



**ZDROWIE
I OCHRONA ZDROWIA
W 2015 R.**

**HEALTH
AND HEALTH CARE
IN 2015**

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, Ewa Malesa

zespół
team

Departament Badań Społecznych i Warunków
Życia, GUS:

Magdalena Kaniewska (p. 2.5),
Natalia Koehne (p. 2.6),
Michał Koziński (p. 3.1),
Elżbieta Król – mapy,
Krzysztof Nyczaj (p. 4.2),
Aleksandra Pawłowska (p. 2.1),
Małgorzata Piekarzewska (p. 1.1),
Urszula Salwa (p. 2.4, 3.2),
Izabela Wilkińska (p. 2.3),
Alicja Zajenkowska-Kozłowska (p. 1.1),
Marzena Żytecka-Karolak (p. 2.2),
Ewa Malesa (koordynacja prac).

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia
w US Kraków:

Agnieszka Broś, Katarzyna Gadocha, Anna
Jasiówka, Piotr Woch, (p. 4.1),
Maria Penpeska (koordynacja prac, p.3.1).

Instytut Medycyny Pracy:
Mariola Wojda (p. 2.7)

Projekt okładki
Cover design

Lidia Motrenko-Makuch

Druk i oprawa
Printing 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, który umieszczony został na załączonej do książki płycie CD.

Uwagi metodyczne obejmują określenia i definicje pojęć stosowane w sprawozdawczości statystycznej w 2015 r., będącej źródłem danych prezentowanych w części tabelarycznej.

Synteza wyników badania zawiera opis danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej, dotyczących stanu zdrowia jak również zjawisk obserwowanych w zasobach kadrowych i materialnych opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy ona też ekonomicznych aspektów opieki zdrowotnej. Ostatnia część syntezy poświęcona jest wybranym aktualnym zagadnieniom związanym z ochroną zdrowia. W niniejszej edycji obejmują one sytuację zdrowotną dzieci i młodzieży w świetle badań EHIS oraz problemy pomiaru dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Tekst wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami, które lepiej obrazują i uatrakcyjnijają zapoznanie czytelnika z wynikami badań statystyki publicznej dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

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

Cała publikacja jest dostępna na stronie www.stat.gov.pl w zakładce: „Obszar tematyczny” pod hasłem „Zdrowie”.

Zastępca Dyrektora
Departamentu Badań Społecznych
i Warunków Życia
Małgorzata Żyra

INTRODUCTION

This publication is a continuation of a series of annually published results of studies titled „Health and Health Care...”, and before 2010 – titled „Basic Data on Health Care...”.

The book consists of methodological and analytical parts and tabular annex which has been placed on the enclosed CD.

The methodological notes contain terms and definitions used in the 2015 statistical reporting which is the main source of data presented in the tables.

Synthesis of the results of the studies describes the data collected regularly in the framework of official statistics on health status as well as the phenomena observed in the staffing and material aspects of health care. As in previous years, it also applies to the economic aspects of health care. The last part of the synthesis describes a selection of current issues related to health care. This issue presents health situation of children and adolescents in the context of EHIS study and measurement issues of access to public hospital services and outpatient specialist care. The text is enriched with numerous maps and charts which aim is to illustrate and familiarize reader with the results of public statistics on the health care system.

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

The data has been presented as totals of national scale and also in division 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 (medical staff, hospitals, long-term care), National Institute of Public Health (incidences of diseases and hospitalizations), Institute of Psychiatry and Neurology (psychiatric care institutions), Institute of Oncology, Institute of Hematology and Transfusion (blood donations), Institute of Occupational Medicine, National Blood Centre and 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.

The entire publication is available on the website: www.stat.gov.pl in the tab “Topics” under the entry “Health”.

Deputy Director of Social Surveys
And Living Conditions Department
Małgorzata Żyra

Spis treści

	Nr	Str.
Przedmowa	x	3
CZĘŚĆ I. UWAGI METODYCZNE	x	25
1. Źródła danych statystycznych	x	26
2. Podstawowe wyjaśnienia metodyczne.....	x	29
3. Podstawowe definicje.....	x	38
CZĘŚĆ II. WYNIKI BADAŃ – SYNTEZA	x	66
1. Stan zdrowia	x	67
1.1. Zachorowalność na wybrane choroby	x	67
2. Opieka zdrowotna	x	73
2.1. Kadra medyczna.....	x	73
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna.....	x	88
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	x	119
2.4. Ratownictwo medyczne.....	x	130
2.5. Krwiodawstwo	x	142
2.6. Apteki.....	x	145
2.7. Służba medycyny pracy	x	149
3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej	x	155
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia.....	x	155
3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną.....	x	162
4. Wybrane problemy	x	166
4.1. Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży w 2014 r.	x	166
4.2. Pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Problemy	x	206

	Nr	Str.
SPIS WYKRESÓW		
Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki, położnej w latach 2005-2015	1	73
Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku.....	2	74
Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku	3	74
Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku	4	75
Położne uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku.....	5	75
Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2015	6	77
Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw	7	79
Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 10 tys. ludności	8	81
Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w latach 2010 - 2015	9	81
Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010 - 2015	10	82
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	11	83
Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców, według województw	12	83
Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990 – 2015, z uwzględnieniem płci	13	85
Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990 – 2015, z uwzględnieniem kobiet	14	85
Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2015, z uwzględnieniem kobiet	15	86
Udział mężczyzn uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry i pielęgniarka	16	86
Absolwenci wybranych kierunków medycznych w podziale na płeć	17	87
Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach według województw (stan w dniu 31 XII).....	18	88
Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych, według województw w latach 2014 - 2015.....	19	90
Leczeni w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w latach 2014 - 2015.....	20	91
Struktura łóżek w szpitalach ogólnych, według rodzajów oddziałów (stan w dniu 31 XII).....	21	92
Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych w 2014 r. i 2015 r. (stan w dniu 31 XII)	22	93
Struktura leczonych na oddziałach w szpitalach ogólnych	23	94
Pacjenci leczeni na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2014 r. i 2015 r.....	24	95
Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych	25	96
Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale.....	26	97
Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych i wykorzystanie łóżek w szpitalach.....	27	98
Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej	28	99

	Nr	Str.
Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 XII)	29	102
Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej	30	103
Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej	31	103
Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 XII).....	32	104
Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych w latach 2005-2015.....	33	106
Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych w latach 2005-2015.....	34	106
Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2015.....	35	109
Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (w %).....	36	114
Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %).....	37	115
Przychodnie w latach 2005 – 2015.....	38	119
Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001 - 2015	39	120
Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych.....	40	120
Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005 – 2015.....	41	121
Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady w latach 2000 – 2015.....	42	122
Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad.....	43	123
Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach	44	124
Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. ludności według województw	45	125
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na 1 mieszkańca, według województw	46	126
Stopień dostosowania przychodni do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w latach 2009 i 2015	47	128
Stopień dostosowania praktyk lekarskich do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w latach 2009 i 2015	48	128
Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw.....	49	132
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego, według miejsc zdarzenia	50	133
Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych, według miejsca świadczenia	51	134
Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia, według województw	52	135
Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2013 – 2015, według rodzajów świadczeń	53	139
Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym w latach 2013 - 2015, według rodzajów poradni	54	139
Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych, według wieku.....	55	140
Krwiodawcy według płci i wieku	56	142

	Nr	Str.
Krwiodawcy według województw	57	143
Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w latach 2000-2015	58	145
Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi w latach 2009, 2014 – 2015	59	147
Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych	60	148
Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy	61	149
Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich, według wymogów kwalifikacyjnych	62	150
Liczba profilaktycznych badań lekarskich, według rodzaju w latach 2013 - 2015	63	151
Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2010 - 2015	64	152
Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2010-2015	65	153
Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami zawodowymi w liczbie zabiegów rehabilitacyjnych ogółem, w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy	66	153
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r., według schematów finansowania	67	158
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r., według funkcji	68	159
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r., według świadczeniodawców.....	69	160
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r., według przychodów schematów finansowania	70	161
Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2015 r.	71	162
Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w latach 2013 - 2015	72	162
Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca, według województw w 2015 r.	73	164
Ocena stanu zdrowia dzieci w latach 2004, 2009 i 2014	74	167
Ocena stanu zdrowia dzieci według województw w 2014 r.	75	168
Ocena stanu zdrowia młodzieży w latach 2004, 2009 i 2014	76	169
Ocena stanu zdrowia młodzieży według województw w 2014 r.	77	170
Dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014.....	78	170
Dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według województw, w latach 2009 i 2014	79	171
Młodzież z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014	80	172
Młodzież z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według województw, w latach 2009 i 2014	81	172
Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)	82	177
Dzieci niepełnosprawne według województw, w latach 2009 i 2014	83	178
Częstość występowania niepełnosprawności wśród młodzieży według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)	84	179

	Nr	Str.
Młodzież niepełnosprawna według województw, w latach 2009 i 2014.....	85	180
Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci i młodzieży według grup wieku, w latach 2009 i 2014 (według kryterium unijnego).....	86	180
Dzieci i młodzież ulegająca wypadkom według grup wieku, w latach 2009 i 2014	87	181
Aktywność fizyczna uczniów poza lekcjami WF według płci, w latach 2009 i 2014	88	184
Aktywność fizyczna młodzieży związana z codzienną pracą według grup wieku, w 2014 r.	89	185
Dzieci i młodzież w wieku 2 – 14 lat według liczby godzin dziennie spędzanych przed telewizorem lub przy komputerze, tablecie, laptopie, smartfonie, w latach 2009 i 2014	90	187
Dzieci według grup wieku i czasu narażenia na dym tytoniowy w domu, w latach 2009 i 2014	91	187
Palenie tytoniu przez młodzież według płci, w latach 2004, 2009 i 2014	92	188
Palenie tytoniu przez młodzież według płci i grup wieku, w 2014 r.	93	188
Młodzież paląca tytoń codziennie według liczby wypalonych papierosów, grup wieku i płci, w 2014 r.	94	189
Młodzież paląca tytoń według województw, w 2014 r.	95	189
Picie alkoholu przez młodzież w ciągu ostatnich 12 miesięcy według płci i grup wieku, w 2014 r.	96	190
Picie alkoholu przez młodzież w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw, w 2014 r.	97	191
Młodzież szczepiona kiedykolwiek przeciw WZW typu B według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014	98	192
Kobiety w wieku 15 – 29 lat, u których wykonano kiedykolwiek badanie cytologiczne według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014	99	193
Dzieci korzystające z porad lekarzy POZ i specjalistów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw, w 2014 r.	100	196
Młodzież korzystająca z porad lekarzy POZ i specjalistów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw, w 2014 r.	101	197
Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarzy dentystów i ortodontów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw, w 2014 r.	102	198
Dzieci i młodzież leczona w szpitalach z noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw, w 2014 r.	103	200
Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według grup wieku, w latach 2004, 2009 i 2014	104	202
Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według rodzaju leków, w 2014 r.	105	203
Dzieci zażywające leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według wybranych rodzajów leków, w 2014 r.	106	203
Młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według wybranych rodzajów leków, w 2014 r.	107	204
Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według województw, w 2014 r.	108	205
Liczba hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych według informacji gromadzonych przez NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH, w 2014 r.	109	211
Mieszkańcy powiatu kazimierskiego korzystający z usług AOS w 2014 r. według lokalizacji placówki (w %)...	110	213

	Nr	Str.
SPIS MAP		
Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2013 r. (na 100 tys. ludności)	1	70
Studenci na kierunku pielęgniarstwo według powiatów, w roku akademickim 2014/2015	2	78
Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. ludności oraz liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. ludności, według województw	3	89
Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności.....	4	105
Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności.....	5	105
Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności.....	6	108
Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności	7	108
Obszary uzdrowiskowe w Polsce	8	110
Rozmieszczenie łóżek lecznictwa uzdrowiskowego i liczba kuracjuszy leczonych stacjonarnie według województw	9	111
Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów	10	112
Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów.....	11	129
Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów.....	12	129
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw	13	131
Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności	14	133
Liczba rejonów operacyjnych oraz mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia.....	15	136
Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy	16	137
Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów	17	146
Odsetek mieszkańców powiatów woj. świętokrzyskiego, którzy skorzystali ze świadczeń AOS finansowanych ze środków NFZ w placówkach innych powiatów w 2014 r., według powiatów.....	18	212
Liczba porad kardiologicznych udzielonych na terenie powiatu w poradniach danego typu na 1 tys. mieszkańców w 2014 r.....	19	214
Udział wizyt w poradniach onkologicznych AOS finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach onkologicznych na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r.	20	215
Odsetek wizyt w poradniach stomatologicznych finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach AOS na terenie woj. warmińsko-mazurskiego w 2014 r.	21	215
Świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w 2014 r.	22	216

	Nr	Str.
CZĘŚĆ III. TABLICE WYNIKOWE (na załączonej płycie CD)		
Zachorowania na niektóre choroby zakaźne.....	1	x
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę	2	x
Zachorowania na choroby weneryczne	3	x
Zachorowania na nowotwory złośliwe według rozpoznania w 2013 r.	4	x
Osoby zarejestrowane w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji według rozpoznania w 2014 r.....	5	x
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw	6	x
Pracownicy medyczni według województw	7	x
Lekarze specjaliści	8	x
Łóżka stacjonarnej opieki zdrowotnej według klasyfikacji dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia ICHA-HP	9	x
Szpitala ogólne według podmiotu tworzącego	10	x
Szpitala ogólne według województw	11	x
Łóżka, inkubatory, noworodki żywo i martwo urodzone w szpitalach ogólnych według województw	12	x
Stanowiska porodowe i przyjęte porody w szpitalach ogólnych według województw	13	x
Wypisani i zmarli w szpitalach ogólnych według województw	14	x
Stanowiska dializacyjne w szpitalach ogólnych według województw	15	x
Zabiegi operacyjne w szpitalach ogólnych według województw	16	x
Miejsca dzienne i leczenia w trybie dziennym w szpitalach ogólnych a) według województw	17	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych. Infrastruktura	18	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych. Leczeni	19	x
Tłumaczenie nazw oddziałów szpitalnych	20	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie dolnośląskim	21	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim.....	22	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubelskim.....	23	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubuskim.....	24	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie łódzkim	25	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim.....	26	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim	27	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie opolskim.....	28	x

	Nr	Str.
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podkarpackim.....	29	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podlaskim.....	30	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie pomorskim	31	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie śląskim	32	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie świętokrzyskim	33	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie warmińsko-mazurskim.....	34	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie wielkopolskim.....	35	x
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie zachodniopomorskim	36	x
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw	37	x
Hospicja i oddziały opieki paliatywnej według województw	38	x
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw	39	x
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw	40	x
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	41	x
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw	42	x
Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw	43	x
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw	44	x
Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw.....	45	x
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw	46	x
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw.....	47	x
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw	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

	Nr	Str.
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	59	x
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach w miastach i na wsi według województw dok.	60	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw	61	x
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi według województw	62	x
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
Działalność aptek według województw	73	x
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw	74	x
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejsca zdarzenia według województw	75	x
Pomoc doraźna ratownictwa medycznego według województw.....	76	x
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia w latach 2013 – 2014, na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia (NRZ)	77	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według funkcji i schematów finansowania, na podstawie NRZ	78	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji i schematów finansowania, na podstawie NRZ	79	x
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2013 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania, na podstawie NRZ	80	x
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania, na podstawie NRZ	81	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług, na podstawie NRZ	82	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług, na podstawie NRZ	83	x
Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania, na podstawie NRZ	84	x

	Nr	Str.
Wydatki na ochronę zdrowia w 2014 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania, na podstawie NRZ	85	x
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2014 i 2015 r	86	x
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w latach 2014-2015	87	x
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych według województw w 2015 r.	88	x
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych w 2014 i 2015 r	89	x

Contents

	No.	Page
Introduction	x	4
PART I. METHODOLOGICAL NOTES	x	47
1. Sources of statistical data	x	47
2. Basic methodological explanations	x	49
3. Basic definitions	x	58
PART II. RESULTS – SUMMARY	x	66
1. Health status	x	67
1.1 Incidence of selected diseases	x	67
2. Health care	x	73
2.1. Medical personnel	x	73
2.2. In-patient health care	x	88
2.3. Out-patient health care	x	119
2.4. Emergency medical services	x	130
2.5. Blood donation	x	142
2.6. Pharmacies	x	145
2.7. Occupational medicine	x	149
3. Economic aspects of health care	x	155
3.1 National Health Accounts	x	155
3.2. Public expenditure on health care	x	162
4. Selected problems	x	166
4.1. Health status of children and youth in 2014	x	166
4.2. Problems of measurement access to public hospital services and outpatient specialist healthcare	x	206

	No.	Page
DIAGRAMS		
Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife in 2005-2015	1	73
Doctors entitled to perform their profession – the age structure	2	74
Dentists entitled to perform their profession – the age structure.....	3	74
Nurses entitled to perform their profession – the age structure.....	4	75
Midwives entitled to perform their profession – the age structure	5	75
Graduates of selected medical faculties at universities in Poland in 1995-2015.....	6	77
Doctors and nurses working with patients at 10 thousand. of the population by voivodships	7	79
Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) per 10 thousand of the population	8	81
The education level of nurses, midwives and physiotherapists in 2010-2015.....	9	81
The level of education of paramedics in 2010-2015	10	82
Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	11	83
Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population by voivodships	12	83
Doctors working directly with the patient in the years 1990-2015 including the number of female.....	13	85
Dentists working directly with the patient in the years 1990-2015 the number of female	14	85
Pharmacists working directly with the patient in the years 1990-2015 including the number of female	15	86
The share of men entitled to practice as a doctor, dentist and nurse	16	86
Graduates of selected medical studies by gender.....	17	87
Number of general hospitals and hospital beds by voivodships (as of 31 XII)	18	88
Inpatients in general hospitals by voivodships in 2014-2015	19	90
Inpatients per 10 thous. population in general hospitals by voivodships in 2014-2015	20	91
The structure of beds in general hospitals by type of wards (as of 31 XII).....	21	92
The hospital beds in selected hospital wards in general hospitals in 2014 and 2015 (as of 31 XII).....	22	93
The structure of inpatients on wards in general hospitals	23	94
Number of patients treated in particular types of hospital wards of general hospitals in 2014 and 2015.....	24	95
Beds and number of impatiens per one bed hospital wards	25	96
Average patient stay in hospital wards by types of wards	26	97
Average patient stay in hospital wards and usage of beds by voivodships	27	98
Structure of beds of inpatient psychiatric facilities.....	28	99
Age structure of patients in facilities of inpatient long term care (including hospices and paliative wards)	29	102

	No.	Page
Age structure of females in facilities of inpatient long term care (including hospices and paliative wards)	30	103
Age structure of males in facilities of inpatient long term care (including hospices and paliative wards)	31	103
Beds in inpatient long-term care facilities by type of facility	32	104
Beds and residents of nursing homes, 2005-2015	33	106
Beds and residents of chronic medical care homes, 2005-2015	34	106
Beds and residents of hospices, 2005-2015	35	109
Services provided in health resort facilities	36	114
The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons (in%)	37	115
Out-patient departments in 2005-2015	38	119
Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2001-2015	39	120
Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources	40	120
Out-Patient and Doctors' consultations provided in 2005 - 2015	41	121
Medical Practices and Doctors' consultations provided in 2000 - 2015	42	122
Structure of out-patient health care consultations	43	123
Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics	44	124
Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population by voivodships	45	125
Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita by voivodships	46	126
The degree of adjustment of out-patient departments to the needs of the disabled persons in 2009 and 2015	47	128
The degree of adjustment of doctor practices to the needs of the disabled persons in 2009 and 2015	48	128
Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships	49	132
Calls of emergency rescue teams by the occurrence places	50	133
Structure of persons who received health care services by the occurrence place	51	134
Structure of calls to the occurrence places by voivodships	52	135
Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided in 2013-2015	53	139
Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics in 2013-2015	54	139
Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age	55	140
Blood donors by sex and age	56	142
Blood donors by voivodships	57	143
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet in 2000-2015	58	145

