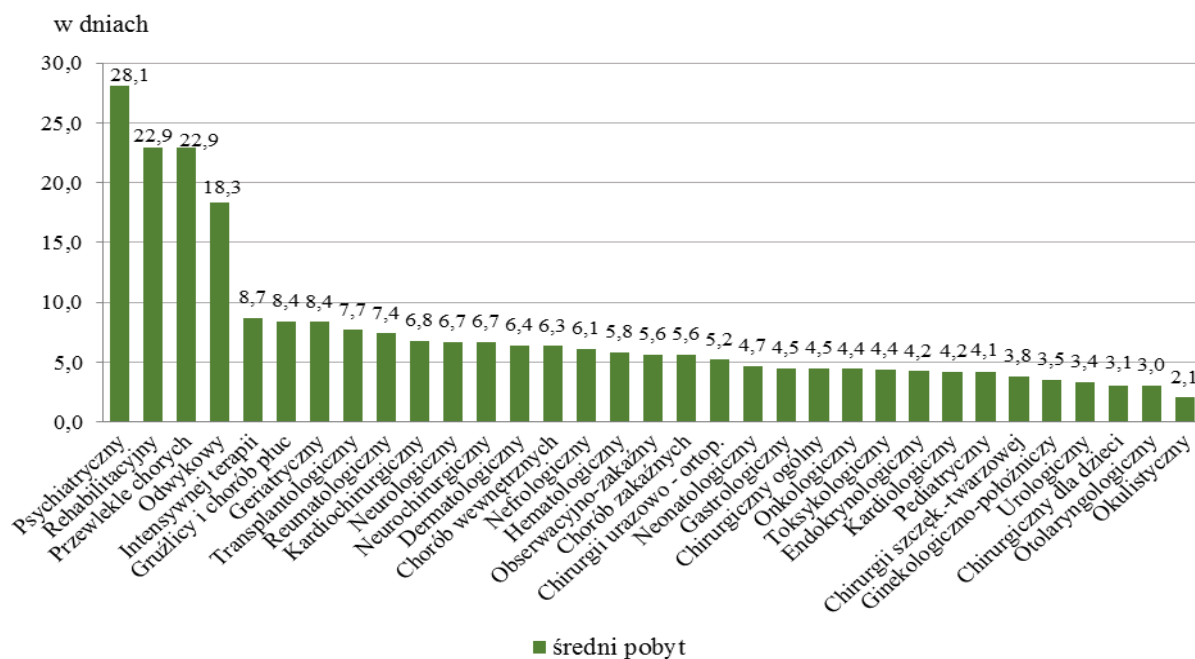
Kolejnymi wskaźnikami opisującymi funkcjonowanie oddziałów jest średni czas pobytu⁷⁹ chorego na oddziałach szpitalnych, który w 2014 r. wyniósł 5,5 dnia (podobnie jak w 2012 r., i o 0,1 więcej niż w roku 2013). Najdłuższe pobyty miały miejsce na oddziałach: psychiatrycznych (28,1 dnia), rehabilitacyjnych (22,9 dnia), przewlekle chorych (22,9 dnia) i odwykowych (18,3 dnia). Krótkie

⁷⁸ Wskaźnik tzw. przelotowości - iloraz liczby pacjentów na oddziale i średniej liczby łóżek na oddziale.

⁷⁹ Iloraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale i liczby leczonych na oddziale.

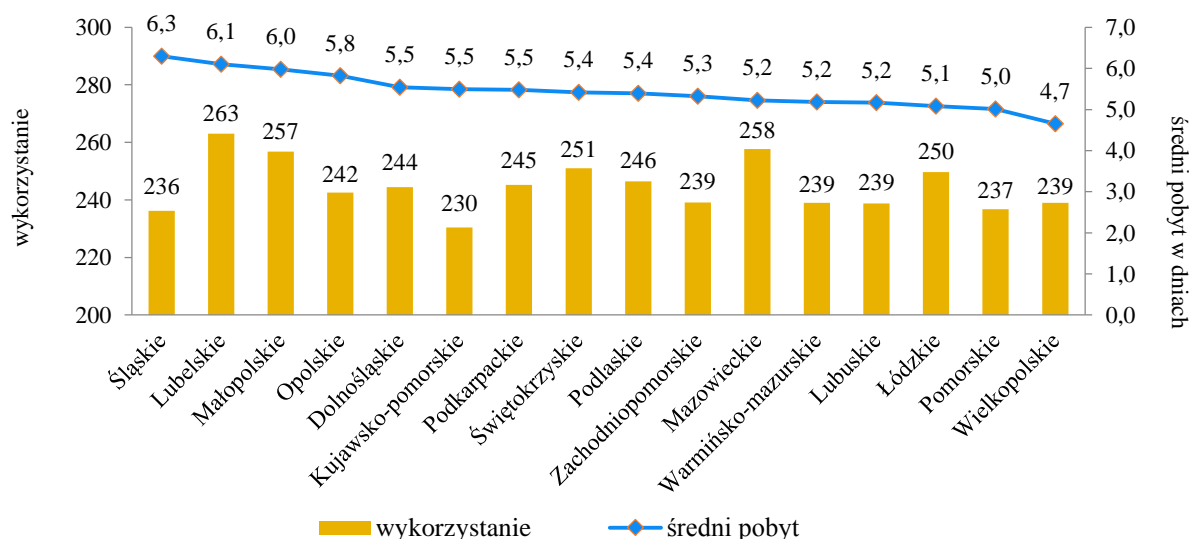
przeciętne pobyty (poniżej 4 dni) odnotowano na oddziałach: okulistycznych (2,1 dnia), otolaryngologicznych (3,0 dnia), chirurgicznych dla dzieci (po 3,1 dnia), urologicznych (3,4 dnia), ginekologiczno-położniczych (3,5 dnia) i chirurgii szczękowo-twarzowej (3,8 dnia).

Wykres 21. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym w 2014 r.



W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) średni pobyt pacjenta na oddziałach szpitalnych trwał najdłużej na terenie województwa śląskiego (6,3), lubelskiego (6,1 dnia) oraz małopolskiego (6,0 dnia), natomiast najkrócej w województwie wielkopolskim (4,7 dnia), pomorskim (5,0 dnia) oraz łódzkim (5,1).

Wykres 22. Średnia liczba dni pobytu na oddziałach szpitalnych i wykorzystanie łóżek w szpitalach według województw w 2014 r.



Wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest też przeciętne wykorzystanie⁸⁰ łóżek. Wskaźnik ten dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 246 dni, i był taki sam jak w 2012 r. W największym stopniu wykorzystywane były łóżka w województwach: lubelskim (263 dni), mazowieckim (258 dni) i małopolskim (257 dni), a najniższe wykorzystanie odnotowano w województwach: kujawsko-pomorskim (230), śląskim (236) i pomorskim (337).

Dokonując oceny działalności oddziałów poprzez wymienione wskaźniki należy uwzględnić charakter i specyfikę danego oddziału. Inną funkcję pełnią oddziały intensywnej terapii, gdzie prowadzony jest wzmożony nadzór w stanach zagrożenia życia lub gdy istnieje potrzeba ciągłego monitorowania podstawowych funkcji życiowych chorego, a inny zakres zadań mają np. oddziały kardiochirurgiczne, w których prowadzona jest diagnostyka, przeprowadzane są operacje, leczone są powikłania pooperacyjne, prowadzona jest szeroka opieka przed- i pooperacyjna. Na tego typu oddziałach rotacja pacjentów zwykle jest większa niż na oddziałach, na których przebywają pacjenci, którzy zakończyli właściwe leczenie szpitalne, ale w dalszym ciągu wymagają stałego nadzoru lekarskiego, rehabilitacji i profesjonalnej pielęgnacji (oddziały rehabilitacyjne i dla przewlekle chorych). Na tych oddziałach pobyty pacjentów są znacznie dłuższe.

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

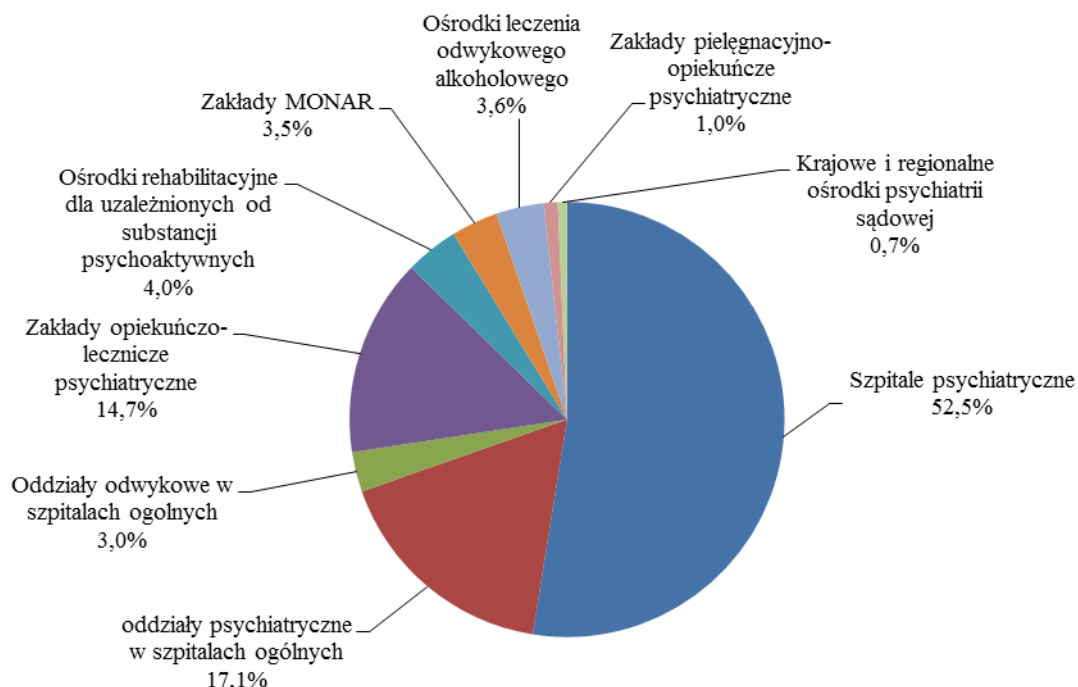
Wśród zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej wyróżniamy: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego,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

Struktura łóżek zakładów opieki psychiatrycznej wskazuje że 72,5% (25,5 tys.) łóżek przeznaczonych było na psychiatryczną opiekę szpitalną (szpitale psychiatryczne oraz oddziały psychiatryczne i odwykowe funkcjonujące w szpitalach ogólnych). Łóżka przeznaczone na psychiatryczną opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze) stanowiły 15,7% (5,3 tys.) łóżek, a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR) dysponowały 11,1% (3,7 tys.) łóżek.

⁸⁰ Iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

Strukturę łóżek w poszczególnych typach zakładów opieki psychiatrycznej⁸¹ ilustruje poniższy wykres.

Wykres 23. Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2014 r.



Na koniec 2014 r. w Polsce było 49 **szpitali psychiatrycznych** (o 1 szpital więcej) dysponujących 17,7 tys. łóżek (o 1,3%, tj. 231 łóżek więcej niż w końcu 2013 r.). Przebywało w nich 201,6 tys. pacjentów, o 3,1% (6,0 tys.) więcej niż przed rokiem.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (3,0 tys.), śląskiego (2,2 tys.) i wielkopolskiego (1,5 tys.), w których przebywało także najwięcej pacjentów. Łącznie stanowili oni blisko 40% ogółem leczonych. Najmniej pacjentów skorzystało z tej formy opieki w województwach: kujawsko-pomorskim i podkarpackim (po 5,4 tys.) oraz lubuskim (8,0 tys.). Są to także województwa należące do grupy województw o mniejszej liczbie łóżek (poniżej 830 łóżek).

Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym nie uległ istotnej zmianie i wyniósł 29,9 dnia, i był blisko dwa dni dłuższy niż średni pobyt pacjenta na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (28,1 dnia).

Długość pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych była zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najdłuższe pobyty odnotowano w województwie podkarpackim - blisko 47 dni,

⁸¹ Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych.

śląskim i pomorskim - 39 dni, a najkrótsze - w szpitalach psychiatrycznych w województwie opolskim (18 dni) i wielkopolskim (23 dni).

W 2014 r. w szpitalach ogólnych funkcjonowało łącznie 141 **oddziałów psychiatrycznych** i 44 **oddziały odwykowe**. W oddziałach tych dostępnych było 6,8 tys. łóżek, o 2,8% (tj. 0,2 tys.) łóżek więcej niż w 2013 r. Łącznie na oddziałach przebywało w ciągu 2014 roku – 85,4 tys. pacjentów, nieznacznie więcej (o 0,3%) niż w roku poprzednim.

Najwięcej pacjentów odnotowano na oddziałach psychiatrycznych (łącznie z odwykowymi) w województwie mazowieckim - 9,0 tys. pacjentów, ale było to o 10,9% mniej niż w 2013 r. Kolejne pod względem liczby pacjentów były oddziały psychiatryczne w województwie łódzkim i śląskim (po 8,8 tys. pacjentów), a najmniej pacjentów na oddziałach tego typu było w województwie opolskim (0,7 tys.) i świętokrzyskim (0,9 tys. pacjentów).

Kolejnym rodzajem psychiatrycznych placówek całodobowych są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. W 2014 r. podobnie jak przed rokiem, dysponowały one łącznie 2,5 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku 9,0 tys. pacjentów (o 3,4% więcej niż w 2013 r.). Ponad połowa wszystkich łóżek (52%) i zarazem nieco więcej niż połowa wszystkich leczonych pacjentów (55%), bez względu na miejsce zamieszkania, przebywało w placówkach czterech województw: mazowieckim (403 łóżek i 1,9 tys. pacjentów), pomorskim (375 łóżek i 1,2 tys. pacjentów), śląskim (264 łóżka i 0,9 tys. pacjentów) i zachodniopomorskim (261 łóżek i 0,8 tys. pacjentów).

W 2014 r. działało 31 **ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. Dysponowały one łącznie 1,3 tys. łóżek (o 1,5% mniej), z których skorzystało 4,3 tys. osób uzależnionych (o 3,0% więcej niż w poprzednim roku). Najwięcej łóżek tego typu było w województwach: pomorskim (341), lubuskim (245) śląskim (214) i mazowieckim (189), łącznie blisko 3/4 wszystkich łóżek. Także prawie 72% ogółu pacjentów, bez względu na miejsce zamieszkania, przebywało w ośrodkach tych czterech województw.

Osoby uzależnione mogły znaleźć pomoc, podobnie jak przed rokiem, w 26 zakładach **MONAR**. Baza łóżkowa tych ośrodków zwiększyła się o 5,5% (tj. o 61 łóżek) i wyniosła 1,2 tys. łóżek. Pomocy udzielono 4,8 tys. osób i jest to o 3,8% więcej w porównaniu do 2013 r. Najwięcej placówek tego typu działało w województwie mazowieckim (6), zachodniopomorskim (4), wielkopolskim (3) i łódzkim (3). Dysponowały one także największą liczbą miejsc i w ślad za tym udzieliły wsparcia 3,0 tys. osób (62,3% ogółu leczonych w tego typu ośrodkach).

W 2014 r. na terenie kraju funkcjonowały 24 **ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego** (o 2 więcej) oraz podobnie jak w latach ubiegłych 4 **regionalne ośrodki psychiatrii sądowej** (dysponujące 229 łózkami, z których skorzystało 0,3 tys. osób). W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego odnotowano 1,2 tys. łóżek, o 5,1%, tj. 58 łóżek więcej w porównaniu do roku 2013.

W ośrodkach tych przebywało o 5,2% więcej pacjentów (13,7 tys. osób), z czego blisko 44% (6,0 tys. osób) leczonych było w placówkach dwóch województw - śląskiego i dolnośląskiego.

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

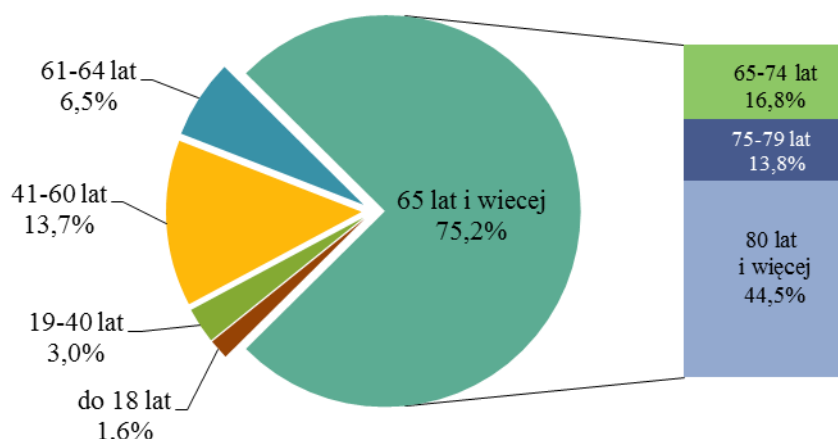
Kolejną formą systemu opieki zdrowotnej jest stacjonarna opieka długoterminowa, która wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa odgrywa coraz ważniejszą rolę. Zakładami opieki długoterminowej są zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym i zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym. W 2014 roku funkcjonowało łącznie 543 tego typu zakładów, tj. o 2,3% więcej niż w 2013 roku.

Na koniec 2014 r. odnotowano, 73 hospicja i 69 oddziałów opieki paliatywnej⁸², o 12 oddziałów więcej niż w 2013 r.

Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały łącznie 32,6 tys. łóżek, czyli o 5,4% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 92,5 tys. osób, co stanowi blisko 2,7% więcej w stosunku do 2013 r.

Struktura wieku pacjentów wskazuje że ponad 75% korzystających ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej (łącznie z hospicjami i oddziałami opieki paliatywnej) stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej, z tego ponad połowa to osoby 80 - letnie i starsze. Pacjenci w wieku 41-64 lat stanowili 20% wszystkich leczonych, a osoby do 40 roku życia – niespełna 5% pacjentów.

Wykres 24. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2014 r. (stan w dniu 31.XII)⁸³

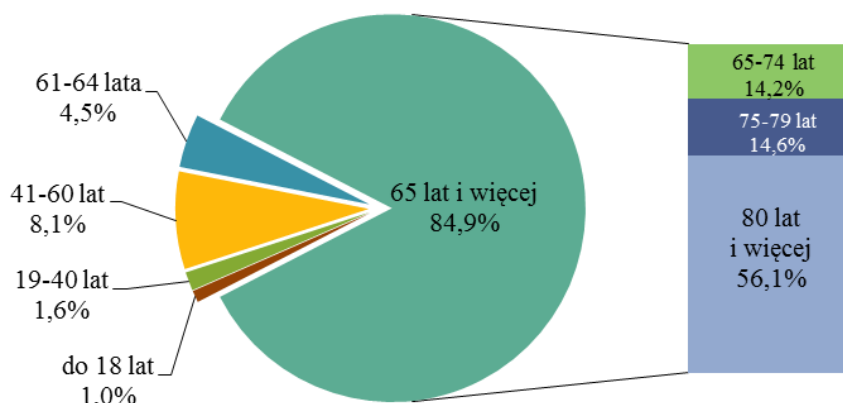


⁸² Występowanie oddziałów opieki paliatywnej w ramach opieki długoterminowej określa rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych z 17 maja 2012 r. (DZ.U. 2012 poz. 594).

⁸³ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego

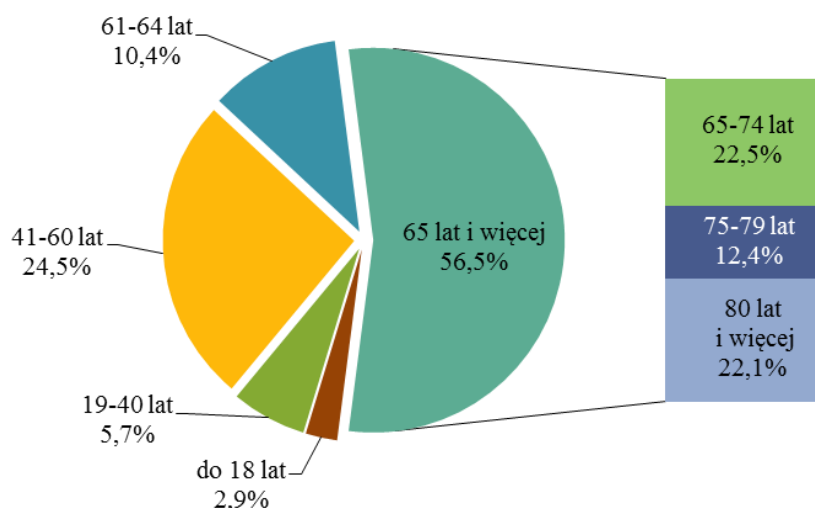
W zakładach tych przebywało więcej kobiet (65,8%) niż mężczyzn. Udział procentowy kobiet w wieku 65 lat i więcej wyniósł blisko 85% i był większy o ponad 28 p. proc. niż mężczyzn w tej samej grupie wiekowej.

Wykres 25. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2014 r. (stan w dniu 31.XII)



Mężczyźni stanowili 34,2% ogółu pacjentów tych placówek i było ich więcej w młodszych grupach wiekowych. W wieku do 64 lat było blisko 4,5 tys. (43,5%) mężczyzn podczas gdy kobiet do 64 roku życia - około 3,0 tys. (15,2%).

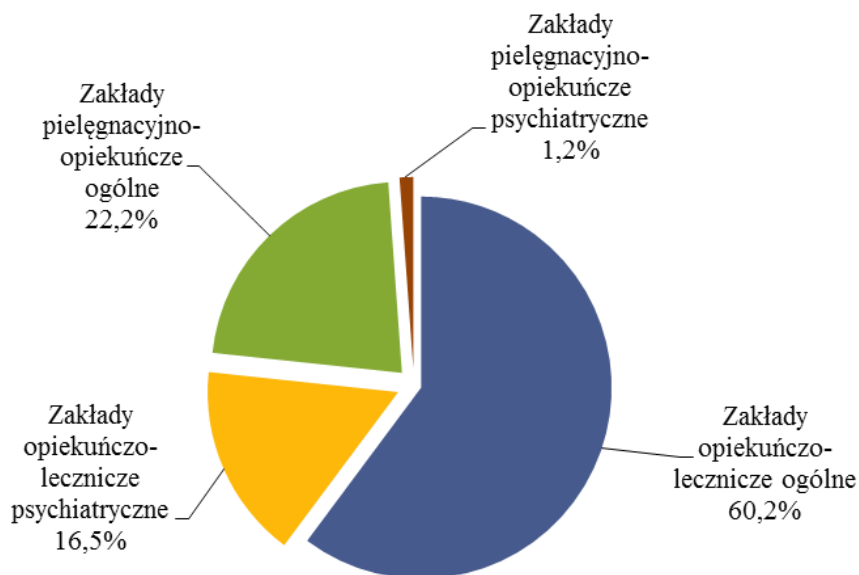
Wykres 26. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej²² i hospicyjno-paliatywnej w 2014 r. (stan w dniu 31.XII)



Baza łóżkowa zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła na koniec 2014 roku 30,1 tys., o 5,0% (1,4 tys. łóżek) więcej niż

w 2013 r. Opieką stacjonarną objęto łącznie 58,7 tys. osób, nieznacznie mniej niż przed rokiem. W przeliczeniu na 10 tys. ludności, w skali kraju, z tej formy opieki skorzystało 15,3 pacjentów, natomiast liczba łóżek (według stanu na 31.XII) przypadająca na 10 tys. ludności wyniosła 7,8 łóżka. Struktura łóżek w opiece długoterminowej wskazuje że 82,4% łóżek skupiały placówki o profilu ogólnym a 17,6% łóżek zakłady typu psychiatrycznego.

Wykres 27. Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu w 2014 r. (stan w dniu 31.XII)

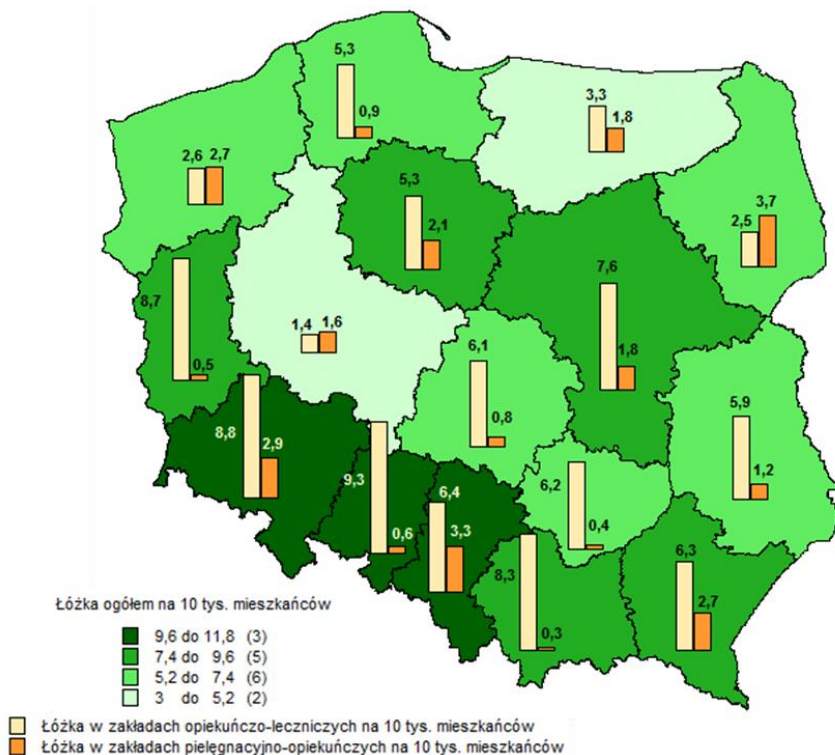


Najwięcej łóżek zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym na 10 tys. ludności przypadało w województwach: dolnośląskim (11,8), opolskim (9,9), śląskim (9,7) i mazowieckim (9,4), a najmniej w województwach: wielkopolskim (3,0), warmińsko-mazurskim (5,1) i zachodniopomorskim (5,3).

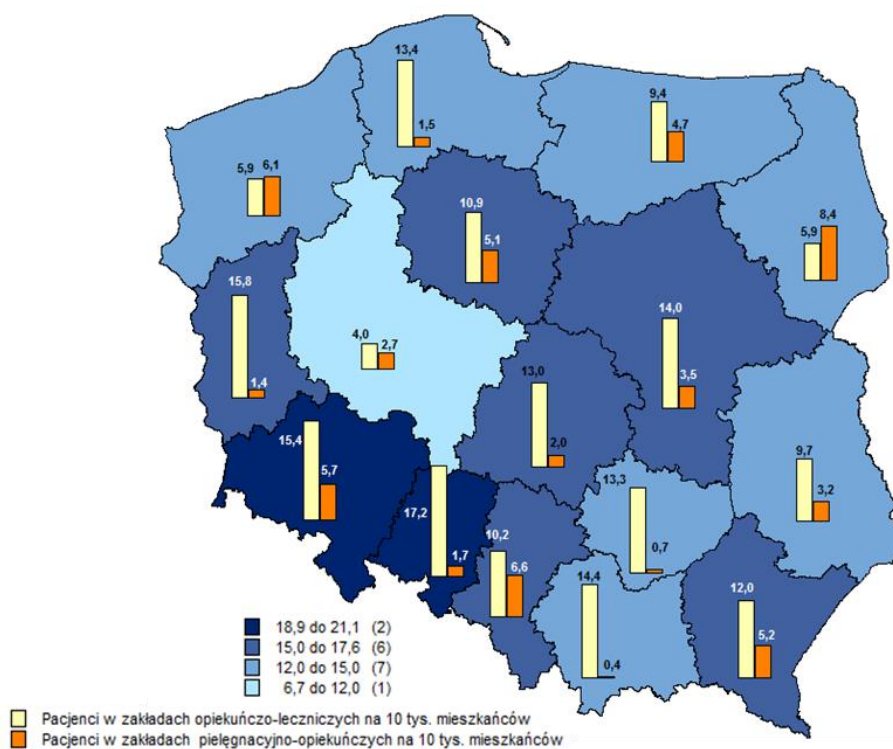
Najwięcej pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym na 10 tys. ludności przebywało w placówkach w województwach: dolnośląskim (21,1), opolskim (18,9), mazowieckim (17,5), podkarpackim (17,3), a najmniej w województwach: wielkopolskim (6,7), zachodniopomorskim (12,0), i lubelskim (12,9).

Rozmieszczenie łóżek opieki długoterminowej oraz pacjentów w poszczególnych województwach przedstawiają poniższe mapy.

Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej²³ na 10 tys. ludności (stan w dniu 31.XII)

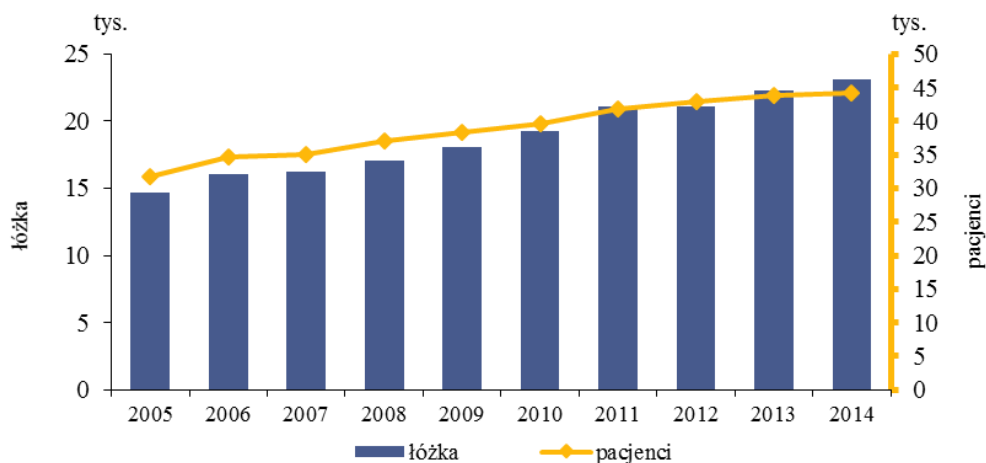


Mapa 4. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej²³ na 10 tys. ludności.

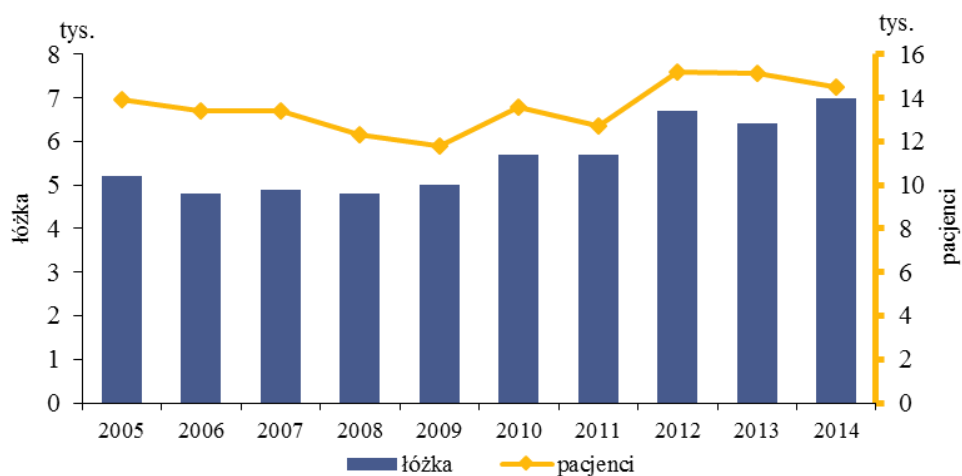


Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych na przestrzeni ostatnich kilku lat przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 28. Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych⁸⁴ w latach 2005-2014



Wykres 29. Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych⁸⁴ w latach 2005-2014



Na koniec 2014 r. odnotowano większą liczbę placówek **opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym**, było ich 337, o 10 więcej niż przed rokiem. Baza łóżkowa zwiększyła się o 5,4% osiągając na koniec roku 18,1 tys. łóżek.

⁸⁴ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego

Najwięcej łóżek tego typu było w województwie mazowieckim (3,3 tys.) a następnie w województwach: małopolskim (2,6 tys.), śląskim (2,1 tys.) i dolnośląskim (1,7 tys.). Łącznie w tych czterech województwach odnotowano ponad połowę (53,4%) wszystkich łóżek tej formy opieki. Niemal co drugi pacjent placówek opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym (47,9%) przebywał na leczeniu w jednym z czterech ww. województw. Ogółem opieką w trybie stacjonarnym otoczono 37,5 tys. osób, o 1,7% więcej niż przed rokiem. Średni pobyt pacjenta w placówce opiekuńczo-leczniczej o profilu ogólnym trwał blisko 160 dni, o 2 dni dłużej niż w 2013 r.

W 2014 r. odnotowano 150 **placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym** (o 3 więcej niż w 2013 r.). Baza łóżkowa tych zakładów zwiększyła się o 10,7% osiągając na koniec roku 6,7 tys. łóżek. Najwięcej łóżek było w woj. śląskim (1,5 tys.), mazowieckim (1,0 tys.) i dolnośląskim (0,9 tys.). Łącznie w tych trzech województwach odnotowano blisko połowę (49,7%) wszystkich łóżek tej formy opieki i niemal co drugi pacjent placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym (46,2%) przebywał na leczeniu w jednym z tych trzech województw. Ogółem opieką w trybie stacjonarnym otoczono 14,0 tys. osób, o 3,8% mniej w porównaniu do 2013 r. Średni pobyt pacjenta w placówce pielęgnacyjno-opiekuńczej o profilu ogólnym trwał 152 dni, o 2 dni dłużej niż w 2013 r.

Sytuacja placówek **opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego** w porównaniu do roku 2013 uległa nieznacznym zmianom. Łącznie na koniec 2014 r. odnotowano 56 placówek (o 1 placówkę mniej). Baza łóżkowa zmalała o 2,8% i wyniosła 5,3 tys. łóżek. Przyjęto 7,2 tys. pacjentów, o 2,6% mniej niż w 2013 r.

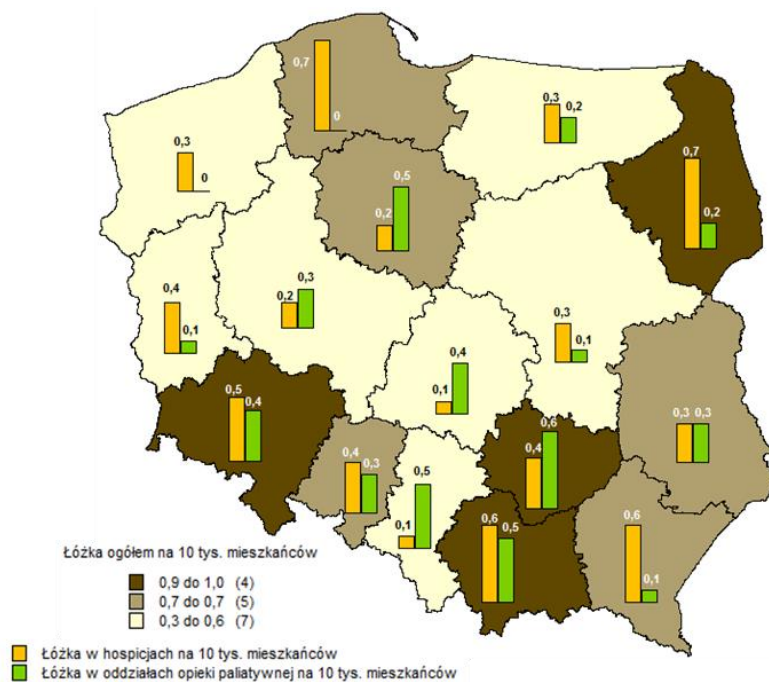
Pobyty pacjentów w zakładach o profilu psychiatrycznym są dłuższe niż w zakładach o profilu ogólnym. I tak w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym pacjenci przebywali średnio 237 dni i było to o 9 dni krócej w porównaniu do 2013 r., a w przypadku psychiatrycznych zakładów opiekuńczo-leczniczych - 259 dni, o 1 dzień krócej.

Inną formę opieki stanowią **hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej**⁸⁵, przeznaczone dla pacjentów z trudnymi do kontroli objawami, bez nadziei na wyleczenie, często w schyłkowym okresie życia. W 2014 r. odnotowano 142 tego typu placówki, (73 hospicja i 69 oddziałów opieki paliatywnej), dysponowały one 2,5 tys. łóżek (o 11,1% więcej,) i dostarczyły opieki 33,8 tys. osób (o 8,1% więcej niż w 2013 r.). Średnio pobyt pacjenta w tych placówkach trwał 24,0 dni.

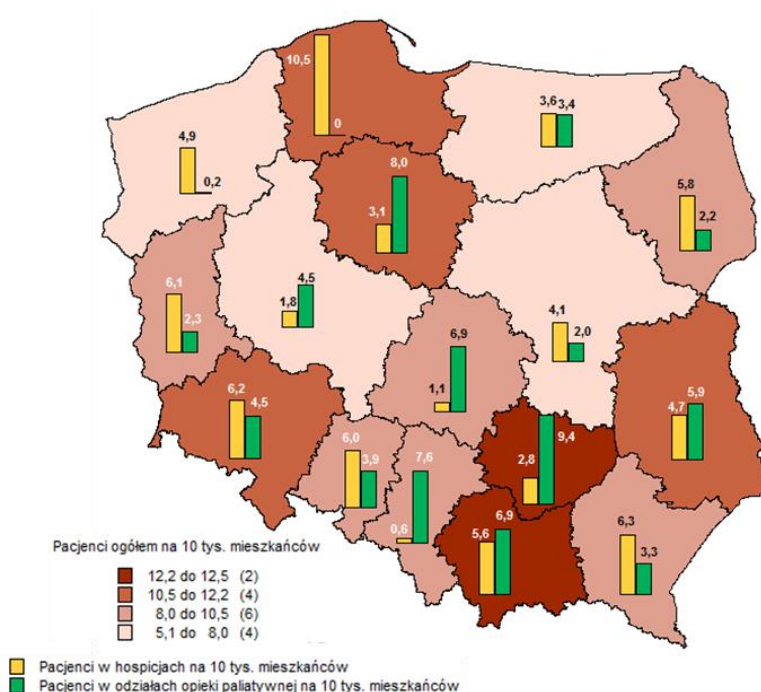
Rozmieszczenie łóżek oraz liczbę przyjętych pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności w poszczególnych województwach przedstawiają poniższe mapy.

⁸⁵ Oddziały opieki paliatywnej zarejestrowane w RPWDL na koniec 2014 r. zgodnie z rozporządzeniem w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych (DZ.U. 2012 poz. 594), regulującym występowanie tych oddziałów w ramach grup zakładów typu opiekuńczego (szeroko rozumianej opieki długoterminowej).

Mapa 5. Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 XII)



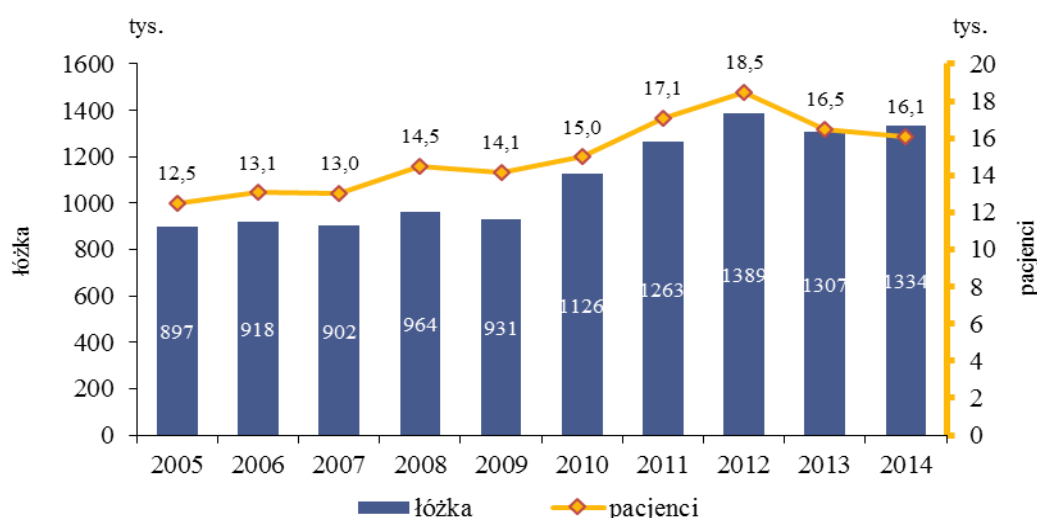
Mapa 6. Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności



Oddziały opieki paliatywnej, których było o 12 więcej niż w 2013 r. dysponowały na koniec 2014 r. - 1,2 tys. łóżek, blisko o 25% łóżek więcej niż w roku poprzednim. Dostarczyły opieki 17,7 tys. osób, o 1/5 więcej niż w 2013 r.

Liczba hospicjów nie uległa zmianie a liczba łóżek, a także leczonych pacjentów była zbliżona do roku poprzedniego. Zmiany liczby łóżek i pacjentów w hospicjach, w dłuższej perspektywie czasu, prezentuje poniższy wykres.

Wykres 30. Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2014



Oprócz stacjonarnej działalności prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjne, niektóre placówki prowadziły także działalność domową i/lub dzienną. Łącznie tego typu opieką objęto 3,7 tys. osób (o 5,2% więcej niż przed rokiem). Większość pacjentów stanowili podopieczni hospicjów (2,1 tys. osób) oraz zespołów opieki domowej (0,9 tys. osób) funkcjonujących przy zakładach opieki długoterminowej⁸⁶

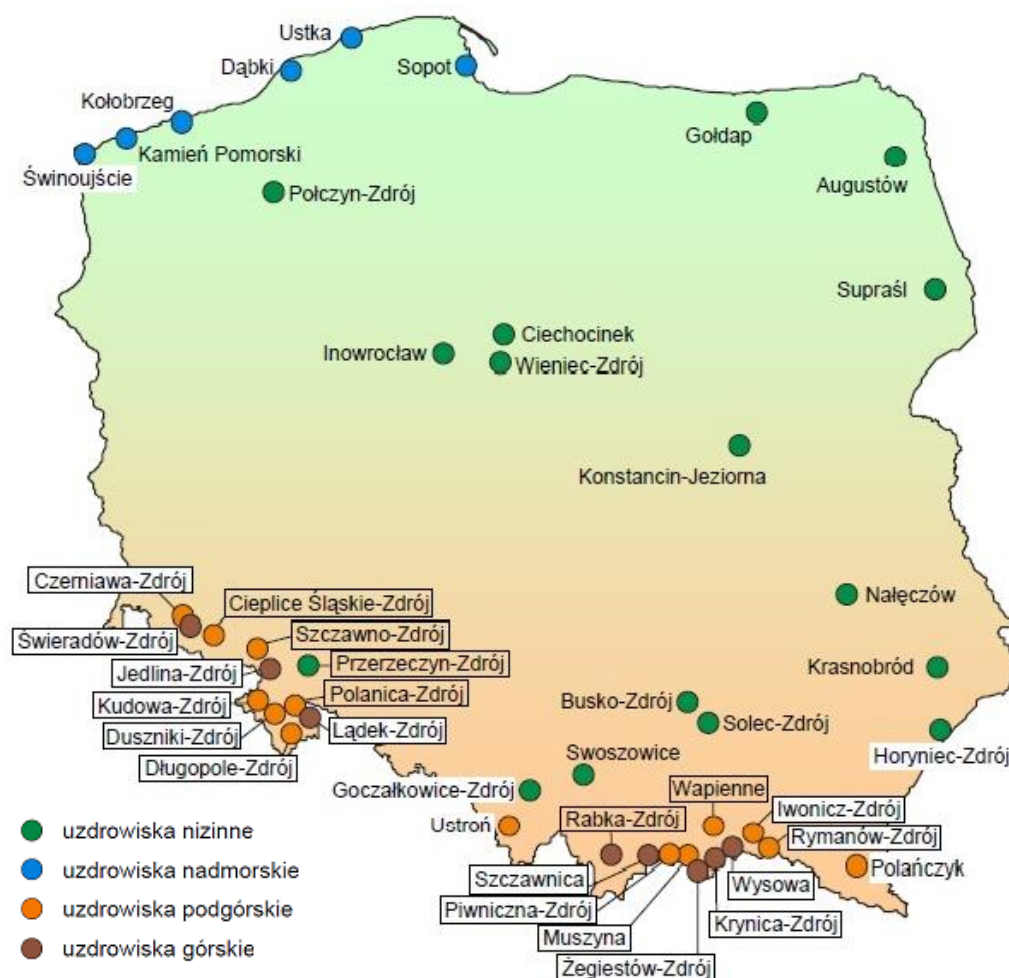
Lecznictwo uzdrowiskowe⁸⁷

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

⁸⁶ Opieka domowa prowadzona była także przy poradniach specjalistycznych.

⁸⁷ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych).

Mapa 7. Obszary uzdrowiskowe w Polsce



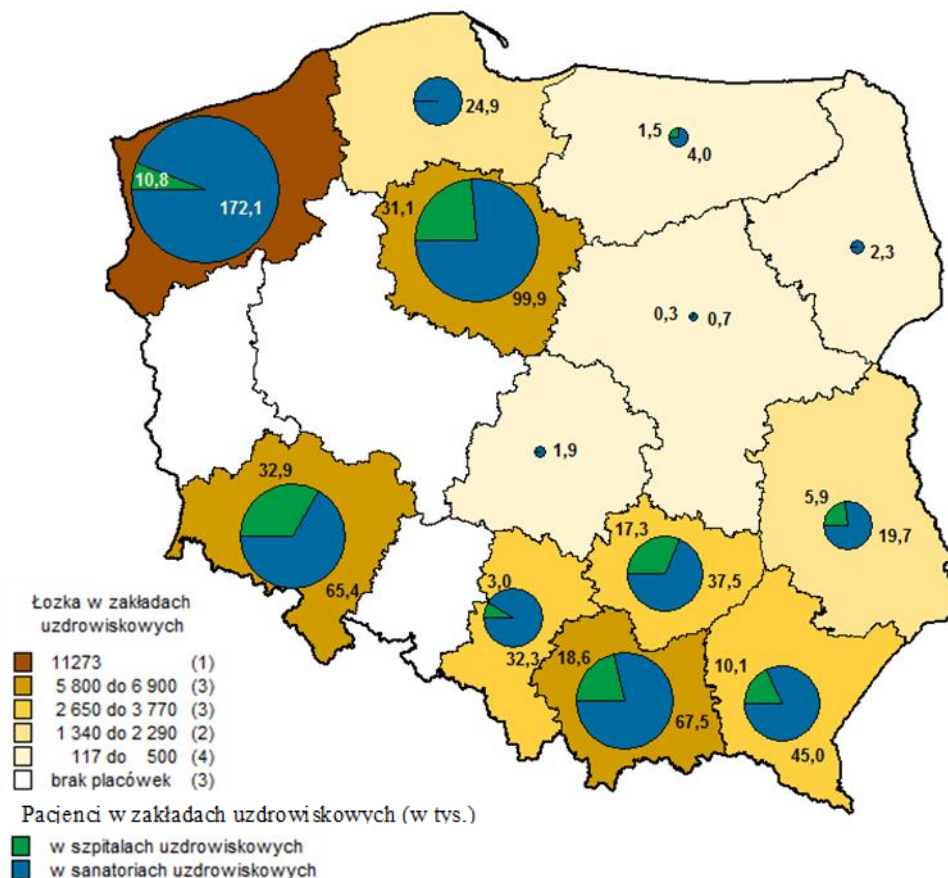
Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych w Polsce jest nierównomierne w związku ze szczególnymi uwarunkowaniami geologiczno-klimatycznymi tych terenów. Na terenie kraju na koniec 2014 r. odnotowano 288 **zakładów lecznictwa uzdrowiskowego**, o 1,4% mniej niż przed rokiem. Niemal 69% (199) placówek było zlokalizowanych w czterech województwach: dolnośląskim (62), zachodniopomorskim i małopolskim (po 51) oraz kujawsko-pomorskim (35). Spośród wszystkich terenów uzdrowiskowych najwięcej placówek znajdowało się na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (29) i Ciechocinek (25).

Wśród zakładów lecznictwa uzdrowiskowego było 55 szpitali uzdrowiskowych (w tym 7 szpitali dziecięcych), 200 sanatoriów (w tym 4 sanatoria dziecięce), 15 przychodni uzdrowiskowych, 18 samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych obsługujących kompleksy uzdrowiskowe oraz 80 zakładów przyrodoleczniczych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej szpitali uzdrowiskowych, sanatoriów lub przychodni uzdrowiskowych.

Na koniec 2014 r. zakłady lecznictwa uzdrowiskowego dysponowały łącznie 44,0 tys. łóżek, o 0,8% mniej niż w 2013 r.. Najwięcej łóżek - 68,1% (29,9 tys.) odnotowano w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (11,0 tys. łóżek, w tym 6.8 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska

Kołobrzeg), kujawsko-pomorskiego (6,9 tys. łóżek, w tym 4,9 tys., o 12,8% więcej - na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskiego (6,2 tys. łóżek, w tym 3,7 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa Zdrój, Polanica Zdrój i Łądek-Zdrój) oraz małopolskiego (5,9 tys. łóżek, z czego najwięcej na terenie uzdrowisk: Krynica-Zdrój, Rabka Zdrój, Szczawnica i Wysowa).

Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie według województw w 2014 r.



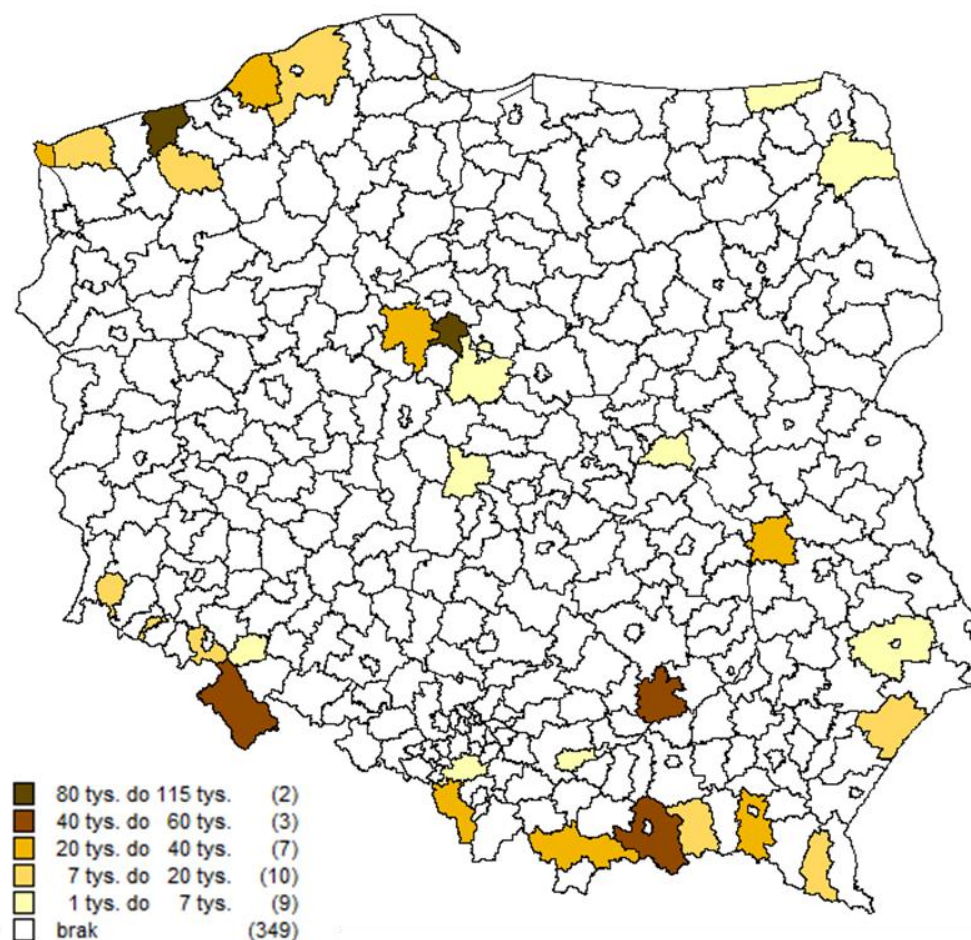
W ślad za rozmieszczeniem łóżek, także w tych czterech województwach odnotowano najwięcej kuracjuszy przebywających na leczeniu stacjonarnym - łącznie stanowili blisko 71% (498,3 tys. osób).

Z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 775,5 tys. osób, o 3,5% (26,5 tys. osób) więcej niż w 2013 roku. Podobnie jak w latach ubiegłych większość kuracjuszy (90,9% tj. 704,8 tys.) to osoby korzystające ze stacjonarnej formy leczenia i było ich o 3,3% więcej niż przed rokiem. Kuracjusze ambulatoryjni stanowili 9,1% (70,7 tys. osób) o 6,3% więcej niż przed rokiem.

Największą liczbę kuracjuszy przebywających na leczeniu stacjonarnym odnotowano w powiecie kołobrzesckim – 111,1 tys. osób, o 2,6% mniej niż przed rokiem, następnie w powiatach: aleksandrowskim - 94,4 tys. osób (o 8,6% więcej) - teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 54,8 tys. osób (o 2,5% więcej) - tereny uzdrowisk Busko Zdrój i Solec Zdrój oraz w powiecie kłodzkim – 53,0 tys.

osób (o 7,4% mniej) - tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa Zdrój, Polanica Zdrój i Łądek-Zdrój).

Mapa 9. Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów w 2014 r.



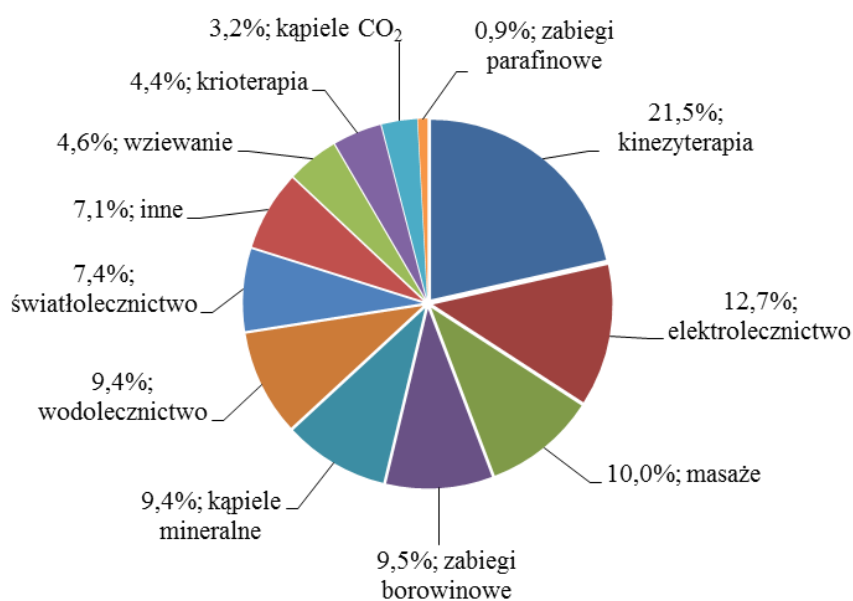
W 2014 r. w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych przebywało 234,8 tys. kuracjuszy pełnopłatnych (o 8,9% więcej), co oznacza, że co trzeci kuracjusz stacjonarny finansował swój pobyt. Najwięcej pacjentów pełnopłatnych odnotowano na terenie najliczniej odwiedzanych miejscowości uzdrowiskowych takich jak Kołobrzeg (56,9 tys.) czy Ciechocinek (39,4 tys.). Także w powiecie buskim - teren miasta Busko-Zdrój - odnotowano 19,9 tys. pacjentów pełnopłatnych, którzy stanowili 40,9% kuracjuszy leczonych stacjonarnie.

Znaczna część kuracjuszy - 66,7% skorzystała z dofinansowania do pobytu stacjonarnego w zakładzie lecznictwa uzdrowiskowego. I tak ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia skorzystało 57,0% (tj. 401,6 tys.) pacjentów leczonych stacjonarnie z czego ponad trzy czwarte (76,6%) to kuracjusze przebywający w sanatoriach, a pozostali to pacjenci szpitali uzdrowiskowych.

W ramach prowadzonej przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych rehabilitacji przed rentowej dofinansowanie otrzymało 6,3% (tj. 44,2 tys.) kuracjuszy. Z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowanych było 1,8% kuracjuszy (tj. 13,0 tys. osób), a ze środków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało - 1,0% (tj. 7,1 tys. osób) pacjentów stacjonarnych.

Łącznie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono około 67,4 tys. porad oraz 35,0 mln zabiegów - 2,1% mniej niż w 2013 r. Średnio wykonano 45 zabiegów na osobę (o 3 zabiegi mniej niż w roku poprzednim). Struktura zabiegów w ciągu ostatnich kilku lat ulega nieznacznym zmianom.

Wykres 31. Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w 2014 r. (w %)



Najwięcej zabiegów przeprowadzono w zakresie kinezyterapii (21,5%), elektrolecznictwa (12,7%), masaży (10,0%) i zabiegów borowinowych (9,5%), których wykonano o 4,6% więcej niż w 2013 r. Tendencja wzrostowa wystąpiła w przypadku zabiegów parafinowych (o 9,7% więcej), kąpiele mineralnych (o 7,4%) oraz krioterapii (o 4,4% więcej). Mniej niż w poprzednim roku przeprowadzono inhalacji (o 8,1%) oraz zabiegów z zakresu wodolecznictwa (o 14,8%), elektrolecznictwa (o 7,1%) i kinezyterapii (o 4,8%).

Zabiegi przyrodolecznicze (zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje) stanowiły ponad 1/4 (26,7%) wszystkich wykonanych zabiegów i skorzystało z nich 89,1% (tj. 690,8 tys.) kuracjuszy leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

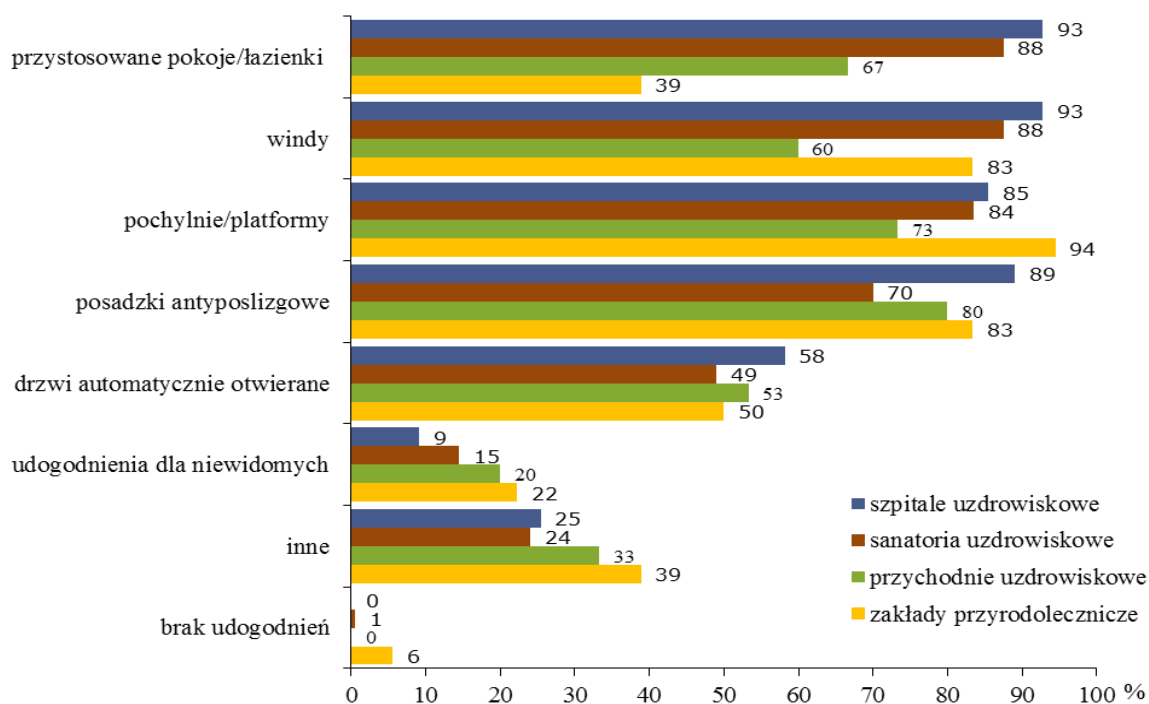
W 2014 r. w polskich uzdrowiskach przebywało 52,7 tys. cudzoziemców o 37,7% więcej niż przed rokiem. Stanowili oni 7,5% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie (o 1,5 pkt. proc. więcej). Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej obcokrajowców – 40,2 tys. (tj. 76,3%)

odnotowano w województwie zachodniopomorskim. Było to o 42,6% więcej niż w 2013 r. Większość przebywała na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (30,2 tys. osób) i Świnoujście (8,3 tys. osób).

Znacznie więcej cudzoziemców odnotowano w województwie dolnośląskim (9,7 tys. osób, blisko o 47% więcej).

Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych był zróżnicowany. Najlepiej przystosowane, podobnie jak w latach ubiegłych, były szpitale uzdrowiskowe. Spośród nich 93% szpitali dysponowało windą oraz wykazało dostosowanie pokoi i łazienek, 85% posiadało pochylnię, podjazd czy platformę, a 58% zadeklarowało obecność automatycznie otwieranych drzwi.

Wykres 32. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2014 r. (w %)



W przypadku sanatoriów - 88% placówek posiadało windy (o 1 pkt. proc. więcej niż w 2013 r.) i dysponowało przystosowanymi pokojami i łazienkami, a 84% - deklarowało obecność pochylni i platform (o 6 pkt. proc. więcej). Udogodnienia dla niewidomych wykazało, 9% szpitali (podobnie jak przed rokiem) i 15% sanatoriów (o 4 pkt. proc. więcej).

Większość przychodni uzdrowiskowych (80%) deklarowało obecność posadzek antypoślizgowych, 73% - podjazdów i platform, 67% wskazało na odpowiednie wyposażenie łazienek i pomieszczeń, a 33% (o 6 pkt. proc. więcej) wykazało obecność innych udogodnień.

Niemal wszystkie zakłady przyrodolecznicze (94%) wykazały obecność platform i pochylni, a 83% posiadało windy i posadzki antypoślizgowe. Przystosowania w grupie „inne” (m.in. specjalne

uchwyty oraz instalacje przywoławcze) wykazało podobnie jak przed rokiem 39% zakładów przyrodoleczniczych.

Wszystkie zakłady, bez względu na rodzaj zakładu, deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób niewidomych.

Popularną formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**. W 2014 r. z leczenia sanatoryjnego skorzystało 81,3% ogółem leczonych stacjonarnie. Zatem liczba osób objętych tą formą opieki wzrosła o 5,2% (o 28,2 tys. osób) i wyniosła 573,3 tys. kuracjuszy.

Sanatoria uzdrowiskowe na koniec 2014 r. dysponowały 34,8 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia 2014 r.), o 2,4% więcej niż przed rokiem. Podobnie jak w latach poprzednich skupiały w swych zasobach ponad trzy czwarte (79,1%) łóżek lecznictwa uzdrowiskowego (o 1,2 pkt. proc więcej niż w 2013 r.).

Najwięcej łóżek sanatoryjnych, podobnie jak w latach ubiegłych, znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim 29,5% (tj. 10,3 tys.), kujawsko-pomorskim 14,3% (tj. 5,0 tys.) oraz małopolskim 12,7% (tj. 4,4 tys.). Także najwięcej kuracjuszy (łącznie 59,2%) przebywało na leczeniu stacjonarnym w tych trzech województwach. Średni pobyt kuracjusza w sanatorium trwał 16 dni, a w przypadku dzieci był nieco dłuższy - 18 dni. W sanatoriach przeprowadzono najwięcej zabiegów - 23,9 mln i było to o 1% więcej (blisko 230 tys.) niż w 2013 r. Zabiegi tu wykonane stanowiły ponad dwie trzecie zabiegów ogółem przeprowadzonych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Z polskich sanatoriów korzystało 51,6 tys. cudzoziemców, o 39,6% więcej niż w roku poprzednim. Zdecydowaną większość zagranicznych kuracjuszy odnotowano na terenie uzdrowisk: Kołobrzeg (30,2 tys. osób) i Świnoujście (8,3 tys. osób) w woj. zachodniopomorskim. Następnie odwiedzane były przez obcokrajowców sanatoria w województwie dolnośląskim, gdzie łącznie odnotowano 8,8 tys. cudzoziemców (17,1% ogółu obcokrajowców), z czego najwięcej w powiecie lubańskim (6,5 tys.) i Jeleniej Górze (1,9 tys.). Średni pobyt cudzoziemca w sanatorium trwał blisko 11 dni.

Szpitala uzdrowiskowe w 2014 r. dysponowały 9,2 tys. łóżek, o 4,8% mniej niż w 2013 r.. Podobnie jak w latach ubiegłych najwięcej łóżek tego typu (28,4% ogółu) było w województwie dolnośląskim gdzie zanotowano 2,6 tys. łóżek (o 188 tj. 6,7% łóżek mniej niż w 2013 r.).

Większość województw, w porównaniu do 2013 r., wykazało mniejszą liczbę łóżek w szpitalach uzdrowiskowych, a w dwóch województwach - lubelskim i śląskim było blisko o 1/3 łóżek mniej. Wyjątek stanowiło województwo świętokrzyskie gdzie zanotowano wzrost o 18,5% (177 łóżek) oraz podkarpackie - wzrost o 3,2 % tj. 25 łóżek.

W szpitalach uzdrowiskowych przebywało 131,5 tys. kuracjuszy, o 4,3% (tj. 5,8 tys.) mniej, niż w roku poprzednim. Najwięcej pacjentów przebywało w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i świętokrzyskim, dysponujących największą bazą szpitalnych łóżek uzdrowiskowych. Dorosły kuracjusz w szpitalu uzdrowiskowym przebywał średnio 19 dni, natomiast leczenie dzieci było dłuższe i trwało średnio 23 dni.

W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 6,3 mln zabiegów, o 1% mniej niż w roku 2013.

W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia w szpitalu uzdrowiskowym skorzystało 71,4% pacjentów, a 9,3% kuracjuszy (o 2,5 pkt proc. więcej) było dofinansowanych w ramach prewencji rentowej ZUS. Pacjenci pełnopłatni stanowili 18,1% tj. 23,9 tys. osób, z czego 1,1 tys. kuracjuszy stanowili cudzoziemcy (0,9% ogółu pacjentów szpitali uzdrowiskowych). Większość obcokrajowców, blisko 80%, przebywało w szpitalach uzdrowiskowych na terenie województwa dolnośląskiego.

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej (szpitale i sanatoria), w ramach lecznictwa uzdrowiskowego, funkcjonują także **przychodnie uzdrowiskowe** (15) i **samodzielne zakłady przyrodolecnicze** (18) przeznaczone wyłącznie na udzielanie świadczeń w trybie ambulatoryjnym.

W 2014 r. łącznie w tych placówkach przeprowadzono 4,7 mln zabiegów (o 15,9% mniej niż w 2013 r.) oraz udzielono 41,3 tys. porad (o 1,1% więcej niż w roku poprzednim). Porady tu udzielone stanowiły 61,3% ogółem porad udzielonych w lecznictwie uzdrowiskowym.

W 2014 r. funkcjonowało 6 **stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej** (o 3 mniej niż w roku 2013 r.). Liczba stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej systematycznie maleje z uwagi na przekształcanie się tych placówek, m.in. w zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze, a także w szpitalne oddziały rehabilitacyjne. W 2014 r. dysponowały one około 1,0 tys. łóżek (blisko o 30% mniej niż w roku poprzednim), a z leczenia skorzystało 15,4 tys. osób, blisko o 1/4 mniej. Średni pobyt pacjenta trwał 18 dni i był niespełna 0,4 dnia dłuższy.

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

Województwo	Powiaty i miasta na prawach powiatu	Liczba łózek	Uzdrowisko
Dolnośląskie	p. kłodzki	3663	Długopole Zdr., Duszniki Zdr., Kudowa Zdrój, Lądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. dzierżoniowski	177	Przerzeczyn Zdrój
	p. lubański	831	Czarniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	845	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	673	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	4800	Ciechocinek
	p. inowrocławski	1811	Inowrocław
	p. włocławski	265	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1187	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	117	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3190	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	2020	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	580	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	-	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	83	Swoszowice- Kraków
Mazowieckie	p. piaseczyński	125	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	589	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2418	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	759	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	180	Augustów
	p. białostocki	69	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1467	Ustka
	p. m. Sopot	816	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	482	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	2175	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3040	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1329	Dąbki
	p. kamieński	404	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	6693	Kołobrzeg
	p. świdwiński	958	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1621	Świnoujście

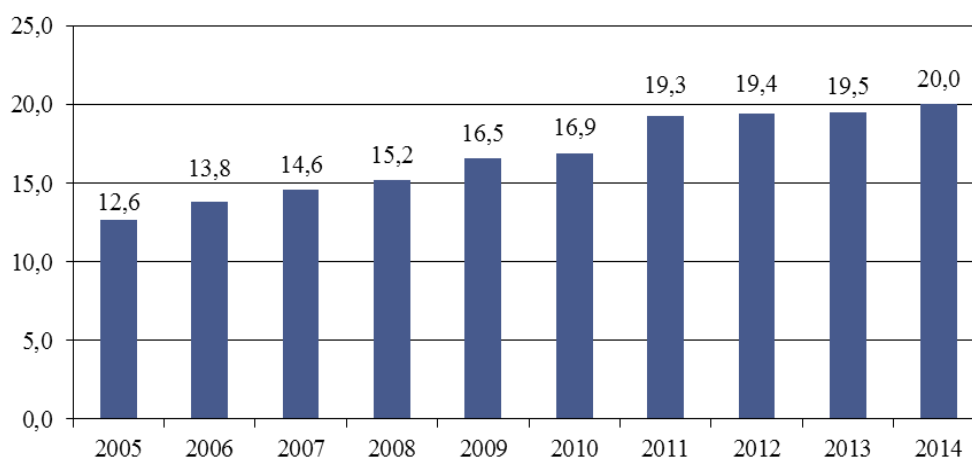
2.3. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

Przychodnie i praktyki lekarskie

Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane są przez przychodnie i praktyki lekarskie. W niniejszej publikacji informacje o ambulatoryjnej opiece zdrowotnej prezentowane są w ujęciu zgodnym z ustawą z dnia 15 IV 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654), z późniejszymi zmianami, która zniósła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto od 3 lat dane podaje się łącznie z danymi o placówkach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych.

W końcu 2014 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 20,0 tys. przychodni⁸⁸ (o 523 więcej niż w roku poprzednim).