	No.	Page
Facilities for the disabled in public pharmacist and pharmaceutical outlet in 2009, 2014-2015	59	147
Employed in public pharmacies and pharmaceutical outlets	60	148
Structure of primary occupational medicine service units	61	149
The structure of physicians authorized to perform prophylactic occupational health care, according to qualifying requirements.....	62	150
Number of prophylactic medical examinations by type in years 2013-2015	63	151
Dynamics of change of the number of sampled establishments and workposts and recorded cases of suspected occupational diseases in 2010-2015	64	152
Number of contracts concluded by employers with the basic units smp in 2010-2015	65	153
Share of rehabilitation services related with work-related pathologies in total number of rehabilitation services in regional occupational medicine centers by voivodships.....	66	153
Current expenditure on health care in 2014 by financing schemes.....	67	158
Current expenditure on health care in 2014, by function	68	159
Current expenditure on health care in 2014 by providers	69	160
Current expenditure on health care in 2014 by revenues of financing schemes	70	161
The structure of public expenditure on health care in 2015.....	71	162
Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund in 2013-2015	72	163
Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2015.....	73	164
Health status evaluation of children in years 2004, 2009 and 2014.....	74	167
Health status evaluation of children by voivodships in 2014	75	168
Health status evaluation of youth in years 2004, 2009 and 2014.....	76	169
Health status evaluation of youth by voivodships in 2014.	77	170
Children with longstanding health problems by age groups, in years 2004, 2009 and 2014	78	170
Children with longstanding health problems by voivodships, in years 2009 and 2014	79	171
Youth with longstanding health problems by age groups, in years 2004, 2009 and 2014	80	172
Youth with longstanding health problems by voivodships, in years 2009 and 2014	81	172
Incidence of disability among children by age groups, in years 2004, 2009 and 2014 (according to the statistical criterion).....	82	177
Disabled children by voivodships, in years 2009 and 2014	83	178
The occurrence of disability among youth by age groups, in years 2004, 2009 and 2014 (according to the statistical criterion).....	84	179
Disabled youth by voivodships, in years 2009 and 2014.....	85	180

	No.	Page
The occurrence of disability among children and youth by age groups, in years 2009 and 2014 (according to the EU criterion).....	86	180
Children and youth, who had an accident, by age groups, in years 2009 and 2014.....	87	181
Physical activity of pupils except physical education lessons by sex, in years 2009 and 2014	88	184
Physical activity of youth related with performed work by age groups, in 2014	89	185
Children and youth at the age of 2-14 years by number of hours spending watching TV and/or by PC, tablet, palmtop, smartphone, in years 2009 and 2014	90	187
Children by age groups and time of exposure to tobacco smoke at home, in years 2009 and 2014	91	187
Youth smoking tobacco by sex, in years 2004, 2009 and 2014	92	188
Youth smoking tobacco by sex and age groups, in 2014	93	188
Youth smoking tobacco daily by number of smoked cigarettes, age groups and sex, in 2014	94	189
Youth smoking tobacco by voivodships, in 2014	95	189
Youth drinking alcohol within the last 12 months by sex and age groups, in 2014	96	190
Youth drinking alcohol within the last 12 months by voivodships, in 2014	97	191
Youth ever vaccinated against Viral hepatitis B by age groups, in years 2004, 2009 and 2014	98	192
Women at the age of 15 - 29 years ever performed cytology, by age groups, in years 2004, 2009 and 2014	99	193
Children visiting the primary care physicians and medical specialists within the last 12 months by voivodships, in 2014	100	196
Youth visiting the primary care physicians and medical specialists within the last 12 months by voivodships, in 2014	101	197
Children and youth visiting the dentists within the last 12 months by voivodships, in 2014	102	198
Children and youth hospitalized for overnight stays within the last 12 months by voivodships, in 2014	103	200
Children and youth using medicine within the last 2 weeks by age groups, in years 2004, 2009 and 2014	104	202
Children and youth using medicine within the last 2 weeks by types of medicines, in 2014	105	203
Children using medicine within the last 2 weeks by selected types of medicines, in 2014	106	203
Youth using medicine within the last 2 weeks by selected types of medicines, in 2014.	107	204
Children and youth using medicine within the last 2 weeks by voivodships, in 2014.....	108	205
The number of full hospitalizations and one-day hospitalizations on oncology wards, according to information collected by the NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH in 2014	109	211
Residents of the kazimierski powiat using AOS services in 2014 by location of medical facility(in %)	110	213

	No.	Page
MAPS		
New cases of malignant neoplasms in 2013 per 100 thous. population	1	70
Students majoring in nursing by of poviats	2	78
Number of general hospitals per 100 thous. population and number of hospital beds in general hospitals per 10 thous. population by voivodships in 2015 (as of 31 XII)	3	89
Beds in long term care facilities per 10 thous. population.....	4	105
Patients in long term care facilities per 10 thous. population	5	105
Beds in hospices and palliative care wards per 10 thous. population	6	108
Patients in hospices and palliative care ward per 10 thous. population	7	108
The location of the health resorts areas	8	110
Health resort beds and number of inpatients by voivodships	9	111
Number of in-patients in health resort hospitals and sanatorias by poviats	10	112
Number of residents per out-patient health care (out-patient department and doctor practices) by poviats.	11	129
Number of outpatient consultations per capita by poviats	12	129
Emergency medical care by voivodships	13	131
Interventions of emergency rescue teams per 1 thous. population.	14	133
The number of operational areas, and the median time to reach ZRM the occurrence places.....	15	136
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	16	137
Number of inhabitants per generally available pharmacy/pharmaceutical outlet by poviats.....	17	146
The percentage of residents of poviats of świętokrzyskie voivodeship, who benefited from AOS funded by the NFZ in institutions of other poviats in 2014, by poviats	18	212
The number of cardiologic advices given on poviats area in given type of clinics on 1000 residents in 2014.....	19	214
The share of visits to oncology counseling centers AOS funded within the NFZ in the total number of visits to oncology counseling centers in the warmińsko-mazurskie vivodeship, by counties in 2014	20	215
The percentage of visits to dental counseling centers funded within the NFZ in the total number of visits to counseling centers AOS in the warmińsko-mazurskie vivodeship in 2014.....	21	215
Health care services provided in the emergency room/hospital emergency department on an outpatient basis on 1.000 of the population rate in 2014.....	22	216

	No.	Page
PART 3. TABLES (on the CD)		
Incidence of infectious diseases and poisonings.....	1	x
New cases of tuberculosis	2	x
Incidence of venereal diseases	3	x
Incidence of malignant neoplasms by site in 2013	4	x
Persons registered in out-patient clinics for patients with mental disorders, addicted to alcohol and drug in 2014	5	x
Medical personnel entitled to practise medical profession by voivodeships	6	x
Medical personnel by voivodeships	7	x
Doctors specialists.....	8	x
Beds in inpatient health care by classification of providers of goods and services ICHA-HP.....	9	x
General hospitals by kind of establishment.....	10	x
General hospitals by voivodeships	11	x
Beds, incubators and newborns in general hospitals by voivodeships.....	12	x
Delivery units and deliveries in general hospitals by voivodeships	13	x
Discharges and deaths in general hospitals by voivodeships.....	14	x
Dialysis units in general hospitals by voivodeships	15	x
Surgical services in general hospitals by voivodeships	16	x
Day care places and outpatients in general hospitals by voivodeships.....	17	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals. Infrastructure.....	18	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals. Activity	19	x
Translation of names of hospital wards	20	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in dolnośląskie voivodship	21	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in kujawsko-pomorskie voivodship	22	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubelskie voivodship.....	23	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubuskie voivodship.....	24	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in łódzkie voivodship.....	25	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in małopolskie voivodship.....	26	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in mazowieckie voivodship	27	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in opolskie voivodship.....	28	x

	No.	Page
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podkarpackie voivodship.....	29	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podlaskie voivodship.....	30	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in pomorskie voivodship.....	31	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in śląskie voivodship.....	32	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in świętokrzyskie voivodship.....	33	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in warmińsko-mazurskie voivodship.....	34	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in wielkopolskie voivodship.....	35	x
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in zachodniopomorskie voivodship.....	36	x
Inpatient psychiatric facilities by voivodships.....	37	x
Hospices and paliative care wards by voivodships.....	38	x
Chronic medical care homes and nursing homes by voivodships.....	39	x
Age structure of residents of long term care facilities by voivodships.....	40	x
Age structure of female residents of long term care facilities by voivodeships.....	41	x
Age structure of male residents of long term care facilities by voivodeships.....	42	x
Health resort facilities by voivodeships.....	43	x
Activity of health resort facilities by voivodeships.....	44	x
Patients in health resort facilities by voivodships.....	45	x
Services in health resort facilities by voivodeships.....	46	x
Inpatients subsidized by nfz, zus, krus and pfron who were in health resort facilities by voivodeships.....	47	x
Inpatient rehabilitation facilities by voivodships.....	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 voivodships.....	54	x
Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodships.....	55	x
Consultations provided in primary health care in urban areas by voivodships.....	56	x
Consultations provided in primary health care in rural areas by voivodships.....	57	x

	No.	Page
Consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodeships	58	x
Specialized doctors consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodeships.....	59	x
Specialized doctors consultations in selected clinics in urban and rural areas by voivodeships	60	x
Specialized dentists consultations by voivodeships	61	x
Specialized dentists consultations in urban and rural areas by voivodeships	62	x
Primary occupational medicine service units by voivodeships	63	x
Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care by voivodeships	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
Activity of pharmacies by voivodeships.....	73	x
Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by voivodeships.....	74	x
Persons who received health care benefits in the place of occurrence by voivodeships	75	x
Emergency health care units by voivodeships	76	x
Public and private expenditure on health care in 2013 – 2014 (result of the national health account)	77	x
Expenditures on health care in 2013 by function and financing schemes (result of the national health account)	78	x
Expenditures on health care in 2014 by function and financing schemes (result of the national health account)	79	x
Current expenditure on health care in 2013 by providers and financing schemes	80	x
Current expenditure on health care in 2014 by providers and financing schemes	81	x
Expenditure on health care in 2013 by function and providers (result of the national health account)	82	x
Expenditure on health care in 2014 by function and providers (result of the national health account)	83	x
Expenditure on health care in 2013 by financing schemes and revenues of financing schemes.....	84	x
Expenditure on health care in 2014 by financing schemes and revenues of financing schemes.....	85	x
Costs of health care services for the insured population covered by national health fund, 2014 and 2015	86	x

	No.	Page
State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2014 and 2015.....	87	x
Local self-government budget expenditure on health care by voivodships	88	x
Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters, 2013 and 2014.....	89	x

CZEŚĆ 1

Part 1

UWAGI METODYCZNE

Methodological notes

1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

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

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

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

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

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

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

W badaniu pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego (ZD-4) gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego ujętych w planach wojewodów, w tym o szpitalnych oddziałach ratunkowych oraz zespołach wyjazdowych wraz z danymi na temat kadry medycznej w nich pracującej, a także dane o wyjazdach do nagłych wypadków w miejscu ich zdarzenia, jak też o liczbie osób, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu wypadku. Badanie to obejmuje 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 (ogólnodostępnych i zakładowych) i punktów aptecznych. Przedmiotem badania jest rodzaj placówki, zakres świadczonych usług (pełnione dyżury, wykonywanie leków recepturowych), a także personel aptek i punktów aptecznych.

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

Dane o pracownikach medycznych, stacjonarnej opiece zdrowotnej – szpitale i zakłady opieki długoterminowej, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29 i MSW-43 (opieka szpitalna), MZ-29a i MSW-33 (stacjonarna opieka długoterminowa), MZ-10, MZ-88, MZ-88A i MZ-89 (m.in. informacje o pracownikach medycznych pracujących przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, w NFZ oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny, a także o pracownikach posiadających specjalizacje medyczne), MZ-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 2015 r.* opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ-30.

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

Wydatki na ochronę zdrowia zestawione w Narodowym Rachunku Zdrowia zostały opracowane w oparciu o dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa 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 nie mogą być wprost porównywane z wielkościami prezentowanymi we wcześniejszych edycjach (przed 2012 r.) niniejszej publikacji. Zamieszczone w publikacji dane nie obejmują informacji dotyczących ochrony zdrowia w zakładach karnych.

Dane w tablicach, mapach i wykresach dotyczą roku 2015, chyba że podano inaczej. Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu danych stanowiących stan w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) na mieszkańców (na 1000 i 10000 ludności itp.) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 XII, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczeni) — ludność według stanu w dniu 30 VI.

W niniejszej publikacji liczby względne (wskaźniki, odsetki) obliczono z reguły na podstawie danych bezwzględnych wyrażonych z większą dokładnością niż podano w tablicach. Drobne rozbieżności w sumowaniu danych na „ogółem” występujące w części analitycznej i w aneksie tabelarycznym wynikają z automatycznych 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 udzielają świadczeń opieki zdrowotnej (prowadzą działalność leczniczą). Wszystkie podmioty,

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

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 np.:

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

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

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

W dniu 15 lipca 2016 weszła w życie zmiana ustawy o działalności leczniczej³, która zastąpiła pojęcie przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego pojęciem zakładu leczniczego. Zmiana ta nie miała jednak wpływu na porównywalność statystyk.

Obowiązkiem klasyfikowania objęto nie jak do tej pory jednostki organizacyjne, ale przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego/zakładu leczniczego. Przedsiębiorstwo/zakład leczniczy starano się ponadto utożsamić z jednostką lokalną występującą w rejestrze REGON. Każde przedsiębiorstwo/zakład leczniczy 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/zakładu leczniczego mogą wystąpić różnice w stosunku do statystyk z lat poprzednich.

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji objęto przedsiębiorstwa/zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne przedsiębiorstw/zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane⁴ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów objętych badaniami (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki zawodowej i kod zawodu lekarza/lekarza 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 31.12.2015 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

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

⁴ Według stanu na dzień 31.12.2015 r.

niepublicznych. Ich działalność jest badana w ramach sprawozdawczości finansowej realizowanej metodą reprezentacyjną za pomocą formularza SP-3.

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

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zastosowano następujące rozróżnienie porad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentyków: porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – porady udzielone w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, porady specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentyków.

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

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestru zezwoleń na prowadzenie aptek ogólnodostępnych, punktów aptecznych oraz rejestru udzielonych zgód na prowadzenie aptek szpitalnych, zakładowych i działów farmacji szpitalnej prowadzonych przez wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych (według stanu na dzień 31.12.2015 r.).

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

Dane na temat kadry medycznej pochodzą z Ministerstwa Zdrowia, 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

⁵ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity: Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.).

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

mogą być niższe niż stan faktyczny w zakresie zawodów, w których stosunkowo często prywatna praktyka jest głównym miejscem pracy (np. dentyści).

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

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

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

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

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

Liczba szpitali dotyczy przedsiębiorstw/zakładów leczniczych albo wydzielonych jednostek organizacyjnych przedsiębiorstw/zakładów leczniczych (filii), w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Przedsiębiorstwa/zakłady lecznicze podmiotów leczniczych udzielające wyłącznie świadczeń

z zamiarem ich zakończenia w okresie nieprzekraczającym 24 godzin (szpitale dzienne) nie zostały uwzględnione w liczbie szpitali.

Dane o szpitalach dotyczą wyłącznie zakładów, które wykazały przynajmniej jedno łóżko opieki stacjonarnej. Wyjątek stanowi Tabl. 17 – gdzie wraz z działalnością dzienną prowadzoną w szpitalach stacjonarnych została ujęta działalność szpitali dziennych (jednego dnia).

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

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

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

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

Do zakładów opieki hospicyjno-paliatywnej zalicza się hospicja i oddziały opieki paliatywnej. Rozporządzenie w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych⁷ 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 leczniczej⁸ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych⁹.

Uzdrowisko – to obszar, na terenie którego jest prowadzone leczenie uzdrowiskowe. Został on wydzielony w celu wykorzystania i ochrony znajdujących się tam naturalnych surowców leczniczych. Obszar ten spełnia warunki określone w ustawie z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych.

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

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

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

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

Zgodnie z ustawą¹⁰ jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne są:

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

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

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

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

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji 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 czterech wymiarów: funkcji ochrony zdrowia (ICHA-HC), świadczeniodawców dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP), schematów finansowania ochrony zdrowia (ICHA-HF)¹¹ oraz przychodów schematów finansowania (ICHA-FS).

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

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

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
<i>HC.R</i>	<i>FUNKCJE POWIĄZANE Z OCHRONĄ ZDROWIA</i>
HC.R.1	Długoterminowa opieka (socjalna)

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

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

Przychody schematów finansowania (ICHA-FS)

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

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

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

Prezentowane w publikacji wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia nieco odbiegają od przedstawionych w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2016 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 r. zamieszczonego w Monitorze Polskim. Uwzględnione zostały autokorekty zgłoszone przez instytucje dostarczające dane do rachunku. Naniesiono także niezbędne modyfikacje w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2013 r. Korekty wynikały przede wszystkim ze zmian w przypisywaniu poszczególnych wydatków i były one wprowadzone zgodnie z sugestiami Międzynarodowego Zespołu ds. Rachunków Narodowych (IHAT). Należy mieć na uwadze, że systemy opieki zdrowotnej na całym świecie ewoluują oraz podlegają nowym metodom organizacyjnym i złożonym zmianom systemów finansowania, co wymaga systematycznego dostosowywania do tych zmian rachunków zdrowia, nad którymi w skali międzynarodowej merytoryczny nadzór sprawuje IHAT. Ze względu na powyższe w części tabelarycznej publikacji obok wyników NRZ za 2014 r., dodatkowo zamieszczone zostały aktualne wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹² – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹³.

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

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,
- dla osób zakażonych wirusem HIV,
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów,
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych,
- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych – w zakresie leczenia odwykowego,
- dla uprawnionych żołnierzy lub pracowników – w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa,
- dla weteranów poszkodowanych, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

¹² Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi: instytut naukowo-badawczy, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz

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

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

Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy – podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami), stanowiące podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny. Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy określa art. 2 pkt. 2 ust. 1 ustawy¹⁷.

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

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

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

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

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

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

Lekarz dentysta (do 31 maja 2004 r. lekarz stomatolog) – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza dentysty i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń określonych w definicji lekarza (p. 13), w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych¹⁹.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej jest to lekarz posiadający tytuł w dziedzinie medycyny rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub posiadający

¹⁶ Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. Nr 106, poz. 681, z późn. zm.).

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

¹⁸ Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity: Dz. U. 2011 nr 277 poz. 1634).

¹⁹ j.w.

specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej – udzielający świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej²⁰.

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

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

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

Medycyna pracy – teoretyczna i praktyczna dziedzina medycyny, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy i sposobów wykonywania pracy na stan zdrowia pracujących, oraz minimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy²³ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą²⁴ – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

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

²⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).

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

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

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

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

świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia²⁵.