Wykres 33. Przychodnie w latach 2005 – 2014

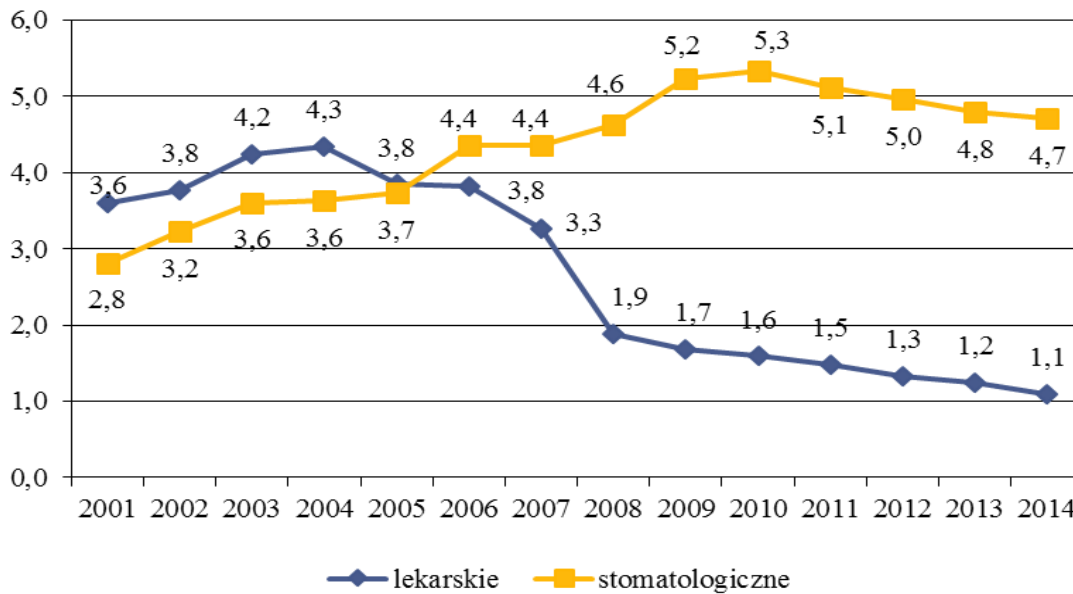


Nieco odmienne tendencje można było zauważyć w przypadku praktyk⁸⁹ lekarskich i stomatologicznych. W latach 2001 – 2010 systematycznemu wzrostowi liczby praktyk stomatologicznych, towarzyszył trwający od 2004 roku coroczny spadek liczby praktyk lekarskich realizujących świadczenia w ramach NFZ, a od 2011 tendencja spadkowa dotyczy również praktyk stomatologicznych. W 2014 r., zmalała zarówno liczba praktyk stomatologicznych jak i lekarskich, odpowiednio o 1% i 8% w porównaniu z ubiegłym rokiem.

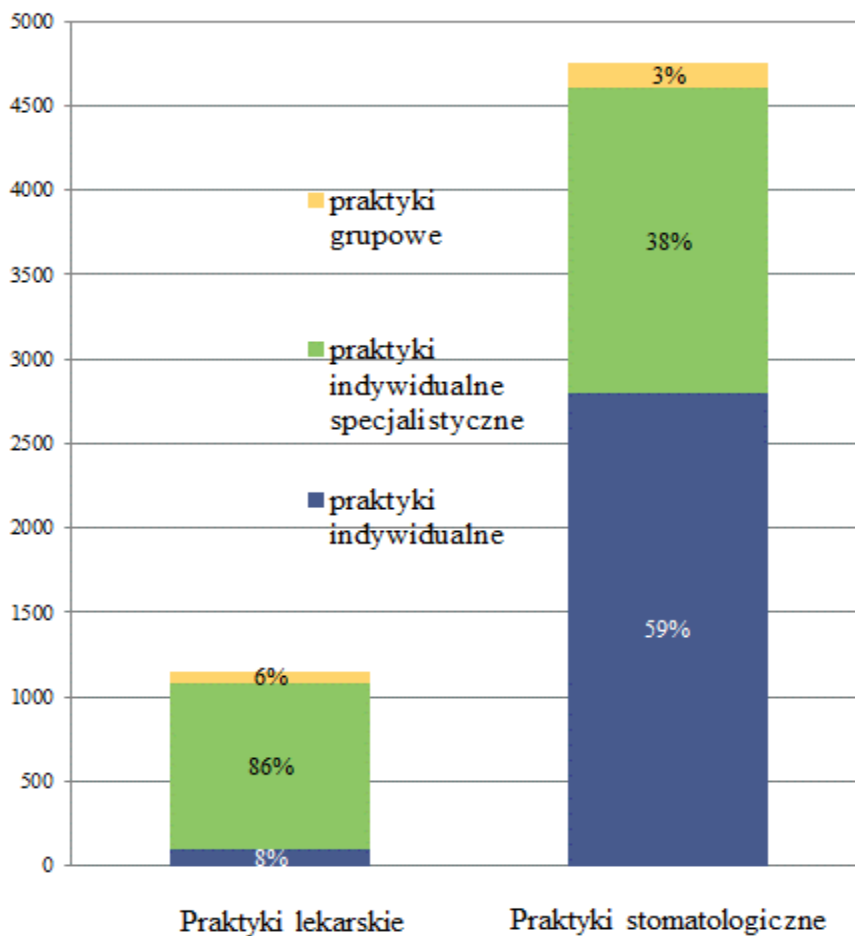
⁸⁸ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych.

⁸⁴ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 34. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001 - 2014



Wykres 35. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2014 r.



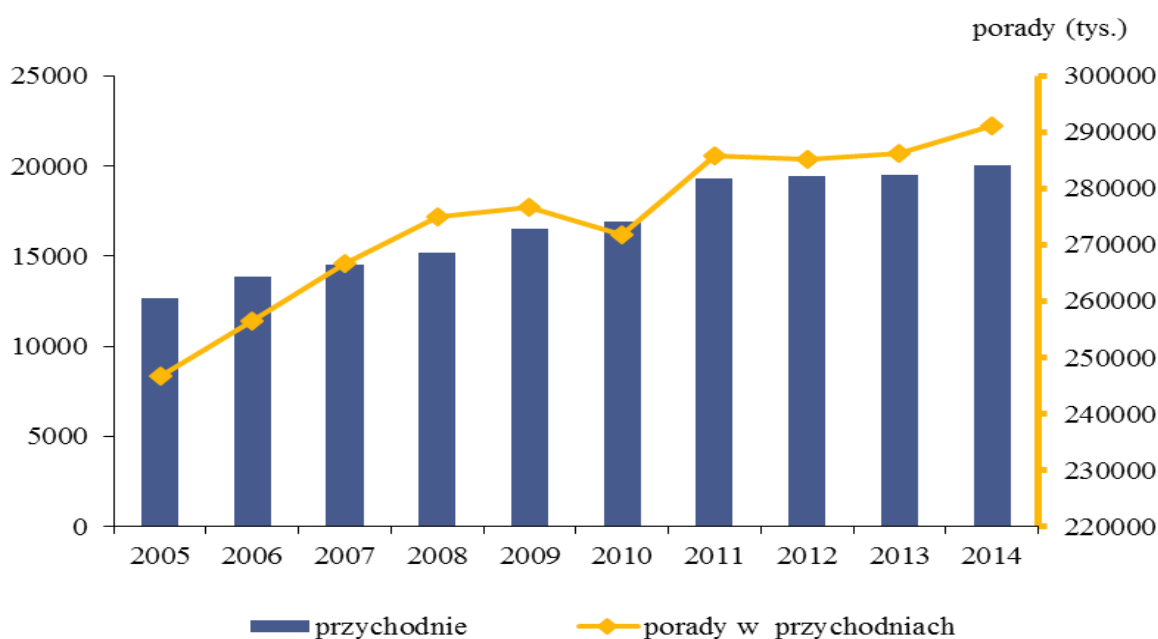
W 2014 roku odnotowano łącznie 5,9 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych (o 2 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 80,6% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (86,3%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 8,2% i 5,5%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (59%). Ta forma ambulatoryjnej opieki była zdecydowanie bardziej popularna w miastach (38,3% ogółu) niż na wsi (20,6% praktyk).

Porady udzielone w 2014 r. i w latach poprzednich

Ogółem w ciągu 2014 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 311,8 mln porad⁹⁰. Spośród porad udzielonych przez lekarzy – 52,3% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 36,6% - w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych utrzymała się na podobnym poziomie, co w roku ubiegłym i wyniosła – 33,8 mln (11,1%). Porady udzielone w przychodniach stanowiły 93,4% wszystkich porad.

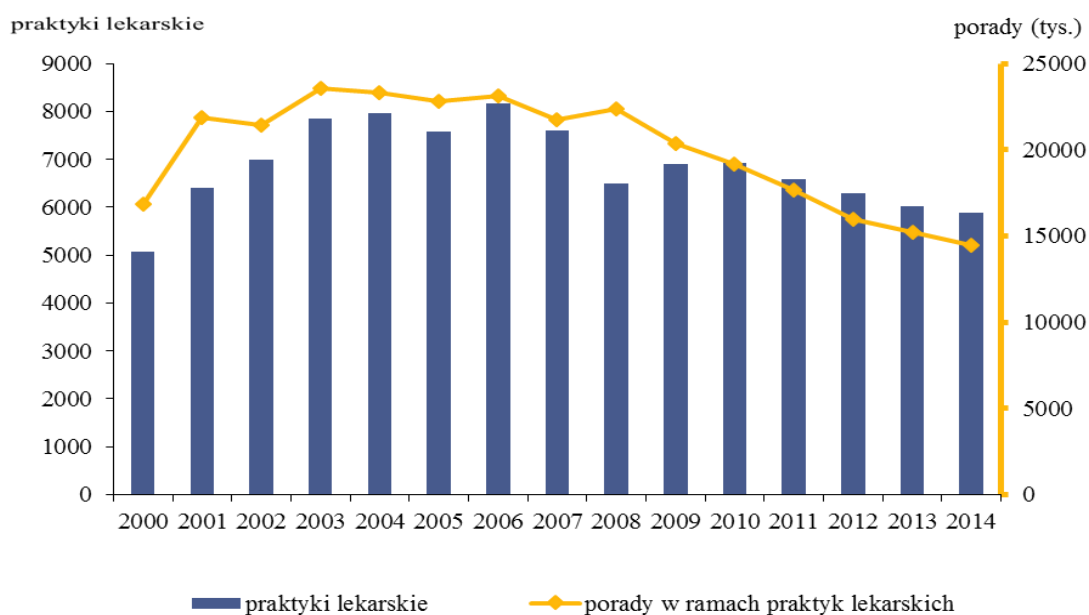
Wykres 36. Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005 – 2014



Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych zmalała o 5,1% w porównaniu do roku poprzedniego, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 7,9%) jak i miast (o 4,3%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2014 r. wyniosła 8,1 porady.

⁹⁰ Łącznie z danymi o placówkach i poradach podległych resortom obrony narodowej i spraw wewnętrznych. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi.

Wykres 37. Praktyki lekarskie^{a)} i udzielone w nich porady w latach 2000 – 2014



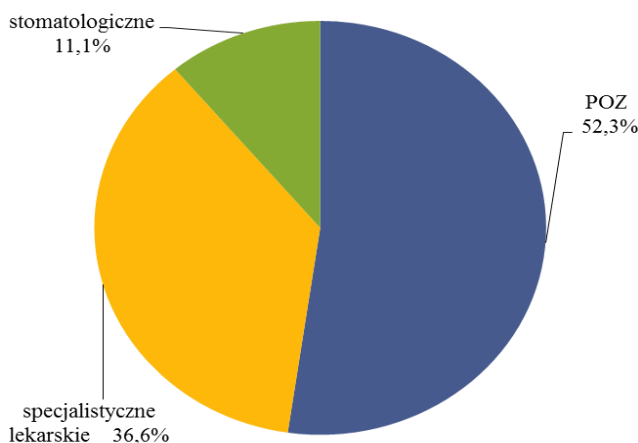
a) Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Struktura udzielonych porad

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

Wśród porad udzielonych przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej i lekarzy rodzinnych w miastach 56,3% stanowiły porady udzielone kobietom, 23,4% to porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, a 30,2% - osobom w wieku 65 lat i więcej.

Wykres 38. Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad



W podstawowej opiece zdrowotnej struktura porad udzielonych na wsi niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 55,7%; 20,6% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 31,4%.

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentami były kobiety (61%). Porady udzielone kobietom stanowiły 60,8% porad w miastach i 68,8% na wsi. Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z takich porad, stanowiły one 13,3% porad w miastach i 13,0% na wsi. Na uwagę zasługuje odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym. Wyniósł on 26% w miastach i 20,0% na wsi i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

Porady udzielone kobietom przeważały również w przypadku porad stomatologicznych. W miastach stanowiły one 55,5% ogółu porad stomatologicznych, natomiast na wsi – 54,8%. Niespełna 29,2% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 28,9%, a w przypadku wsi odsetek ten był o 2 p. proc. wyższy). Porady udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 14,3% porad stomatologicznych; na wsi zaobserwowano tych porad o 3 p. proc. mniej.

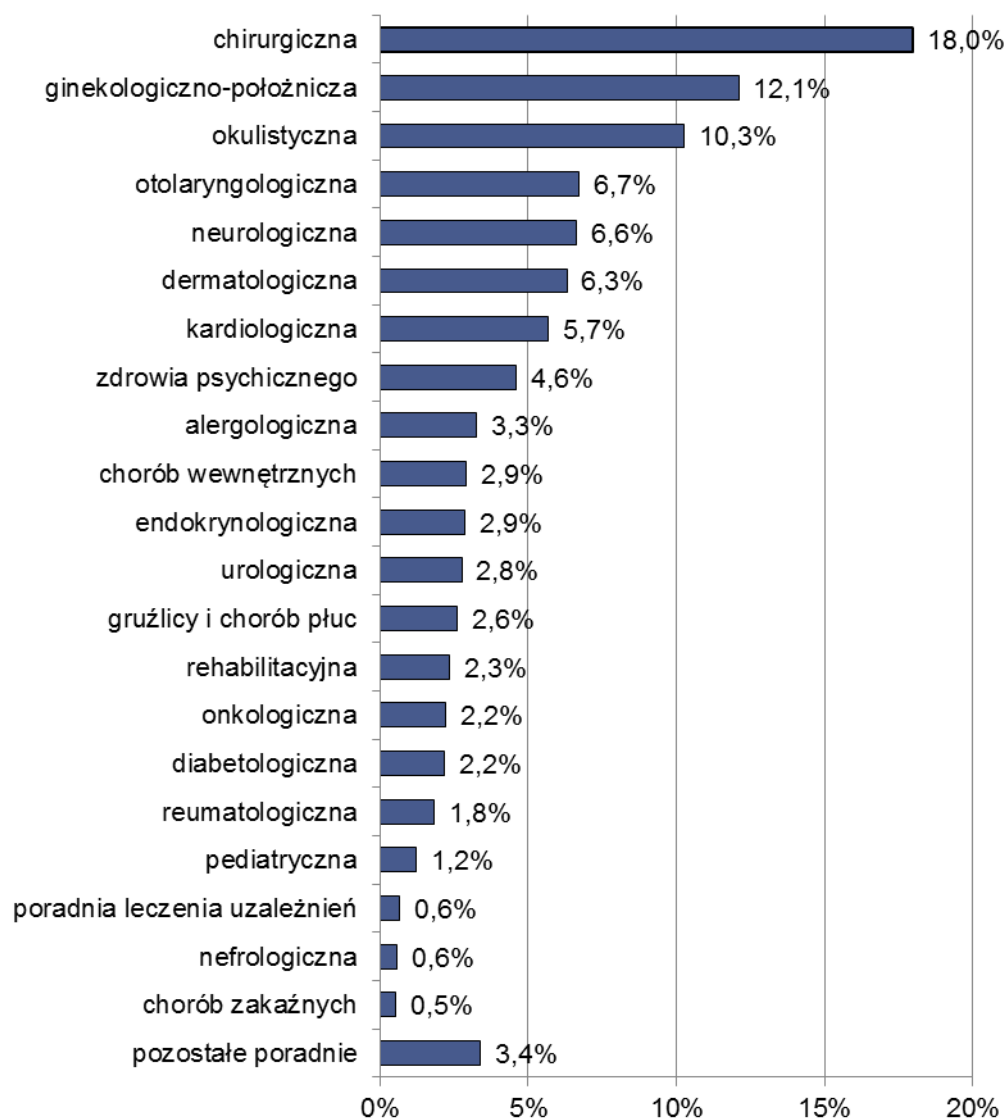
Tabl. 1B Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2014 r.

Wyszczególnienie	Ludność (Stan 30 VI)	Porady		
		POZ	specjalistyczne lekarskie	stomatologiczne
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
0-17 lat	18,1	22,7	13,3	29,2
18-64	66,9	46,8	60,8	56,9
65 +	15,0	30,5	25,9	13,9

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski za 2014 r. wynika, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o prawie 16 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji.

Znaczący jest udział porad udzielonych osobom w wieku 18-64 lata w specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej. Dzieci i młodzież poniżej 18 lat miały natomiast najwyższy wskaźnik udzielonych porad stomatologicznych w odniesieniu do udziału w populacji tej grupy wiekowej.

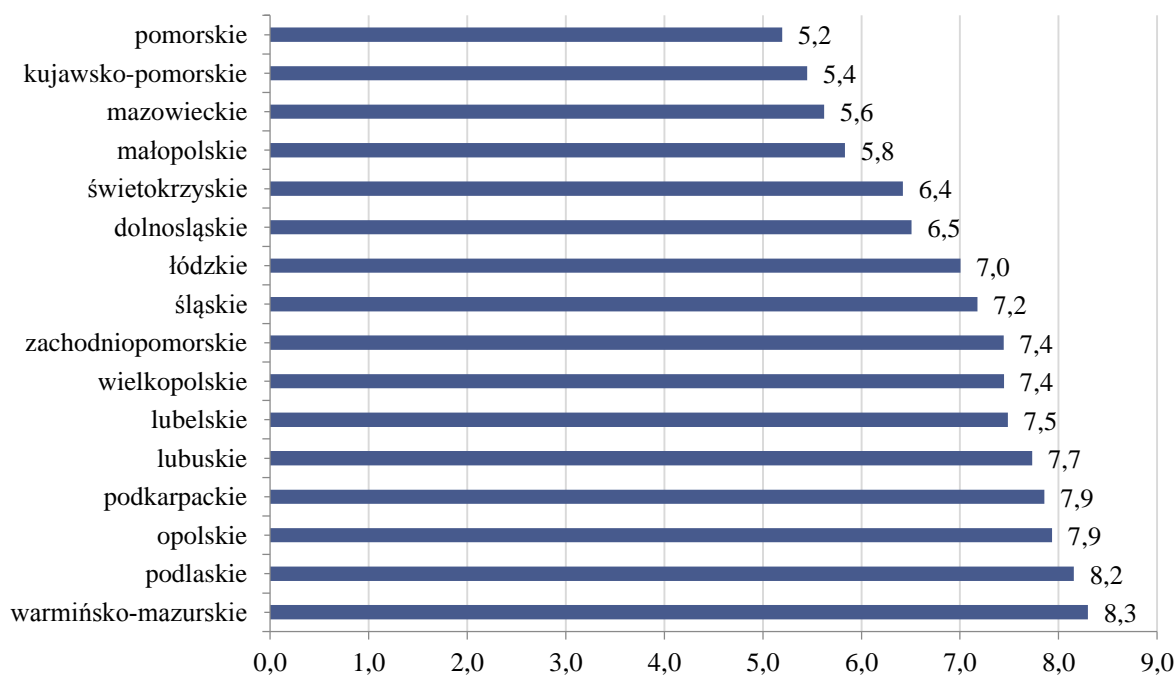
Wykres 39. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2014 r.



Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach i powiatach

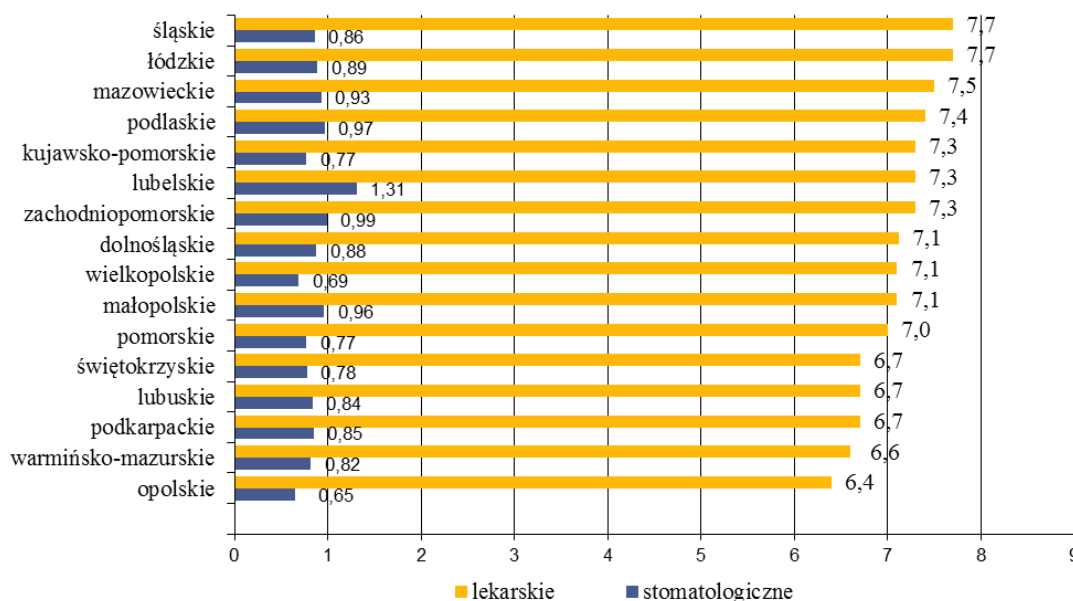
W 2014 r. nie zmieniła się istotnie struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Najwięcej przychodni oraz praktyk⁹¹ lekarzy i lekarzy dentystów, zlokalizowanych było na terenie województwa śląskiego (3,2 tys.), a najmniej odnotowano w województwie lubuskim i opolskim - po 0,8 tys. Z łącznej liczby 5,9 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (769), czyli 13,0% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa łódzkiego (208, tj. 3,5%).

Wykres 40. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców w 2014r. według województw



⁹¹ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 41. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej ^{a)} na 1 mieszkańca według województw.



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

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim (45,0 mln, czyli 14,5% wszystkich porad), a najniższą - w województwie opolskim (7,1 mln, czyli 2,3%). Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,1 w opolskim do 8,6 w województwach śląskim i lubelskim.

Porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stanowiły w poszczególnych województwach od 44,1% (województwo mazowieckie) do 58,8% (woj. opolskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 22,7% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 19,9% do 25,4% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w zachodniopomorskim).

W przypadku osób starszych, odsetek ten wyniósł średnio 30,0% i wahał się od 28,9% w województwie wielkopolskim do 33,9% w województwie opolskim.

W specjalistycznej opiece zdrowotnej porady dotyczące dzieci i młodzieży stanowiły średnio 13,3%. Odsetek tej grupy porad kształtował się od 11,6% w województwie zachodniopomorskim do 15,4% w województwie warmińsko-mazurskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 25,9% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 23,1% (województwo warmińsko-mazurskie) do 28,8% (województwo śląskie).

Dane na temat dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie) w powiatach prezentowane na dwóch mapach poniżej pokazują, że w 2014 r. największa liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przypadała w powiatach województwa pomorskiego (powiat kartuski, starogardzki, kościerski, wejherowski), kujawsko-pomorskiego (powiat grudziądzki, chełmiński, rypiński, bydgoski), mazowieckiego (powiat miński, wołomiński, radomski, nowodworski), małopolskiego (powiat dąbrowski, wadowicki, wielicki, oświęcimski).

Natomiast największą liczbę porad na 1 mieszkańca zaobserwowano w powiatach: lubińskim, milickim (woj. dolnośląskie), parczewskim, świdnickim (woj. lubelskie), sieradzkim, radomszczańskim (woj. łódzkie), starachowickim, ostrowieckim (woj. świętokrzyskie), świdwińskimi, szczecineckim (woj. zachodniopomorskie).

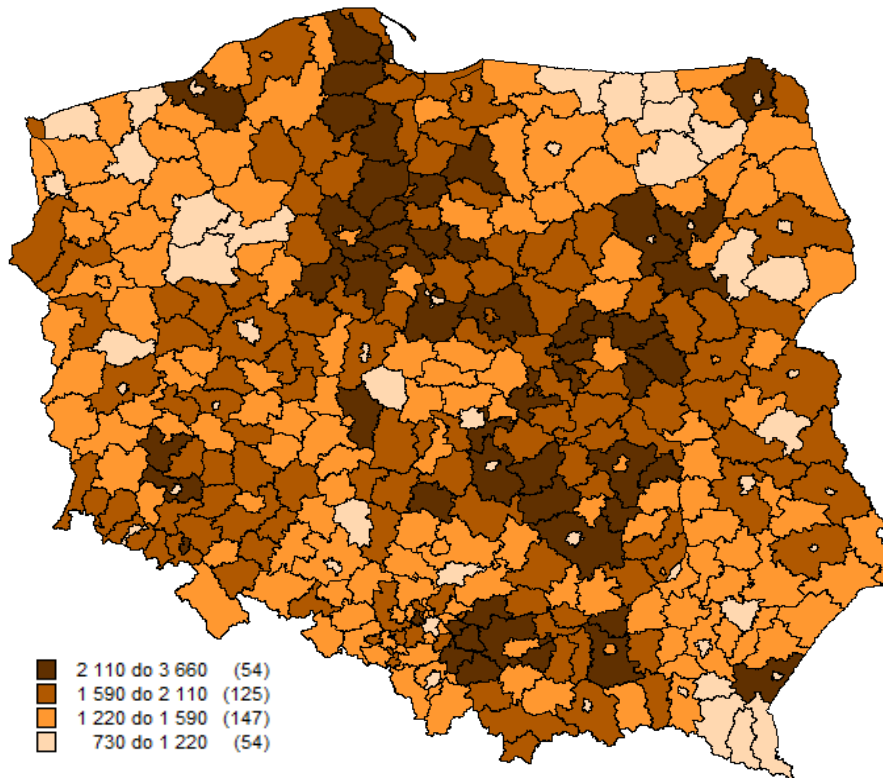
Dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

Analiza stopnia przystosowania jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną do potrzeb osób niepełnosprawnych wykazała, że spośród prawie 26 tys. jednostek (przychodni i praktyk lekarskich) ponad 15,4% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych, było to o 0,5 p. proc. więcej, czyli o 174 placówek więcej niż przed rokiem.

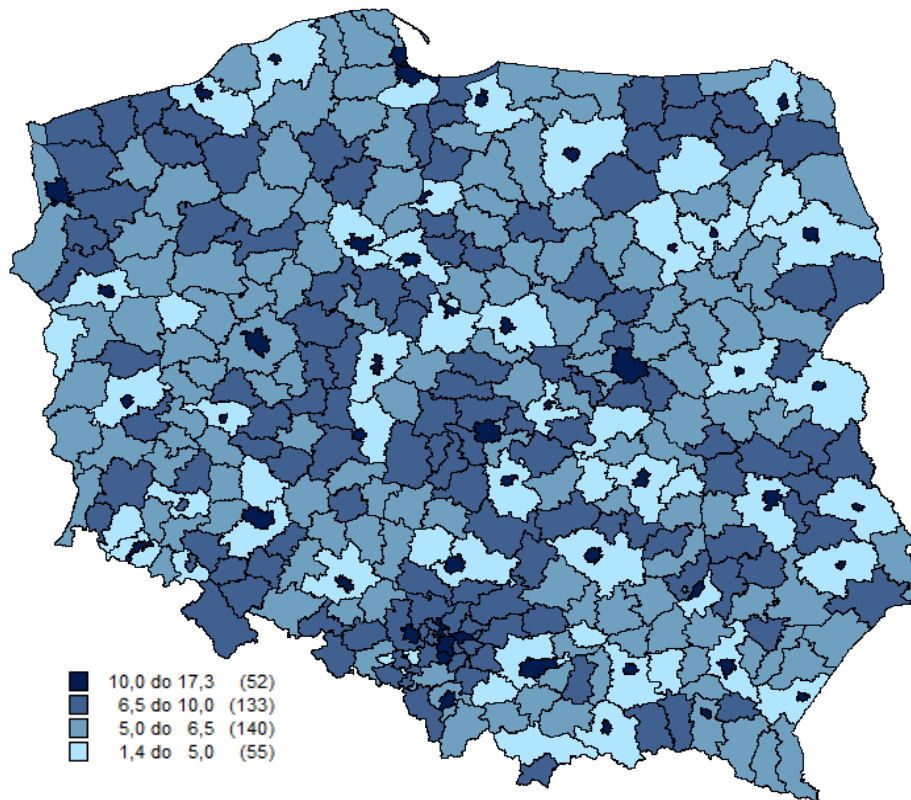
W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: pochylnia/podjazd/platforma (67,9%), windy (27,2%) oraz drzwi automatycznie otwierane (8,0%). Udogodnienia dla osób niewidomych miało tylko 4,0% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 11,9% przychodni (2392 przychodni).

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, 55,5% z nich deklarowało posiadanie pochylni/podjazdu/ platformy, 34,3% posiadanie innych udogodnień dla osób niepełnosprawnych, tylko 2,1 % posiadało udogodnienia dla osób niewidomych. 27,1 % nie posiadało żadnych udogodnień (1598 praktyk lekarskich i stomatologicznych).

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



Mapa 11. Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów



2.4. RATOWNICTWO MEDYCZNE

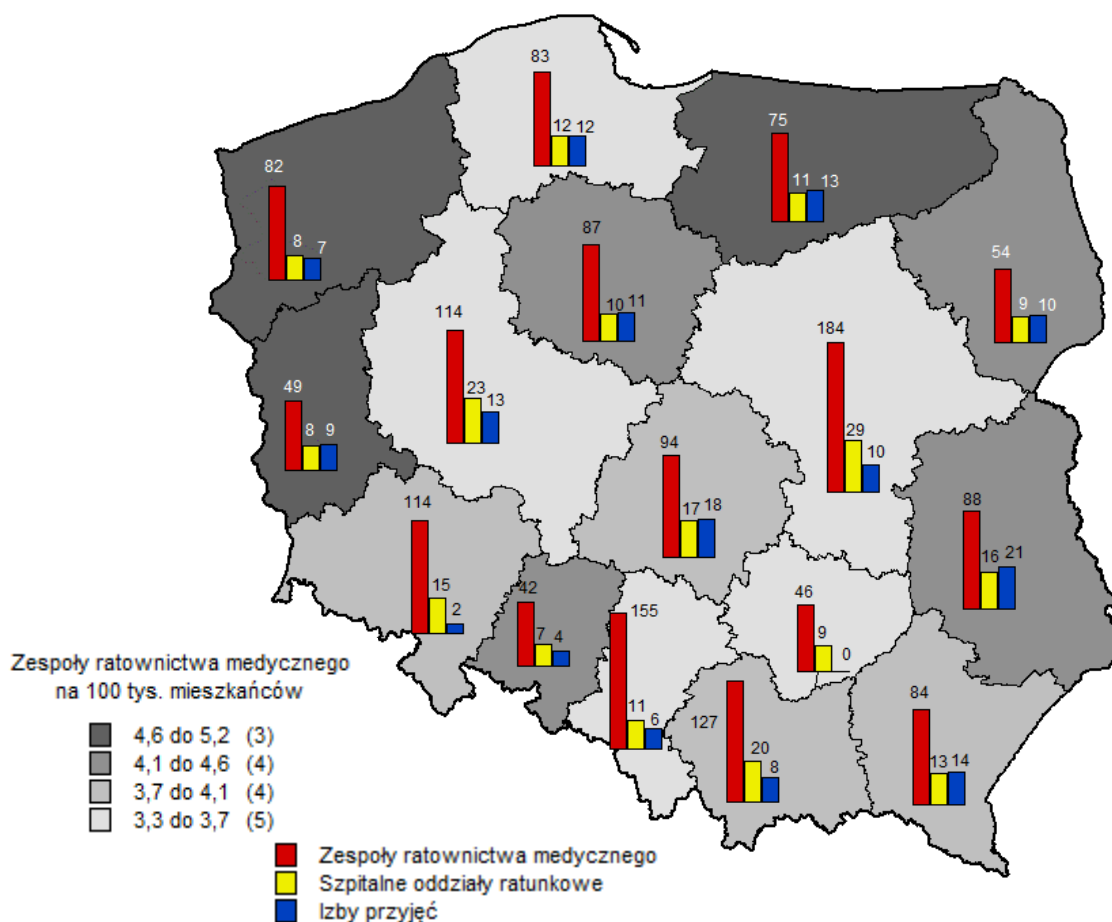
W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stworzony został system Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁹². Na terenie całego kraju system ten działa na podstawie wojewódzkich planów działania systemu⁹³ sporządzanych przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje, może żądać od wojewody przekazania wszelkich informacji dotyczących jego funkcjonowania na terenie danego województwa, jak również ma możliwość przeprowadzenia kontroli dysponentów jednostek systemu. Natomiast **wojewodowie 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, określone przez wojewodę, który musi wziąć pod uwagę potrzebę zapewnienia odpowiedniego czasu dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego oraz liczbą zdarzeń. 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), na których świadczenia 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.

⁹² System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

⁹³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz. U. 2011, Nr 3, poz. 6).

Mapa 12. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw



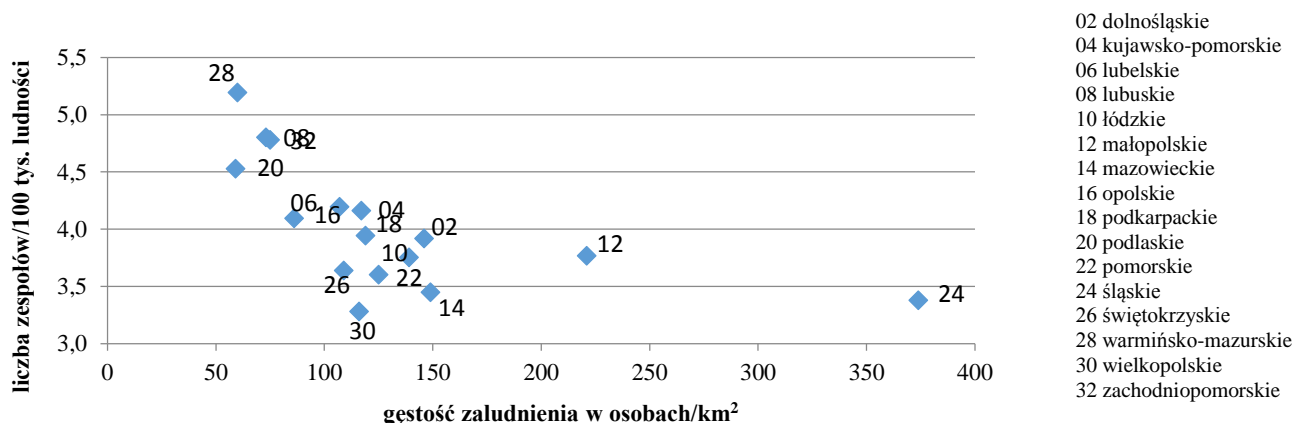
Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

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

W 2014 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1478 zespołów ratownictwa medycznego (o 6 więcej niż przed rokiem), w tym 889 (60%) zespołów podstawowych i 589 (40%) specjalistycznych.

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko-mazurskim, lubuskim i zachodniopomorskim – od 4,8 do 5,2 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w wielkopolskim, mazowieckim i śląskim - 3,3 – 3,4 zespołu na 100 tys. ludności. Wskaźnik wykazuje ujemną korelację z gęstością zaludnienia w danym województwie – im wyższa gęstość zaludnienia, tym mniej zespołów przypada na 100 tys. ludności.

Wykres 42. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2014 r.



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁹⁴ wykazały, że w 2014 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁹⁵ stanowiło 11,0 tys. ratowników medycznych, 1,8 tys. pielęgniarek systemu i 2,0 tys. lekarzy systemu. W porównaniu z zeszłym rokiem zmalała liczba ratowników medycznych, pielęgniarek systemu i lekarzy systemu.

Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

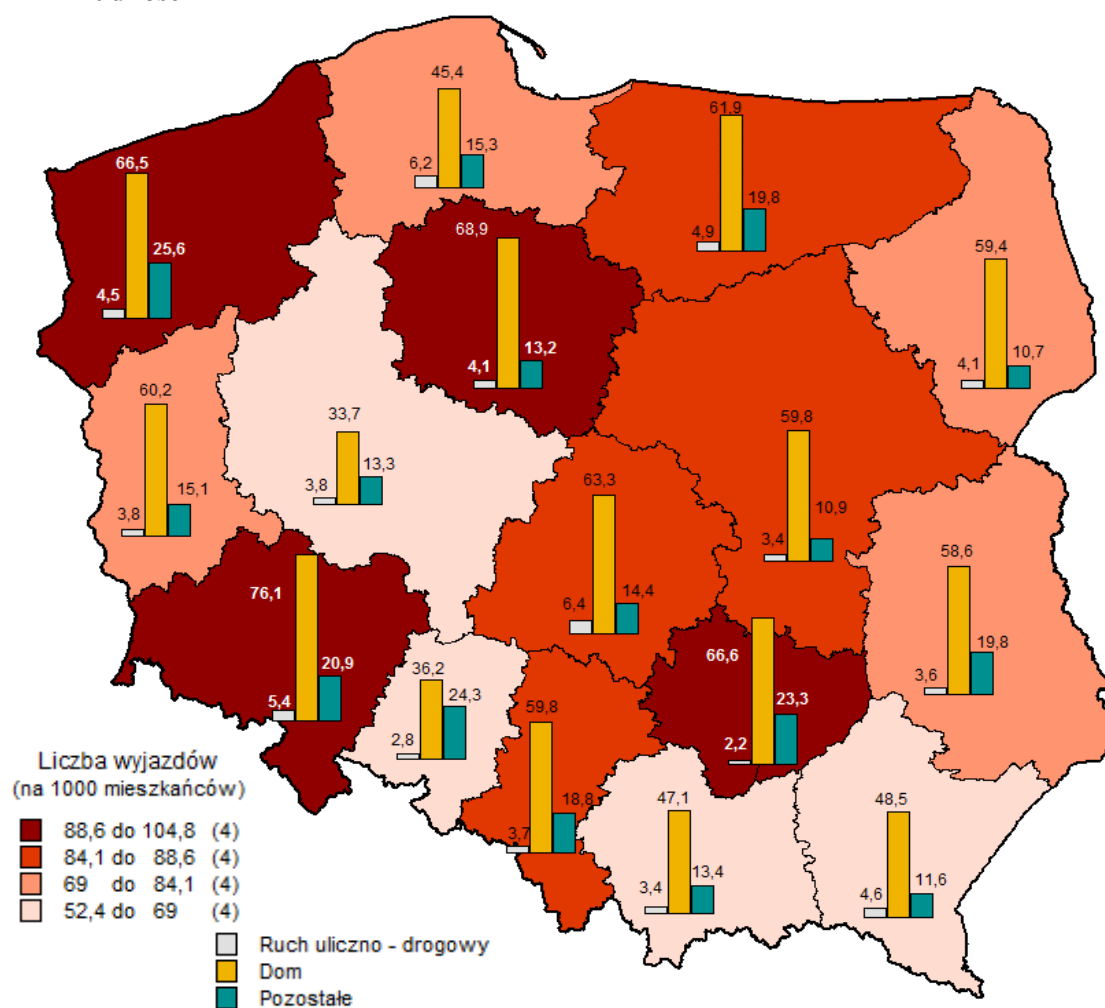
W ramach ratownictwa medycznego w 2014 r. zrealizowano ponad 3,0 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, o 4% więcej niż w zeszłym roku.

Struktura wyjazdów ze względu na miejsce zdarzenia pozostała niezmienna od 2004 r. Zdecydowaną większość, bo ok. 71% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów zespołów PRM, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły ok. 5%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1%. Miejsca zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 22%.

⁹⁴ Dane GUS – formularz ZD-4.

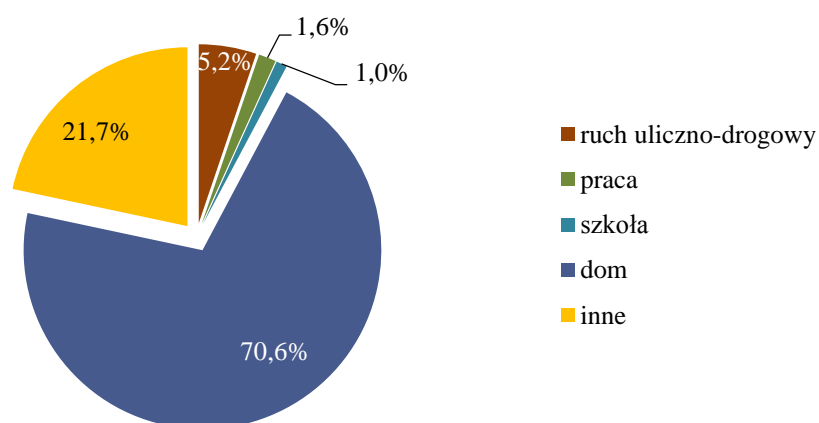
⁹⁵ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

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



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

Wykres 43. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2014 r.

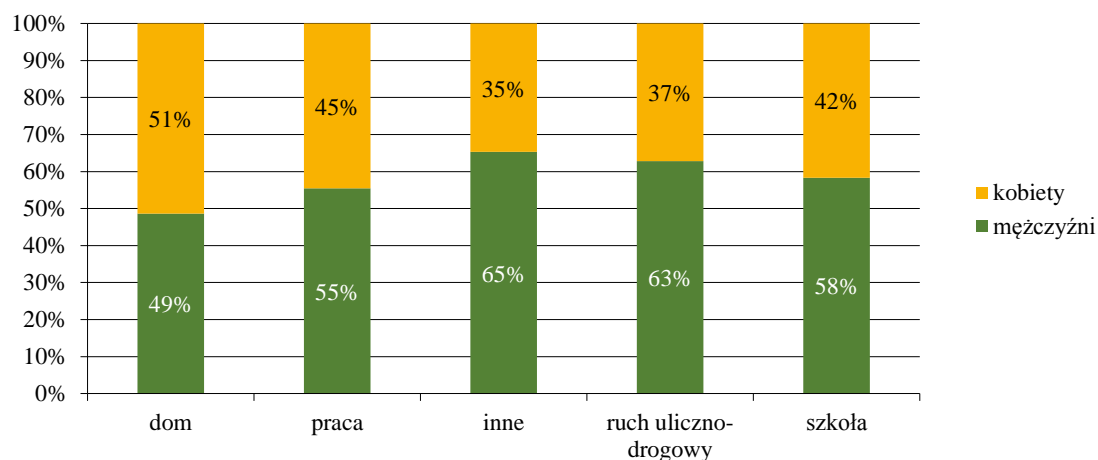


Liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów (w trakcie jednego wyjazdu mogła zostać udzielona pomoc więcej niż jednej osobie) i wyniosła ponad 3,1 mln. Wskaźnik na 1 tys. ludności, wyniósł 80,9. Podobnie jak w roku 2013, najczęściej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (105), a najmniej w wielkopolskim (52).

Struktura płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczenia, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: nieznacznie wzrósł udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 – do 6,5% i osób w wieku od 18 do 64 lat i wyniósł 52,7%, zmalał natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 40,8%.

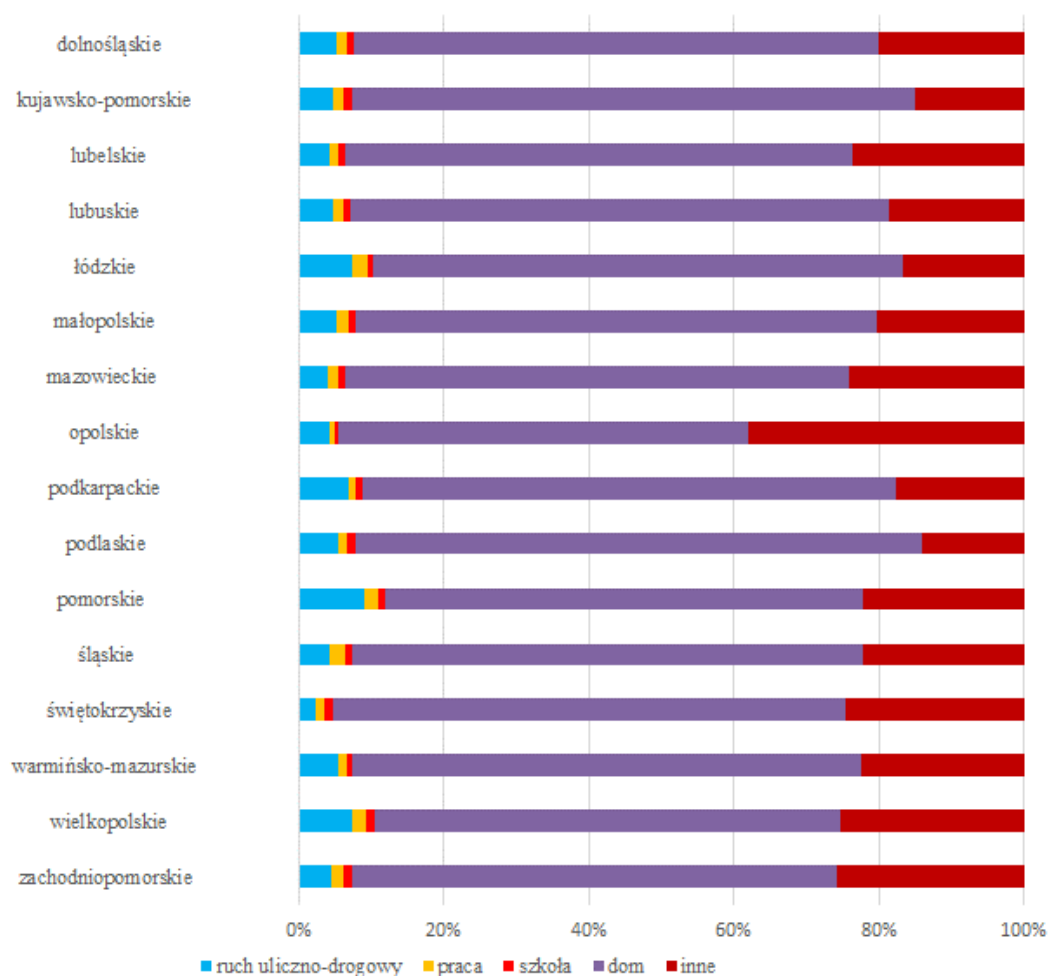
Wśród osób, którym udzielono pomocy, większość stanowili mężczyźni (53,2%). Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 55% w większości kategorii.

Wykres 44. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2014 r.



Analizując strukturę wyjazdów na miejsce zdarzenia w poszczególnych województwach dostrzec można, że w każdym z nich zdecydowanie przeważają wyjazdy do domu pacjenta. W podlaskim i kujawsko-pomorskim stanowią one aż 78% wszystkich wyjazdów, natomiast w opolskim 57%. W każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – po 1-2% ogółu wyjazdów. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2-9% ogółu wyjazdów realizowanych w poszczególnych województwach. Dokładną strukturę pokazuje poniższy wykres.

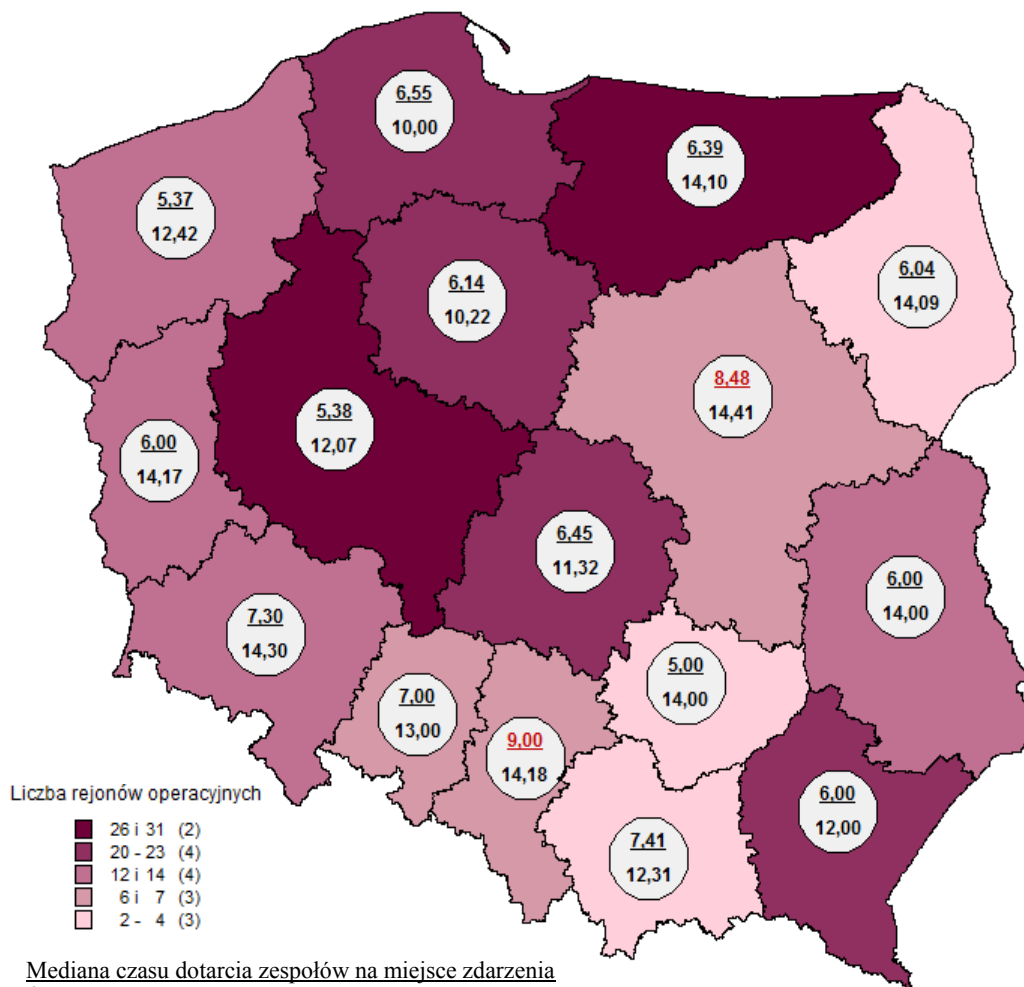
Wykres 45. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw w 2014 r.



Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁹⁶ czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany, trzeciego kwartyła oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartył czasu dotarcia odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. W 2014 r. mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w niemal wszystkich województwach spełniała wymienione wyżej kryteria (założone w ustawie normy przekroczone zostały w województwie mazowieckim i śląskim w przypadku miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców).

⁹⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

Mapa 14. Liczba rejonów operacyjnych oraz mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia w 2014 r.



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

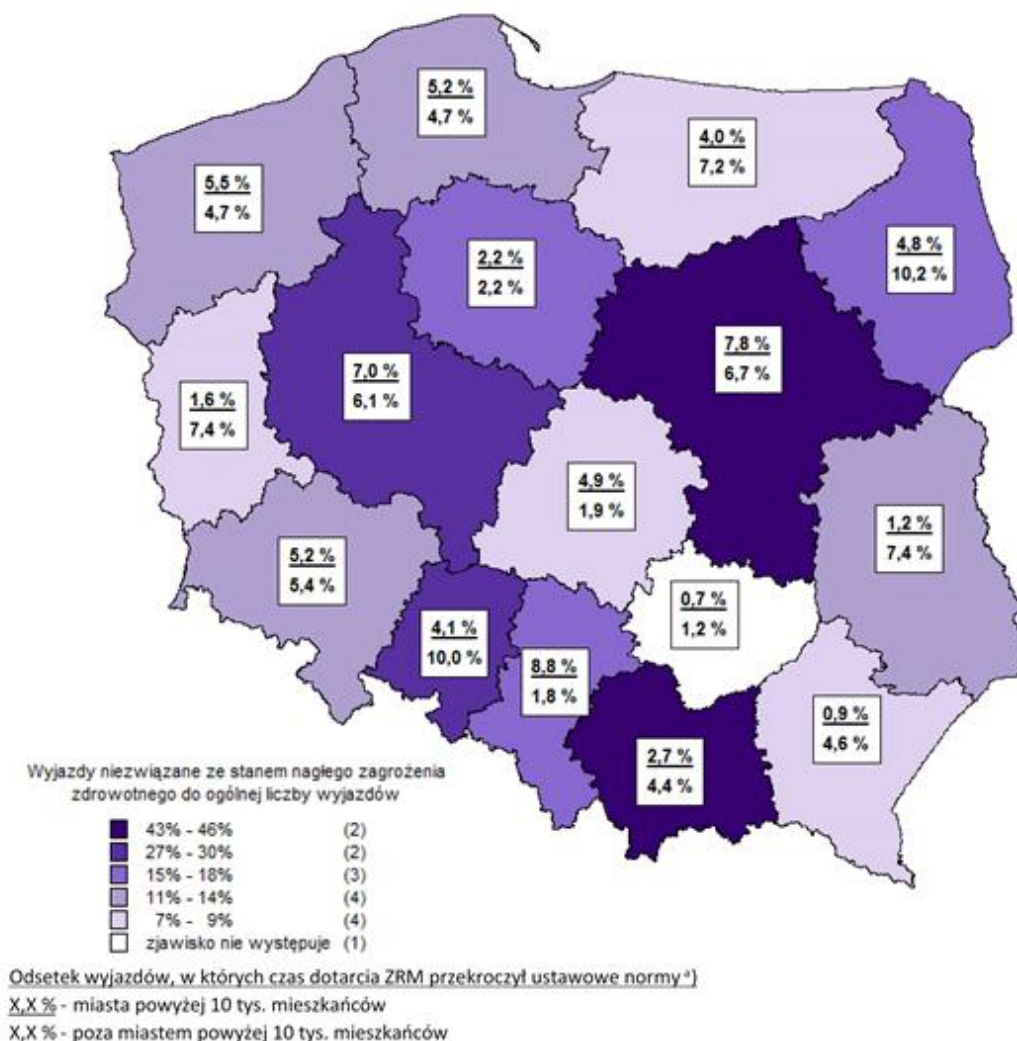
Źródło: Dane pozyskane od wojewodów z wojewódzkich planów działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne.

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

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzały się wezwania do sytuacji nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu. Poniższa mapa przedstawia dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z Urzędów Wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze

stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów. W województwach mazowieckim i małopolskim było najwięcej takich wyjazdów, w lubuskim i łódzkim – najmniej, a w świętokrzyskim w ogóle nie zarejestrowano takich wyjazdów.

Mapa 15. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy^{a)} w 2014 r. (w %)



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

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

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. LPR posiada 17 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS⁹⁷) rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę

⁹⁷ HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

sezonową uruchamianą na czas wakacji, a także dwa zespoły transportowe. Dysponuje 23 śmigłowcami ratunkowymi oraz dwoma samolotami. Niezmiennie zespoły lotnicze funkcjonowały we wszystkich województwach, z wyjątkiem województwa opolskiego, z kolei w województwie mazowieckim były 4 takie zespoły (w tym 2 samoloty), a w podlaskim – 2. Całodobowo dyżurują 4 bazy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław), 5 baz w godz. 7-20 (Olsztyn, Poznań, Białystok, Lublin, Szczecin), pozostałe 8 baz od godziny 7.00, lecz nie wcześniej niż od wschodu słońca, do 45 min. przed zachodem słońca, lecz nie dłużej niż do godziny 20.00. Parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu LPR są inne niż w przypadku ZRM. Tutaj czas dotarcia zależy od promienia działania: gdy promień działania ≤ 60 km – czas gotowości do startu wynosi 3 minuty w dzień, 15 minut w nocy; gdy promień działania > 60 km i ≤ 130 km – czas gotowości do startu to 6 minut w dzień, 30 minut w nocy; natomiast gdy promień działania > 130 km – 20 minut w dzień, 30 minut w nocy.

W roku 2014 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 8928 lotów (w tym 7737 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1191 transportów międzyszpitalnych), natomiast załogi samolotów wykonały 542 misje.

Wśród wszystkich wezwań śmigłowców, podobnie, jak w ubiegłych latach, dominowały loty do wypadków komunikacyjnych (1653 loty). Częste były również wezwania do nagłych zachorowań: udarów (984) czy zawałów mięśnia sercowego (625). 555 razy załogi startowały do osób po upadkach z wysokości, a 450 razy do osób w stanie nagłego zatrzymania krążenia. Łącznie na pokładach statków powietrznych przetransportowano 6820 pacjentów.

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów do wypadków i nagłych zachorowań w minionym roku zrealizowały: Szczecin (643), Gdańsk (609) i Białystok (581)⁹⁸.

Szpitalne oddziały ratunkowe i izby przyjęć oraz centra urazowe

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

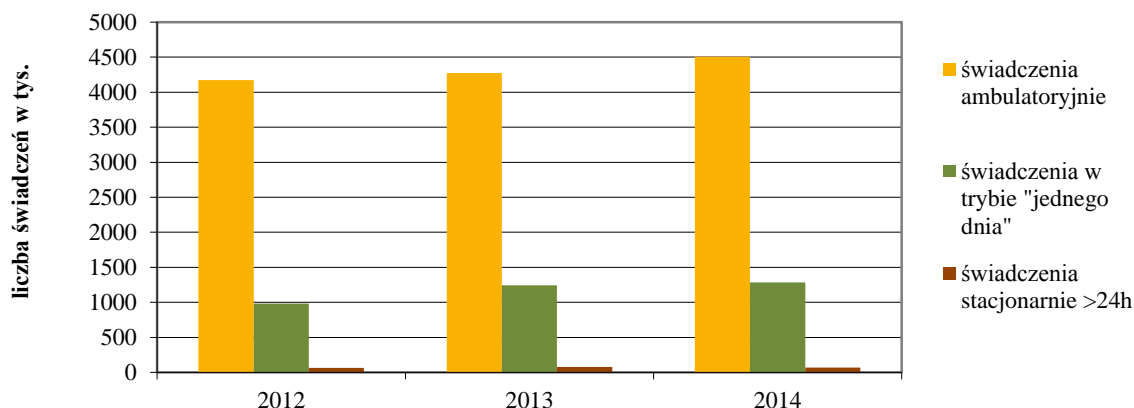
W końcu 2014 roku w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowały 218 **szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)**, o 1 więcej niż w 2013 r.

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

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

⁹⁸ Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

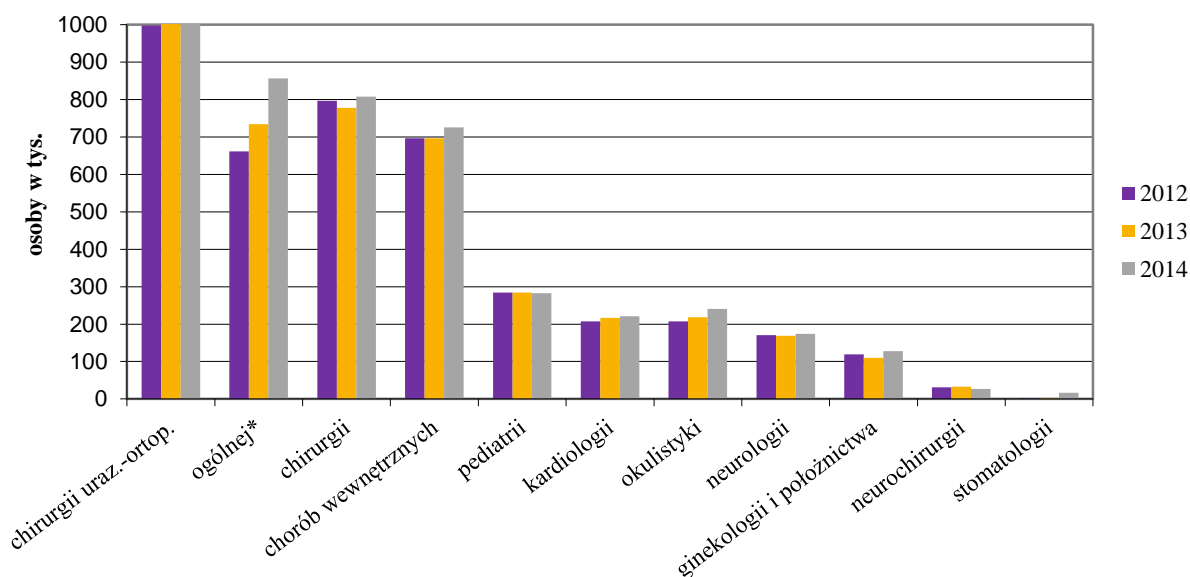
Wykres 46. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2012-2014 według rodzajów świadczeń



Ponadto z systemem PRM współpracowało 158 izb przyjęć w szpitalach.

W 2014 roku w izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym 4,5 mln osób, o ponad 200 tys. więcej niż w roku 2013. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 54,2%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 19,5%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 21,1%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym.

Wykres 47. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni (w tys.)



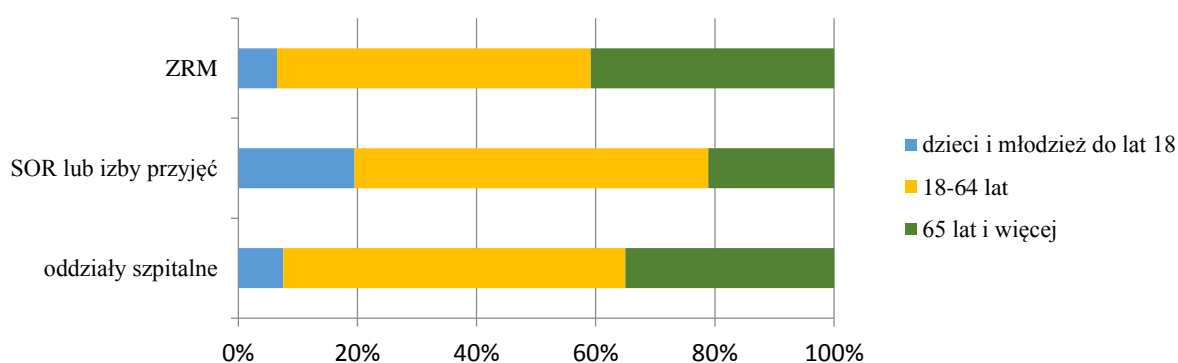
* niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych

Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 828 łózkami (o 12% więcej niż w 2013 r.) oraz 946 miejscami dziennymi (przeznaczonymi do udzielania świadczeń w trybie „jednego dnia”).

SOR w trybie stacjonarnym (pobyt powyżej 24 godzin) udzieliły pomocy 69,3 tys. osób. Było to o 8,5% mniej niż w roku 2013. Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 7,6% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 35% wszystkich pacjentów. Wrosła liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia” (w porównaniu z zeszłym rokiem wzrost o 3,4%) i wyniosła ona 1283 tys.

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

Wykres 48. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2014 r.



Oprócz jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę pełnią **centra urazowe**. Są one wydzielonymi funkcjonalnie częściami szpitali, w których działają SOR. W ramach centrów urazowych specjalistyczne oddziały są powiązane ze sobą w sposób pozwalający na szybkie diagnozowanie i leczenie pacjenta z ciężkimi, mnogimi lub wielonarządowymi obrażeniami ciała. W Polsce działa 14 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych.

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)⁹⁹

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.

⁹⁹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.2013, poz. 757 z późn. zm.).

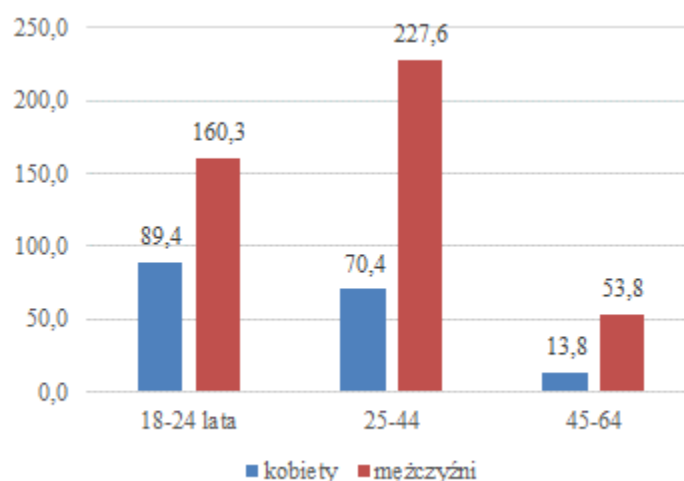
Do jednostek, które współpracują z systemem PRM zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych,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

2.5. KRWIODAWSTWO

W 2014 roku funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa oraz 145 oddziałów terenowych, łącznie z resortowymi (o 2 więcej niż w 2013 r.).

Zbiorowość krwiodawców¹⁰⁰ liczyła 617 tys. osób (o 30 tys. mniej niż przed rokiem). Przekazali oni łącznie 1186 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 534 tys. litrów. Ponad 70% wśród nich stanowili dawcy, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni.

Wykres 49. Krwiodawcy według płci i wieku w 2014 r. (w tysiącach)



Źródło: Narodowe Centrum Krwi

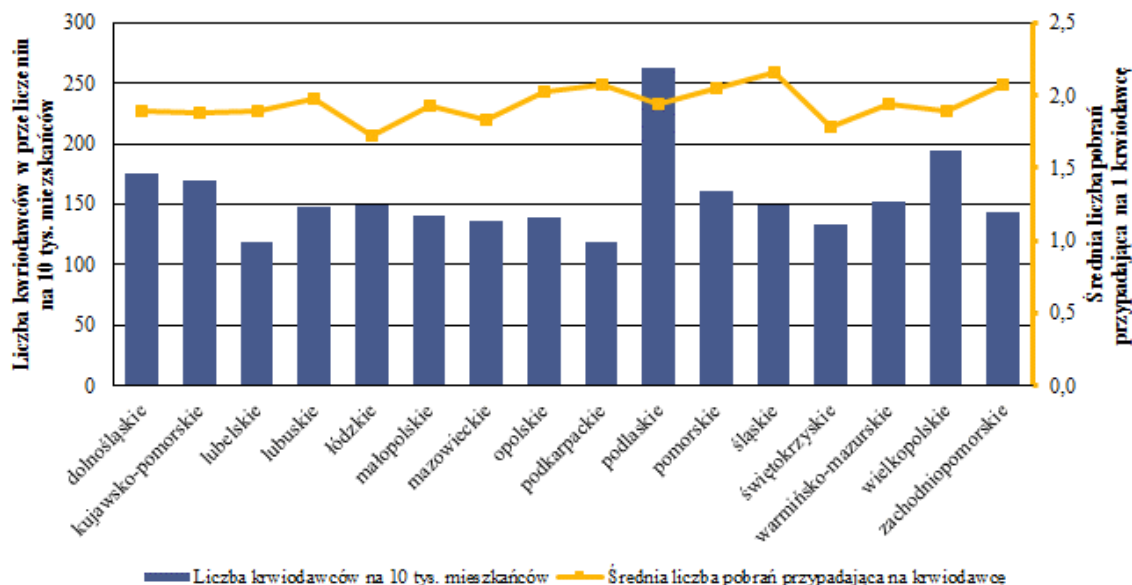
Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (ok 70% dawców krwi) i osoby w grupie wieku od 25 – 44 lat.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 208 tys. krwiodawców i pobrano 407,2 tys. donacji krwi pełnej. Krwiodawcy z tych województw stanowili 35,2% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców i oddali 35,5% krwi pełnej pobranej w całej Polsce.

¹⁰⁰ Krew lub jej składniki może oddać osoba, która:

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

Wykres 50. Krwiodawcy według województw w 2014 r.



W 2014 roku pobrano 1219,5 tys. donacji krwi i jej składników¹⁰¹. Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że Koncentrat Krwinek Czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby leczenia w Polsce. Do celów klinicznych zużywa się ok.30% osocza pochodzącego od honorowych krwiodawców. W porównaniu do danych za 2013 r. znacząco wzrosła liczba donacji pobranego osocza (z 21 tys. do 38 tys.).

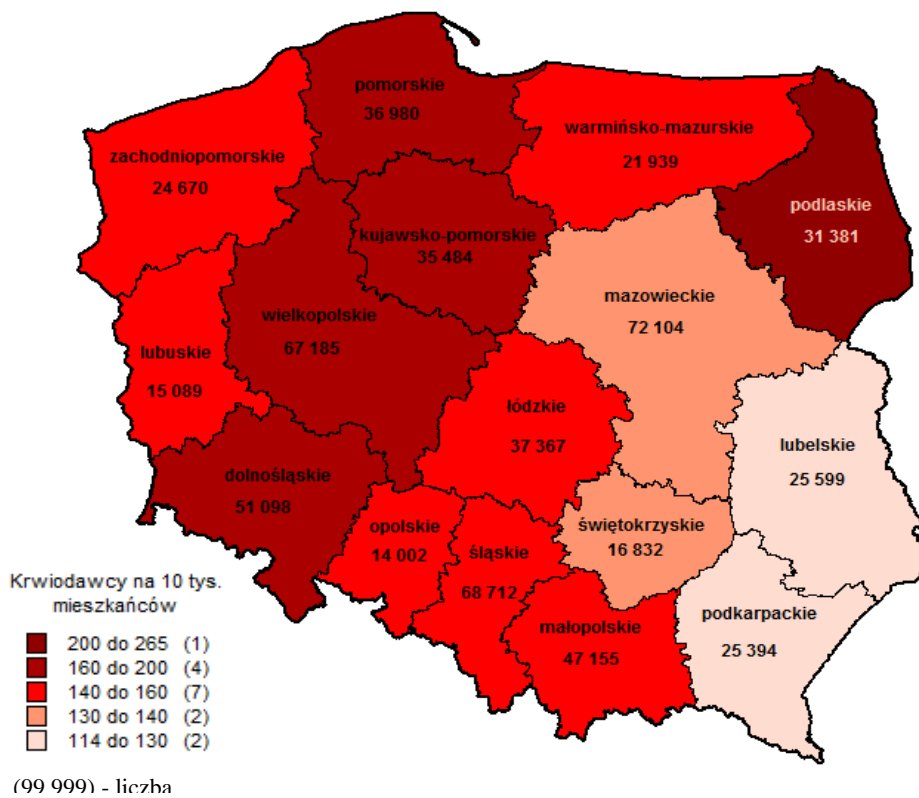
Tabl. 2C Krwiodawcy i pobrana krew w latach 2007, 2012-2014 r.