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

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

Pracujący bezpośrednio z pacjentem (wykonujący działalność leczniczą) – osoby wykonujące działalność leczniczą, dla których głównym miejscem pracy jest przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego/zakład leczniczy lub praktyka zawodowa, apteka szpitalna lub ogólnodostępna, punkt apteczny, stacjonarny zakład pomocy społecznej lub żłobek. Do grupy pracujących bezpośrednio z pacjentem zalicza się osoby wykonujące zawody medyczne w domach pomocy społecznej, w żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza 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 leczniczą²⁷.

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

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

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

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

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

²⁶ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

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

²⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2001 Nr 126 poz.1381 z późn. zm.)

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

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

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

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

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

Szpitalny oddział ratunkowy – oddział szpitalny, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział ten może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego²⁹.

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

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

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/zakłady lecznicze 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;

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

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

krioterapia – polega na poddaniu całego ciała (lub miejscowo) działaniu bardzo niskich temperatur;

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

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

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

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

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

Zakład lecznictwa uzdrowiskowego – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy albo jednostka lub komórka organizacyjna przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w której podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju ambulatoryjne lub stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne w rozumieniu przepisów ustawy o działalności leczniczej, działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą³⁰ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznicze, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

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

Zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy – przedsiębiorstwo/zakład leczniczy podmiotu leczniczego albo jednostka organizacyjna przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne. Świadczenia te mogą polegać w szczególności na udzielaniu całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację, opiekę i rehabilitację pacjentów niewymagających hospitalizacji oraz zapewnienie im produktów leczniczych potrzebnych do kontynuacji leczenia, pomieszczeń i wyżywienia odpowiednich do stanu zdrowia, a także prowadzenie

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

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

Zespoły ratownictwa medycznego, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym³¹ dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny.

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

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

³² Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 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 ministries³³ (Ministry of Health, Ministry of National Defence, Ministry of Interior and Administration). The results are supplemented by administrative data and other information provided by the entities acting in the field of health care.

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

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

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

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

The survey on first aid and emergency medical service (questionnaire ZD-4) gathers the data on, i.a. the number of units within the system that are included in plans of voivodeship provincial governors together with data on the hospital emergency wards and emergency rescue teams together

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

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

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

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

The data on medical personnel, hospital care, long-term health care, psychiatric facilities and blood donation, presented herein, has been derived from the reports of the Ministry of Health and the Ministry of Interior. 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 *Stationary social welfare facilities*, OD - 1 *Nurseries and kids' clubs*.

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

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

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and, 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 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 2015, unless otherwise stated. The numbers describing the health care system resources are given as of 31.12., while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year.

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

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

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

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

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

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

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

In turn, the professional practices include:

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

The most significant changes introduced by the *Act on Health Care Activities*, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity. In *Act on*

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

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 registered³⁵ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV, V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine / dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

During creation of operators' to ZD-2 ZD-3 surveys there was also used data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the case study ZD-4 – data from information systems voivodeship governors of emergency medical services (as of 31.12.2015).

³⁵ As of 31.12.2012.

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

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

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

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

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

The ZD-5 survey covers three types of establishments:: generally available pharmacies/or retail pharmacies, pharmaceutical outlets/or rural community pharmacies, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice or the Minister of Interior and Administration. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Rural community pharmacies established after the Act³⁶ came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

To create a list of pharmacies and pharmacy outlets/or rural community pharmacies surveyed in ZD-5, the information from the records of provincial pharmaceutical inspectorates was used (as of 31.12.2015).

The various types of facilities for the disabled mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys do not have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation³⁷.

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).

³⁶ Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law, Consolidated text: Journal of Laws of 2008, No. 45, item 271, with subsequent amendments.

³⁷ The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (Journal of Laws No. 75, item 690, with subsequent amendments).

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.

Hospital beds (HP.1) comprise beds in all hospitals, including general hospitals (HP.1.1), mental health hospitals (HP.1.2) and other specialty hospitals (HP.1.3) i.a. health resort hospitals and sanatoria. According to definitions of OECD/Eurostat – hospital beds are all hospital beds which are regularly maintained and staffed and immediately available for the care of admitted patients. Since 2008 beds for newborns and incubators are included in total hospitals beds due to the change of the methodology of counting beds in hospitals introduced by the Ministry of Health in 2008.

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

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

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

The number of hospitals refer to the 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 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 Regulation³⁸ 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*³⁹, as well as the *Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas*.⁴⁰

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*⁴¹ *on the State Emergency Medical*, the following units are classified within the system:

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

³⁸ 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.

³⁹ The Act of 15 April 2011 on Medical Activity (Journal of Laws No. 112, item 654, with subsequent amendments).

⁴⁰ 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.

⁴¹ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

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.

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

National Health Account (NHA) is a compilation of health expenditure according to ICHA (International Classification for Health Accounts) which is being developed in Poland since 2002, adhering to the common methodology of OECD, Eurostat and WHO. For the first time National Health Account for 2013 was developed according to the new methodology SHA2011. It was developed by IHAT (International Health Accounts Team) consisting of representatives of the OECD, Eurostat and the WHO. **In this version of account expenditure is presented in accordance with four dimensions: Health care functions (ICHA-HC), Providers of health care (ICHA – HP), Financing schemes (ICHA – HF)⁴² and Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)**

The financing schemes (ICHA – HF)

ICHA code	Financing schemes
HF.1	Governmental schemes and compulsory contributory health financing schemes
HF.1.1	Governmental 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)

⁴² In SHA2011 classification ICHA-HF means “Health care financing schemes”, while the SHA 1.0 it meant “Financing agents”.

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

Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)

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

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

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

Results of the National Health Account presented in this publication differ slightly from those presented in the announcement of the President of the Central Statistical Office of June 30, 2016 on the results of National Health Account for 2014 which was published in the “Polish Monitor”. In new version of Account additional corrections reported by institutions providing the data were included. National Health Account for 2013 was also corrected. The adjustments resulted primarily from changes in attributing individual expenditure and they were introduced in accordance with the suggestions of the International Health Accounts Team (IHAT). It should be born in mind that health care systems around the world are evolving and subject to new methods of organization and changes of complex financing schemes. Therefore it requires SHA systematic adaptation to these changes which is internationally supervised by IHAT. Due to that, in part of tabular publication results for 2014 there are also included current results of SHA for 2013.

3. BASIC DEFINITIONS

Out-patient health care – according to the Act⁴³ – provision of health services by health care providers to patients not requiring treatment on a 24-hour or on a daytime basis.

Out-patient health services include the provision of primary health care, or specialized health care and benefits in the field of rehabilitation, provided in conditions not involving the provision of the full-time and all day in a suitably equipped, permanent room. The provision of these benefits can be carried out in the rooms of entities, including the vehicles designed to provide the benefits, or in the patient's place of residence⁴⁴.

Specialised out-patient services financed from public funds⁴⁵ are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required for services provided by:

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

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

⁴³ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds – Journal of Laws 2008 No. 164, item 1027, with subsequent amendments.

⁴⁴ The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

⁴⁵ 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.

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act⁴⁶.

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 Service⁴⁷.

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 Act⁴⁸.

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

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

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

A physician – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular

⁴⁶ The Act on the State Medical Emergency System of 8 September 2006, Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments.

⁴⁷ The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 Journal of Laws No. 106, item 681/1997, with subsequent amendments.

⁴⁸ Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2004, no. 125, pos. 1317 with subsequent amendments.

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 forms⁴⁹.

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 area⁵⁰.

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 services⁵¹.

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 Act⁵², and the regulation⁵³.

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 Act⁵⁴, 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 Act⁵⁵ is the place of occurrence of a situation posing an immediate health risk, and its area of impact.

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 as above.

⁵¹ 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.

⁵² 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.

⁵³ 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).

⁵⁴ Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 1998, no. 21, pos. 94 with subsequent amendments.

⁵⁵ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

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

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

A nurse – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services⁵⁶.

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 care⁵⁷.

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

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

Professional practices of medical doctors, dentists, nurses or midwives – the form of practicing the profession in the framework of medical activities on the principles specified in the act and in separate regulations after entering the register of entities providing the health care⁵⁸.

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.

⁵⁶ The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, Journal of Laws of 2011, No. 174, item 1039.

⁵⁷ 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.

⁵⁸ The Act of 15 April 2011 on medical activity, uniform text. Laws 2011, No. 112, item. 654, with subsequent amendments.

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

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

Pharmaceutical outlets (punkt apteczny)/or rural community pharmacy – these are usually small retail pharmacies located in rural communities, they operate also within the framework of the Pharmaceutical Law, they sell pre-prepared drugs and other medical products under the scope of the register issued and published by the Health Minister.

Professional registers – registers of persons with the right to perform medical profession: Central Register of Physicians of Poland, the Central Register of Nurses and Midwives, Pharmacists Register, a list of laboratory diagnosticians.

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 structure⁵⁹.

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,
- 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.

⁵⁹ The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (Journal of Laws of 2013, item 757, with subsequent amendments).

Natural treatments:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Spa therapeutics department – a company or enterprise or organizational unit performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical activity. Spa treatment plant operates in the area of the spa, has been created in order to provide health benefits in the field of spa treatment or rehabilitation spa. According to the Law⁶⁰ 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

⁶⁰ 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.

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 Services⁶¹, 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 drivers⁶².

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

⁶² The 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 głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby oraz przyczyn hospitalizacji.

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

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2015 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 2015 r. stwierdzono jedynie 12 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 1 przypadek mniej niż rok wcześniej. Ponad dwukrotnie zwiększyła się natomiast liczba zachorowań na krztusiec – wykryto prawie 5,0 tys. przypadków. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie mazowieckim, kujawsko-pomorskim, łódzkim i podlaskim (19-27 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności), najrzadziej natomiast w województwie warmińsko-mazurskim i świętokrzyskim (3 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności).

W 2015 r. wyraźnie spadła liczba zachorowań na odrę – stwierdzono bowiem 48 przypadków, podczas gdy przed rokiem 110. Najwięcej przypadków zachorowań (prawie 46%) stwierdzono wśród mieszkańców województwa małopolskiego i zachodniopomorskiego (po 11 przypadków), mniej wśród mieszkańców województwa mazowieckiego i wielkopolskiego (odpowiednio 8 i 7 przypadków), zaś nieliczne lub tylko pojedyncze przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, opolskiego, podkarpackiego, podlaskiego, pomorskiego śląskiego. W pozostałych 5 województwach odry nie stwierdzono.

Kolejny rok obserwujemy zmniejszoną liczbę zachorowań na różyczkę. W ciągu całego 2015 roku zarejestrowano 2,0 tys. przypadków, tj. 2/3 mniej niż przed rokiem. Większe ogniska chorobowe występowały przede wszystkim w województwie mazowieckim, wielkopolskim i śląskim (łącznie blisko 40% ogółu zachorowań w Polsce), a ponadto dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i zachodniopomorskim (kolejne 30% ogółu zachorowań).

Nie odnotowano poprawy w częstości wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW), zwłaszcza typu B i C. O ponad ¼ wzrosła liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu B – stwierdzono bowiem prawie 3,5 tys. przypadków, o 1/5 wzrosła również liczba zachorowań typu C (4,3 tys. nowych przypadków); spadła natomiast – o 1/3 liczba zachorowań na WZW typu A. W ciągu 2015 r. stwierdzono bowiem 49 przypadków, podczas gdy przed rokiem 76. Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców pomorskiego i kujawsko-pomorskiego, na 100 tys. ludności przypadało bowiem 19 lub 16 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił 9 zachorowań na 100 tys. ludności.

W przypadku zachorowań na wirusowe zapalenie wątroby typu C stosunkowo najliczniej chorowali mieszkańcy województwa kujawsko-pomorskiego i lubuskiego – 23 i 18 zachorowań na 100 tys. ludności (2-krotnie częściej niż statystyczny mieszkaniec kraju), a w następnej kolejności mieszkańcy województwa łódzkiego, dolnośląskiego, śląskiego, zachodniopomorskiego, warmińsko-mazurskiego, wielkopolskiego i świętokrzyskiego – 11-15 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności.

Odnotowano pozytywne tendencje w zakresie występowania niektórych chorób zakaźnych układu pokarmowego, za wyjątkiem biegunek u dzieci do lat dwóch i salmonelloz. Poziom zachorowań na czerwonkę bakteryjną i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe nieznacznie się obniżył. W ciągu 2015 r. stwierdzono jedynie 18 przypadków czerwonki bakteryjnej, podczas gdy przed rokiem – 44 przypadki. Na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało prawie 23 przypadki zakażeń salmonellozą (w poprzednim roku niespełna 22 przypadków) i blisko 4 przypadki innych bakteryjnych zatruc pokarmowych. W grupie najmłodszych odnotowano aż 593 biegunki na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku tylko 562. W ciągu roku 2015 tylko w województwie małopolskim zarejestrowano połowę (9 przypadków) zachorowań na czerwonkę, po 2-3 przypadki w województwie śląskim i kujawsko-pomorskim oraz pojedyncze przypadki w województwie łódzkim, mazowieckim, pomorskim i warmińsko-mazurskim.

Zachorowania na salmonellozy najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw: małopolskiego, podkarpackiego, łódzkiego, mazowieckiego i lubelskiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało bowiem 25-30 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł niespełna 23 przypadki. Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe występowały głównie u mieszkańców województwa lubuskiego i śląskiego (co najmniej 10 zatruc na 100 tys.

ludności wobec niespełna 4 zachorowań dla Polski). W ciągu całego 2015 roku zarejestrowano ponad 43 tys. przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch. Najliczniej występowały one u małych dzieci mieszkających w województwie pomorskim – ponad prawie 820 przypadków na 10 tys., zatem o prawie 40% częściej niż w całej Polsce. Stosunkowo licznie biegunki także rejestrowano również w województwie małopolskim, gdzie stwierdzono ponad 755 przypadków na 10 tys.

W ciągu 2015 roku gruźlicę stwierdzono u ponad 6,4 tys. osób, tj. o ponad 0,3 tys. osób mniej niż przed rokiem. 94% nowych zachorowań dotyczyło gruźlicy płuc, a 6% – gruźlicy pozapłucnej. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2015 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców śląskiego – ponad 26 przypadków na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa lubelskiego, łódzkiego i świętokrzyskiego (po 22 przypadki), podczas gdy analogiczny wskaźnik dla kraju był znacznie niższy – niespełna 17 zachorowań na 100 tys. ludności.

Zaobserwowane w poprzednim roku korzystne tendencje w szerzeniu się chorób wenerycznych niestety uległy zahamowaniu. W 2015 r. stwierdzono bowiem prawie 1,3 tys. przypadków zachorowań na kiłę, tj. o prawie 8% więcej niż przed rokiem. Wzrosła, ale bardzo nieznacznie liczba wykrywanych zakażeń rzeżączką, odnotowano 500 takich zachorowań, tj. o 5 przypadków więcej niż przed rokiem. Stosunkowo najwięcej przypadków chorób wenerycznych wykryto w laboratoriach zlokalizowanych w województwie mazowieckim, pomorskim, śląskim i małopolskim (2/3 wszystkich przypadków).

Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2013 r.⁶³

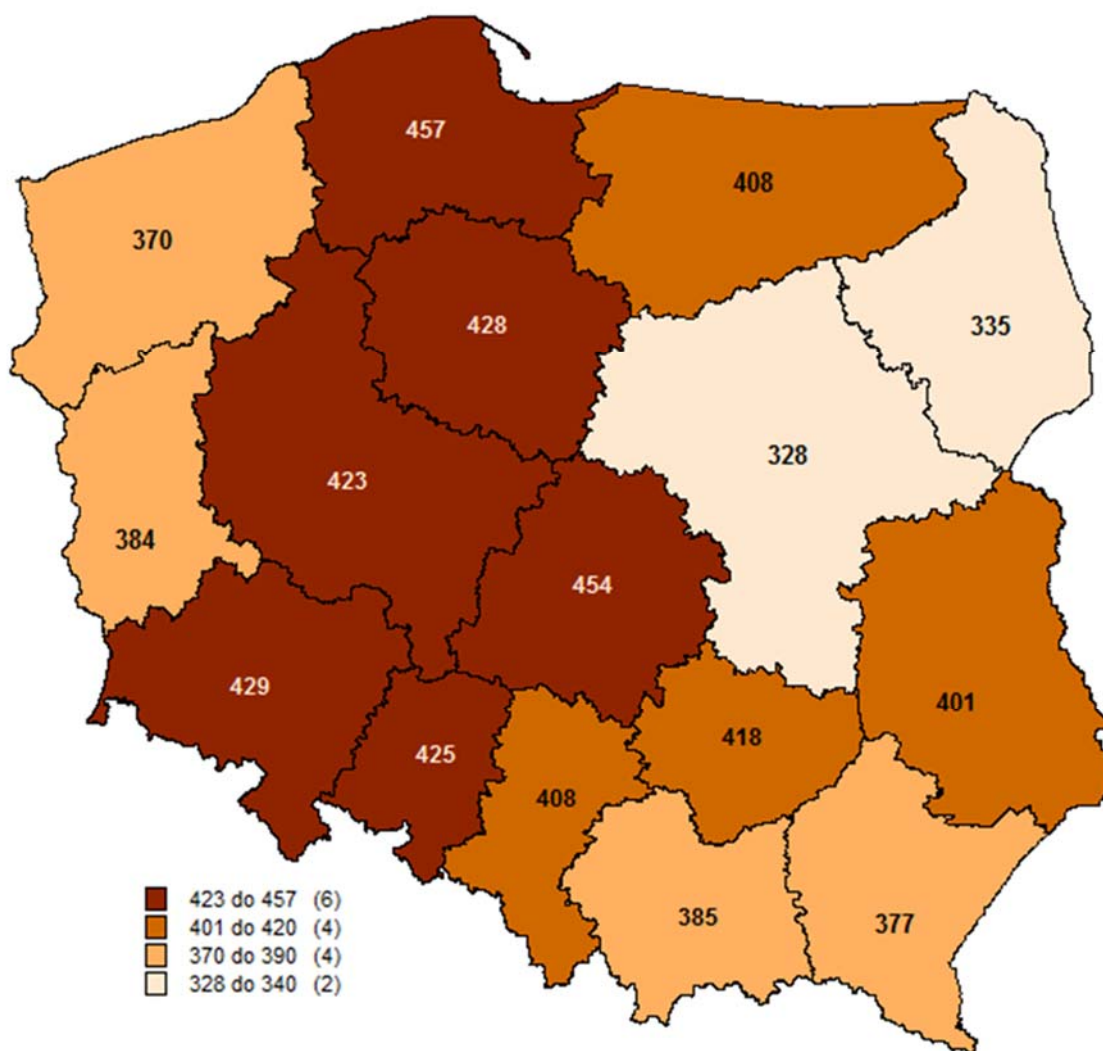
Nowotwory złośliwe stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. co roku stwierdza się ponad 120 tys. nowych zachorowań na nowotwory złośliwe, przy czym w ciągu 2013 r. stwierdzono ich już ponad 153 tys., tj. ponad 15 tys. więcej niż w roku 2010. Wskaźnik zachorowalności wyniósł blisko 399 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku dekady (w 2000 r.) – 299, czyli o 100 przypadków mniej. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe wykrywane są w narządach: trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej oraz płciowych – stanowiły one prawie 54% wszystkich nowotworów wykrytych w 2013 r. Wzrost liczby zachorowań w 2013 r. nie dotyczył całego kraju. W trzech województwach zarejestrowano mniej przypadków niż przed rokiem (w województwie mazowieckim, małopolskim i zachodniopomorskim); w lubuskim i podlaskim poziom zachorowań utrzymał się na poziomie ubiegłego roku. W pozostałych województwach obserwowano wzrost liczby zachorowań; najszybciej wzrosła liczba nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województw: warmińsko-mazurskim i lubelskim (wzrost o blisko 8%

⁶³ Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2013 r.

w porównaniu z rokiem ubiegłym) oraz w województwach wielkopolskim i świętokrzyskim (wzrost o 5% w porównaniu z rokiem ubiegłym).