Wyszczególnienie	2007	2012	2013	2014
Krwiodawcy (w tys.)	604,1	638,1	646,4	616,6
Pobrana krew pełna w donacjach (w tys.)	982,5	1181,3	1184,0	1186,3
Wyprodukowano w jednostkach (w tys.):				
koncentrat krwinek czerwonych	974,6	1159,7	1157,0	1163,0
świeżo mrożone osocze	1051,4	1219,4	1220,4	1271,9

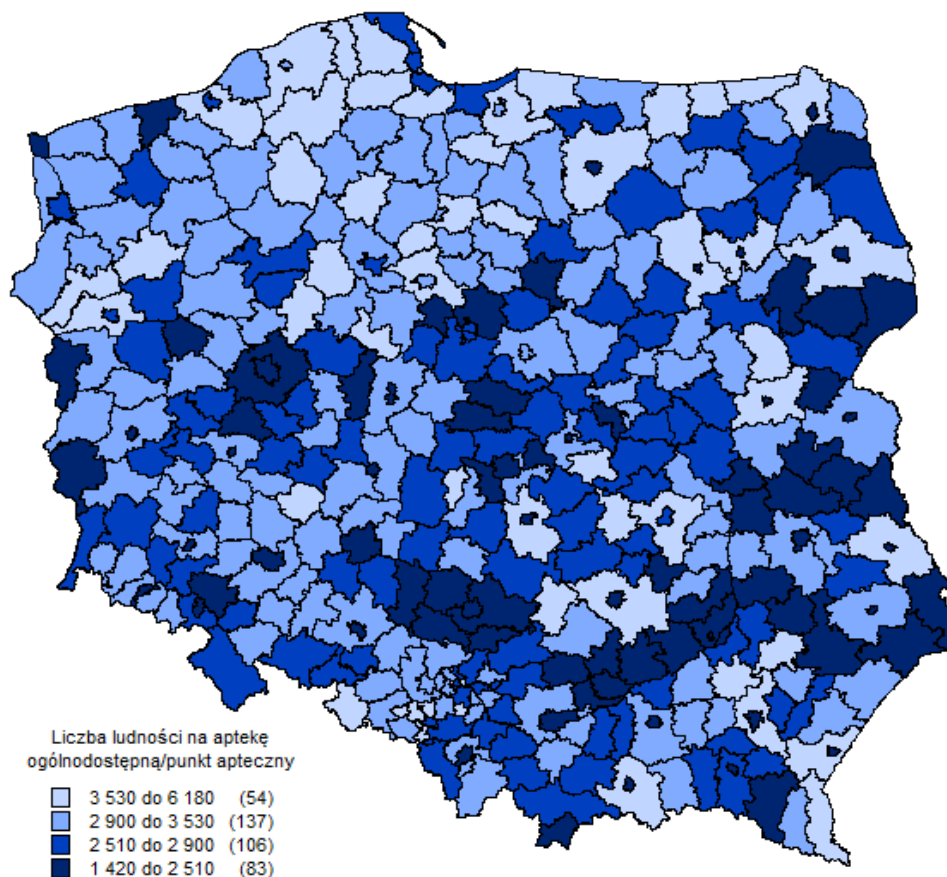
Źródło: Instytut Hematologii i Transfuzjologii, Narodowe Centrum Krwi, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych.

¹⁰¹ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferozy, leukaferozy i innych składników.

Mapa 16. Krwiodawcy według województw



Mapa 17. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny według powiatów



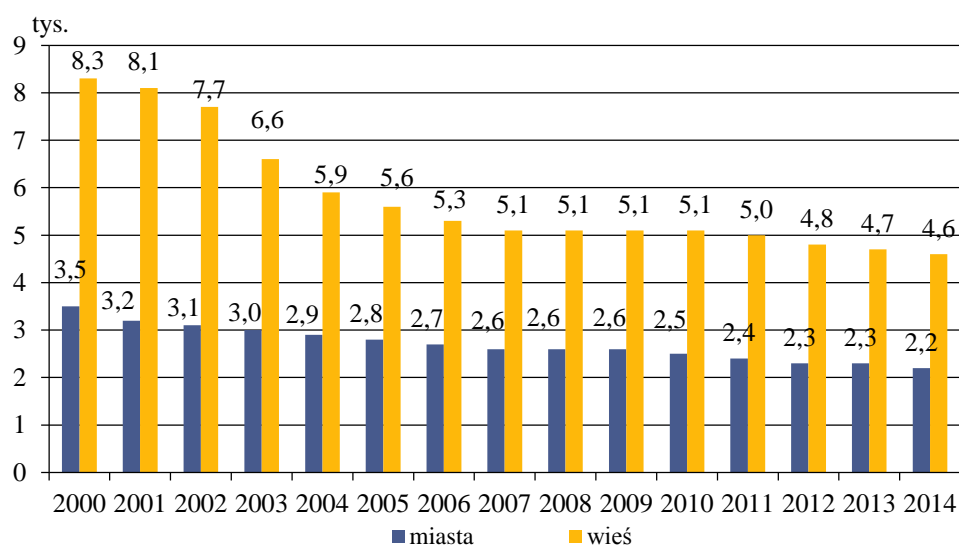
2.6. APTEKI

Apteki i punkty apteczne jako jeden z elementów systemu ochrony zdrowia zaopatrują ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne działają niemal w całości na terenach wiejskich (99%)¹⁰² i uzupełniają sieć aptek. Mogą one sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

W 2014 r. na terenie Polski zbadano łącznie 12,4 tys. aptek ogólnodostępnych (o 200 więcej niż przed rokiem), 33 apteki zakładowe¹⁰³ i 1,3 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne należały do prywatnych właścicieli (99,7%).

Liczba aptek ogólnodostępnych z roku na rok wzrasta, a w konsekwencji spada liczba ludności przypadająca na 1 aptekę. W 2014 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,1 tys. osób. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,6 tys. (dla województwa lubelskiego) do 3,6 tys. (dla województwa kujawsko-pomorskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,5 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w 2014 r. wyniosła przeciętnie 4,6 tys., było to o 100 osób mniej niż w 2013 r.

Wykres 51. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny



Najwięcej aptek zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,6% wszystkich aptek ogólnodostępnych i 11,2% wszystkich punktów aptecznych). Na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego znajdowała się najmniejsza liczba aptek ogólnodostępnych – po 2,5% oraz 2,6% ogółu, a w województwie zachodniopomorskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (41, tj. 3,1% ogólnej liczby punktów aptecznych).

¹⁰² Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne

¹⁰³ Apteki zakładowe - zaopatrujące w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra. Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne, a także inne przedsiębiorstwa podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne. art. 87, Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271).

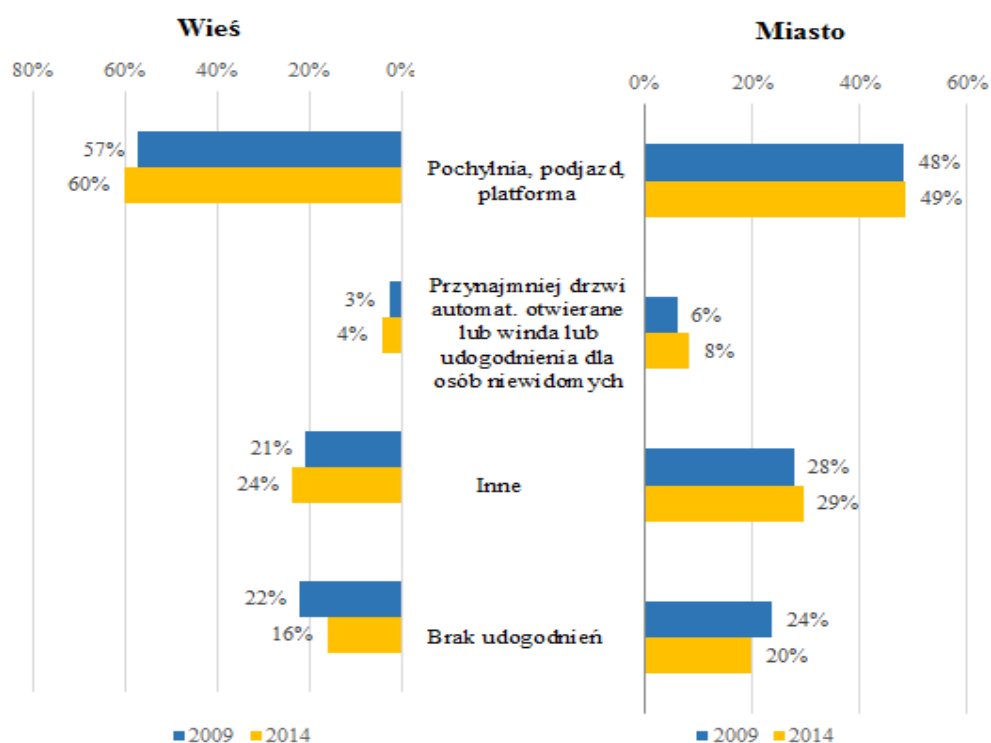
Najwięcej ludności przypada na placówkę w województwie warmińsko-mazurskim, pomorskim, podkarpackim, najmniej w województwie lubelskim, dolnośląskim oraz łódzkim.

Województwo śląskie i warmińsko-mazurskie charakteryzowały się największym wzrostem liczby aptek ogólnodostępnych – o 4% w stosunku do roku 2013, największym spadkiem - województwo pomorskie (o 4%). W województwie warmińsko-mazurskim ubyło stosunkowo dużo punktów aptecznych (spadek o 2%), w woj. śląskim - o 4%, chociaż największy spadek zanotowano w województwie mazowieckim (o 5%). Najwyższy wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano na terenie województwa lubuskiego (o 17%), pomorskiego (o 12%). W przypadku woj. lubuskiego jest to drugi rok znacznego wzrostu liczby punktów aptecznych; w porównaniu z 2012 r. wskaźnik wzrostu wyniósł 29%.

W omawianym roku 4% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne czyli o 0,5% więcej niż przed rokiem. Niecałe 20% placówek pełniło je okresowo czyli o 1% więcej.

W 2014 r. 80% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (o 1 pkt. proc. więcej niż przed rokiem. Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (50% aptek ogółem, 60% aptek na wsi, 49% aptek w mieście). Większość udogodnień w punktach aptecznych na wsi to pochylnie, podjazdy, platformy, gdyż 62% punktów aptecznych posiada takie udogodnienia. Okazuje się, że drzwi automatycznie otwierane posiada 1% punktów na wsi, 2% aptek na wsi, prawie 6,5% aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 20% aptek w mieście, 17% aptek na wsi, 15% punktów aptecznych na wsi.

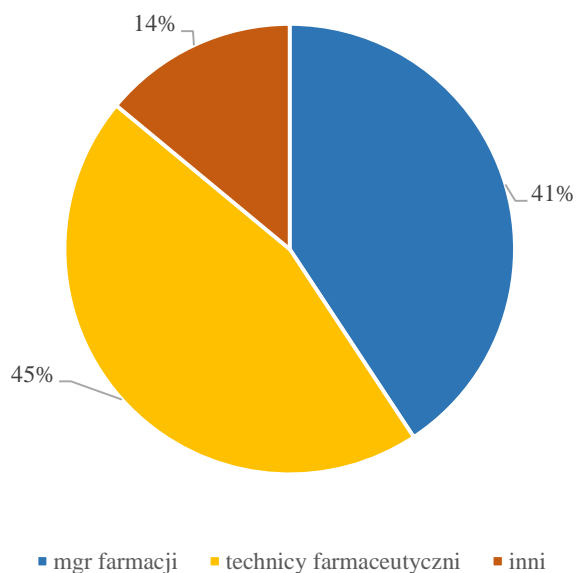
Wykres 52. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych



Po raz drugi zadano sprawozdawcom pytanie o prowadzenie przez aptekę sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej. Okazało się, że 3% aptek ogólnodostępnych prowadzi tego typu działalność (o 16 aptek więcej niż przed rokiem), największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie (7,6%) oraz wielkopolskie (5,1%), najmniejszy województwo lubuskie, zachodniopomorskie (0,6% oraz 0,8%). W przypadku punktów aptecznych, 0,2% z nich prowadziło sprzedaż wysyłkową, ale działalność taka dotyczyła wyłącznie województwa łódzkiego, gdzie odsetek ten wyniósł 2,4% i pomorskiego - 2,1%, a punkty apteczne w pozostałych województwach nie wykazały tego rodzaju działalności.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 25,7 tys. magistrów farmacji oraz 28,6 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto przeciętnie jeden praktykant przypadał na 50 aptek ogólnodostępnych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio 83,5% i 94%). Przeciętnie w jednej aptece pracowało 2 magistrów farmacji i 2 techników farmaceutycznych. Na wsi sytuacja wyglądała inaczej, gdyż przeciętnie jeden magister farmacji i jeden technik farmaceutyczny przypadał na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny. Jeżeli chodzi o punkty apteczne na wsi to przeciętnie w jednym punkcie aptecznym pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 7 punkcie pracował magister farmacji.

Wykres 53. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2014 r.

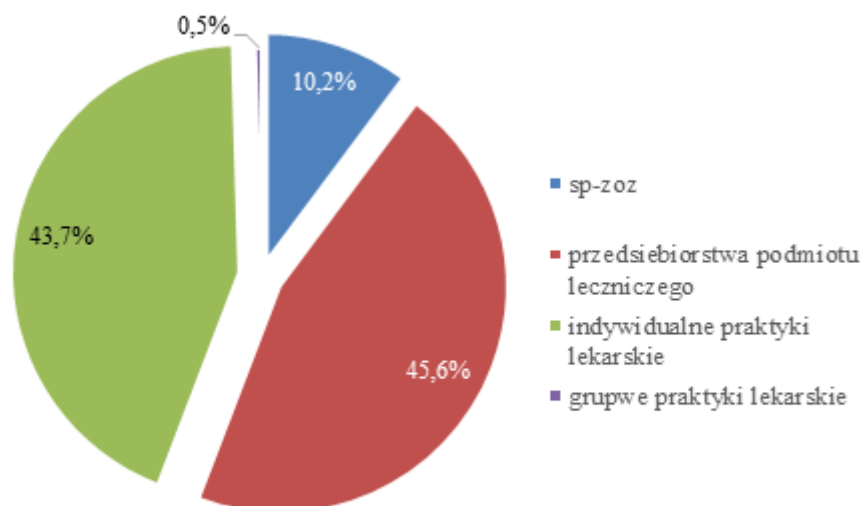


2.7. MEDYCYNA PRACY

Zgodnie z ustawą¹⁰⁴ jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W 2014 r. w Polsce zarejestrowanych było 6261 jednostek podstawowych służby medycyny pracy (smp), w tym: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2855, indywidualnych praktyk lekarskich – 2738, sp – zoz 639, oraz grupowych praktyk lekarskich - 29. Liczba jednostek podstawowych, w stosunku do 2013 r. nieznacznie zmniejszyła się - o 1,6%.

Wykres 54. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2014 r.



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

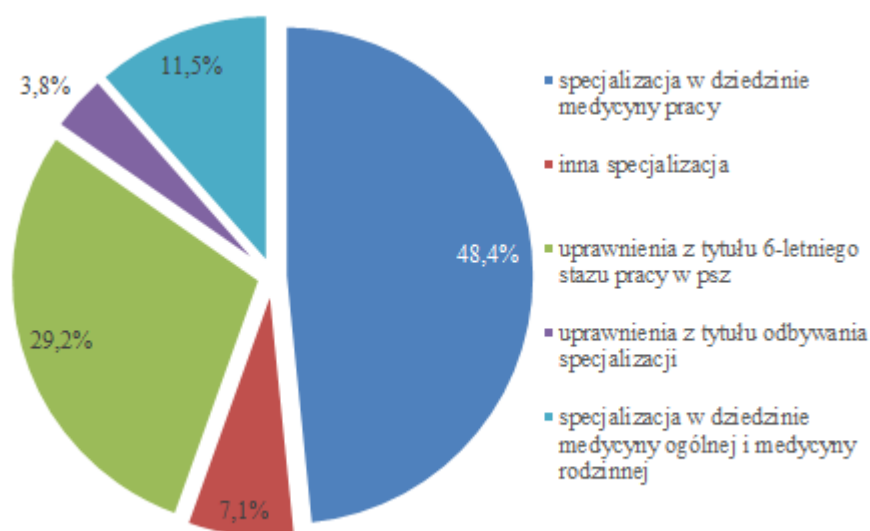
Do wykonywania zadań służby medycyny pracy w zakresie przeprowadzania badań wstępnych,

¹⁰⁴ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy art. 2 ust. 2 ; (Dz.U. Dz.U.2014.1184 z dnia 2014.09.04).

okresowych i kontrolnych oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, uprawnieni są lekarze spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne¹⁰⁵.

W 2014 r. liczba lekarzy¹⁰⁶ uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi wynosiła 6741 osoby. Chociaż nie wszyscy lekarze dopełnili obowiązku sprawozdawczego, z pozyskanych danych można wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przedstawia ją poniższy wykres.

Wykres 55. Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich wg wymogów kwalifikacyjnych w 2014 r.



Spośród lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich pracowników, dodatkowe kwalifikacje posiadało 1753 lekarzy. Te dodatkowe kwalifikacje dotyczyły wykonywania badań pracowników: narażonych na działanie promieniowania jonizującego (kwalifikacje oznaczone symbolem J), wykonujących pracę w warunkach tropikalnych, morskich lub podwodnych lub powracających z pracy w warunkach tropikalnych (symbol T) oraz pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego (symbol K).

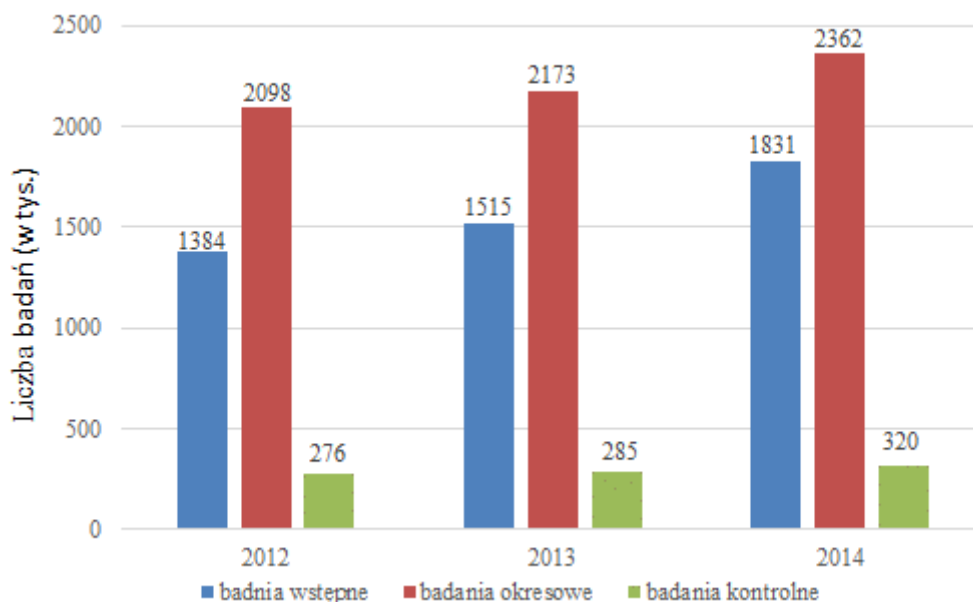
Kolejną grupą lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich są lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Uprawnienie to jest ograniczone, gdyż zgodnie z przepisami o specjalizacji, badania profilaktyczne mogą być wykonywane przez tych lekarzy jedynie w miejscu i czasie odbywania stażu specjalizacyjnego pod nadzorem kierownika specjalizacji. Lekarzy takich w roku 2014 było 188.

¹⁰⁵ Wymagania te są określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30.05.1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. 96.69.332 z późn. zm.).

¹⁰⁶ Dane na podstawie rejestrów prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W 2014 r. wykonano ponad 4,5 ml badań lekarskich dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy, w tym: ponad 1,8 mln badań wstępnych, ponad 2,3 mln badań okresowych i ponad 320 tys. badań kontrolnych.

Wykres 56. Liczba profilaktycznych badań lekarskich według rodzaju w latach 2012-2014

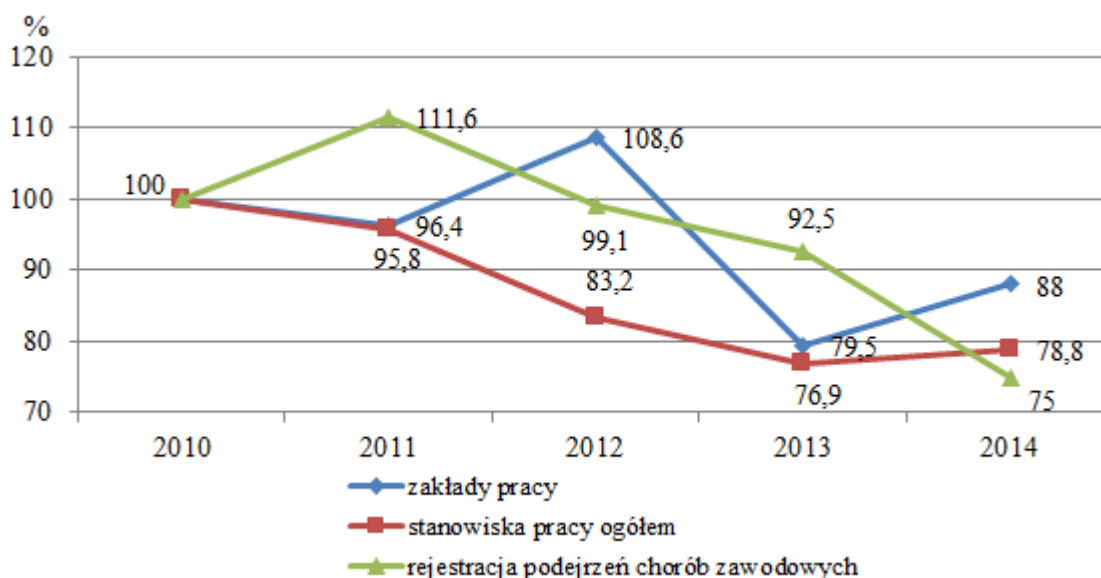


Od wielu lat struktura wydawanych orzeczeń jest mało zróżnicowana. Także w 2014 r. zaświadczenia stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku stanowiły ogółem ponad 99% wszystkich wydanych orzeczeń.

Jedną z działalności lekarzy służby medycyny pracy jest wizytowanie zakładów i stanowisk pracy. W 2014 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację 10,3 tys. zakładów i skontrolowali 57,7 tys. stanowisk pracy. Zgodnie z obowiązującym prawem są to zadania fakultatywne dla lekarzy służby medycyny pracy, jednak niezwykle istotne w kontekście jakości oceny warunków pracy.

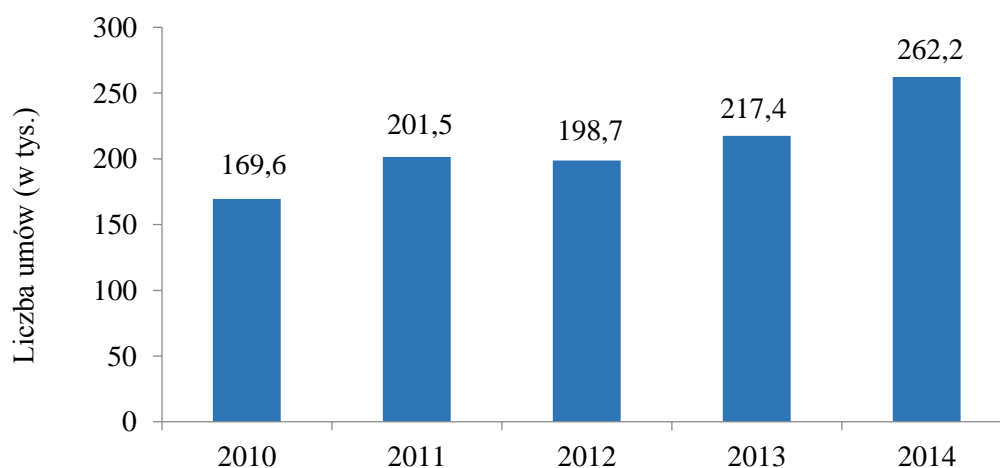
W porównaniu do 2013 r. odnotowano spadek o ponad 18% liczby osób skierowanych przez lekarzy smp do wojewódzkich ośrodków medycyny pracy z podejrzeniem choroby zawodowej. W 2014 r. zarejestrowano 1045 takich podejrzeń.

Wykres 57. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2010-2014



Ustawa o służbie medycyny pracy określa, w jaki sposób pracodawcy powinni realizować swoje zobowiązania z zakresu zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznych badań lekarskich oraz innych form profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy¹⁰⁷. Badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy.

Wykres 58. Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2010-2014



Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 260 tys.

¹⁰⁷ Art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy

Jednym z zadań¹⁰⁸ wojewódzkich ośrodków medycyny pracy jest rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. W 2014 r. ośrodki wojewódzkie rozpatrzyły 1471 odwołań, w tym 641 przypadków, w których po ponownym przeprowadzeniu badania lekarskiego, lekarze womp utrzymali w mocy orzeczenia wydane przez jednostki podstawowe smp.

Kolejnym zadaniem wojewódzkich ośrodków medycyny pracy jest działalność konsultacyjna. W ramach tej działalności wyróżniamy 3 rodzaje świadczeń: 1) badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych. W 2014 r. w ośrodkach wojewódzkich udzielono 4675 takich konsultacji, 2) Świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (24758 konsultacji), 3) konsultacje w zakresie chorób zawodowych – wydano 4715 orzeczeń.

Następnym zadaniem wojewódzkich ośrodków medycyny pracy jest kontrola jednostek podstawowych obejmująca tryb, zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W 2014 r. przeprowadzono 4282 kontrole. W wyniku kontroli skierowano do odpowiedniego organu izb lekarskich 287 wniosków o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy blisko 290 lekarzy.

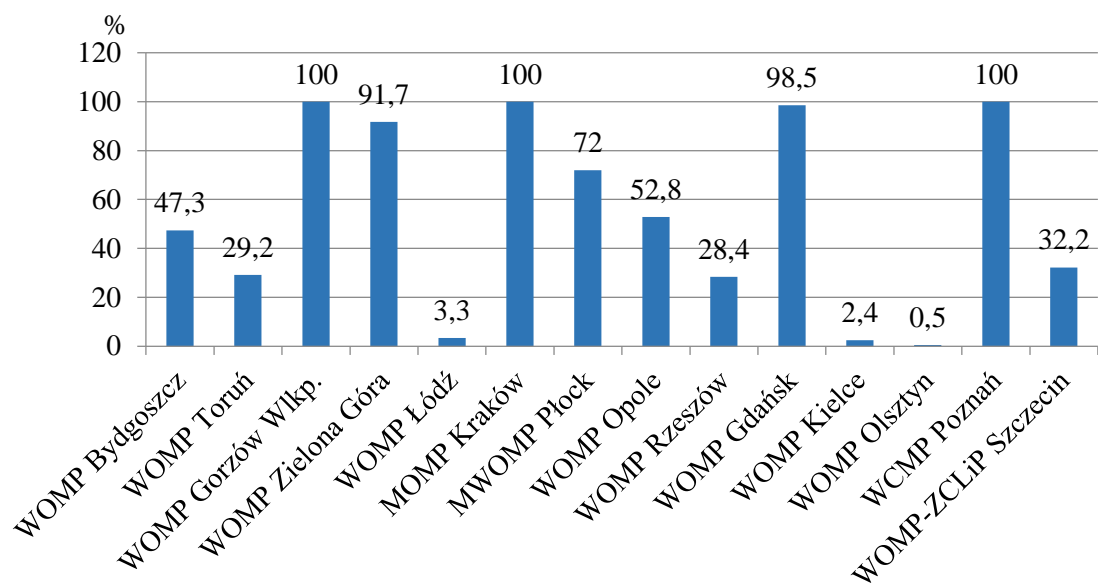
Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa¹⁰⁹, „jest właściwa do realizowania zadań w zakresie prowadzenia działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej”. Świadczenia te są realizowane w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. W 2014 r. ośrodki wojewódzkie łącznie objęły ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową 14460 osób (wzrost o 5,4% w porównaniu do 2013 r.) i wykonały 293,2 tys. zabiegów (wzrost o blisko 2%).

Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową wykonywane były w 14 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Podobnie jak w 2013 r. trzy ośrodki wojewódzkie (Gorzów Wlkp., Kraków oraz Poznań) realizowały wyłącznie świadczenia mające na celu zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszające powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegające dalszemu rozwojowi choroby. W pozostałych womp, udział tych świadczeń (zabiegi rehabilitacyjne związane z patologiami o etiologii zawodowej) w stosunku do innych zabiegów rehabilitacyjnych (wykonywanych na podstawie kontraktów z NFZ i ZUS) wahał się w przedziale od 91,7% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Gdańsku do 0,5% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Olsztynie.

¹⁰⁸ Zadania wojewódzkich ośrodków medycyny pracy określa art. 17 ustawy o służbie medycyny pracy.

¹⁰⁹ Art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy

Wykres 59. Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami o etiologii zawodowej w liczbie zabiegów rehabilitacyjnych ogółem w womp wg województw w 2014



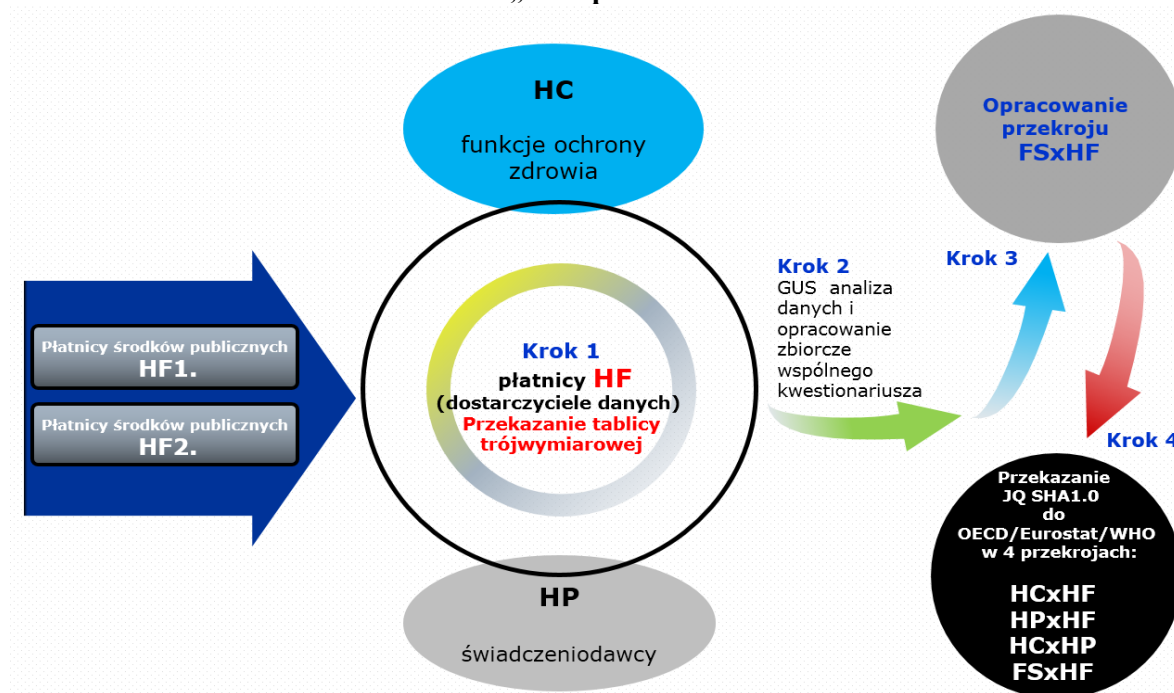
Tak więc struktura świadczeń rehabilitacyjnych udzielanych przez niektóre ośrodki wojewódzkie budzi wiele wątpliwości i zastrzeżeń, gdyż zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią o etiologii zawodowej stanowiły niewielki procent w stosunku do wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w tych ośrodkach.

3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej

3.1. NARODOWY RACHUNEK ZDROWIA

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) za 2013 r. został sporządzony według nowej metodologii SHA2011¹¹⁰, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych: w roku 2015 na podstawie umowy dżentelmeńskiej, natomiast od roku 2016 - zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.¹¹¹ Szczegółowy schemat powstawania NRZ według starej i nowej metodologii przedstawiają poniższe grafy:

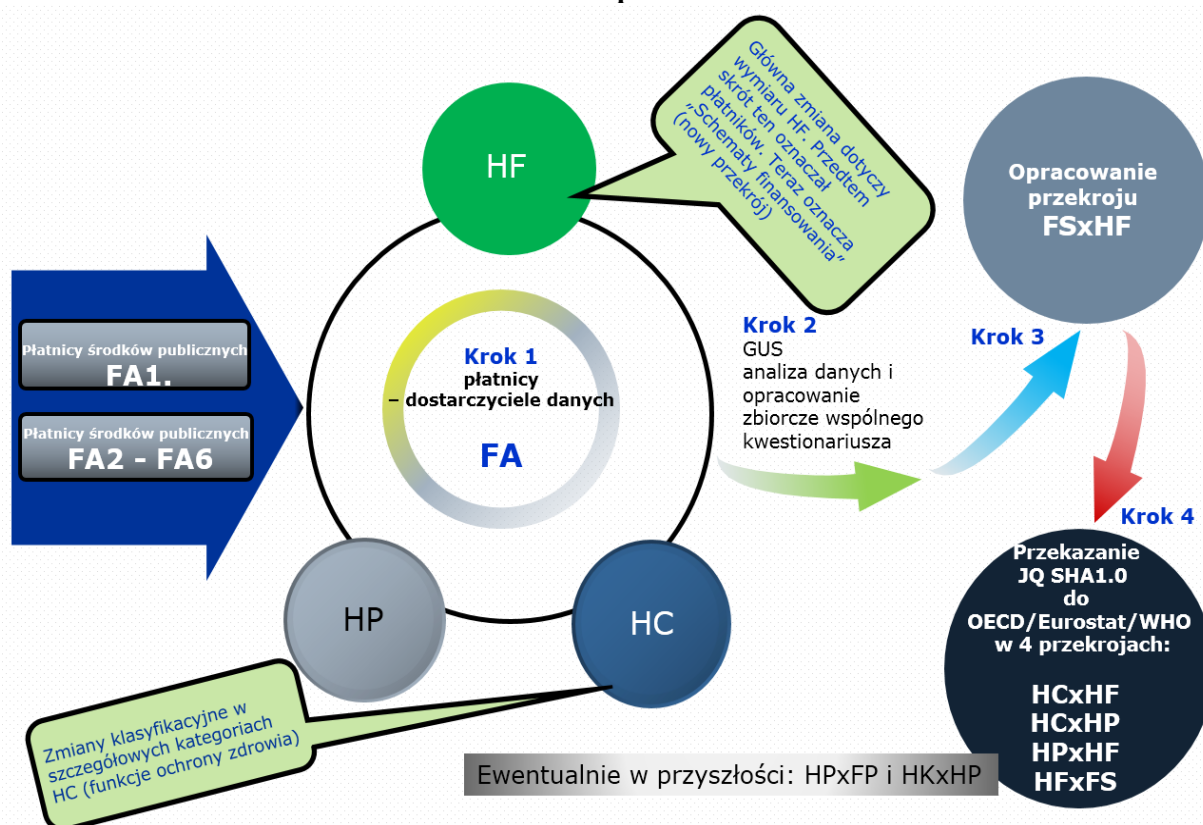
Wykres 60. Schemat sporządzania Narodowego Rachunku Zdrowia dla Polski według SHA 1.0 „krok po kroku”



¹¹⁰ Oficjalny proces tworzenia SHA 2011 rozpoczął się w 2007 r., w ramach współpracy pomiędzy ekspertami z OECD, WHO oraz Eurostatu, działającymi pod wspólną nazwą Międzynarodowy Zespół ds. Rachunków Zdrowia (IHAT). Przygotowany przez Zespół podręcznik był tematem szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii od międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele Głównego Urzędu Statystycznego czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania.

¹¹¹ 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

Wykres 61. Schemat sporządzania Narodowego Rachunku Zdrowia dla Polski według SHA 2011 “krok po kroku”



Mimo, że NRZ sporządzany według nowej metodologii nadal dotyczy wydatków poniesionych na zdrowie i ochronę zdrowia w danym roku i są one nadal prezentowane w 3. podstawowych przekrojach: HF (schematy finansowania), HC (funkcje opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawcy), to różnice między SHA1.0 i SHA2011 są istotne (szczegółowe klasyfikacje poszczególnych obowiązkowych przekrojów zawarte są w uwagach metodologicznych).

Dotyczą właściwie wszystkich elementów rachunku zdrowia. Podstawowe różnice to:

Zakres przedmiotowy rachunku:

- Podstawową kategorią narodowego rachunku zdrowia SHA 2011 są **wydatki bieżące**. (W SHA1.0 były to wydatki ogółem na ochronę zdrowia czyli: wydatki bieżące powiększone o wydatki inwestycyjne będące częścią wydatków powiązanych z ochroną zdrowia. Taka wielkość wydatków była w statystykach międzynarodowych odnoszona do PKB poszczególnych krajów).
- SHA2011 **nie stosuje** kategorii „Wydatki całkowite na ochronę zdrowia”, która była sumą wydatków bieżących i wydatków powiązanych z ochroną zdrowia (HCR). W SHA2011 wydatki powiązane z ochroną zdrowia, w tym wydatki inwestycyjne **nie są zaliczane do podstawowego zakresu rachunku zdrowia**. Jako odrębny przekrój wydatków kapitałowych (HK) mogą być fakultatywnie sporządzane przez kraje i wykorzystywane do dodatkowych analiz. Dane te nie będą przekazywane

i wykorzystywane (na obecnym etapie przekazywania danych) w statystykach międzynarodowych. Przekrój ten nie jest ujęty w Rozporządzeniu KE.

Trójosiowe wymiary rachunku:

- W SHA2011 **podstawowym nowym wymiarem** według którego sporządzany jest rachunek są **Schematy finansowania opieki zdrowotnej (HF)**, które lepiej obrazują sytuację danego kraju. Przekrój HF według starej metodologii dotyczył płatników usług opieki zdrowotnej; według SHA2011 opisany on został jako klasyfikacja FA¹¹². Sporządzanie rachunku według tego przekroju nie jest obligatoryjne dla krajów. Stanowi on dodatkowy przekrój nieujęty w rozporządzeniu.
- SHA2011 odpowiada na pytania: *W oparciu o jaki schemat generowane są środki wydatkowane na zdrowie i ochronę zdrowia (HF)?, Jakiego rodzaju usługi zdrowotne są opłacane (HC)? i Jakiego typu świadczeniodawcy te usługi realizują (HP)?.*

Zakres poszczególnych kategorii obowiązujących klasyfikacji:

- HF – *Schematy finansowania opieki zdrowotnej* - nowy przekrój, nieporównywalny z poprzednimi rachunkami zdrowia
- HC – *Klasyfikacja funkcjonalna* - zmiany w zakresach szczegółowych kategorii klasyfikacji funkcjonalnej; szczególnie w przypadku kategorii *HC.6 Zdrowie publiczne*.
- HP – *Klasyfikacja dostawców usług opieki zdrowotnej* – nie zmieniła się istotnie.

Szczegółowe klasyfikacje poszczególnych obowiązkowych przekrojów zamieszczone są w uwagach metodologicznych.¹¹³

Należy więc podkreślić, że wyniki NRZ za 2013 r. nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach, można analizować jedynie wybrane elementy rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0. W celu weryfikacji poprawności sporządzenia NRZ według nowej metodologii dokonano mapowania wyników NRZ za 2012 r. do nowej metodologii, wykorzystując do tego celu klucze przejścia proponowane w podręczniku SHA2011. Zabieg taki umożliwił przedstawić poniżej analizę dynamiki wydatków przypisanych do niektórych kategorii klasyfikacji funkcjonalnej i klasyfikacji świadczeniodawców usług opieki zdrowotnej.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 rok.

Według SHA2011 wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2013 r. wyniosły 106,0 mld zł, były wyższe niż w 2012 r. o ok. 5 mld zł. i stanowiły 6,38% PKB.

¹¹² Narodowy Rachunek Zdrowia dla Polski nadal jest sporządzany od strony płatników (FA), którzy dostarczają danych do rachunku, w zakresie swoich wydatków, z uwzględnieniem klasyfikacji schematów finansowych, klasyfikacji funkcjonalnej usług opieki zdrowotnej i klasyfikacji świadczeniodawców.

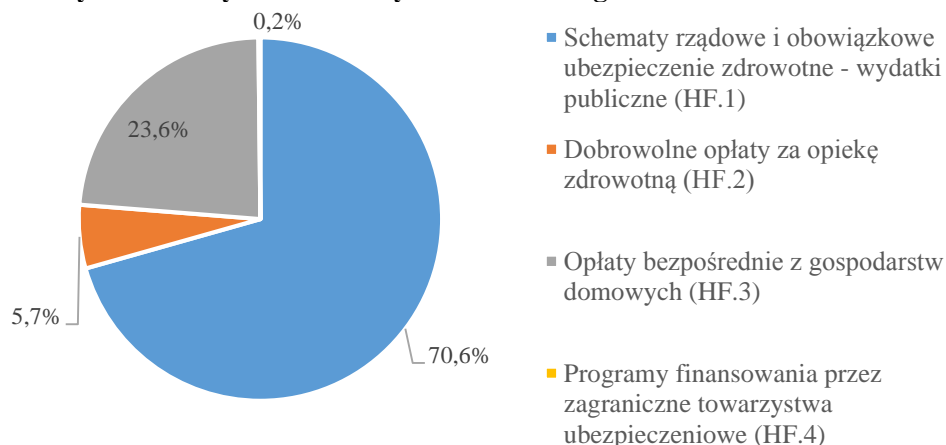
¹¹³ Ponadto nowa metodologia SHA 2011 zawiera inne klasyfikacje, nie ujęte w rozporządzeniu:

- FA (płatnicy); HK (wydatki inwestycyjne); FS (przychody schematów finansowania); FP (czynniki dostarczania opieki zdrowotnej). Zaklasyfikowanie wydatków według poszczególnych kategorii tych klasyfikacji może być wykorzystane do wykonania szczegółowych analiz.

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania przedstawiała się następująco: wydatki publiczne – 70,6% wydatków bieżących na ochronę zdrowia, w tym: „schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych” – 9,6%, „schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach” – 61,2%; wydatki prywatne – 29,2%, w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 23,6% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Udział bieżących wydatków publicznych na ochronę zdrowia w PKB zwiększył się w porównaniu z 2012 r. z 4,43% do 4,50%.

Każdy płatnik może występować w różnych schematach finansowania i tak Ministerstwo Zdrowia stanowi 36,5% a NFZ 32,2% wydatków „schematu rządowych wydatków na szczeblu centralnym (HF.1.1.1)”. Z kolei w kategorii „Społeczne ubezpieczenie zdrowotne (HF.1.2.1)” wydatki NFZ wyniosły 96%. W sektorze „Dobrowolnych opłat za opiekę zdrowotną (HF.2)” największy strumień wydatków pochodził z „Dobrowolnych programów ubezpieczenia zdrowotnego (HF.2.1)” – 70,7%. Natomiast w sektorze prywatnym (HF.2 i HF.3) największy strumień wydatków pochodził z „gospodarstw domowych” (80,6%).

Wykres 62. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według schematów finansowania w 2013 r.



Programy finansowania przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe (HF.4) zostały przypisane według nowej metodologii i fundusze zawarte w tej kategorii pochodziły głównie z NFZ, jednakże trwają dyskusje z udziałem międzynarodowych ekspertów, aby tego typu wydatki włączyć do schematu „HF.1.2 (Obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne)”, a wyszczególnić je w przekroju „FS (Przychody schematów finansowania)”. Ewentualne zmiany w rachunku za 2013 r. zostaną dokonane przy okazji sporządzania NRZ za kolejny rok.

Wartości podstawowych kategorii Narodowego Rachunku Zdrowia przedstawia poniższa tablica.

Tabl. 2A Wydatki ogółem na ochronę zdrowia w 2012 i 2013 r.^{a)}

Wyszczególnienie	2012		2013	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 615 894	100	1 662 678	100
Publiczne wydatki bieżące	70 770	4,38	74 878	4,50
z tego:				
Wydatki budżetu państwa	2 384	0,15	5 747	0,35
Wydatki budżetów jednostek samorządu terytorialnego	4 097	0,25	4 431	0,27
Fundusze ubezpieczeń społecznych	64 290	3,98	64 699	3,89
Prywatne wydatki bieżące	30 271	1,87	30 971	1,86
z tego:				
Wydatki bezpośrednie gosp. domowych	24 517	1,52	24 978	1,50
Inne wydatki prywatne na ochronę zdrowia	5 754	0,36	5 993	0,36
Razem wydatki bieżące	101 042	6,25	106 035	6,38

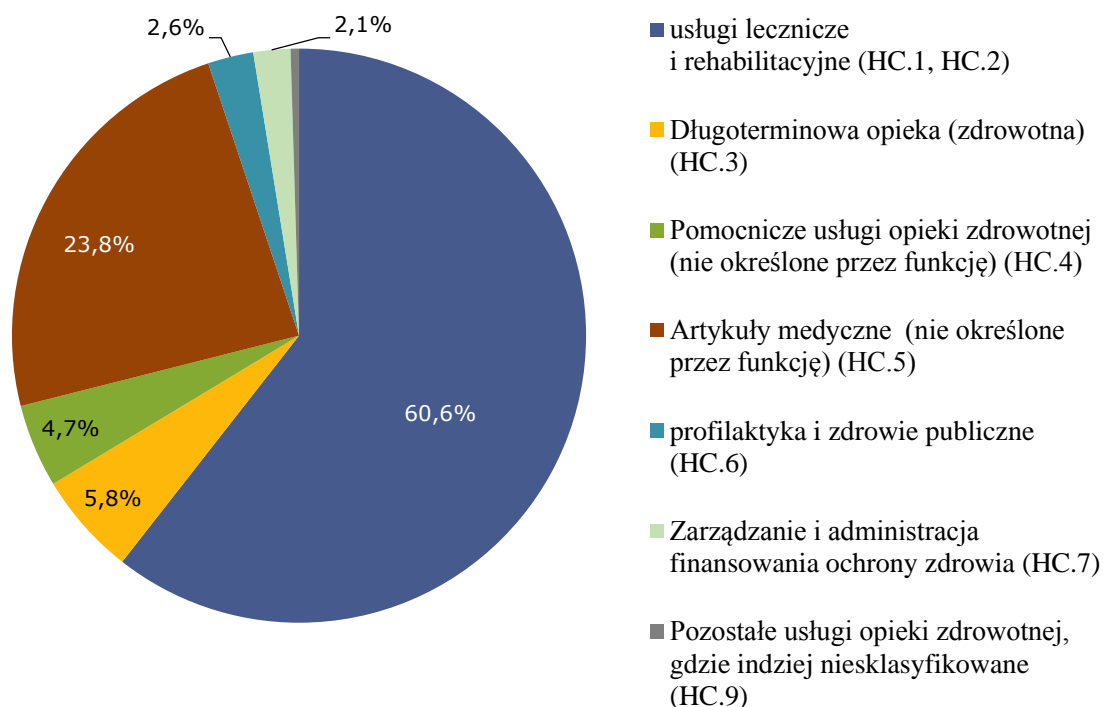
a) Łącznie z wydatkami sektora Zagranica

Uwzględniając zmiany metodologiczne w sporządzaniu Narodowego Rachunku Zdrowia i wynikające z nich różnice w zawartości poszczególnych kategorii klasyfikacji według funkcji ochrony zdrowia i świadczeniodawców usług zdrowotnych, mające istotny wpływ na wielkość wydatków, w przybliżeniu/orientacyjnie można powiedzieć, że w porównaniu z rokiem 2012 wydatki bieżące ogółem zwiększyły się nominalnie o 4,9%. Największy udział we wzroście kwotowym miały wydatki na „usługi lecznicze” (HC.1 wzrost o 3,8% przy udziale 55,8% w strukturze wydatków bieżących) oraz „leków wydawanych pacjentom ambulatoryjnym (HC.5)” o 1,8% (23,8% udziałów w strukturze wydatków ogółem).

Natomiast największy wzrost procentowy odnotowano w kategorii „Usługi rehabilitacyjne (HC.2)” o 36,4%, jednakże kategoria ta stanowiła tylko 4,7% wydatków bieżących. Kolejną pozycję w tym rankingu zajmowały wydatki dotyczące „profilaktyki” wzrost o 34% w porównaniu z poprzednim rokiem (udział w wydatkach bieżących 2,6%). Jednak trzeba mieć na uwadze fakt, że struktura tej funkcji zmieniła się znacząco w porównaniu z metodologią „SHA.1.0”).

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych funkcji ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju usługi. Na przykład „Usługi lecznicze” w 81,9% były finansowane ze środków publicznych a w 18,0% z sektora prywatnego, natomiast udział finansowania z funduszy publicznych „Długoterminowej opieki (zdrowotnej)” wyniósł 93,6%, a tylko 6,4% z funduszy prywatnych. Natomiast dla kategorii „Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)” 32,7% funduszy pochodziło ze źródeł publicznych a reszta z prywatnych.

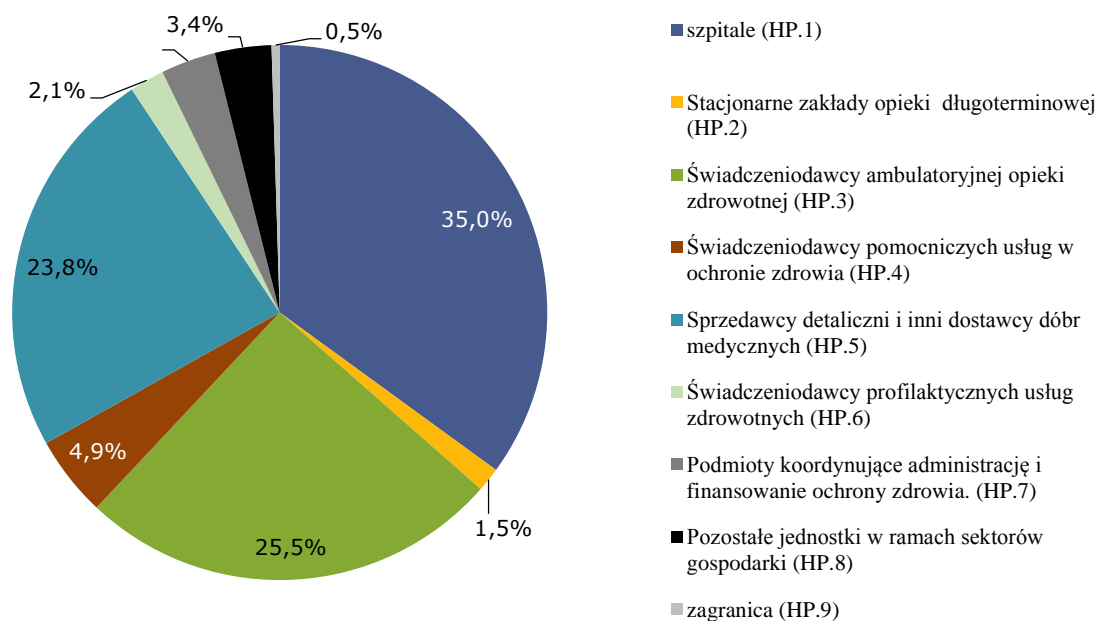
Wykres 63. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według funkcji w 2013 r.



W przypadku świadczeniodawców największy strumień środków trafił do szpitali – 35,0% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Kolejne pozycje dotyczyły przede wszystkim „placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej”, do których trafiało 25,5% wydatkowanych środków, „sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych (głównie apteki)” - 23,8%. W porównaniu z 2012 r., największy nominalny wzrost wydatków odnotowano w grupie „sprzedawców i innych dostawców dóbr medycznych (w tym leków)” - o 986 mln zł, tj. o 4,1 %. Wzrosły także wydatki w grupie „dostawców opieki profilaktycznej” (o prawie 761 mln zł, tj. 51,9%). Zwiększenie nakładów odnotowano też w grupie jednostek „dostawców usług pomocniczych w ochronie zdrowia” (o ok. 88 mld zł, tj. o 1,7%).

Nie zmieniła się natomiast istotnie struktura wydatków według „dostawców usług opieki zdrowotnej”. Nadal największy udział w wydatkach miały „szpitale” – 35,0%. Drugą co do wielkości pozycję w wydatkach według dostawców stanowili „świadczeniodawcy ambulatoryjni” - 25,5% (o 5,2 pkt. proc. więcej niż w 2012). Z kolei udział w wydatkach grupy „sprzedawców i innych dostawców dóbr medycznych (w tym leków)” wynosił 23,8% i był mniejszy niż przed rokiem o 0,2 pkt. proc.

Wykres 64. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców dóbr i usług w 2013 r.

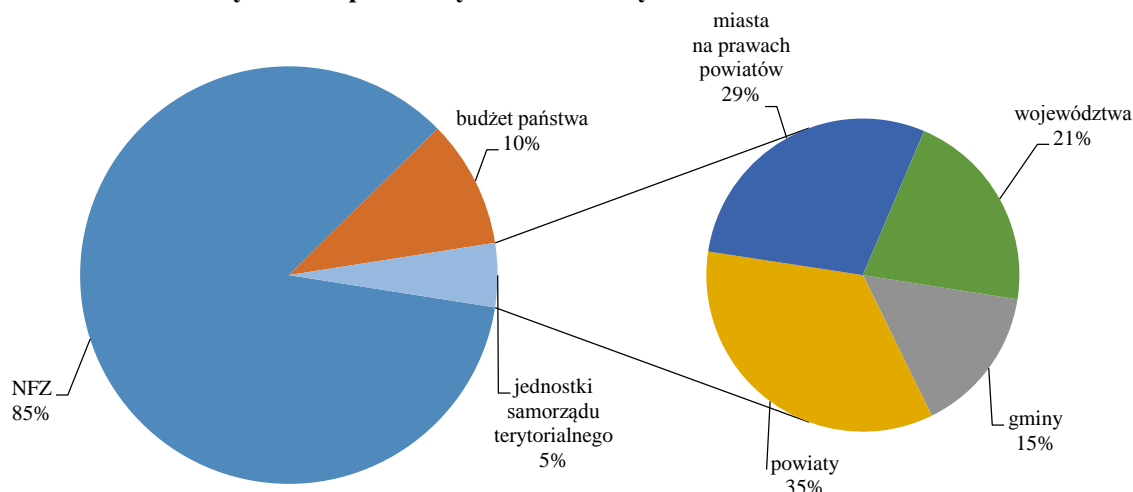


Wydatki z rachunku za rok 2013 powinny być porównywane z poprzednimi latami z dużą ostrożnością, ze względu na zmianę metodologii. Nowa metodologia SHA 2011 będzie kształtowała narodowe rachunki zdrowia przez najbliższe lata.

3.2. WYDATKI PUBLICZNE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

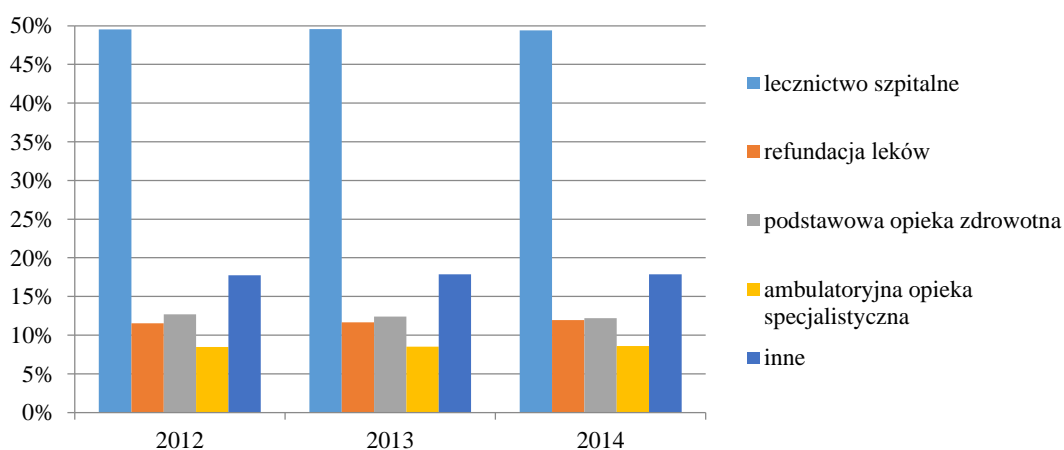
Wyniki badań¹¹⁴ wydatków publicznych pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2014 r.

Wykres 65. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2014 r.



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ¹¹⁵ wyniosły 63199 mln zł (o 2,5% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na leczenie szpitalne (49,4%), podstawową opiekę zdrowotną (12,2%) oraz refundację leków (12%). Struktura kosztów ponoszonych przez NFZ nie zmieniała się istotnie od 2004 r., z wyjątkiem wydatków przeznaczonych na leczenie szpitalne, których udział w strukturze wzrósł znacznie w 2012 r.

Wykres 66. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ



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

¹¹⁴ Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S).

¹¹⁵ Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2014 r.

Dane zamieszczone w tablicy 3B pokazują, że wydatki na opiekę zdrowotną w 2014 r. miały większy udział jedynie w budżecie państwa. Jest to sytuacja całkowicie odwrotna niż w zeszłym roku, gdzie w budżetach niemal wszystkich szczebli samorządu terytorialnego dostrzegaliśmy wzrost udziałów. Ponadto zauważyć można nominalny spadek wydatków na ochronę zdrowia w budżecie państwa, województw i powiatów. Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków nie zmieniła się znacznie: 66,7% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2013 r. – 66,2%), powiatów – 11,5% (w 2013 r. – 11,7%), miast na prawach powiatu i województw odpowiednio 9,7% i 7%, a gmin – nieco ponad 5% wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego.

Tabl. 3B Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia w latach 2012 – 2014

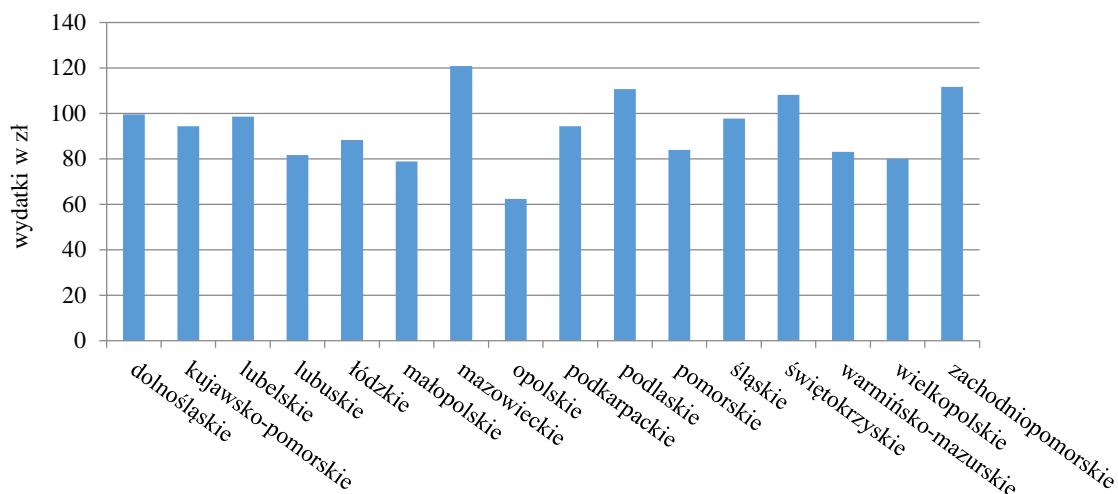
Wyszczególnienie	2012	2013	2014	2012	2013	2014	
	w mln złotych			w procentach			2013 =100
Budżet państwa							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓLEM	318001,9	321345,3	312522,7	100,0	100,0	100,0	97,3
w tym ochrona zdrowia.....	7242,0	7534,1	7357,6	2,3	2,3	2,4	97,7
Budżety samorządów terytorialnych							
Województwa ogółem.....	15760,5	16527,0	18238,3	100,0	100,0	100,0	110,4
w tym ochrona zdrowia.....	951,1	927,3	774,7	6,0	5,6	4,2	83,5
Miasta na pr. powiatu ogółem	63730,8	64952,6	69661,4	100,0	100,0	100,0	107,2
w tym ochrona zdrowia.....	878,6	1058,2	1065,2	1,4	1,6	1,5	100,7
Powiaty ogółem.....	22476,5	22916,5	23784,3	100,0	100,0	100,0	103,8
w tym ochrona zdrowia.....	1149,0	1327,3	1274,0	5,1	5,8	5,4	96,0
Gminy ogółem.....	78491,4	79442,5	85070,1	100,0	100,0	100,0	107,1
w tym ochrona zdrowia.....	535,9	541,6	561,3	0,7	0,7	0,7	103,6

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

W 2014 r. wydatki z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia (dział 851 klasyfikacji budżetowej) wynosiły 7357,6 mln i stanowiły niecałe 2,4% łącznych wydatków z budżetu.

Natomiast **samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3675,2 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,9% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (w roku poprzednim wynosiły one 2,1%).

Wykres 67. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2014 r.



Struktura wydatków z budżetu państwa oraz z budżetów samorządów terytorialnych była podobna jak przed rokiem. Strumienie wydatków budżetu państwa skierowane były głównie na: ratownictwo medyczne¹¹⁶ (26,4%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (23,3%). Istotny był również udział wydatków na inspekcję sanitarną (12,9%), programy polityki zdrowotnej (12,6%) i funkcjonowanie szpitali (6,6%).

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (561,3 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (72,5%) i leczenia ambulatoryjnego (5,0%).

Spośród jednostek terytorialnych, **powiaty** dysponowały największym budżetem (łącznie 1274,0 mln zł), który w dominującej części przeznaczony był na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 79,6%) oraz na szpitale (14,4%).

Miasta na prawach powiatu rozdysponowały swoje środki (1065,2 mln zł) głównie na 3 rozdziały budżetowe: składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego, szpitale oraz na przeciwdziałanie alkoholizmowi (odpowiednio: 30,3%; 29,0%; 24,3%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (774,7 mln zł) nadal dominowały wydatki na szpitale (58,5% budżetu województw na zdrowie). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (10,4%) i na leczenie psychiatryczne (5,7%).

¹¹⁶ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

4. WYBRANE PROBLEMY

4.1. OPIEKA MEDYCZNA NAD OSOBAMI STARSZYMI

Postępujący proces starzenia się ludności Polski stanowi istotne wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej. Na koniec 2014 r. populacja osób starszych w wieku 65 lat i więcej¹¹⁷ wyniosła prawie 5,9 mln osób. Tylko w porównaniu do 2010 r. ich liczba wzrosła o 13,2%, podczas gdy ogólna liczba ludności zmniejszyła się o 0,1%. Tym samym odsetek osób starszych w ogólnej liczbie ludności wzrósł z 13,5% do 15,3%. Według prognoz Eurostatu Polska należy do najszybciej starzejących się społeczeństw UE - do roku 2060 odsetek osób w wieku 65 lat i więcej będzie wynosił 31,7%. Prognozuje się, że większy wzrost tego wskaźnika w krajach Unii wystąpi jedynie w przypadku Słowacji (do 33,8%). Jednym z czynników zmieniających strukturę wieku społeczeństwa jest obserwowane od 1992 r. wydłużenie się dalszego trwania życia. Dla mężczyzn urodzonych w 2014 r. przeciętne trwanie życia wynosi 73,8 lat, natomiast dla kobiet - 81,6. Nie bez znaczenia dla starzenia się społeczeństwa pozostają migracje zagraniczne, czy też spadek współczynnika dzietności, który na poziomie poniżej 2,1 nie gwarantuje prostej zastępowalności pokoleń. W 2014 r. współczynnik dzietności kobiet wyniósł 1,29, a liczba urodzeń była mniejsza od liczby zgonów o 1,3 tys. osób.

Wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie wiąże się ze zwiększeniem obciążenia systemu ochrony zdrowia kosztami opieki nad tą grupą ludności. Priorytetem staje się poprawa dostępności opieki zdrowotnej dla osób w podeszłym wieku, w tym w szczególności rozwój infrastruktury opieki geriatrycznej czy długoterminowej, oraz zapewnienie dostępu do odpowiednio przeszkolonego personelu medycznego w zakresie opieki nad seniorami. Zgodnie z ustawą o osobach starszych¹¹⁸, która wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 2016 r., monitorowanie sytuacji osób starszych stanie się zadaniem organów administracji publicznej, państwowych jednostek organizacyjnych oraz innych organizacji zaangażowanych w kształtowanie sytuacji tych osób. Na tej podstawie będzie przygotowywana informacja o sytuacji osób starszych, która obejmie wiele różnych aspektów, w tym również stan zdrowia i jego uwarunkowania oraz jakość życia związaną ze zdrowiem, w tym dostępność do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

W niniejszym rozdziale zaprezentowano dane za 2014 r.¹¹⁹ o korzystaniu z opieki zdrowotnej przez osoby starsze - świadczenia zdrowotne udzielone grupie seniorów w ramach podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, przez jednostki systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego, w szpitalach ogólnych, zakładach opieki długoterminowej, zakładach opieki

¹¹⁷ Większość krajów rozwiniętych przyjmuje wiek 65 lat jako umowną granicę starości. Zgodnie z ustawą z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. 2015 poz. 1705) osoba starsza to osoba, która ukończyła 60. rok życia. W niniejszym rozdziale za osoby starsze przyjmuje się ludność w wieku 65 lat i więcej z uwagi na pozyskiwanie w ramach statystyki opieki zdrowotnej danych dla tej grupy wiekowej.

¹¹⁸ Ustawa z dnia 11 września 2015 r. o osobach starszych (Dz. U. 2015 poz. 1705).

¹¹⁹ Lub ostatni dostępny rok.

hospicyjno-paliatywnej, domach i zakładach pomocy społecznej przeznaczonych na opiekę długoterminową oraz w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Ponadto zamieszczono informacje o działalności poradni i szpitalnych oddziałów geriatrycznych oraz kadry specjalistów w zakresie geriatry. Prezentowane dane pochodzą z badań GUS, sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH).

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne udzielane osobom starszym obejmują porady lekarskie w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz porady stomatologiczne w przychodniach i w ramach praktyk lekarskich¹²⁰.

Tabl. 3A Porady ambulatoryjne udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej według województw w 2014 r.

Województwa	Porady (w tys.)		
	POZ	specjalistyczne lekarskie	stomatologiczne
POLSKA.....	48640,6	28988,5	4710,2
Dolnośląskie	3720,6	1991,8	420,0
Kujawsko-Pomorskie.....	2748,3	1444,5	193,5
Lubelskie.....	3005,3	1447,1	292,7
Lubuskie	1254,9	643,7	107,1
Łódzkie	3576,8	1982,4	364,7
Małopolskie	3815,0	2715,7	398,6
Mazowieckie.....	6089,7	4786,1	762,4
Opolskie.....	1390,5	609,2	101,0
Podkarpackie.....	2551,2	1308,9	224,7
Podlaskie.....	1645,6	965,3	160,1
Pomorskie	2683,5	1694,2	234,7
Śląskie.....	5826,0	4318,4	621,2
Świętokrzyskie.....	1680,9	850,1	124,3
Warmińsko-Mazurskie.....	1752,0	796,2	129,2
Wielkopolskie	4390,0	2190,6	298,6
Zachodniopomorskie	2510,2	1244,3	277,4

W 2014 r. w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej osoby w wieku 65 lat i więcej skorzystały z 77,6 mln porad lekarskich. W ramach podstawowej opieki zdrowotnej lekarze udzielili ponad 48,6 mln porad, co stanowiło 30,5% porad w tym zakresie. Udział porad POZ udzielonych

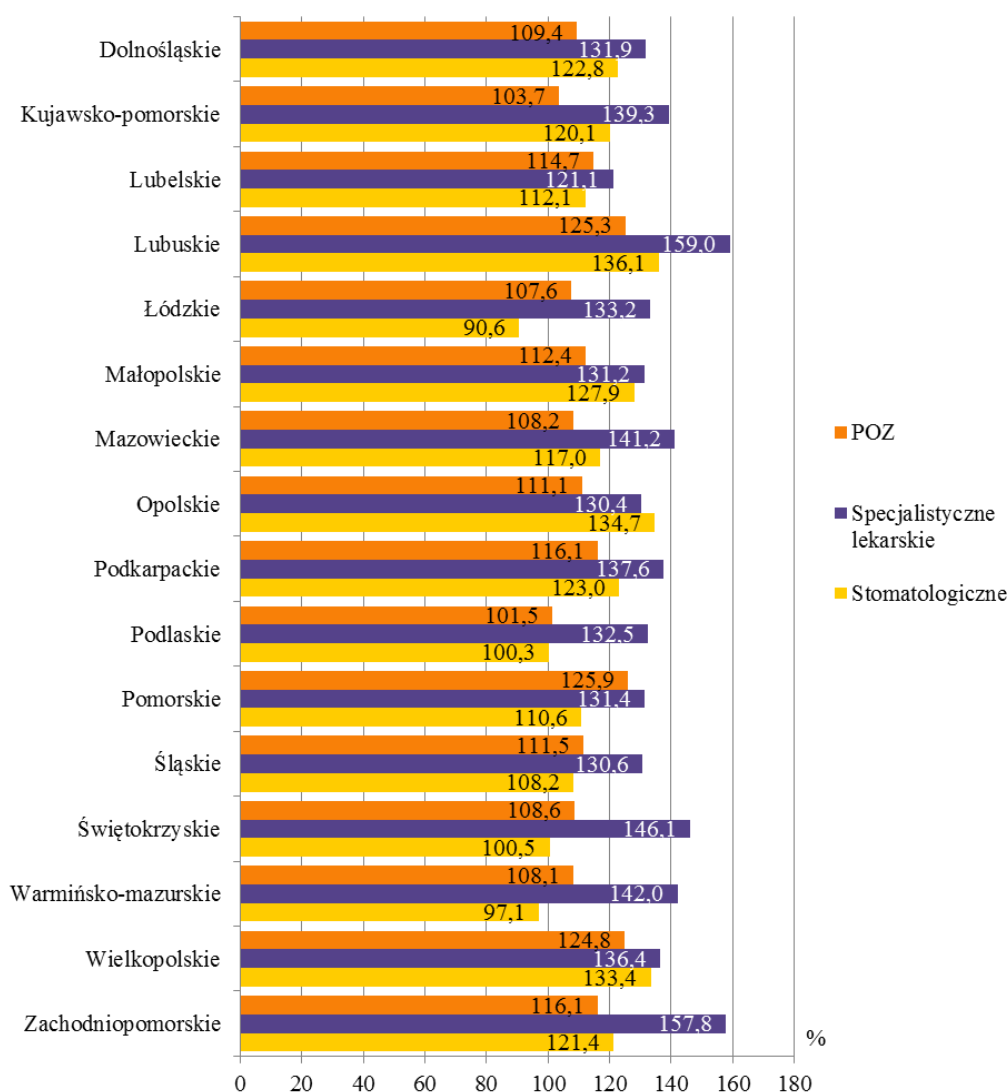
¹²⁰ Prezentowane dane w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie obejmują porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich i stomatologicznych, działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych.

osobom w wieku 65 i więcej był nieco wyższy na wsi niż w mieście (odpowiednio 31,4% i 30,2%). Niewielką część udzielonych porad lekarskich stanowiły porady domowe. W 2014 r. odnotowano 2,5 mln porad domowych (1,6% porad POZ), z czego 62,0% udzielono osobom starszym.

Do województw z wysokim odsetkiem porad lekarskich udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej osobom w wieku 65 lat i więcej należały: opolskie (33,9%), podlaskie (32,8), zachodniopomorskie (32,4%) oraz świętokrzyskie (32,2%). Najmniejszy udział porad skierowanych do tej grupy pacjentów odnotowano w województwie wielkopolskim (28,9%).