W 2013 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono, podobnie jak i przed rokiem) u mieszkańców województwa pomorskiego (457 zachorowań na 100 tys. ludności) i łódzkiego (454 przypadki), w następnej kolejności wśród mieszkańców dolnośląskiego, kujawsko-pomorskiego, opolskiego, wielkopolskiego (co najmniej 420 nowych zachorowań na 100 tys. ludności). 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 2013 r. (na 100 tys. ludności)



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2013 r. można stwierdzić, że najczęściej nowotwory narządów trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa dolnośląskiego, opolskiego i kujawsko-pomorskiego (co najmniej 90 zachorowań na 100 tys. ludności), natomiast nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej – u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego – co najmniej 75 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, łódzkiego i śląskiego – co najmniej 75 przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców mazowieckiego i zachodniopomorskiego – nie więcej niż 60 zachorowań na 100 tys. ludności tych województw.

Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2014 r.⁶⁴

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2014 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się prawie 1,6 mln osób, czyli ponad 4% wszystkich Polaków, ale nieznacznie mniej niż przed rokiem (spadek o nieco ponad 15 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 173 tys. osób leczyło się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a 37 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: 3515, 450 i 97 i były nieco niższe niż 2013 r., za wyjątkiem ostatniej grupy (odpowiednio: 3571, 467 i 82).

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały zaburzenia nerwicowe (1123 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (845 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz stwierdzono u ponad 47% ogółu pacjentów leczonych w tych trzech poradniach. Blisko co 9 pacjent leczył się z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a co 43-ty z powodu zaburzeń psychicznych, spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych.

Porównując dane z kolejnych dwóch lat, można powiedzieć, że w 2014 r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano: zaburzenia nastroju (o blisko 2 tys. osób więcej) oraz zaburzenia rozwojowe – wzrost o 4 tys. osób. Wyraźnie mniej osób leczonych było z powodu organicznych zaburzeń psychicznych – o prawie 22 tys. pacjentów mniej niż przed rokiem, jak

⁶⁴ Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2014 r.

również osób z zaburzeniami osobowości i zachowań dorosłych (o blisko 3 tys. osób) oraz osób ze schizofrenią. Spadła również liczba osób leczonych z powodu używania alkoholu – o ponad 6 tys. osób, zwłaszcza z rozpoznaniem zespołu uzależnienia. Wzrosła natomiast liczba leczonych z tytułu używania środków psychoaktywnych – o prawie 6 tys., tj. o prawie 20%, głównie z powodu wzrostu liczby osób z rozpoznaniem zespołu uzależnienia czy abstynencyjnego lub też innych zaburzeń.

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

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2.1 . KADRA MEDYCZNA

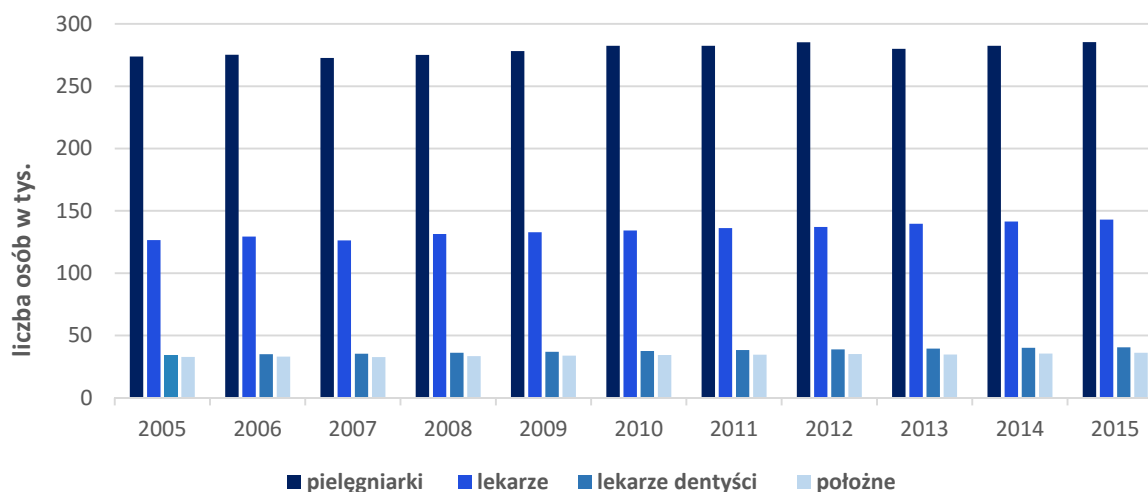
Jednym z zasadniczych elementów opieki zdrowotnej są zasoby kadrowe, które gwarantują skuteczne funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Czynnikiem, który wpływa na efektywność działania całego systemu, jest wielkość i jakość kadry medycznej. W tym przypadku istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych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

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2015 roku (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2014/2015).

Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych

Zgodnie z rejestrami prowadzonymi przez izby lekarskie, izby pielęgniarek i położnych, izby aptekarskie oraz izby diagnostów laboratoryjnych, w roku 2015, prawo wykonywania zawodu posiadało 143 tys. lekarzy, 40,5 tys. lekarzy dentyistów, 285 tys. pielęgniarek, 36 tys. położnych, 33 tys. farmaceutów i 15 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim we wszystkich z wymienionych zawodów medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost, podobnie jak przed rokiem, zarejestrowano w grupie farmaceutów (wzrost o 5,4%) oraz diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2,6%).

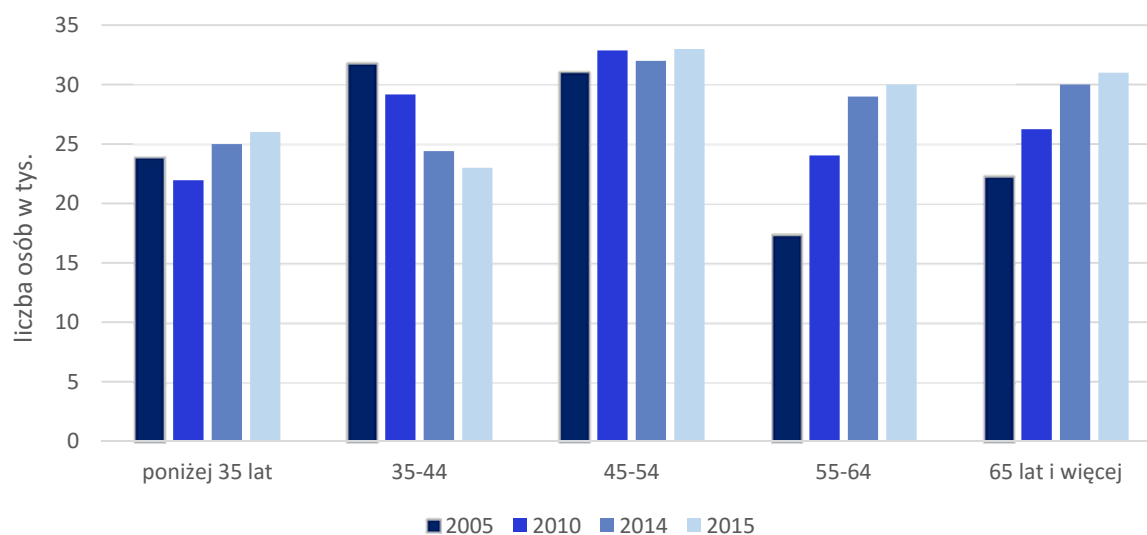
Wykres 1 . Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyisty, pielęgniarki oraz położnej w latach 2005-2015



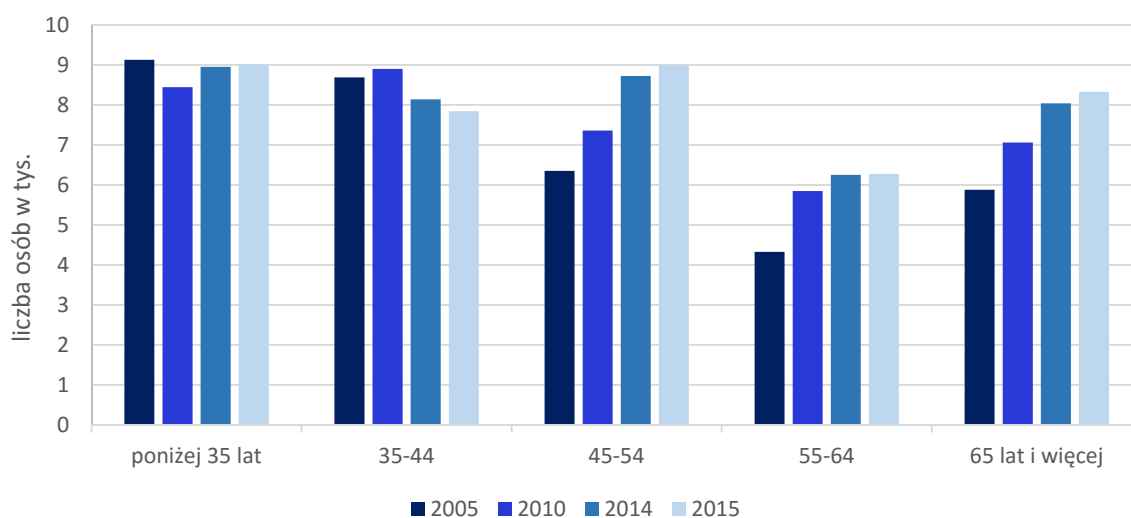
Na dynamikę liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem roczników starszych.

Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2015 r., jak i w latach poprzednich, utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentyistów uprawnionych do wykonywania zawodu. W 2015 r. miał miejsce systematyczny wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wiekowej – 65 lat i więcej. W przeciągu ostatnich 5 lat udział lekarzy w najstarszej grupie wiekowej wzrósł o 2,3 p. proc. natomiast lekarzy dentyistów o 1,8 p. proc.

Wykres 2 . Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku

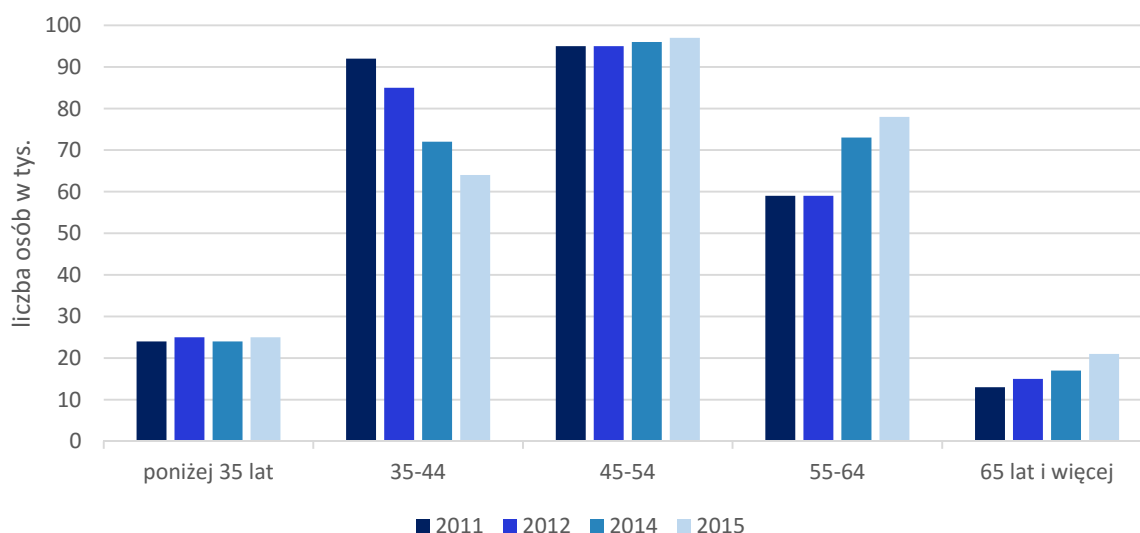


Wykres 3 . Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu – struktura wieku

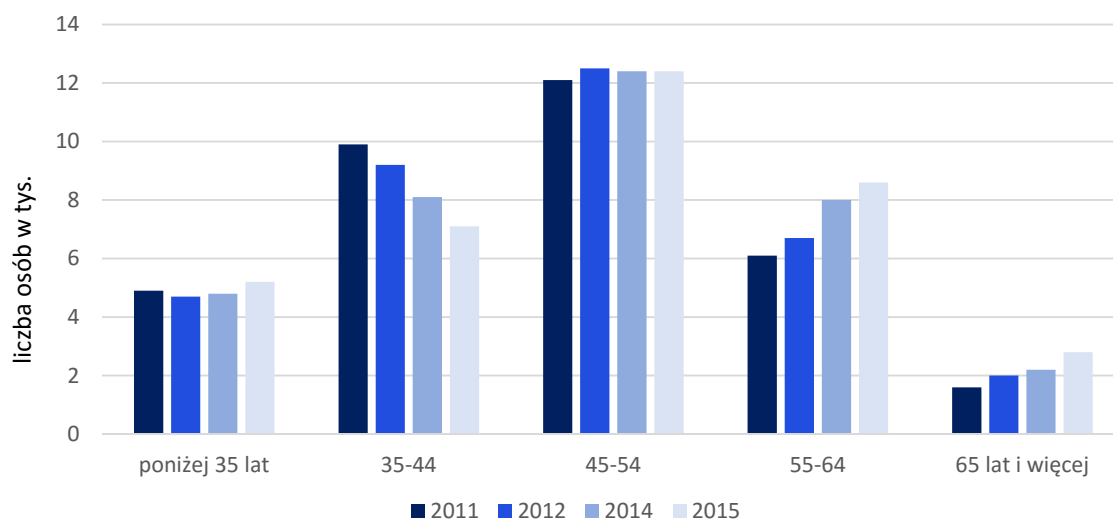


Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2015 najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45-54 lata – 97,4 tys. Najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej, których w 2015 r. było 21 tys. Na przestrzeni ostatnich 4 lat odsetek pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu w najstarszej grupie wiekowej wzrósł 2,8 p. proc. Na wzrost liczby pielęgniarek w tej grupie wiekowej ma zapewne wpływ wydłużenie wieku emerytalnego (docelowo do 67 roku życia), z którym mamy do czynienia od 2013 roku. Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 56-64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o prawie 4,5 tys. Niewielkąwyżkę, o ponad 1 tys. osób, zanotowano w grupie wieku 45 - 54 lat.

Wykres 4 . Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku



Wykres 5 . Położne uprawnione do wykonywania zawodu – struktura wieku



Podobne tendencje wystąpiły w przypadku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – ponad 12 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – 2,8 tys., tj. o ponad 600 osób więcej niż przed rokiem. W grupie najmłodszych położnych (poniżej 35 roku życia) odnotowano pozytywne zjawisko, dotyczące wzrostu osób uprawnionych do wykonywania zawodu. Położne mające mniej niż 35 lat stanowiły 14 %, a ich liczba w porównaniu z poprzednim rokiem wzrosła o 400 osób.

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

Wzrost liczby osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych uwarunkowany jest liczbą absolwentów kończących uczelnie i szkoły medyczne. Najnowszy raport Najwyższej Izby Kontroli dotyczący edukowania kadr medycznych wskazuje, że obecny sposób ich kształcenia nie jest w stanie zapewnić odpowiedniej liczby specjalistów, mimo że limity miejsc i przyjęć na studia medyczne, corocznie wyznaczane przez Ministra Zdrowia, ulegają zwiększeniu. Wnioski pokontrolne wskazują, że kluczowe powinno być zaplanowanie liczby poszczególnych specjalistów w systemie ochrony zdrowia, a także taka organizacja systemu kształcenia, która wskazywałaby na rzetelne rozpoznanie potrzeb zdrowotnych obywateli. System kształcenia personelu medycznego powinien zapewniać zarówno odpowiednią liczbę absolwentów kierunków medycznych, ale również wysoką jakość tego procesu⁶⁵. Odpowiednie planowanie kadr medycznych leży także w kręgu zainteresowań organizacji międzynarodowych, takich jak Światowa Organizacja Zdrowia, czy Unia Europejska⁶⁶.

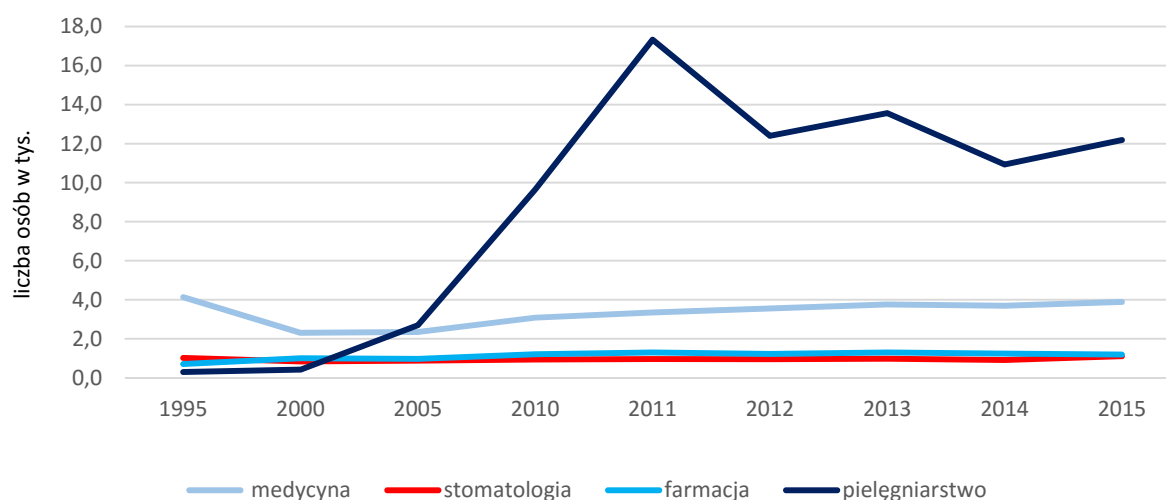
W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat⁶⁷.

⁶⁵ Informacja o wynikach kontroli *Kształcenie i przygotowanie zawodowe kadr medycznych*, Najwyższa Izba Kontroli, Warszawa 2016.

⁶⁶ Patrz: A. Domagała, *Planowanie kadr medycznych systemu zdrowotnego - potrzeba, czy konieczność?*, *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 11(2) 2013, s. 148-158.

⁶⁷ Dane GUS – formularz S-10.