W porównaniu do 2010 r. liczba porad lekarskich udzielonych starszej grupie pacjentów w podstawowej opiece zdrowotnej wzrosła o 12,4%, podczas gdy wzrost ogólnej liczby porad POZ odnotowano na poziomie 4,9%. W przekroju województw największy procentowy wzrost liczby porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej wystąpił w województwach pomorskim, lubuskim i wielkopolskim (odpowiednio o 25,9%, 25,3% i 24,8%), a najniższy – w podlaskim i kujawsko-pomorskim (odpowiednio 1,5% i 3,7%).

Wykres 68. Dynamika liczby porad ambulatoryjnych udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej według województw w 2014 r. (2010=100)



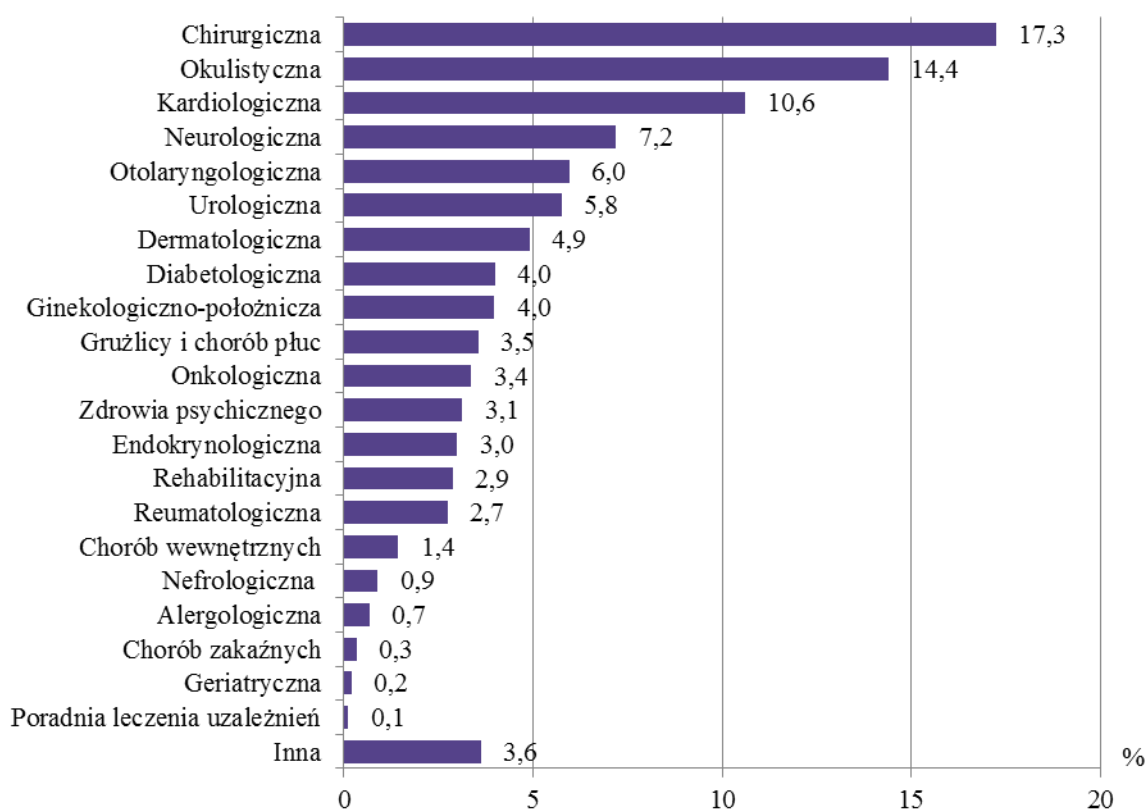
W opiece specjalistycznej lekarze udzielili osobom starszym blisko 29 mln porad lekarskich, tj. 25,9% wszystkich porad specjalistycznych. W porównaniu z 2010 r. liczba wizyt osób starszych w opiece specjalistycznej zwiększyła się o ponad 7,6 mln (tj. 35,6%). Na poziomie województw największy wzrost odnotowano w województwach lubuskim (59,0%) i zachodniopomorskim (57,8%), a najniższy w lubelskim (21,2%).

Najwięcej wizyt osoby starsze zrealizowały w poradniach chirurgicznych (5,0 mln), a także w okulistycznych (4,2 mln), kardiologicznych (3,1 mln) i neurologicznych (2,1 mln).

Specjalistyczną, ambulatoryjną opiekę lekarską skierowaną do ludzi w podeszłym wieku oferują poradnie geriatryczne. Geriatria została wydzielona z pozostałych dziedzin medycyny ze względu na istotne różnice pomiędzy tą grupą wiekową a młodszymi dorosłymi. Osoby starsze cierpią na wiele schorzeń przewlekłych oraz charakterystycznych dla wieku podeszłego. Z uwagi na postępujący wzrost liczby osób starszych w społeczeństwie począwszy od 2012 r. w ramach sprawozdawczości GUS w zakresie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej badana jest działalność poradni geriatrycznych.

Na koniec 2014 r. działało 115 poradni geriatrycznych, w których udzielono 62 927 porad lekarskich. Najwięcej (31,2%) wszystkich wizyt w poradniach geriatrycznych zrealizowano w 29 przychodniach w województwie śląskim.

Wykres 69. Struktura liczby specjalistycznych porad lekarskich udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej w wybranych poradniach w 2014 r.



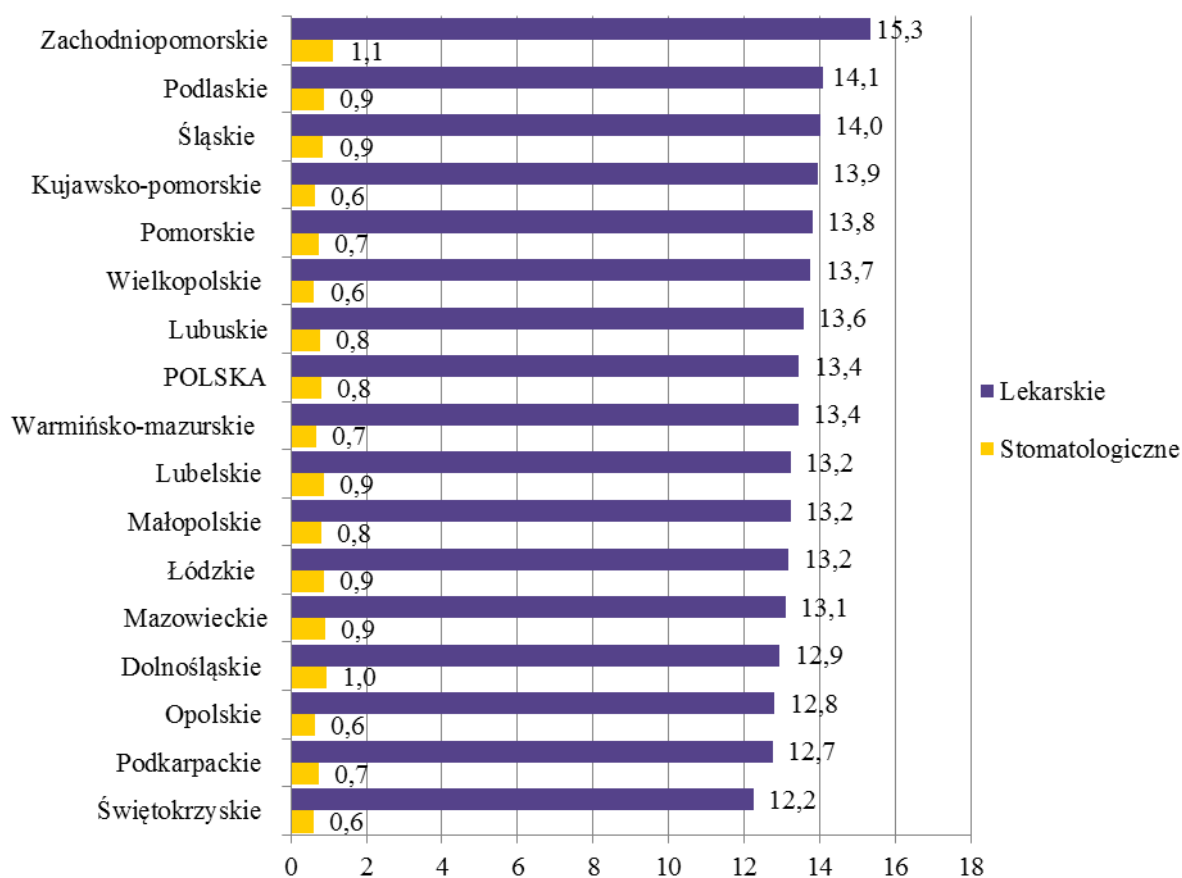
Lekarze dentyści udzielili osobom starszym ponad 4,7 mln porad stomatologicznych, co stanowiło 13,9% wszystkich udzielonych przez nich porad. Najczęściej były to porady świadczone

przez poradnie stomatologiczne (80,9%), protetyki stomatologicznej (10,1%) oraz chirurgii stomatologicznej (6,4%).

W porównaniu z rokiem 2010 odnotowano wzrost ogólnej liczby porad stomatologicznych o ponad 2,6 mln (8,5%), z czego porady udzielone osobom w wieku co najmniej 65 lat wzrosły o 589 tys. (14,3%). W przekroju województw liczba porad stomatologicznych udzielonych osobom starszym zmniejszyła się jedynie w województwach: łódzkim (o 9,4%) i warmińsko-mazurskim (o 2,9%). Największy wzrost dotyczył województwa lubuskiego (o 36,1%).

Przeciętna liczba porad lekarskich udzielonych w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2014 r. wyniosła 7,2 porady, podczas gdy w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej wskaźnik ten stanowił 13,4 porady na 1 mieszkańca w tym wieku. W przekroju województw najwyższą wartość tego wskaźnika odnotowano w województwie zachodniopomorskim (15,3 porady), a najniższą w świętokrzyskim (12,2 porady). W przypadku porad stomatologicznych wskaźnik ten dla grupy starszych pacjentów był nieco mniejszy niż dla całej populacji (0,8 w porównaniu do 0,9 dla całej populacji).

Wykres 70. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom w wieku 65 lat i więcej na 1 mieszkańca w tym wieku według województw w 2014 r.

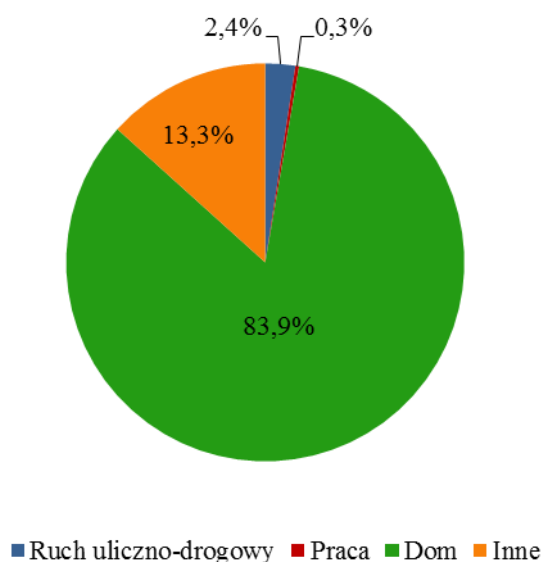


Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne

Osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego korzystają z systemu Państwowego Ratownictwa Medycznego. Pomocy udzielają zespoły ratownictwa medycznego, szpitalne oddziały ratunkowe, izby przyjęć, wyspecjalizowane oddziały szpitalne oraz centra urazowe.

W 2014 r. w skali kraju zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy medycznej ponad 3 mln osób, z czego osoby w wieku 65 lat i więcej stanowiły 40,8% pacjentów. Największy odsetek osób starszych wśród ogółu pacjentów, którym udzielono świadczenia zdrowotnego, odnotowano w województwach łódzkim (48,8%) i małopolskim (44,3%), a najmniejszy – w śląskim (36,5%) i wielkopolskim (37,4%).

Wykres 71. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego do pacjentów w wieku 65 lat i więcej według miejsc zdarzenia w 2014 r.



W porównaniu do 2010 r. w skali kraju liczba osób w wieku 65 lat i więcej, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczenia, wzrosła o 15,8%. Tylko w jednym województwie - opolskim - zanotowano spadek o 2,3%. W pozostałych województwach zaobserwowano wzrost, który wahał się od 30,9% w województwie łódzkim do 1,5% w kujawsko-pomorskim.

Zespoły ratownictwa medycznego najczęściej udzielały pomocy osobom starszym w domu (83,9%). Na drugiej pozycji znalazło się inne miejsce zdarzenia (np. sklep, kościół itp.), w którym pomocy udzielono 13,3% pacjentom w wieku 65 lat i więcej.

W 2014 r. na każde 1000 osób w wieku 65 lat i więcej przypadało ponad 220 osób, którym udzielono pomocy w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego. Najwyższy wskaźnik zaobserwowano w województwach dolnośląskim oraz zachodniopomorskim (odpowiednio 284,6 i 267,5 osób), a najniższy w wielkopolskim i opolskim (odpowiednio 144,5 i 166,7). W stosunku do 2010 r. liczba osób starszych korzystających z pomocy zespołów ratownictwa medycznego na 1 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej w skali kraju zwiększyła się o ponad 8 osób. Wzrost tego wskaźnika zaobserwowano w 10 województwach, przy czym największy charakteryzował województwa łódzkie i mazowieckie (odpowiednio o 38 i 33 osoby). Natomiast największy spadek zanotowano w województwie kujawsko-pomorskim – o prawie 31 osób.

Tabl. 4B Osoby w wieku 65 lat i więcej, którym udzielono pomocy medycznej w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa medycznego^a, na 1 tys. ludności w tym wieku według województw w latach 2010-2014

Województwa	2010	2011	2012	2013	2014
POLSKA	212,1	213,5	212,5	221,4	220,4
Dolnośląskie.....	280,4	266,4	277,0	287,4	284,6
Kujawsko-Pomorskie.....	274,4	245,1	228,7	255,3	243,8
Lubelskie.....	244,6	245,5	243,0	241,3	232,1
Lubuskie.....	268,0	253,2	250,3	245,0	242,1
Łódzkie	214,3	239,2	224,6	262,8	252,3
Małopolskie.....	176,5	199,6	197,9	195,6	199,6
Mazowieckie.....	198,5	224,6	215,0	218,4	231,8
Opolskie.....	184,9	163,2	193,5	154,8	166,7
Podkarpackie.....	178,8	168,6	182,4	203,5	200,3
Podlaskie.....	199,5	212,0	206,2	215,9	201,8
Pomorskie	180,9	194,7	205,1	201,8	196,8
Śląskie.....	206,8	190,8	190,4	199,4	196,6
Świętokrzyskie.....	235,2	227,5	231,9	239,0	248,2
Warmińsko-Mazurskie.....	237,4	228,5	237,2	253,3	254,4
Wielkopolskie.....	151,5	148,2	144,5	152,5	144,5
Zachodniopomorskie.....	255,8	243,5	240,6	266,1	267,5

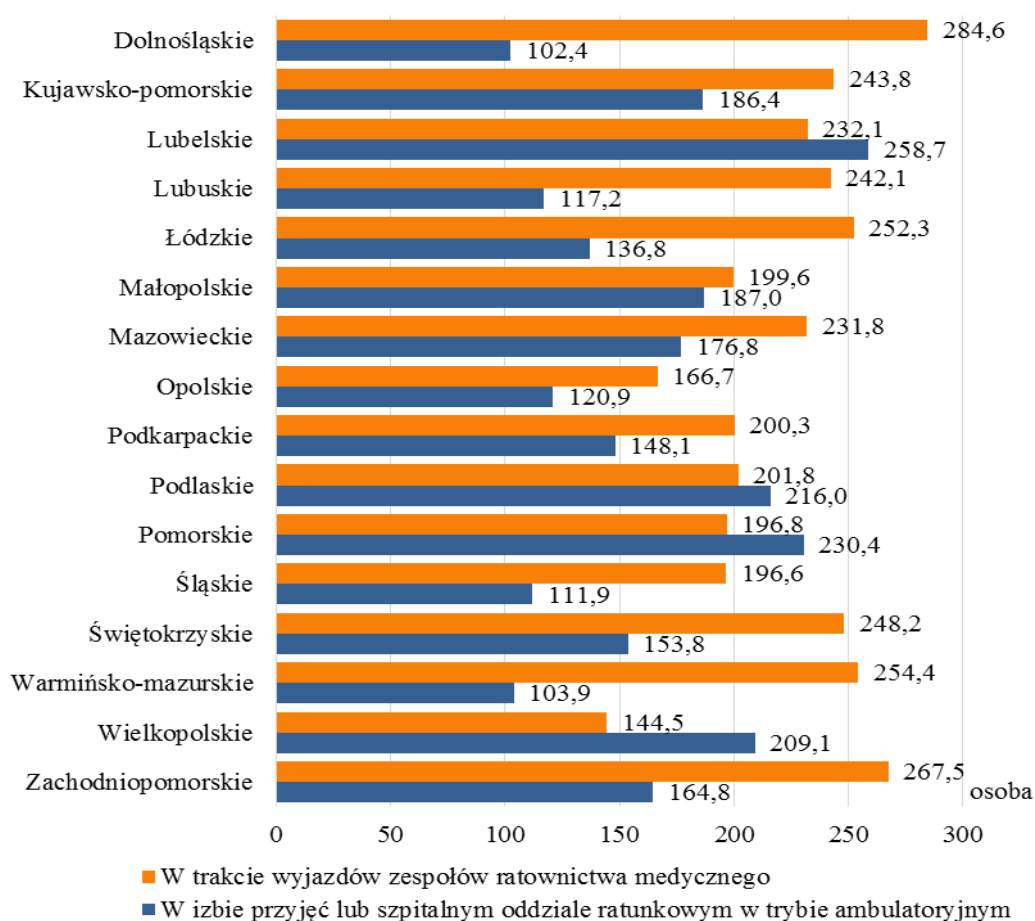
^a Osoba, która otrzymała świadczenie zdrowotne od zespołu wyjazdowego ratownictwa medycznego kilkakrotnie w ciągu roku liczona jest za każdym razem oddzielnie.

W 2014 r. ze świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym (niezakończonym hospitalizacją) skorzystało ponad 4,5 mln osób, z czego osoby starsze stanowiły 21,1%. Największy odsetek pacjentów w wieku 65 lat i więcej odnotowano w województwach wielkopolskim (26,4%) i lubelskim (25,2%), a najmniejszy w województwie podkarpackim (16,4%). W porównaniu do 2010 r. w skali kraju liczba osób starszych, którym udzielono świadczenia ambulatoryjnego w szpitalnym oddziale ratunkowym lub izbie przyjęć wzrosła o 7,5%. Największy wzrost liczby starszych pacjentów, którym udzielono pomocy w tego typu miejscach zaobserwowano w województwach mazowieckim (o 35,3%) i śląskim (o 32,9%), natomiast spadek wystąpił w 4 województwach: dolnośląskim (o 34,3%), opolskim (o 28,3%), podlaskim (o 10,6%) i kujawsko-pomorskim (o 5,1%).

Na przestrzeni lat 2010-2014 struktura świadczeń udzielonych osobom starszym w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym nie zmieniła się. W 2014 r. osoby starsze najczęściej korzystały ze świadczeń w zakresie chorób wewnętrznych (27,5%), ogólnym (świadczenia niezakwalifikowane do innych poradni) (18,3%), chirurgii (15,9%) oraz chirurgii urazowo-ortopedycznej (15,4%).

W 2014 r. na każde 1 tys. osób w wieku 65 lat i więcej przypadało niespełna 165 osób, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym. Najwyższy wskaźnik zaobserwowano w województwie lubelskim (prawie 259 osób), a najniższy w województwach dolnośląskim i warmińsko-mazurskim (odpowiednio ponad 102 osoby i niespełna 104 osoby). W stosunku do 2010 r. liczba osób starszych korzystających ze świadczenia zdrowotnego w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w tej grupie wiekowej zmniejszyła się o ponad 6 osób. Spadek tego wskaźnika zaobserwowano w 11 województwach, z czego największy w województwie dolnośląskim (o prawie 75 osób). W 5 województwach: lubelskim, małopolskim, mazowieckim, podkarpackim i śląskim, odnotowano wzrost tego wskaźnika, największy o niespełna 34 osoby w mazowieckim.

Wykres 72. Osoby w wieku 65 lat i więcej korzystające z ratownictwa medycznego na 1 tys. ludności w tym wieku, według województw w 2014 r.



^a Osoba, która otrzymała pomoc medyczną w ramach systemu ratownictwa medycznego kilkakrotnie w ciągu roku liczona jest za każdym razem oddzielnie.

Korzystanie ze stacjonarnej opieki zdrowotnej

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne udzielane są w szpitalach ogólnych, zakładach opieki długoterminowej, zakładach opieki hospicyjno-paliatywnej, domach i zakładach pomocy społecznej przeznaczonych na opiekę długoterminową oraz w zakładach lecznictwa

uzdrowiskowego. Według szacunków Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny¹²¹ w szpitalach ogólnych w 2013 r. leczonych było 2,4 mln osób¹²² w wieku 65 lat i więcej, co stanowiło 30,3% wszystkich pacjentów szpitalnych. W porównaniu do 2010 r. liczba starszych pacjentów wzrosła o 15,1%, a ich odsetek w ogólnej liczbie leczonych w szpitalach ogólnych o 2,7 p. proc.

W przeliczeniu na 10 tys. ludności liczba leczonych w omawianej grupie wieku w 2013 r. w skali kraju wyniosła 4283 osoby. W dziewięciu województwach wskaźnik ten był wyższy od średniej krajowej, przy czym najwyższe wartości odnotowano w województwach podkarpackim (5220) i lubelskim (5197). Najmniej starszych pacjentów przypadało na 10 tys. ludności w tym wieku w podlaskim (2982) i dolnośląskim (3199).

Tabl. 4C Leczeni w wieku 65 lat i więcej w szpitalach ogólnych^a w latach 2010-2013

Województwa	2010	2011	2012	2013	2010	2011	2012	2013
	w tys.				na 10 tys. ludności w tym wieku			
POLSKA.....	2074,4	2205,9	2269,3	2386,7	4006	4199	4200	4283
Dolnośląskie	112,5	130,8	130,6	135,1	2893	3323	3212	3199
Kujawsko-pomorskie.....	108,0	112,4	119,9	122,0	4106	4194	4312	4231
Lubelskie	150,3	153,6	167,7	170,3	4813	4880	5230	5197
Lubuskie	53,6	56,1	54,9	61,9	4479	4598	4318	4656
Łódzkie	163,6	168,8	173,0	185,2	4310	4376	4348	4525
Małopolskie	183,5	193,8	187,6	206,3	4073	4240	4012	4297
Mazowieckie	292,7	340,6	335,1	319,0	3861	4436	4260	3950
Opolskie.....	50,4	56,8	58,2	62,8	3494	3922	3939	4152
Podkarpackie	135,6	141,3	143,9	153,5	4898	5041	5022	5220
Podlaskie	71,3	73,9	65,9	54,1	4062	4191	3700	2982
Pomorskie	96,9	99,6	102,0	134,9	3518	3552	3512	4456
Śląskie	246,9	249,1	275,5	301,2	3757	3744	4045	4298
Świętokrzyskie	85,8	88,7	89,6	96,8	4520	4628	4573	4816
Warmińsko-mazurskie...	61,8	52,7	64,7	75,4	3642	3072	3667	4142
Wielkopolskie.....	179,7	197,8	207,2	204,9	4414	4724	4715	4477
Zachodniopomorskie.....	81,7	89,8	93,5	103,2	3884	4186	4187	4431

^a Liczba pacjentów bez ruchu międzyoddziałowego. Osoba przebywająca w szpitalu kilkakrotnie w ciągu roku, liczona jest za każdym razem niezależnie.

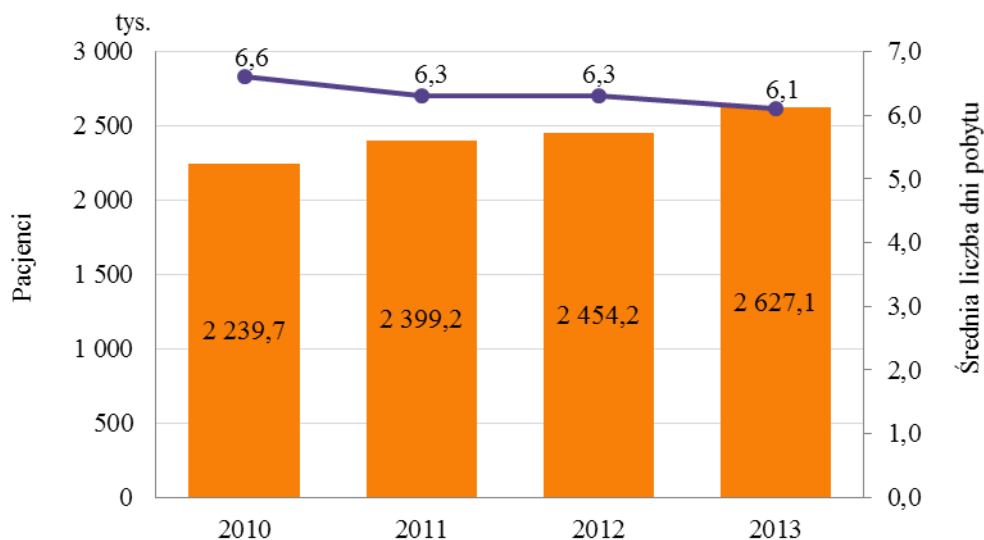
Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

¹²¹ Dane o hospitalizacji ludności Polski są opracowywane w Narodowym Instytucie Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładzie Higieny (NIZP-PZH) na podstawie karty statystycznej Mz/Szp-11 w ramach Ogólnopolskiego Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej. Badanie obejmuje szpitale ogólne, bez szpitali resortowych MON i MSW oraz utworzonych w zakładach karnych przez Ministra Sprawiedliwości. Formularz MZ/Szp-11 wypełnia się dla pacjentów niepsychiatrycznych oddziałów szpitalnych wszystkich specjalności, dla każdej osoby na rzecz której wykonywane są stacjonarne świadczenia lecznicze oraz jednodniowe, stacjonarne świadczenia lecznicze z wyjątkiem dializoterapii i chemioterapii nowotworów. Mimo że badanie ma charakter pełny, w 2013 r. brak było danych z 8,1% szpitali.

¹²² Bez ruchu chorych między oddziałami szpitala.

Biorąc pod uwagę liczbę osób leczonych na poszczególnych oddziałach¹²³ łącznie w skali kraju w 2013 r. na oddziałach szpitalnych leczonych było ponad 2,6 mln pacjentów w wieku co najmniej 65 lat (tj. 31,1% ogółu pacjentów oddziałów szpitalnych). Średnia długość pobytu osób starszych w szpitalach ogólnych wyniosła 6,1 dnia (dla całej populacji wskaźnik ten wyniósł 5,4 dnia).

Wykres 73. Pacjenci w wieku 65 lat i więcej leczeni na oddziałach w szpitalach ogólnych i średnia liczba dni ich pobytu w latach 2010-2013



— Pacjenci (z ruchem międzyoddziałowym) w tys. — Średni pobyt chorego w dniach

Ź r ó d ł o: dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny.

W opiece stacjonarnej kompleksową opiekę medyczną i usługi pielęgnacyjne dla osób w starszym wieku zapewniają oddziały geriatryczne. W latach 2010-2014 liczba tego typu oddziałów wzrosła z 21 do 38. Na koniec 2014 r. oddziały geriatryczne dysponowały 853 łózkami, na których w ciągu roku leczono 21,8 tys. pacjentów, tj. o prawie połowę więcej niż w 2010 r. Jednocześnie odnotowano skrócenie średniego czasu pobytu na tych oddziałach, co odzwierciedla ogólne tendencje skracania okresu hospitalizacji. W 2010 r. średni pobyt wynosił 10 dni, a w 2014 r. - 8,4 dnia.

Tabl.4D Oddziały geriatryczne w latach 2010-2014

Wyszczególnienie	2010	2011	2012	2013	2014
Oddziały (stan w dniu 31 XII).....	21	20	29	31	38
Łóżka (stan w dniu 31 XII).....	569	558	697	721	853
Leczeni	14600	14244	17353	19300	21787
Osobodni leczenia	146477	136661	156008	166996	182652
Średni pobyt w dniach	10,0	9,6	9,0	8,7	8,4

Ź r ó d ł o: Dane Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

W przekroju województw liczba oddziałów, jak i liczba łózek, którymi dysponują, jest bardzo zróżnicowana. W 2014 r. najwięcej, bo prawie jedna trzecia oddziałów geriatrycznych znajdowała się

¹²³ Pacjent przebywający na kilku oddziałach szpitalnych podczas jednego pobytu w szpitalu liczony był na każdym oddziale oddzielnie.

w szpitalach zlokalizowanych w województwie śląskim. Stanowiły one 31,6% całej bazy łóżek tego typu oddziałów. Szpitale działające w województwach: mazowieckim, pomorskim i warmińsko-mazurskim nie posiadały wyodrębnionych w strukturze szpitala oddziałów geriatrycznych.

Tabl.4E Oddziały geriatryczne według województw w 2014 r.

Wyszczególnienie	Oddziały	Łóżka	Leczeni	Osobodni leczenia
	stan w dniu 31 XII			
POLSKA.....	38	853	21787	182652
Dolnośląskie	4	57	1116	7687
Kujawsko-pomorskie	1	21	950	6529
Lubelskie.....	4	103	2869	24253
Lubuskie	1	25	1063	7252
Łódzkie	2	21	619	4090
Małopolskie	4	101	2260	21678
Mazowieckie.....	-	-	-	-
Opolskie.....	2	66	1443	11955
Podkarpackie.....	3	58	1617	11454
Podlaskie.....	1	25	715	4534
Pomorskie	-	-	-	-
Śląskie.....	12	299	7134	65923
Świętokrzyskie.....	2	51	1249	10098
Warmińsko-mazurskie	-	-	-	-
Wielkopolskie	1	20	486	4773
Zachodniopomorskie	1	6	266	2426

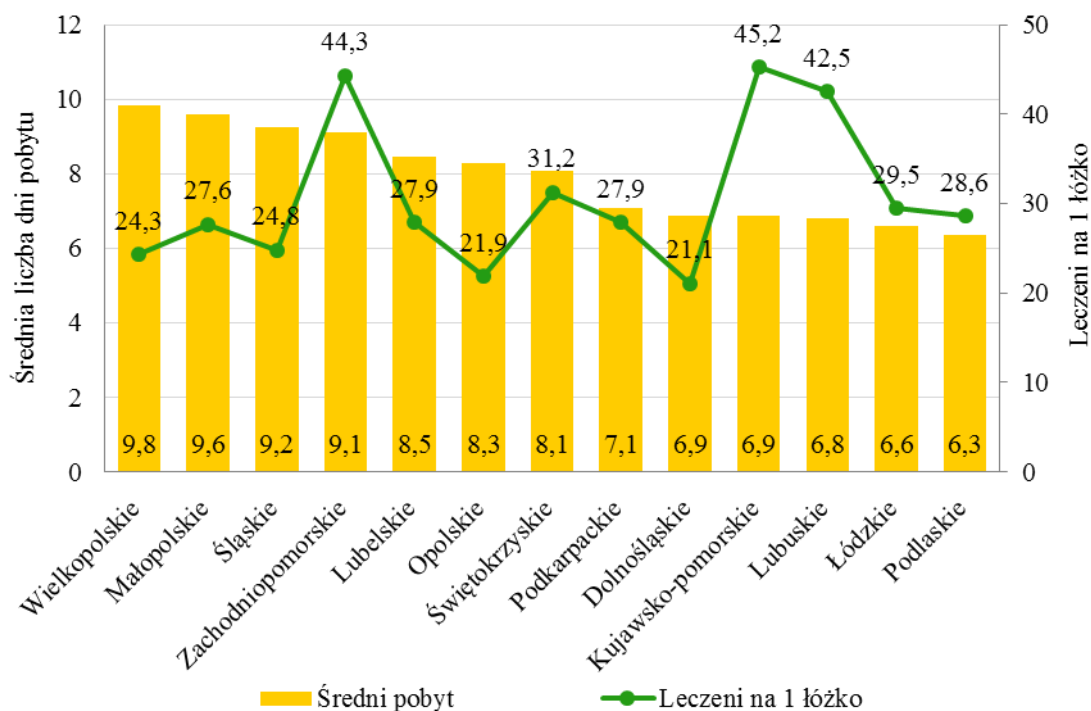
Ź r ó d ł o: Dane Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest średnia liczba dni pobytu pacjenta oraz liczba leczonych w odniesieniu do średniej liczby łóżek na oddziale.

W 2014 r. średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach geriatrycznych w skali kraju wyniosła 8,4 dnia (w porównaniu średni pobyt chorego na oddziałach szpitalnych trwał 5,5 dnia). Średnio pobyt pacjenta najdłużej trwał na oddziałach szpitalnych na terenie województwa wielkopolskiego (9,8 dnia) i małopolskiego (9,6 dnia), a najkrócej w województwie podlaskim (6,3 dnia).

Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów leczonych na oddziałach geriatrycznych w odniesieniu do średniej liczby łóżek na oddziale to w skali kraju na 1 łóżko przypadało przeciętnie 27 pacjentów geriatrycznych (dla wszystkich oddziałów szpitalnych wskaźnik ten wyniósł ponad 45 osób). Najwięcej chorych na 1 łóżko odnotowano w województwach kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim i lubuskim – ponad 40 osób, a najmniej w dolnośląskim i opolskim – ponad 21 osób.

Wykres 74. Średnia liczba dni pobytu i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach geriatrycznych według województw w 2014 r.



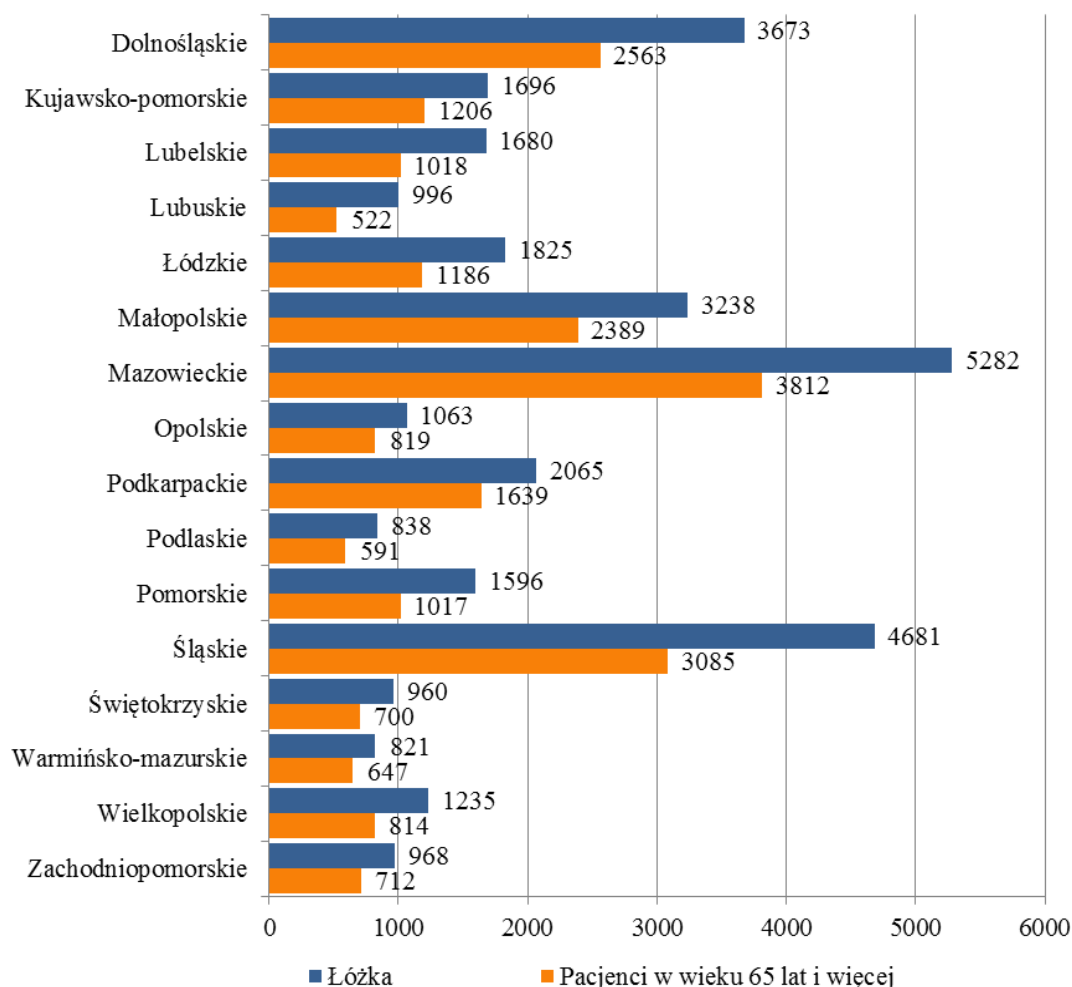
Źródło: Dane Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych.