Wykres 6. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce w latach 1995-2015



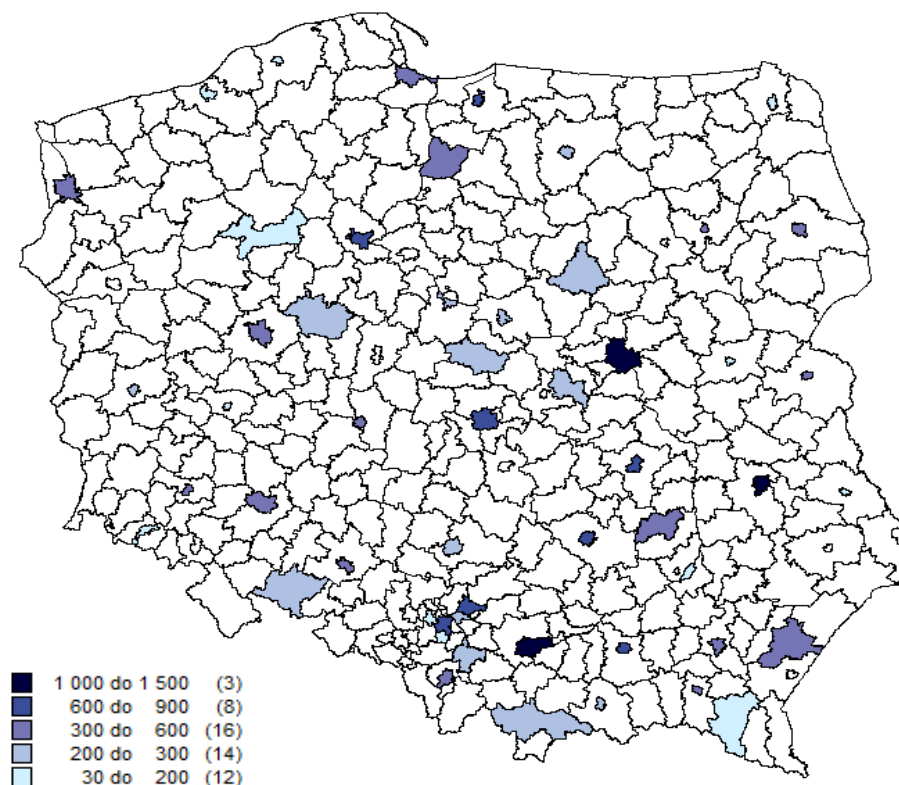
W latach 2000-2011 obserwowany był znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Był to przede wszystkim efekt wejścia Polski do Unii Europejskiej. Dyplom potwierdzający ukończenie średniej szkoły medycznej nie stanowił już wystarczającego potwierdzenia kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarzki muszą mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw. pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe miał się odbyć w roku 2010/2011. Wiąże się z tym, widoczny na wykresie wyraźny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo w roku 2011. Inną przyczyną gwałtownego wzrostu liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo mogły być przypadki podwójnego liczenia absolwenta w statystykach. Ostatnie lata charakteryzowały się wahaniami w liczbie absolwentów kierunku pielęgniarstwo. W roku 2015 odnotowano wzrost liczby absolwentów pielęgniarstwa o ponad 1,2 tys. osób w porównaniu z rokiem poprzednim. W ciągu 20 lat (1995-2015) liczba absolwentów pielęgniarstwa wzrosła niemal czterdziestokrotnie.

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

W roku akademickim 2014/2015 liczba szkół, gdzie była możliwość kształcenia studentów na kierunku pielęgniarstwie, zmalała w porównaniu z rokiem akademickim 2013/2014 z 78 do 66. Co za tym idzie, zmalała także liczba studentów z 25,7 tys. w roku akademickim 2013/2014 do 21,9 tys. w roku 2014/2015. Zmniejszyła się także liczba jednostek zamiejscowych oferujących

kształcenie na kierunku pielęgniarstwo, a co z tym idzie, liczba studentów na tym kierunku zmalała o ponad 500 osób. Najwięcej studentów studiów pielęgniarstwa kształciło się w województwie mazowieckim (3114 studentów) i śląskim (2610 studentów). Niezmiennie od lat w Bydgoszczy mieści się największa placówka typu zamiejscowego, gdzie kształci się najwięcej studentów (653 studentów studiów pielęgniarstwa w roku 2014/2015).

Mapa 2. Studenci na kierunku pielęgniarstwo według powiatów w roku akademickim 2014/2015 (osoby)

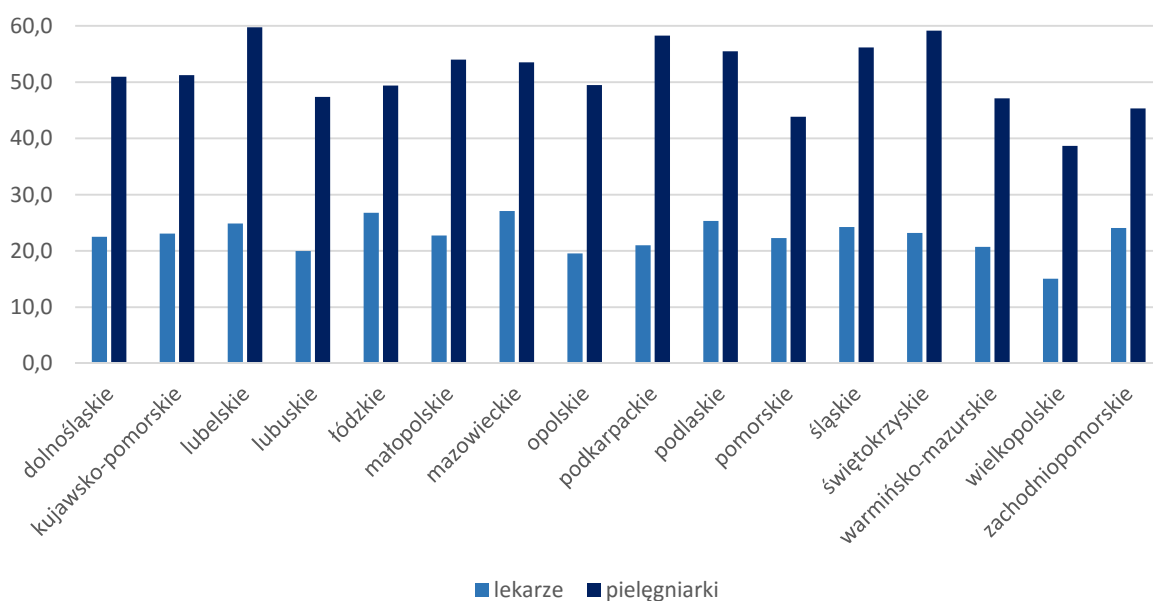


Od 2000 roku notuje się także wzrost liczby absolwentów medycyny. Liczba abiturientów na kierunkach farmacja oraz stomatologia od 20 lat utrzymują się na stałym, dość niskim poziomie.

Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem. Lekarze specjaliści

W obliczu niedoborów kadry medycznej niezwykle istotna wydaje się dostępność usług medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego opartej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność do odpowiedniej ilości kadry medycznej zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15 w województwie wielkopolskim do ponad 27 w województwie mazowieckim. Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców w roku 2015 była najniższa w województwie wielkopolskim – 39 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, oraz w województwie pomorskim, gdzie przyspadały 44 pielęgniarki na 10 tys. osób, natomiast najwięcej pielęgniarek było w województwie lubelskim i świętokrzyskim – niemalże 60 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców.

Wykres 7. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw



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

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

W 2015 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wzrosła do 60 tys., czyli o niemalże 500 osób więcej niż przed rokiem, a wśród lekarzy dentyków specjalizację posiadało 2,7 tys., co stanowiło 21,6% wszystkich lekarzy dentyków, jednak za mało aby wyrównać pojawiający się deficyt. Warto dodać, że w systemie opieki zdrowotnej pracują także lekarze i lekarze dentyści z I stopniem specjalizacji, którzy obecnie nie są zaliczani do lekarzy specjalistów. W porównaniu z 2014 rokiem liczba lekarzy posiadających ten stopień specjalizacji zmniejszyła się o około 400 osób jeśli chodzi o lekarzy, oraz o około 200 osób w przypadku lekarzy dentyków. Grupa ta systematycznie maleje z powodu odchodzenia starszych roczników, natomiast część lekarzy posiadających I stopień specjalizacji skorzystało z przyspieszonego trybu podwyższenia kwalifikacji i zdobyło 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 obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości⁶⁹. W grudniu 2012 roku, Minister Zdrowia wydał rozporządzenie⁷⁰, w którym określono priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie brakuje specjalistów. Są to między innymi takie specjalizacje jak: geriatria (155 lekarzy), hematologia (280 lekarzy), neurologia dziecięca (255 lekarzy), psychiatria dzieci i młodzieży (192 lekarzy), stomatologia dziecięca (209 lekarzy)⁷¹.

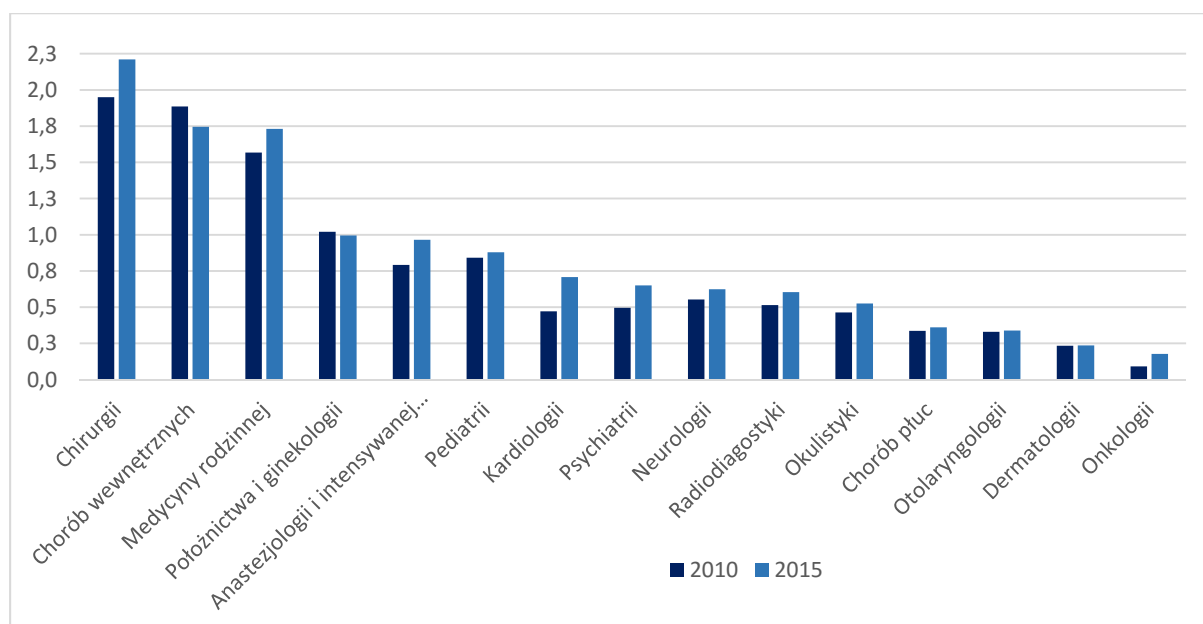
Na koniec 2015 roku, podobnie jak w latach poprzednich, najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, chorób wewnętrznych oraz medycyny rodzinnej – średnio na 10 tysięcy osób przypadało ok. 2 lekarzy z wymienionych specjalizacji. Spośród wymienionych na wykresie lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: dermatologia, czy onkologia.

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

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

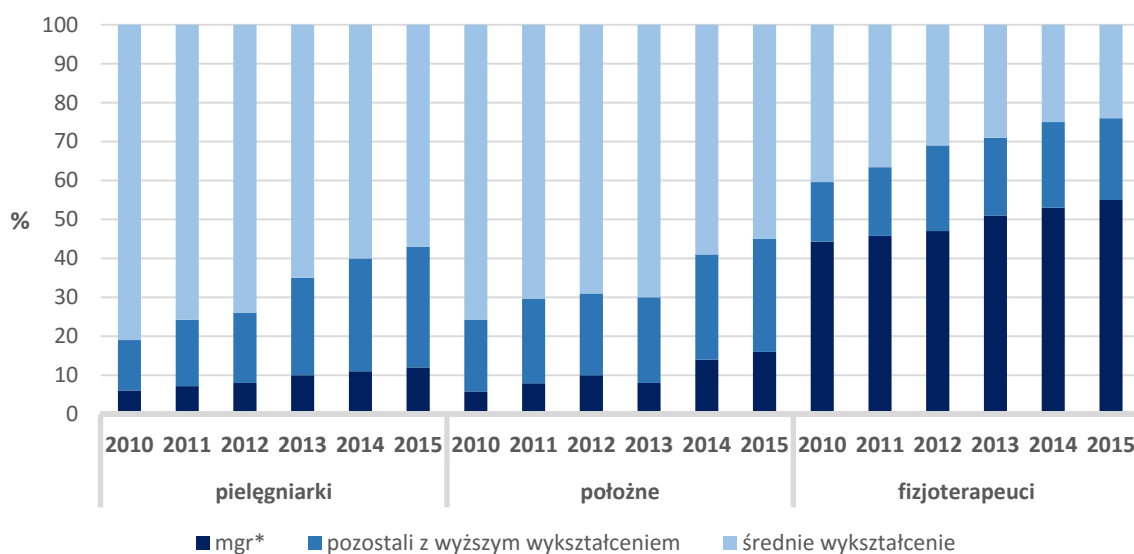
⁷¹ Dane w nawiasach podano w oparciu o wyniki badań resortowych MZ-89 i MSWiA-29, i dotyczą pracujących według głównego miejsca pracy.

Wykres 8. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2015 (w tys. osób)



Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2015 roku, spośród pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem 31% posiadało tytuł licencjata, 12% ogółu – tytuł magistra pielęgniarstwa. Jeśli chodzi o liczbę pracujących położnych to 29% posiadało tytuł licencjata, zaś 16% miało wykształcenie wyższe magisterskie.

Wykres 9. Poziom wykształcenia pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów w latach 2010-2015

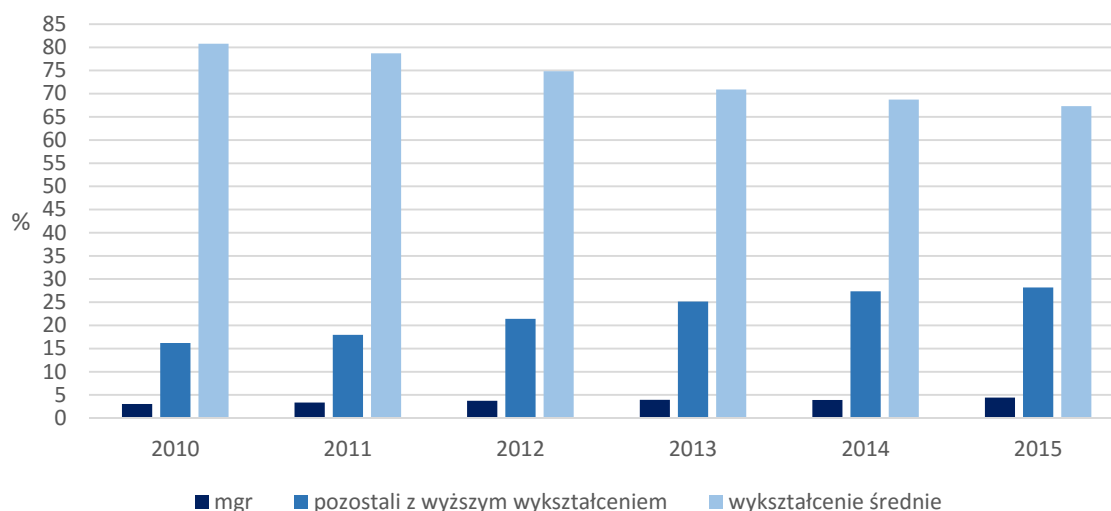


* w przypadku pielęgniarek – magistrzy pielęgniarstwa, w przypadku położnych – magistrzy położnictwa, w przypadku fizjoterapeutów – magistrzy fizjoterapii lub rehabilitacji.

Najwyższy odsetek osób z wyższym wykształceniem w przedstawionych zawodach medycznych wystąpił w grupie fizjoterapeutów i wyniósł w 2015 roku 77%, przy czym 55% pracujących w tej grupie posiadało wykształcenie wyższe magisterskie.

W przypadku ratownika medycznego zdobycie uprawnień zawodowych jest możliwe w drodze ukończenia studiów I stopnia na kierunku/specjalności ratownictwo medyczne. Do niedawna dyplom ratownika medycznego można było uzyskać kończąc 2 – letnią szkołę policealną, jednak zgodnie z rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej ostatni nabór do szkół policealnych kształcących w zawodzie ratownik medyczny odbył się w roku szkolnym 2012/2013⁷². W 2015 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,9 tys. ratowników medycznych ze średnim wykształceniem (o 0,3 tys. mniej niż przed rokiem). Natomiast ratowników z wyższym wykształceniem było 4,3 tys. (w tym 0,5 tys. ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim).

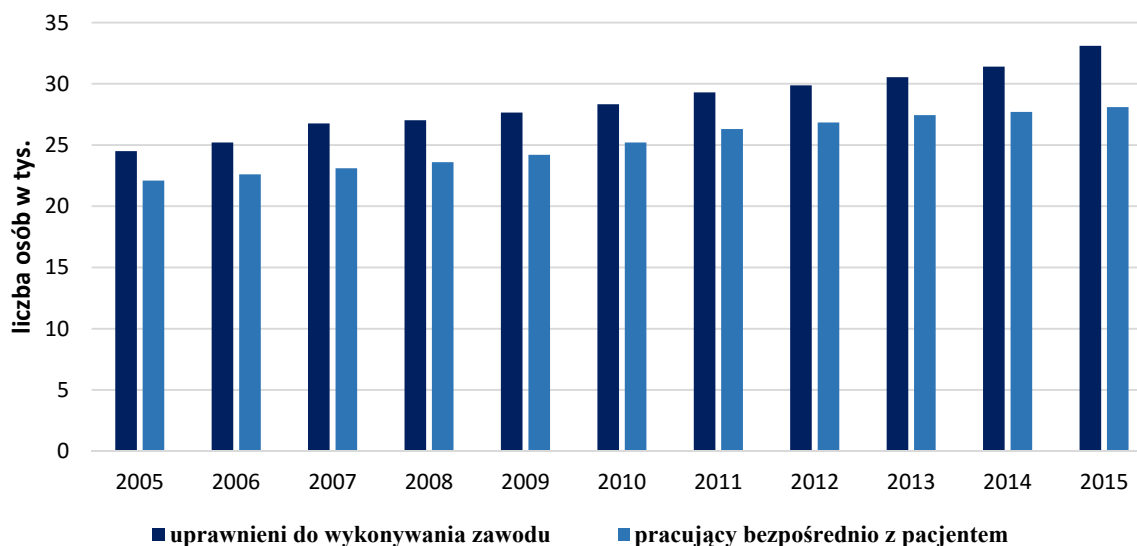
Wykres 10. Poziom wykształcenia ratowników medycznych w latach 2010-2015



Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2015 r. uprawnionych było 33 tys. osób (o 1,7 tys. więcej niż przed rokiem), natomiast w zbadanych aptekach i punktach aptecznych pracowało 28 tys. osób. Dane wskazują, że 85% wszystkich uprawnionych pracowało w aptekach bezpośrednio z pacjentem.