Uzupełnieniem opieki szpitalnej jest opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna skierowana do pacjentów przewlekle czy nieuleczalnie chorych lub niesamodzielnych, którzy ze względu na stan zdrowia, niesprawność fizyczną lub brak samodzielności w samoopiece i samopielęgnacji, wymagają stałej kontroli lekarskiej, profesjonalnej pielęgnacji lub rehabilitacji. Działalność stacjonarną w ramach opieki długoterminowej prowadzą zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym, hospicja oraz oddziały opieki paliatywnej.

Na koniec 2014 r. działało 685 zakładów opieki długoterminowej, które dysponowały 32,6 tys. łóżek. Najwięcej placówek zlokalizowanych było w województwach mazowieckim (86), śląskim (81) i dolnośląskim (76), a najmniej w lubuskim (19), opolskim i świętokrzyskim (po 24).

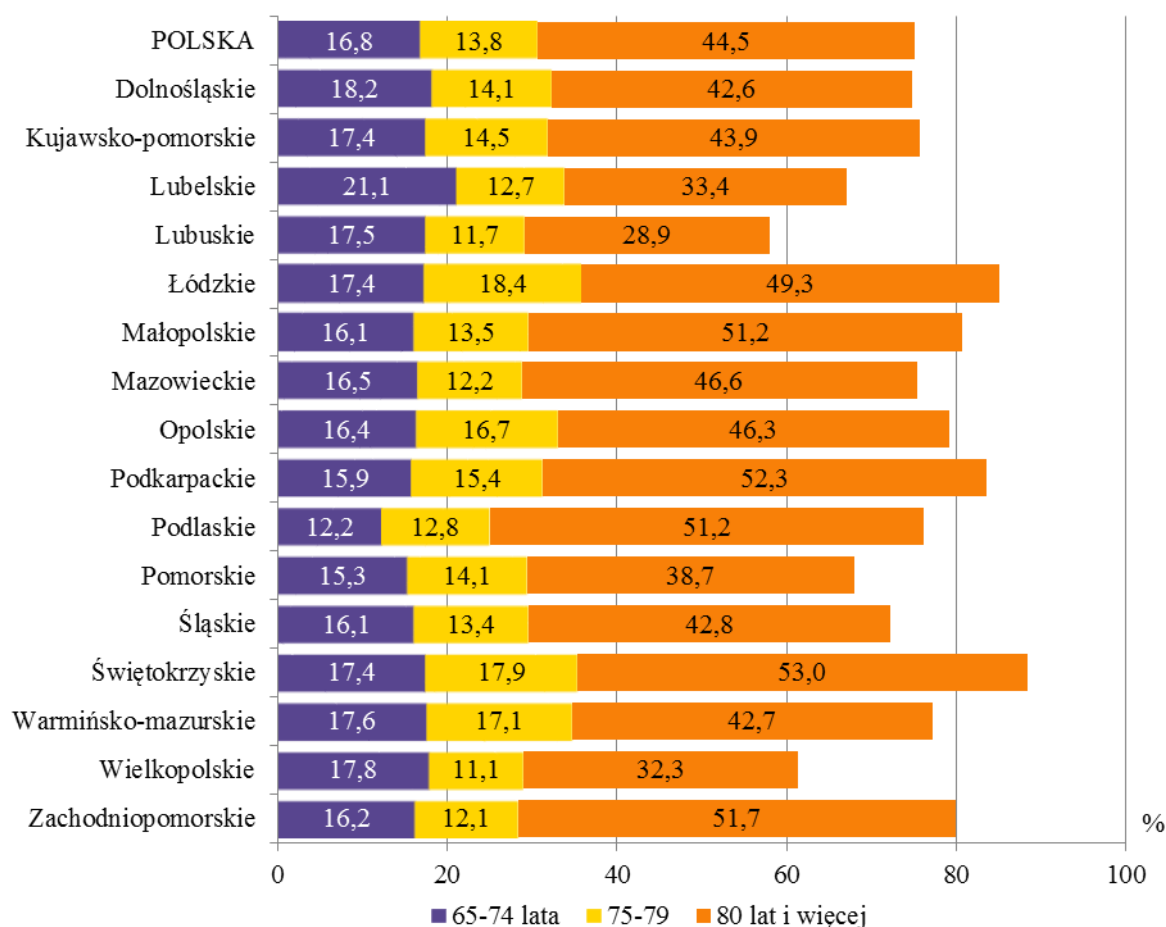
Najwięcej łóżek opieki długoterminowej posiadały zakłady działające w województwach mazowieckim (5,3 tys.), śląskim (4,7 tys.) i dolnośląskim (3,7 tys.), natomiast najmniej łóżek odnotowano w województwach warmińsko-mazurskim i podlaskim (odpowiednio 821 i 838).

Wykres 75. Łóżka i liczba pacjentów w wieku 65 lat i więcej w zakładach opieki długoterminowej według województw w 2014 r.



Na koniec 2014 r. stacjonarne zakłady opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej udzielały pomocy 30,2 tys. pacjentom, z czego ponad trzy czwarte stanowiły osoby w wieku 65 lat i więcej (22,7 tys.). W porównaniu do 2011 r. liczba starszych pacjentów wzrosła o 21,6%, a ich udział w ogólnej liczbie chorych zwiększył się o 2,4 pkt proc. Najwyższy odsetek seniorów występował w województwach świętokrzyskim (88,4 %) i łódzkim (85,1%). Najmniejszy odsetek starszych pacjentów odnotowano w województwach lubuskim (58,1%) i wielkopolskim (61,3%). Dominującą grupą chorych korzystających z opieki zakładów opieki długoterminowej były osoby w wieku 80 lat i więcej – ponad 44% pacjentów. W przypadku pięciu województw – świętokrzyskiego, podkarpackiego, podlaskiego, małopolskiego i zachodniopomorskiego – ich odsetek w populacji pacjentów przekroczył 50%.

Wykres 76. Odsetek pacjentów w wieku 65 lat i więcej w zakładach opieki długoterminowej według grup wieku i województw w 2014 r.

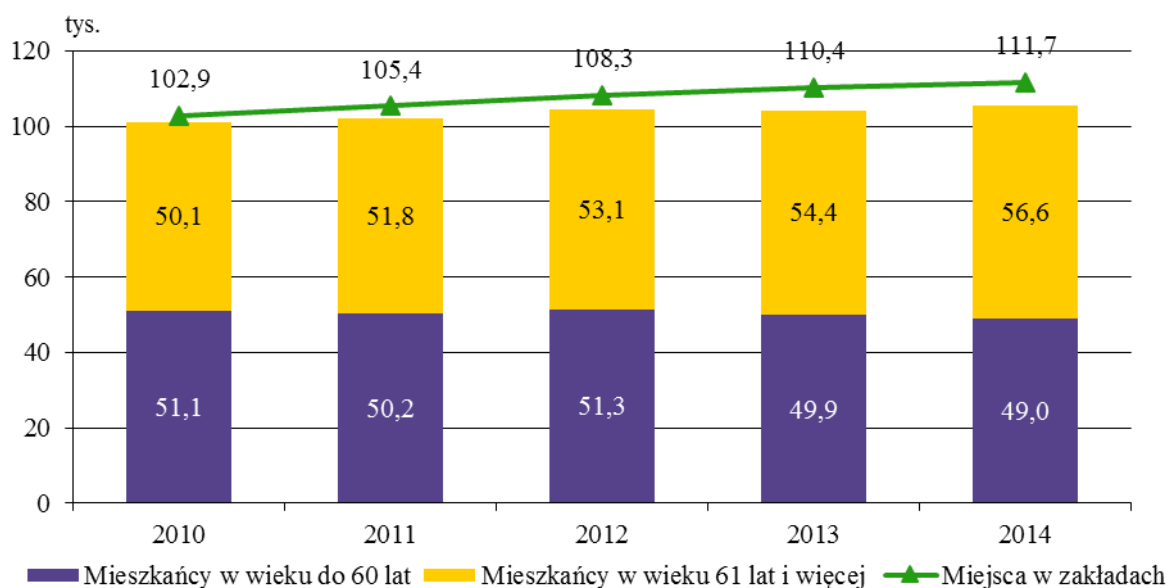


Osoby znajdujące się w trudnych sytuacjach życiowych i wymagające całodobowej opieki z powodu wieku, choroby lub niepełnosprawności wymagają wsparcia jednostek świadczących usługi pomocy społecznej – domów i zakładów pomocy społecznej, które zapewniają swoim mieszkańcom także opiekę medyczną. Część placówek, szczególnie domy pomocy społecznej, mogą świadczyć usługi dla więcej niż jednej grupy mieszkańców: osób w podeszłym wieku, przewlekle somatycznie chorych, przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie, bezdomnych i innych.

W końcu 2014 r. funkcjonowało 1676¹²⁴ stacjonarnych zakładów pomocy społecznej, które dysponowały 111,7 tys. miejsc. Najwięcej – 490 – było przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku, 372 dla bezdomnych, 298 dla osób przewlekle somatycznie chorych, 230 dla osób przewlekle psychicznie chorych, 195 dla dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.

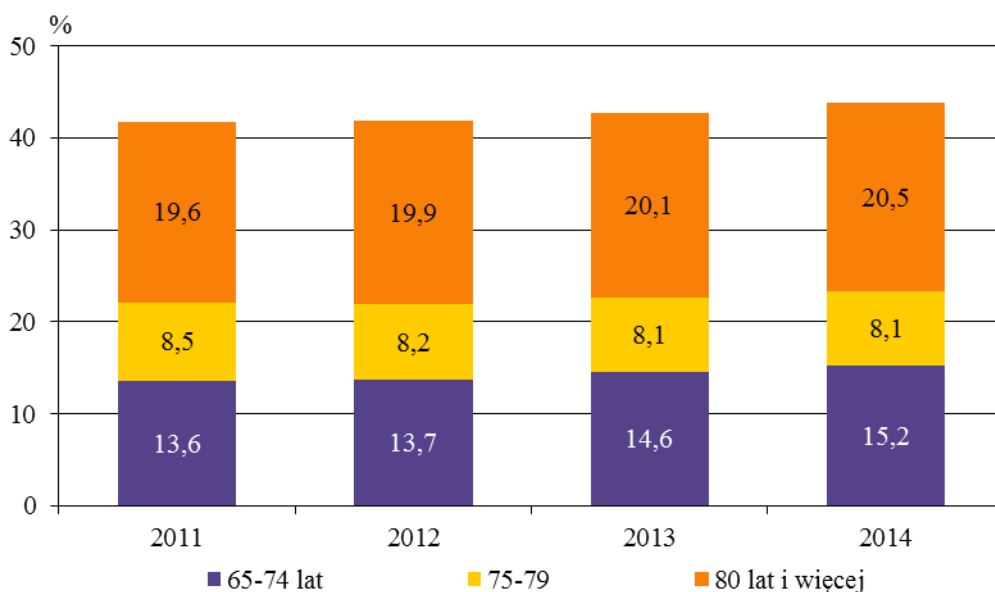
¹²⁴ W tym 1619 domów lub ośrodków i 57 filii.

Wykres 77. Mieszkańcy i miejsca w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej w latach 2010-2014



W stacjonarnych zakładach pomocy społecznej na koniec 2014 r. przebywało 105,7 tys. mieszkańców, z czego 56,6 tys. (53,6%) stanowiły osoby liczące co najmniej 61 lat. W porównaniu z 2010 rokiem, ostatnim, w którym odsetek pensjonariuszy w wieku 61 lat i więcej nie przekraczał 50%, liczba mieszkańców placówek pomocy społecznej w tym wieku wzrosła o 13% (o 4,1 % w stosunku do 2013 r.).

Wykres 78. Odsetek mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej według grup wieku w latach 2011-2014



Na koniec 2014 r. w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej grupa pensjonariuszy w wieku 65 lat i więcej liczyła 46,3 tys., z czego 2/3 przebywało w placówkach prowadzonych przez organ

publiczny. W porównaniu do 2011¹²⁵ r. liczba osób starszych objętych opieką instytucjonalną jednostek świadczących usługi pomocy społecznej wzrosła o 8,7%, a jej udział w ogólnej liczbie mieszkańców tych zakładów wzrósł z 41,8 do 43,8%. Największy wzrost w tym okresie dotyczył mieszkańców w wieku 65-74 lat (z 13,9 tys. do 16,1 tys. tj. o 15,6%). Wzrosła również grupa najstarszych pensjonariuszy (w wieku 80 lat i więcej) z 20,0 tys. do 21,7 tys. (tj. o 8,4%). Natomiast nieznacznie zmniejszyła się liczba osób starszych w wieku 75-79 lat - z 8,7 tys. do 8,5 tys. (spadek o 1,8%).

Tabl. 4F Mieszkańcy stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej w latach 2011-2014

Wyszczególnienie	2011	2012	2013	2014
W LICZBACH BEZWZGLĘDNYCH				
OGÓLEM.....	42583	43695	44593	46271
w tym przebywający w zakładach dla:				
osób w podeszłym wieku.....	17144	17455	17509	18308
osób przewlekle somatycznie chorych	13595	13944	14251	14372
osób przewlekle psychicznie chorych	6277	6722	6869	7322
dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.....	2299	2260	2192	2209
dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie ...	51	63	71	76
osób niepełnosprawnych fizycznie.....	961	931	1075	1022
matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	36	25	65	19
osób bezdomnych	2153	2270	2506	2889
innych osób.....	67	25	55	54
W % OGÓŁU MIESZKAŃCÓW ZAKŁADÓW				
OGÓLEM.....	41,8	41,8	42,7	43,8
w tym przebywający w zakładach dla:				
osób w podeszłym wieku.....	87,2	88,7	88,2	88,7
osób przewlekle somatycznie chorych	68,6	68,9	69,2	69,5
osób przewlekle psychicznie chorych	30,0	30,9	31,8	33,2
dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie.....	15,6	15,6	14,8	14,8
dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie ...	0,8	1,0	1,3	1,4
osób niepełnosprawnych fizycznie.....	50,4	49,4	57,4	50,9
matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży	2,2	1,5	3,8	1,2
osób bezdomnych	13,5	13,1	14,6	16,6
innych osób.....	6,8	2,1	4,4	5,2

Analizując populację mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej liczących co najmniej 65 lat można zauważyć, że najwięcej pensjonariuszy w tym wieku przebywało w placówkach przeznaczonych dla osób w podeszłym wieku (39,6%) i dla osób przewlekle somatycznie chorych (31,1%). Na tego typu oddziałach seniorzy stanowili zdecydowaną większość, a w zakładach dla osób niepełnosprawnych fizycznie co drugi przebywający należał do analizowanej grupy wiekowej. Na uwagę zasługuje również wzrost liczby osób starszych w placówkach przeznaczonych dla osób

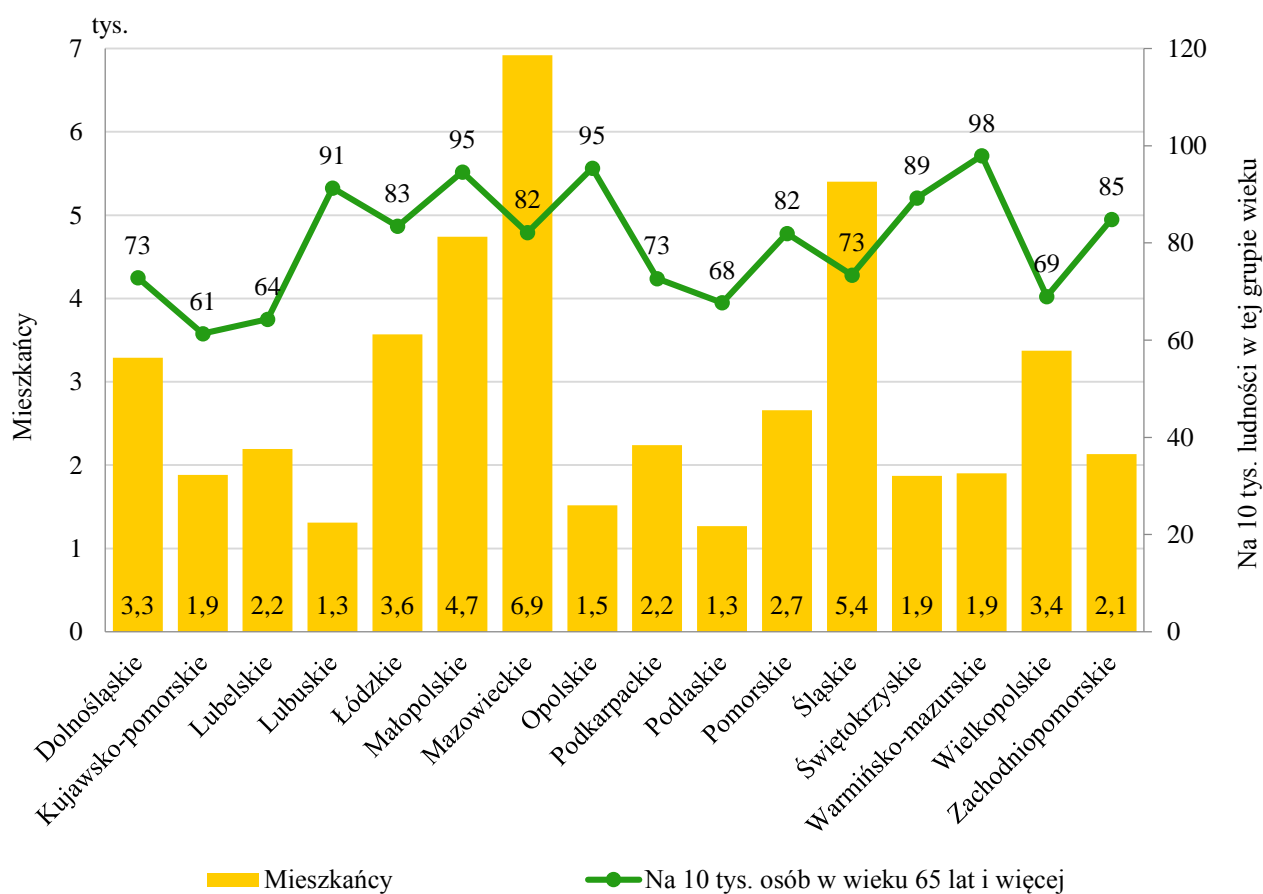
¹²⁵ Za 2010 r. brak danych o liczbie mieszkańców w wieku 65 lat i więcej.

przewlekłe psychicznie chorych – w porównaniu do 2011 r. populacja pensjonariuszy w tym wieku zwiększyła się o ponad 16%, a ich udział w ogólnej liczbie mieszkańców tych zakładów wzrósł o 3,2 pkt proc.

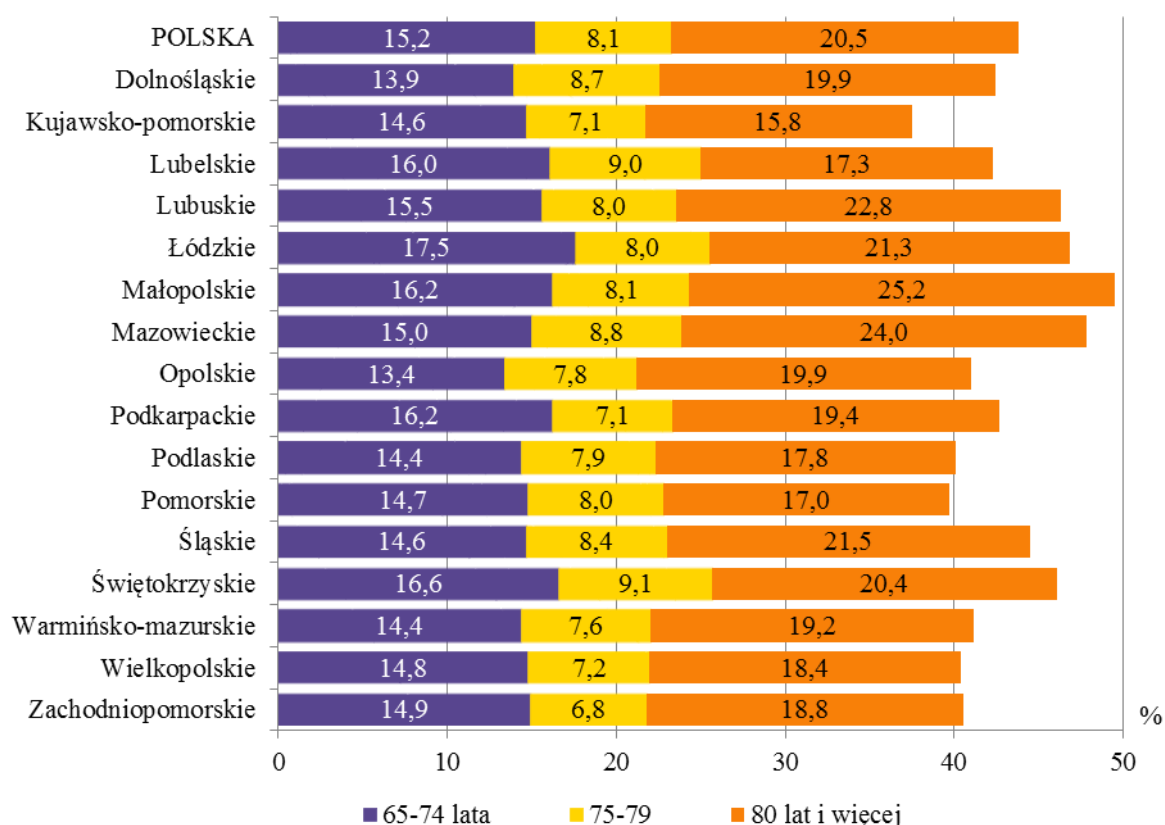
W przekroju terytorialnym na koniec 2014 r. najwięcej osób w wieku 65 lat i więcej przebywało w placówkach zlokalizowanych na terenie województwa mazowieckiego (6,9 tys.), śląskiego (5,4 tys.) i małopolskiego (4,7 tys.). W sześciu województwach liczba pensjonariuszy liczących przynajmniej 65 lat nie przekroczyła 2 tysięcy, a najmniejszą zbiorowość starszych mieszkańców odnotowano w podlaskim i lubuskim (po 1,3 tys.) oraz opolskim (1,5 tys.).

W skali kraju na 10 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej przypadało 79 mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w tym wieku. W poszczególnych województwach wskaźnik ten był zróżnicowany i kształtował się w przedziale od 61 w województwie kujawsko-pomorskim do 98 w warmińsko-mazurskim. Do województw, w których liczba pensjonariuszy na 10 tys. ludności w tej grupie wieku przekraczała 90 osób, należały również opolskie i małopolskie (po 95) oraz lubuskie (91).

Wykres 79. Mieszkańcy stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej według województw w 2014 r.



Wykres 80. Odsetek mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w wieku 65 lat i więcej według grup wieku i województw w 2014 r.



Wśród mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej w poszczególnych województwach największe udziały osób liczących co najmniej 65 lat odnotowano w województwach małopolskim (49,5%) i mazowieckim (47,9%), które jednocześnie charakteryzowały się najwyższym odsetkiem najstarszych pensjonariuszy w wieku powyżej 79 lat w populacji mieszkańców tych zakładów (odpowiednio 25,2% i 24,0%). Najmniejsze odsetki osób w wieku 65 lat i więcej umieszczonych w placówkach stacjonarnych pomocy społecznej wystąpiły w województwach kujawsko-pomorskim (37,5%) i pomorskim (39,7%).

Lecznictwo uzdrowiskowe

Jedną z form opieki zdrowotnej, z której korzystają osoby starsze, jest leczenie prowadzone w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego¹²⁶ zlokalizowanych na obszarach uzdrowisk. Leczenie uzdrowiskowe realizowane w warunkach ambulatoryjnych lub stacjonarnych jest kontynuacją leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, celem odzyskania sprawności po chorobie, wypadku lub z powodu choroby zawodowej.

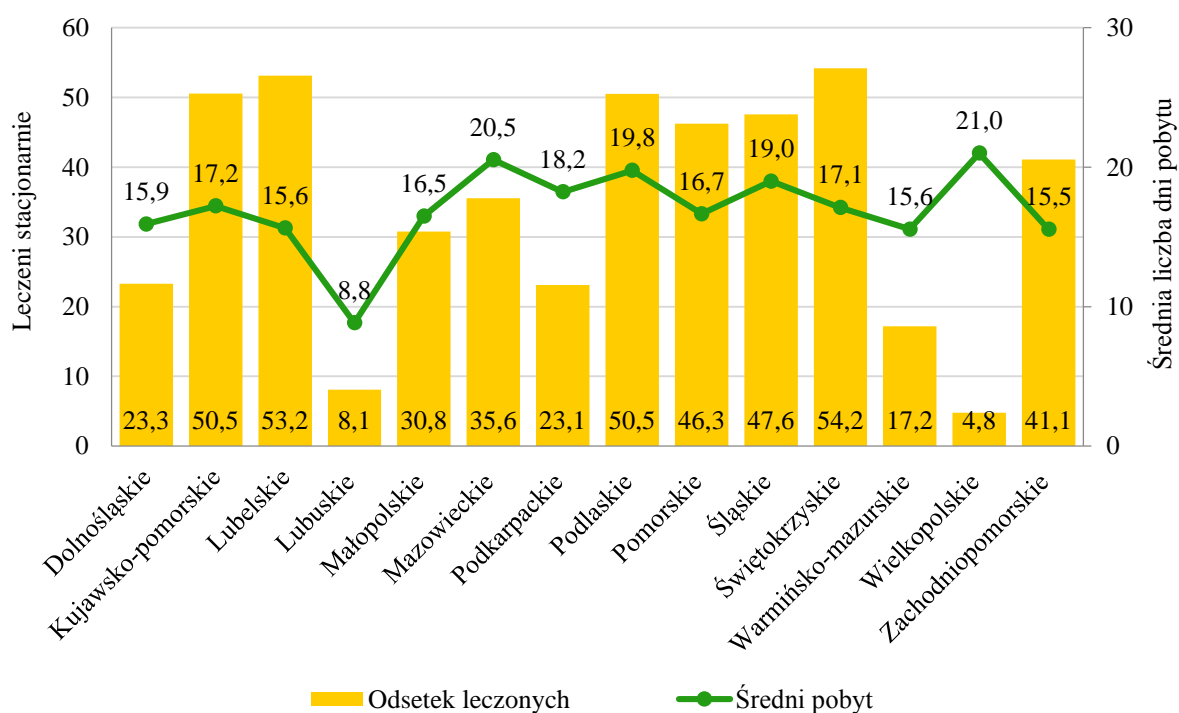
¹²⁶ Obejmują szpitale i sanatoria uzdrowiskowe, szpitale/sanatoria w urządzonym podziemnym wyrobisku górnictwem, przyrodnio uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznictwa, stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej.

W 2014 r.¹²⁷ spośród 794,5 tys. osób korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym i stacjonarnym 38,6% (tj. 306,5 tys.) stanowili pacjenci w wieku 65 lat i więcej. Najwięcej osób starszych leczono w uzdrowiskach zlokalizowanych w województwach zachodniopomorskim (27,2%), kujawsko-pomorskim (23,4%) i świętokrzyskim (11,4%).

Większość kuracjuszy w wieku 65 lat i w więcej (92,2%) korzystała ze stacjonarnej formy leczenia, z czego najwięcej pacjentów (86,1%) przebywało w sanatoriach uzdrowiskowych, a 13,3% w szpitalach uzdrowiskowych. Średni ich pobyt trwał 16,6 dnia, przy czym najdłużej osoby starsze przebywały w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego w województwach wielkopolskim i mazowieckim – ponad 20 dni, a najkrócej – w łódzkim – niecałe 9 dni.

Spółród osób w wieku 65 lat i więcej korzystających ze stacjonarnego lecznictwa uzdrowiskowego 9,5% stanowili cudzoziemcy, przy czym największe odsetki starszych obcokrajowców leczono w zakładach działających na terenie województwa zachodniopomorskiego i dolnośląskiego (odpowiednio 26,6% i 20,7% starszych kuracjuszy).

Wykres 81. Odsetek kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i średnia liczba dni pobytu tych pacjentów według województw w 2014 r.



¹²⁷ Dane dotyczące leczenia uzdrowiskowego pacjentów w wieku 65 lat i więcej gromadzone są począwszy od danych za 2013r.

W 2014 r. znaczna część starszych kuracjuszy korzystających ze stacjonarnego leczenia uzdrowiskowego - 58,6% - skorzystała z dofinansowania ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Leczenie z własnych środków sfinansowało 39,1% pacjentów, a z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych dofinansowanych było niecałe 2% leczonych.

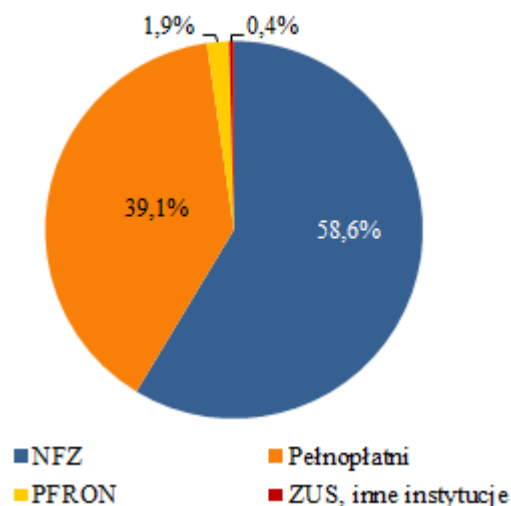
Ambulatoryjnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego leczyło się 24,0 tys. osób w wieku 65 lat i więcej. Spośród porad udzielonych w przychodniach uzdrowiskowych 35,9% skierowano do starszych pacjentów, z czego jedna czwarta dotyczyła edukacji zdrowotnej (profilaktyki).

Kadra medyczna

Jedną z konsekwencji procesu starzenia się społeczeństwa jest wzrost liczby świadczeń medycznych udzielanych osobom starszym. Tendencja ta dotyczy wszystkich form opieki zdrowotnej i mając na uwadze prognozowane trendy demograficzne będzie się pogłębiać. Zasadniczego znaczenia nabiera kształcenie personelu medycznego pracującego bezpośrednio z pacjentem w zakresie opieki nad osobami starszymi i zwiększone zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatry, która znajduje się na liście dziedzin medycyny uznanych za priorytetowe¹²⁸.

W latach 2010-2014 nieznacznie poprawiła się dostępność do lekarzy specjalistów¹²⁹ w zakresie geriatry. W tym czasie wskaźnik liczby lekarzy tej specjalności w przeliczeniu na 100 tys. ludności w wieku 65 lat i więcej wzrósł z 1,9 do 2,3, a liczba pracujących geriatrów zwiększyła się z 97 do 135 lekarzy. Analizując rozmieszczenie kadry medycznej w przekroju terytorialnym należy zwrócić uwagę na znaczne dysproporcje na poziomie regionalnym. Na koniec 2014 r. głównym miejscem pracy specjalistów geriatry były województwa śląskie (32 lekarzy), małopolskie (23 lekarzy), lubelskie (14 lekarzy) i mazowieckie (10 lekarzy). Lekarze z wymienionych województw stanowili ponad połowę (58,5%) pracujących specjalistów w tej dziedzinie.

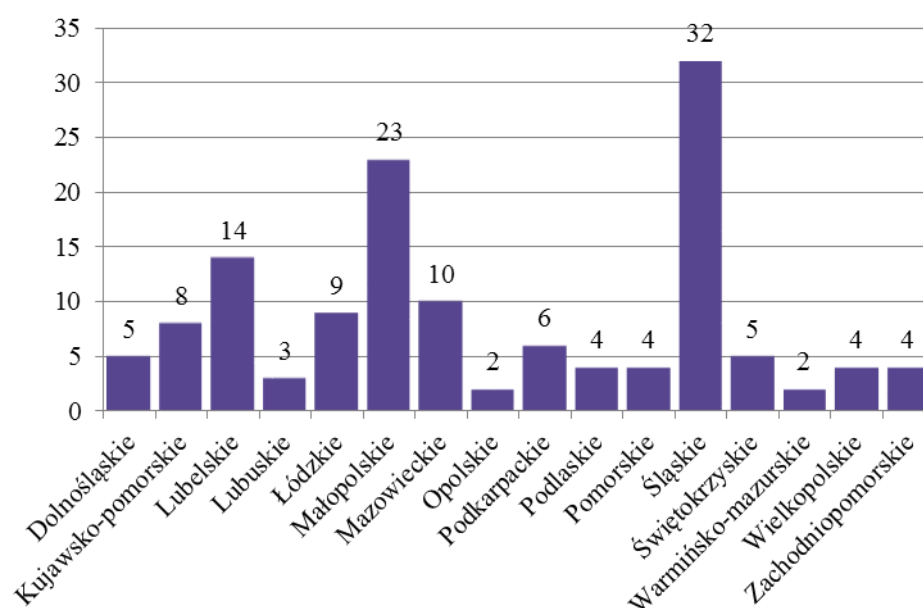
Wykres 82. Odsetek pacjentów w wieku 65 lat i więcej leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według form finansowania leczenia w 2014 r.



¹²⁸ Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 grudnia 2012 r. w sprawie określenia priorytetowych dziedzin medycyny (Dz. U. z 2012 r. poz. 1489).

¹²⁹ Lekarze ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty.

Wykres 83. Liczba lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatrici według województw w 2014 r.



Oprócz specjalistycznej opieki lekarskiej istnieje potrzeba sprawowania kompleksowej, interdyscyplinarnej opieki nad osobami starszymi już na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. W tym celu podejmowane są działania skierowane do kadry medycznej, zmierzające do podniesienia ich kwalifikacji i umiejętności w zakresie opieki geriatricznej. W latach 2012-2015 Ministerstwo Zdrowia w partnerstwie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego realizowało współfinansowany ze środków unijnych projekt systemowy pt. *Wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatricznej*. Podstawowymi działaniami podejmowanymi w czasie realizacji projektu była organizacja kursów doskonalących i specjalistycznych w zakresie opieki geriatricznej. Projekt skierowany był do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarek POZ, fizjoterapeutów, opiekunów medycznych oraz terapeutów środowiskowych.