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

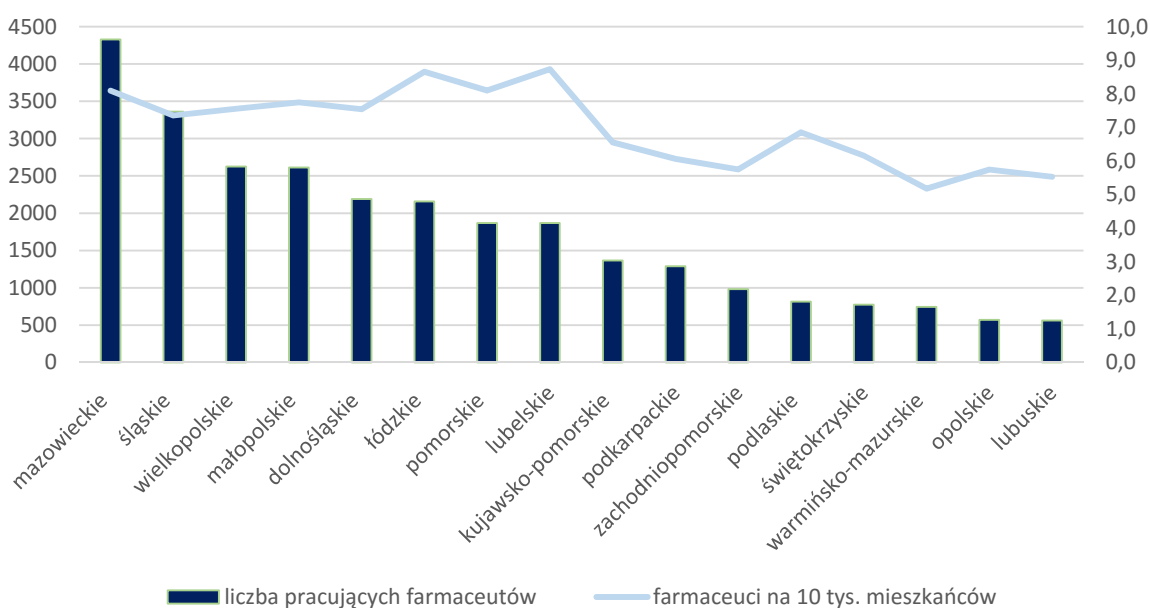
Wykres 11. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu



Zarówno liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty jak i liczba pracujących „bezpośrednio z pacjentem” (czyli w aptekach) systematycznie rośnie. W ciągu ostatniej dekady liczba farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych zwiększyła się z 22,1 tys. w roku 2005 do 28 tys. w roku 2015.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2015 r. pracowało łącznie 28 tys. magistrów farmacji oraz 32 tys. techników farmaceutycznych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (83,4%).

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



Najwięcej farmaceutów pracowało w aptekach i punktach aptecznych województwa mazowieckiego – 4,3 tys. osób, natomiast najmniej w województwie lubuskim – nieco ponad 500 osób. Identyczna sytuacja miała miejsce w przypadku pracujących techników farmacji – najwięcej z nich (4,3 tys.) było zatrudnionych w województwie mazowieckim, zaś najmniej (0,9 tys.) w województwie lubuskim.

Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy, tak samo jak przed rokiem, w województwie lubelskim i łódzkim – po prawie 9 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim (5,2) lubuskim (5,5) oraz opolskim i zachodniopomorskim (5,7).

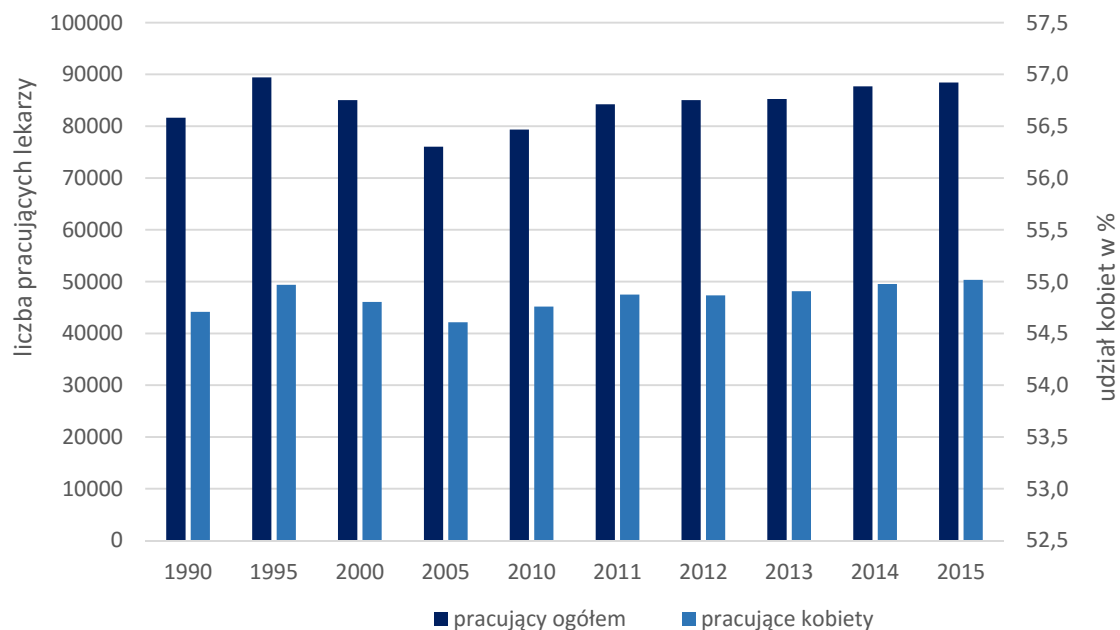
Feminizacja zawodów medycznych

Funkcja kobiet w naukach medycznych na przestrzeni wieków przyjmowała rozmaite formy. Pełniły one role pomocnicze, opiekuńcze, pielęgnacyjne, aż w końcu przyszedł czas na ich profesjonalizację i równouprawnienie w wykonywaniu zawodów medycznych. Dopiero XX wiek trwale ugruntował pozycję kobiet w naukach medycznych⁷³. Współcześnie zaobserwować możemy feminizację zawodów medycznych, co nie jest wyłącznie polską specyfiką. W Polsce w 2015 r. kobiety przeciętnie stanowiły około 70% uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych. Najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. Na przełomie zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale 25 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W zawodzie lekarza dentystry także przeważają kobiety, które stanowią średnio 75% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

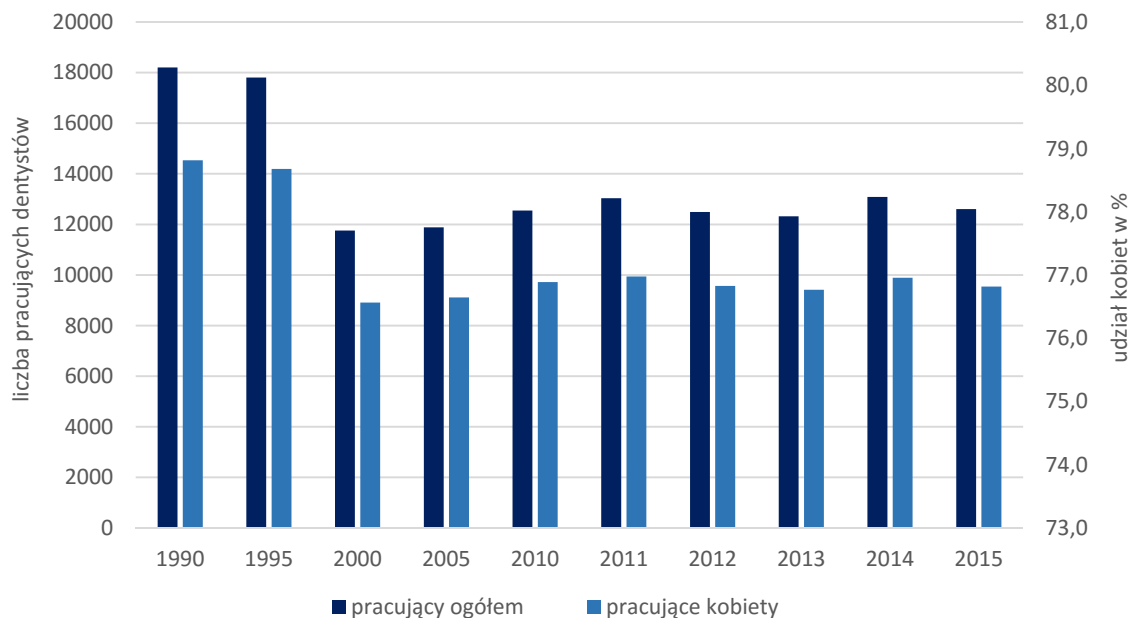
Poniższe wykresy przedstawiają dane dotyczące wybranych trzech zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystry oraz farmaceutów. Na wykresach przedstawione są informacje na temat liczby personelu medycznego pracującego bezpośrednio z pacjentem, ze szczegółowym uwzględnieniem liczby kobiet pracujących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

⁷³ Patrz: Jołkiewicz D., *Kobiety w naukach medycznych wczoraj i dziś*, Nauka i Szkolnictwo Wyższe nr 2/38/2011, s. 35-47.

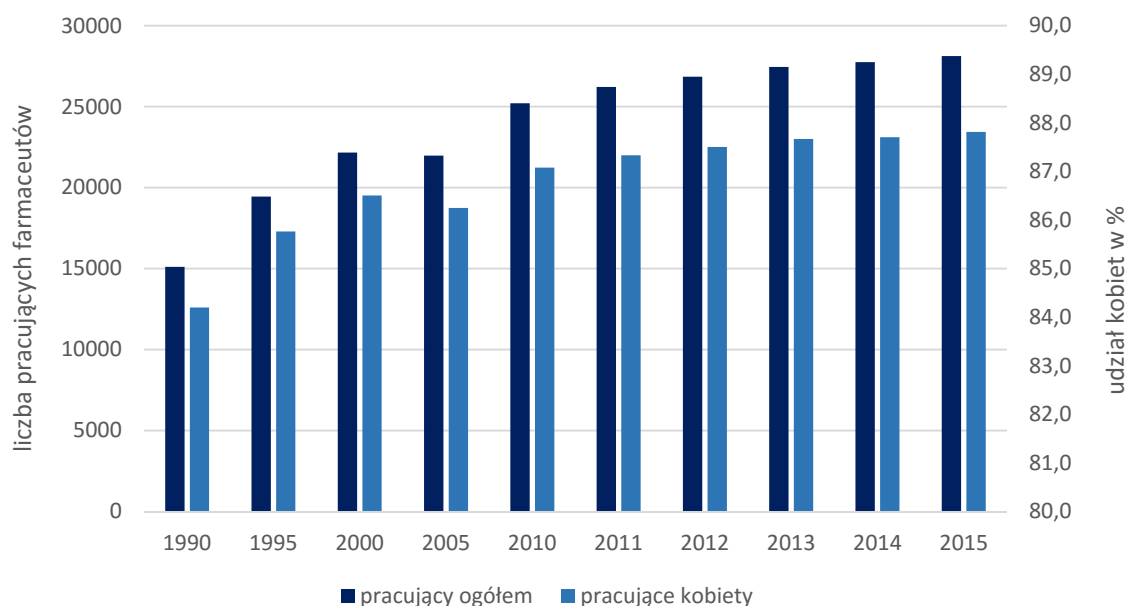
Wykres 13. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2015 z uwzględnieniem liczby kobiet



Wykres 14. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2015 z uwzględnieniem liczby kobiet

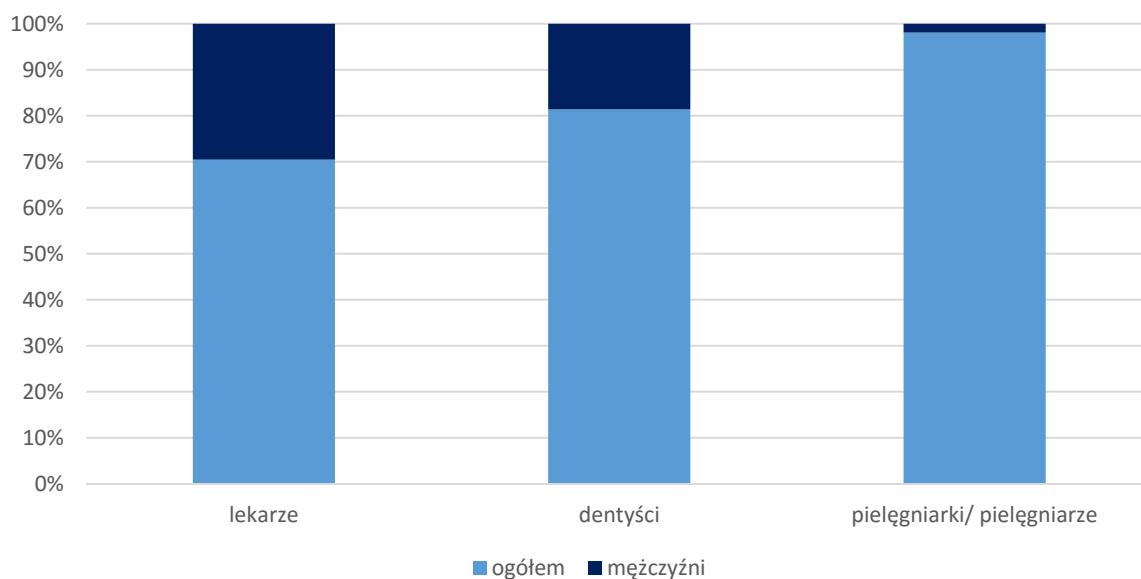


Wykres 15. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem w latach 1990-2015 z uwzględnieniem liczby kobiet



O silnym sfeminizowaniu zawodu pielęgniarki i położnej nie trzeba nikogo przekonywać. Odsetek uprawnionych do wykonywania zawodu w zawodzie pielęgniarza i położnika do tej pory pozostaje niewielki. Poniżej przedstawiony zostały wykres przedstawiający liczbę mężczyzn uprawnionych do wykonywania zawodu w wybranych profesjach medycznych.

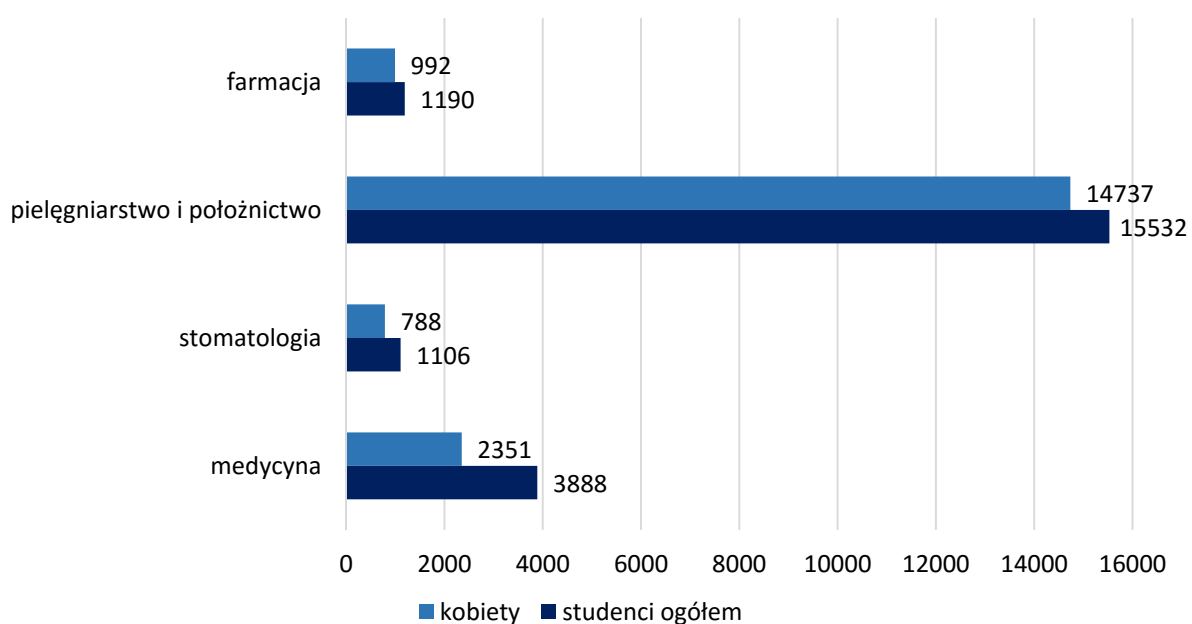
Wykres 16. Udział mężczyzn uprawnionych do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści oraz pielęgniarza



W 2015 roku jedynie 68 mężczyzn posiadało prawo wykonywania zawodu położnika. To o 3 osoby więcej niż przed rokiem i o 13 więcej niż przed czterema laty.

O feminizacji kadry medycznej świadczy również liczba absolwentów kierunków medycznych, którymi w większości przypadków są kobiety. W roku akademickim 2014/2015 63% wszystkich absolwentów medycyny stanowiły kobiety, w przypadku stomatologii było to 71%. Wśród absolwentów farmacji było aż 83% kobiet. Natomiast najwyższy odsetek kobiet był wśród osób kończących pielęgniarstwo i położnictwo, gdzie panie stanowiły 95% abiturientów.

Wykres 17. Absolwenci wybranych kierunków medycznych w podziale na płeć (osoby)



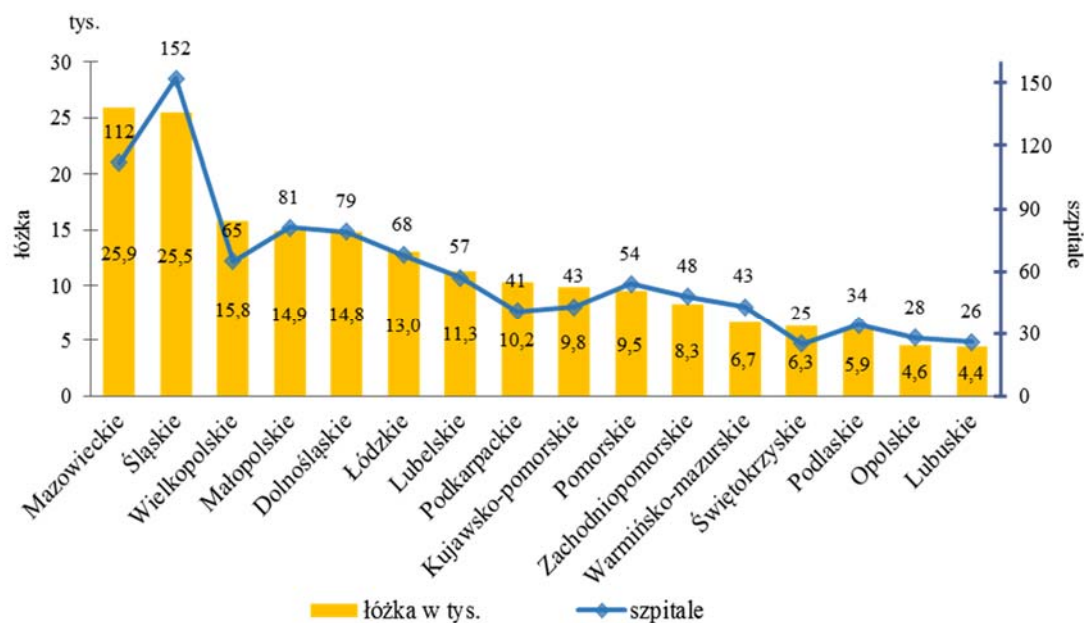
2.2 STACJONARNA OPIEKA ZDROWOTNA

Szpitala ogólne⁷⁴

W Polsce na koniec 2015 r. odnotowano łącznie 956 **szpitali ogólnych** dysponujących 186,8 tys. łóżek, z których w ciągu roku skorzystało blisko 7,8 mln pacjentów. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. ludności wyniósł 48,6 a na jedno łóżko przypadało przeciętnie 206 osób. Liczba szpitali była mniejsza niż przed rokiem o 2,3% (23 szpitale), a liczba łóżek w skali kraju zmalała o 0,6% (1,1 tys. łóżek).

Najwięcej łóżek szpitalnych było w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: województwie mazowieckim – 25,9 tys. łóżek (13,9% wszystkich łóżek) i śląskim – 25,5 tys. łóżek (13,7% łóżek ogółem). W sumie szpitale w tych dwóch województwach dysponowały ponad ¼ wszystkich łóżek szpitalnych w Polsce⁷⁵. Podobnie jak przed rokiem, najmniej łóżek odnotowano w województwach: lubuskim (4,4 tys.) i opolskim (4,6 tys.) co stanowiło łącznie 5,0% wszystkich łóżek szpitalnych.

Wykres 18. Liczba szpitali ogólnych i łóżek w szpitalach według województw (stan w dniu 31 XII)



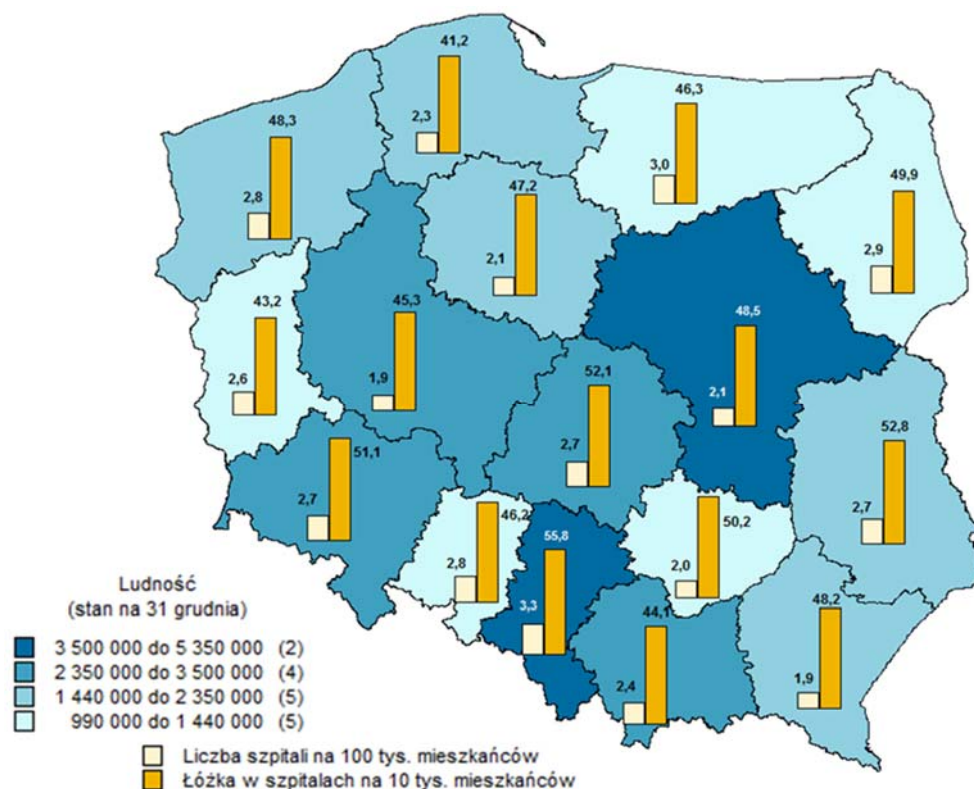
Podobnie przedstawiała się struktura liczebności szpitali. Najwięcej szpitali odnotowano w województwach: śląskim (152) i mazowieckim (112), łącznie 27,6% wszystkich szpitali, a najmniej w świętokrzyskim (25) oraz lubuskim (26), łącznie 5,3% szpitali.

⁷⁴ Analiza nie uwzględnia szpitali w zakładach karnych oraz szpitali działających wyłącznie w trybie dziennym.

⁷⁵ Bez szpitali w zakładach karnych utworzonych przez Ministra Sprawiedliwości.

W przeliczeniu na liczbę ludności, liczba szpitali w kraju wyniosła 2,5 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 48,6 łóżek na 10 tys. mieszkańców. Wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców był największy w województwach: śląskim (55,8), lubelskim (52,8) i łódzkim (52,1) a najmniejszy w województwie pomorskim (41,2) lubuskim (43,2) i małopolskim (44,1).

Mapa 3. Liczba szpitali ogólnych na 100 tys. ludności oraz liczba łóżek w szpitalach na 10 tys. ludności według województw (stan w dniu 31 XII)

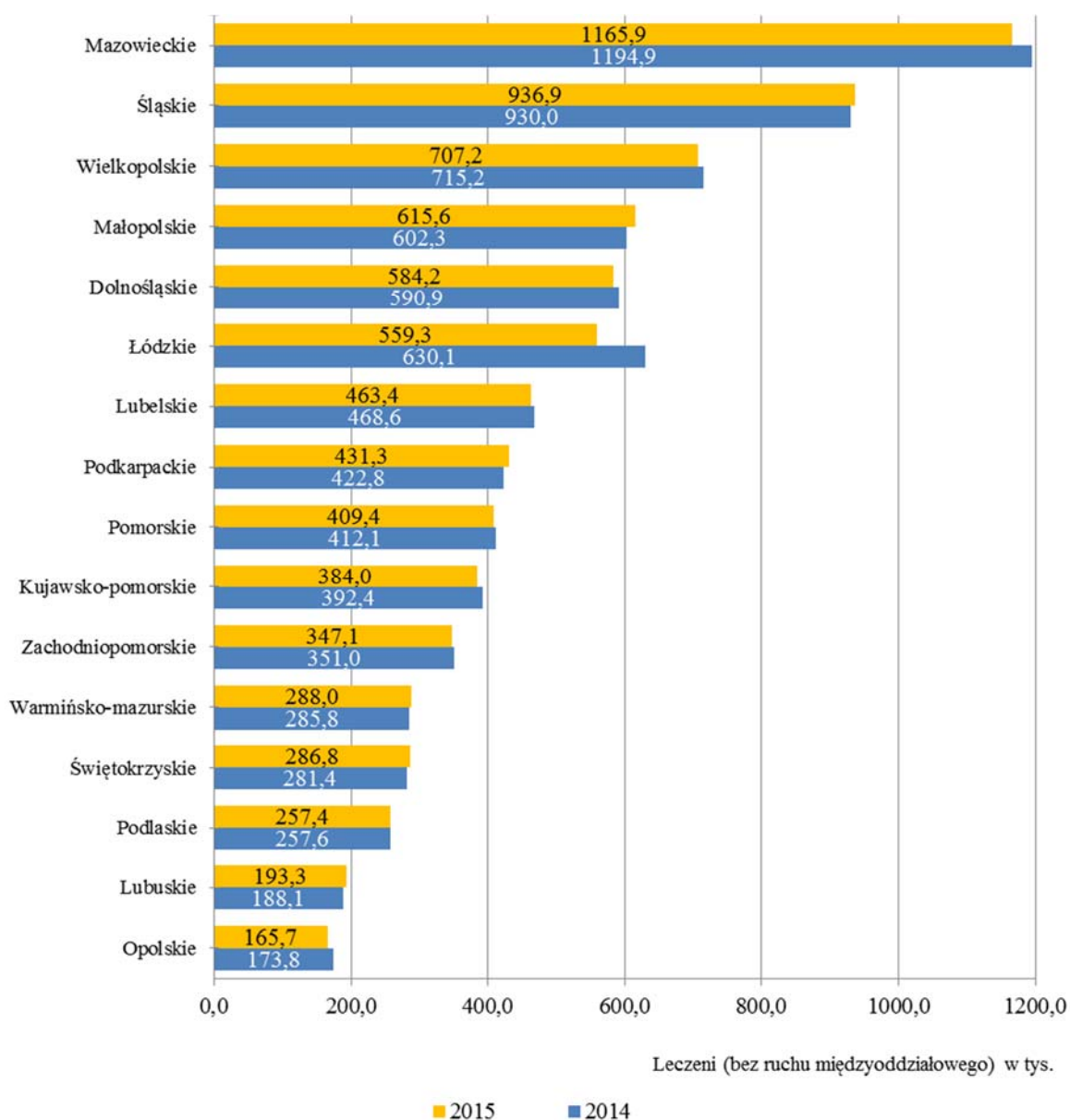


W szpitalach ogólnych w 2015 r. przyjęto 7,8 mln pacjentów⁷⁶ leczonych stacjonarnie, o 1,3% tj. 101,6 tys. osób mniej niż w 2014 r. co oznacza że na 10 tys. ludności przypadało 2027 leczonych, o 25 osób mniej niż w 2014 r. Najwięcej pacjentów odnotowano w placówkach województwa mazowieckiego (1165,6 tys., o 2,4% mniej niż w 2014 r.), następnie województwa śląskiego (936,9 tys., o 0,7% więcej) i wielkopolskiego (707,2 tys., o 1,1% mniej w porównaniu do 2014 r.), czyli w placówkach województw o największej liczbie ludności.

Najmniej pacjentów przebywało w szpitalach województwa opolskiego – 165,7 tys. (o 4,7% mniej niż w 2014 r.), lubuskiego – 193,3 tys. (o 2,8% więcej) i podlaskiego – 257,4 tys. (o 0,1% mniej), czyli województw o najmniejszej liczbie ludności.

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

Wykres 19. Leczeni⁷⁷ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych według województw w latach 2014 i 2015

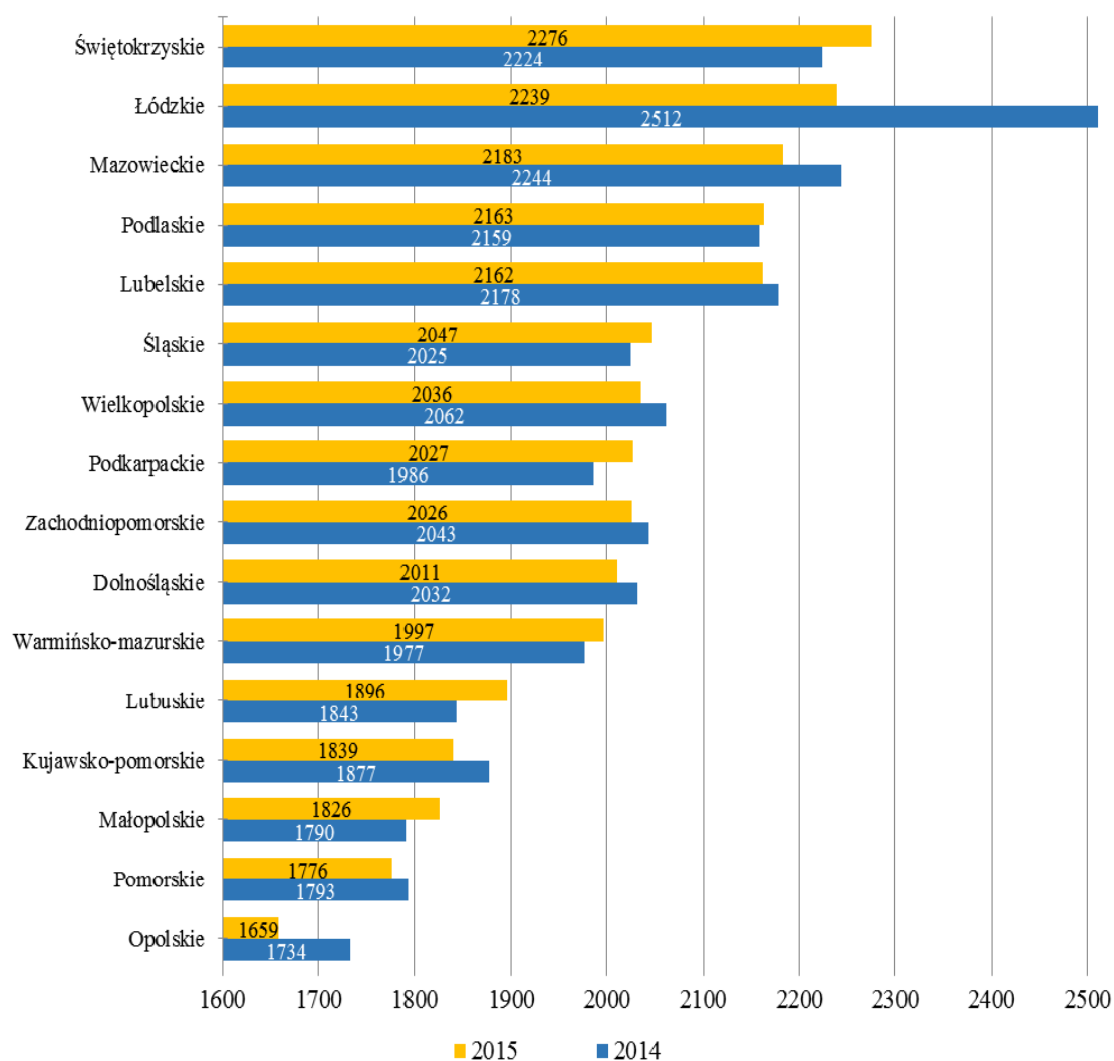


Największy wzrost liczby pacjentów korzystających ze stacjonarnej opieki szpitalnej w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano w woj. lubuskim (o 2,8%), małopolskim (o 2,2%) i podkarpackim (o 2,0%). Największy spadek w woj. łódzkim (o 11,2%), opolskim (o 4,7%) i mazowieckim (o 2,4% mniej).

Wskaźnik liczby leczonych w przeliczeniu na 10 tys. ludności był największy w województwie świętokrzyskim (2276), łódzkim (2239) i mazowieckim (2183), a najmniejszy w opolskim (1659), pomorskim (1776) i małopolskim (1826) (Wykres 20).

⁷⁷ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Wykres 20. Leczeni⁷⁸ w trybie stacjonarnym w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw w latach 2014-2015



W 2015 r., podobnie jak przed rokiem, udział dzieci i młodzieży (do 18 roku życia) leczonych stacjonarnie, w skali kraju wyniósł 17,3% tj. 1351 tys. przypadków. W województwach kujawsko-pomorskim, pomorskim i małopolskim blisko co piąty pacjent była to osoba młoda (dziecko lub młodzież do 18 roku życia) podczas gdy w woj. opolskim prawie co dziesiąty pacjent był z tej grupy wieku.

⁷⁸ Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

Oddziały szpitalne

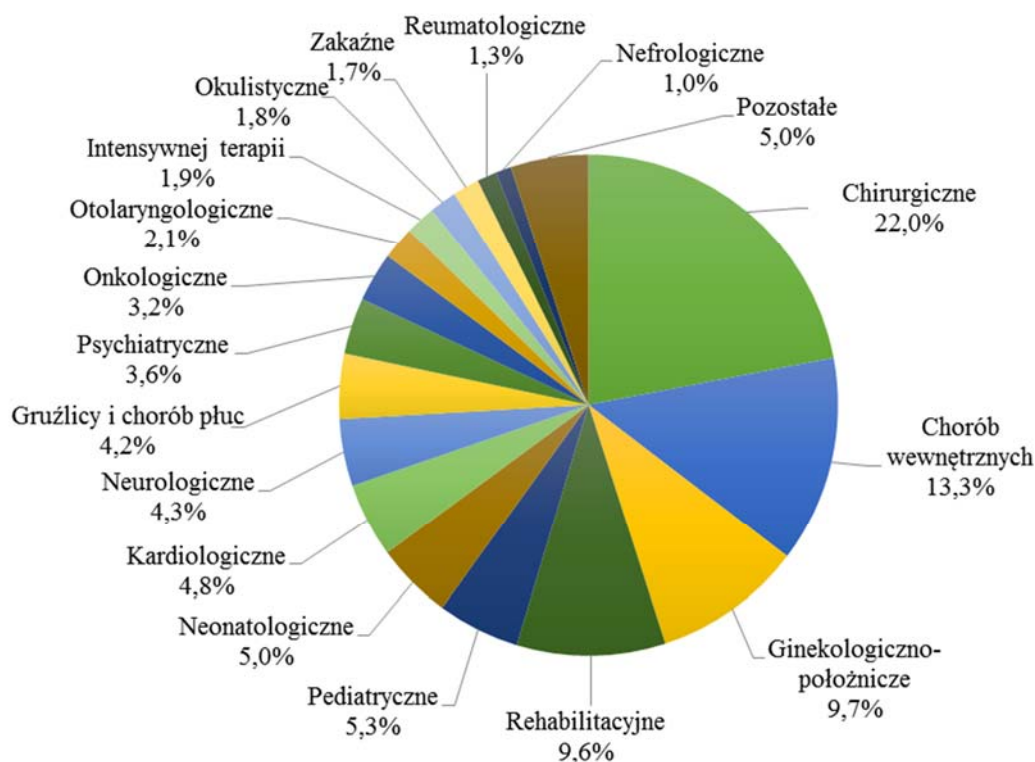
Do analizy działalności szpitali, istotnych informacji dostarczają statystyki zgromadzone bezpośrednio z oddziałów szpitalnych, przedstawiające infrastrukturę i działalność poszczególnych oddziałów szpitalnych w skali kraju.

W 2015 r. podobnie jak w latach poprzednich największą liczbą łóżek ogółem w skali kraju dysponowały oddziały o specjalnościach chirurgicznych⁷⁹- 41,1 tys. (22,0% wszystkich łóżek), z czego ponad połowa łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (21,1 tys.), a prawie 1/4 (10,5 tys.) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Najmniej łóżek chirurgicznych znajdowało się na oddziałach chirurgii szczękowo-twarzowej (0,5 tys.).

Kolejne oddziały szpitalne z dużą liczbą łóżek to: oddziały chorób wewnętrznych – (13,3%), ginekologiczno-położnicze (9,7%), rehabilitacyjne (9,6%), pediatryczne (5,3%), neonatologiczne (5,0%) i kardiologiczne (4,8%).

Strukturę liczebności łóżek na oddziałach przedstawia poniższy wykres.

Wykres 21. Struktura łóżek w szpitalach ogólnych według rodzajów oddziałów⁷⁹ w 2015 r. (stan w dniu 31 XII)

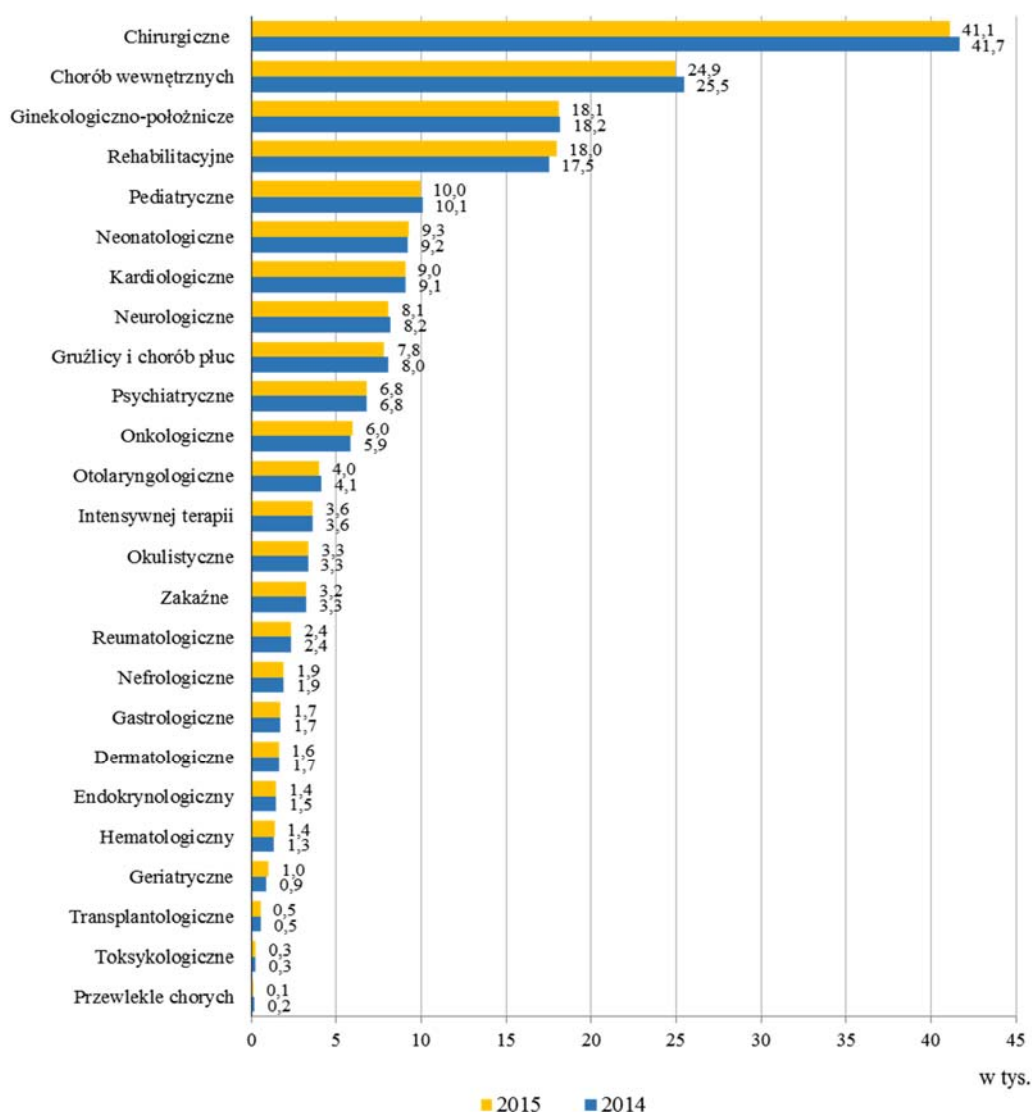


⁷⁹ Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym. Do oddziałów zakaźnych – obserwacyjno-zakaźne. Do oddziałów psychiatrycznych – oddziały odwykowe.

W skali kraju najmniejszą liczbą łóżek dysponowały m.in. oddziały leczenia jednego dnia (75 łóżek), które rejestrowane są w strukturze szpitali od kilku lat, oddziały dla przewlekle chorych (137 łóżka), których systematycznie ubywa, następnie oddziały toksykologiczne (256), transplantologiczne (528) i geriatryczne (1001 łóżek). Łącznie łóżka na tych oddziałach stanowiły 1,1% wszystkich łóżek w szpitalach. Na prezentowanym wykresie (Wykres 21) łóżka te znalazły się w grupie „pozostałe”.

Z roku na rok liczba łóżek na poszczególnych oddziałach ulega pewnym zmianom. W 2015 r. większą liczbą łóżek, w porównaniu do 2014 r., dysponowały oddziały: rehabilitacyjne (o 2,7% tj. 469 łóżek więcej), geriatryczne (wzrost o 17,4% tj. 148 łóżek) i onkologiczne (wzrost o 2,1% tj. 125 łóżek).

Wykres 22. Łóżka na wybranych oddziałach⁸⁰ w szpitalach ogólnych w 2014 r. i 2015 r. (stan w dniu 31 XII)



⁸⁰ Patrz przypis nr 79 na str. 68.

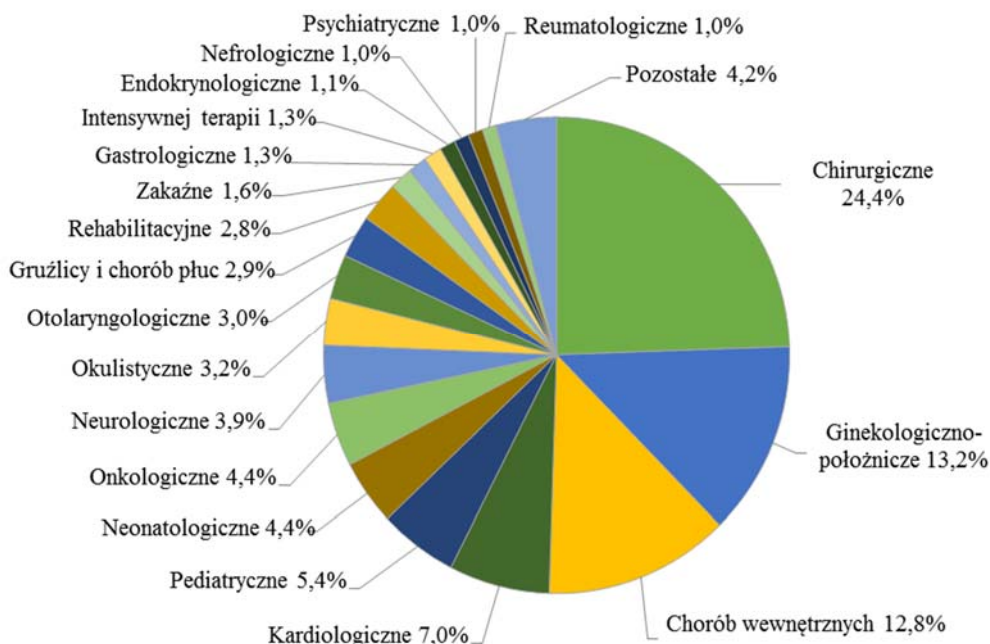
Oddziały, na których odnotowano największy spadek liczby łóżek w porównaniu do 2014 r. to oddziały: chorób wewnętrznych – 25,5 tys. łóżek (o 2,1%, tj. 530 łóżek mniej), oddziały chirurgii ogólnej (o 1,6% tj. 338 łóżek), chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 2,2% tj. 235 łóżek), oddziały gruźlicy i chorób płuc (o 2,6 tj. 211 łóżek), pediatryczne (o 1,2% tj. 124 łóżka), otolaryngologiczne (o 2,9% tj. 120 łóżek), ginekologiczno-położnicze (o 0,6% tj. 101 łóżek), neurologiczne (1,1% tj. 91 łóżek mniej).

Istotnym miernikiem opisującym działalność szpitali jest liczba pacjentów zarejestrowanych na oddziałach szpitalnych – tzw. leczeni z międzyoddziałowym ruchem chorych⁸¹.

W roku 2015 z leczenia stacjonarnego na oddziałach szpitalnych skorzystało blisko 8397,5 tys. osób, o 0,7% mniej niż 2014 r.. Podobnie jak w latach poprzednich, blisko 1/4 odnotowanych pacjentów (2053,0 tys., o 0,3% mniej niż w 2014 r.) przebywało na oddziałach o specjalnościach chirurgicznych. Spośród oddziałów o tym profilu najliczniejszą grupę stanowili pacjenci oddziałów chirurgii ogólnej, na których zarejestrowano ponad połowę pacjentów chirurgicznych (1060,0 tys.) następnie chirurgii urazowo-ortopedycznej (455,1 tys.) i urologii (244,4 tys. osób.).

Podobnie jak w latach poprzednich, liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych – 13,2% (tj. 1109,9 tys., o 1,5% mniej w porównaniu do 2014 r.) oraz pacjenci oddziałów chorób wewnętrznych – 12,8% (tj. 1078,3 tys., o 2,8% mniej niż w 2014 r.).

Wykres 23. Struktura leczonych na oddziałach⁸² w szpitalach ogólnych w Polsce w 2015 r.



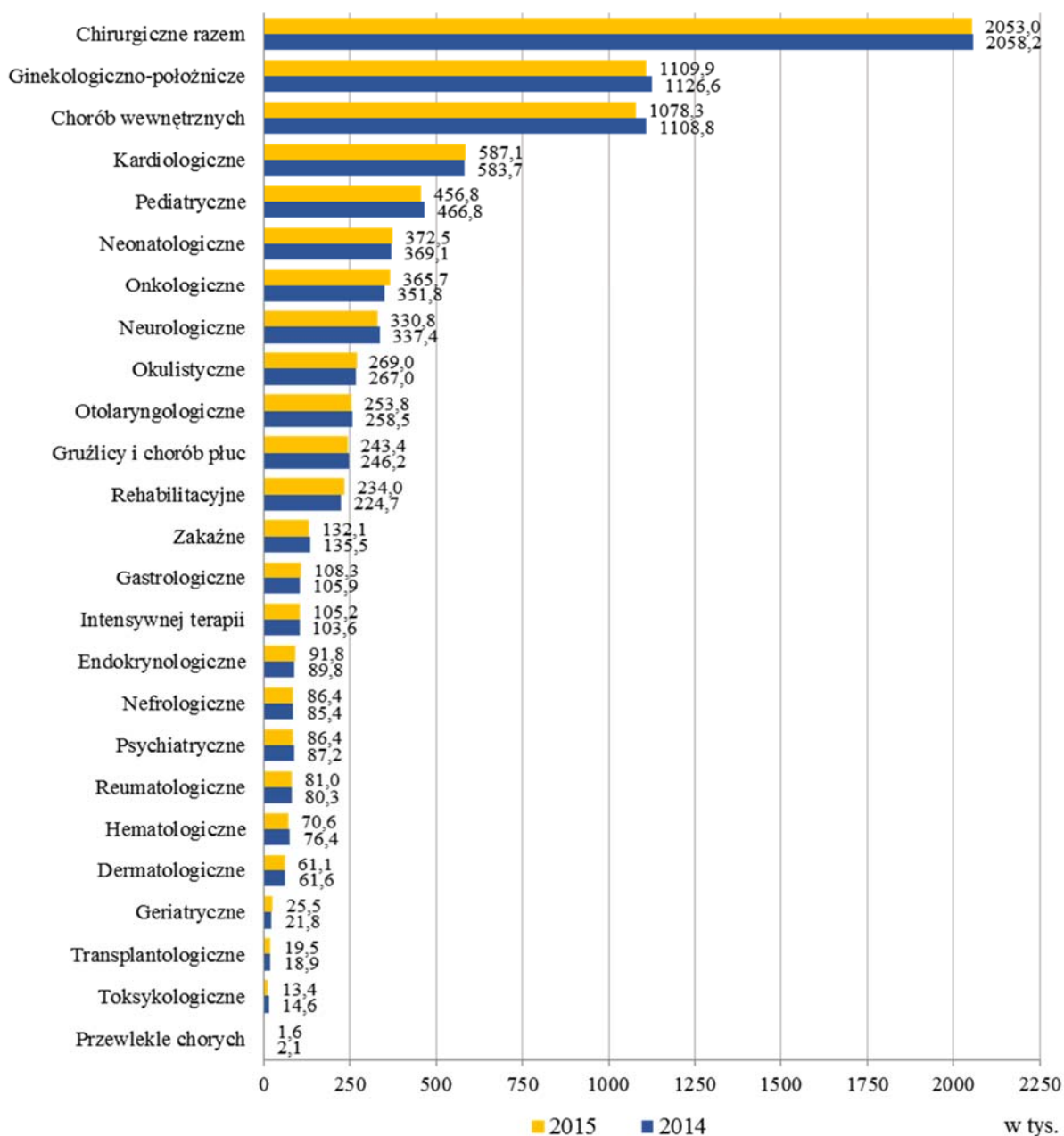
⁸¹ Suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych tak więc pacjent przebywający na więcej niż jednym oddziale w trakcie jednego pobytu w szpitalu na każdym oddziale liczony był niezależnie.

⁸² Patrz przypis nr 79 na str. 68.

Nieco mniejszy odsetek wśród leczonych stanowili pacjenci oddziałów kardiologicznych – 7,0% (tj. 587,1 tys. osób, o 0,6% więcej niż w 2014 r.), pediatrycznych – 5,4% (tj. 456,8 tys. o 2,1% mniej), czy onkologicznych – 4,4% leczonych ogółem (tj. 365,7 tys., o 4,0% więcej niż w 2014 r.).

Liczba pacjentów odnotowywanych na oddziałach szpitalnych rok do roku ulega pewnym zmianom (Wykres 24).

Wykres 24. Pacjenci leczeni na oddziałach⁸³ w szpitalach ogólnych w 2014 r. i 2015 r.



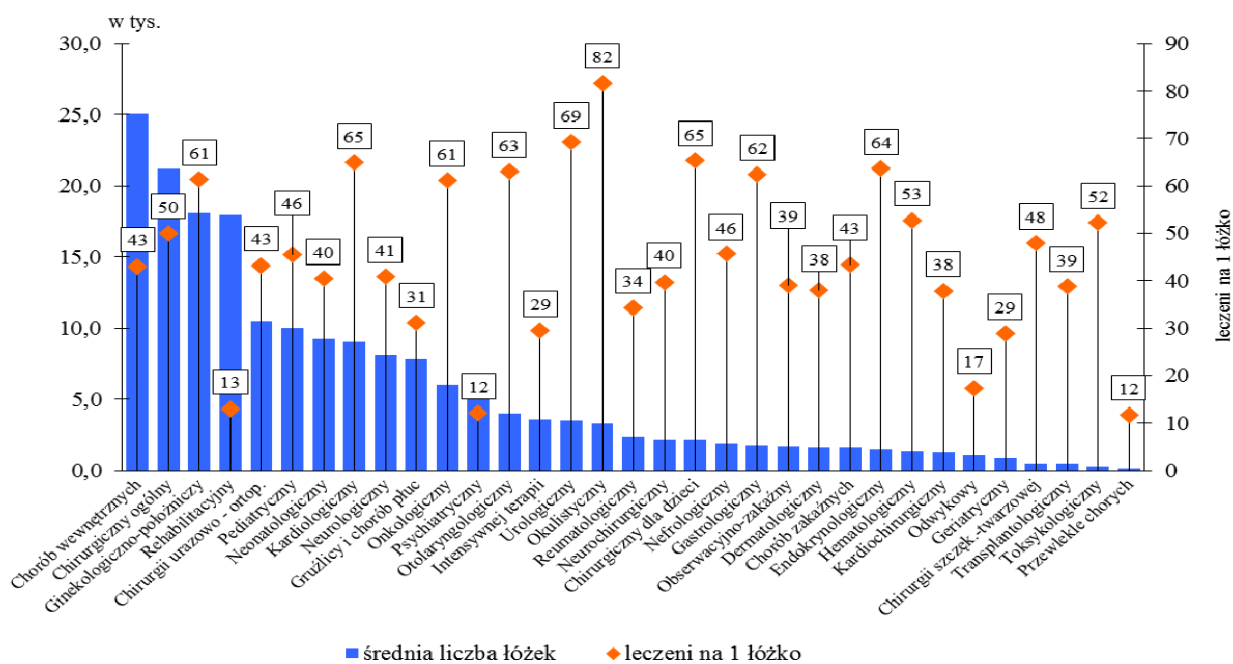
⁸³ Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala. Patrz przypis nr 79 na str. 68.

W 2015 r. największy wzrost liczby pacjentów, w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: onkologicznych (o 14,0 tys. osób więcej, tj. 4,0%), rehabilitacyjnych (o 9,4 tys. osób, tj. 4,2%), chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 5,3 tys. osób, tj. 1,2%), chirurgii szczękowo-twarzowej (o 4,2 tys. osób tj. 20,1%), geriatrycznych (o 3,7 tys. osób, tj. 17,1%), kardiochirurgicznych (o 3,6 tys. tj. 8,5%), kardiologicznych (3,4 tys. tj. 0,6%), neonatologicznych (3,4 tys. tj. 0,9 %), neurochirurgicznych (o 2,7 tys. tj. 3,3%), gastrologicznych (o 2,4 tys. tj. 2,3%), endokrynologicznych (o 2,0 tys. tj. 2,3%), okulistycznych (o 2,0 tys. tj. 0,8%), intensywnej terapii (o 1,6 tys. tj. 1,6%), odwykowych (o 0,8 tys. osób tj. 5,0%).

Największy spadek w porównaniu do 2014 r. liczby pacjentów (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) zarejestrowano na oddziałach: chorób wewnętrznych (o 30,5 tys. osób, tj. 2,7% mniej), chirurgicznych ogólnych (o 20,1 tys. tj. 1,9%), ginekologiczno-położniczych (o 16,7 tys. tj. 1,5%), pediatricznych (o 10,0 tys. tj. 2,1%), neurologicznych (o 6,6 tys. tj. 2,0%), hematologicznych (o 5,8 tys. tj. 7,7%), otolaryngologicznych (o 4,7 tys. tj. 1,8%), zakaźnych (3,3 tys. tj. 2,5%), gruźlicy i chorób płuc (o 2,8 tys. tj. 1,1%) oraz toksykologicznych (o 1,2 tys. osób tj. 8,5%).

Innymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych są: liczba leczonych na poszczególnych oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na tych oddziałach⁸⁴ oraz średni czas pobytu na oddziale. Wskaźnik tzw. przelotowości, znacznie różnił się dla poszczególnych oddziałów, co wynika z ich specyfiki. W skali kraju, obliczony dla wszystkich rodzajów oddziałów łącznie, wyniósł blisko 45 osób na jedno łóżko.

Wykres 25. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach szpitalnych w 2015 r.

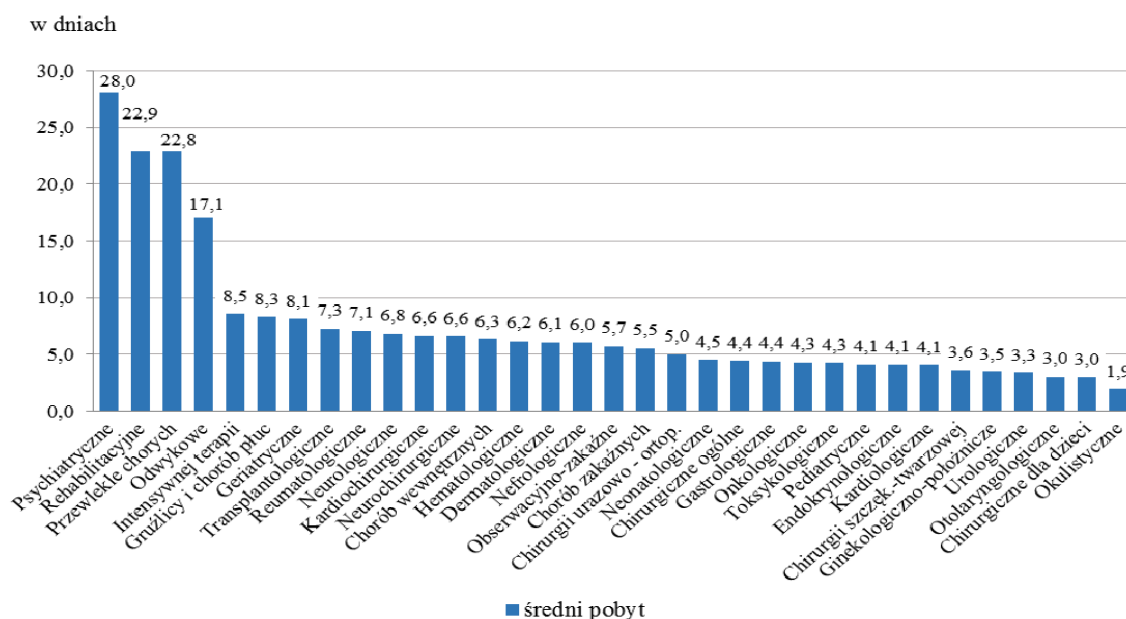


⁸⁴ Wskaźnik tzw. przelotowości - iloraz liczby pacjentów na oddziale i średniej liczby łóżek na oddziale.

Największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (82), a następnie urologicznych (69), kardiologicznych oraz chirurgicznych dla dzieci (po 65), a najmniejszą – na oddziałach: psychiatrycznych i dla przewlekle chorych (po 12), rehabilitacyjnych (13) i odwykowych (17) czyli na oddziałach gdzie pobyty pacjentów są dłuższe.

Średni czas pobytu⁸⁵ chorego na oddziale szpitalnym w 2015 r., wyniósł 5,4 dnia i był nieznacznie krótszy (o 0,1) niż w roku 2014.

Wykres 26. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziale szpitalnym



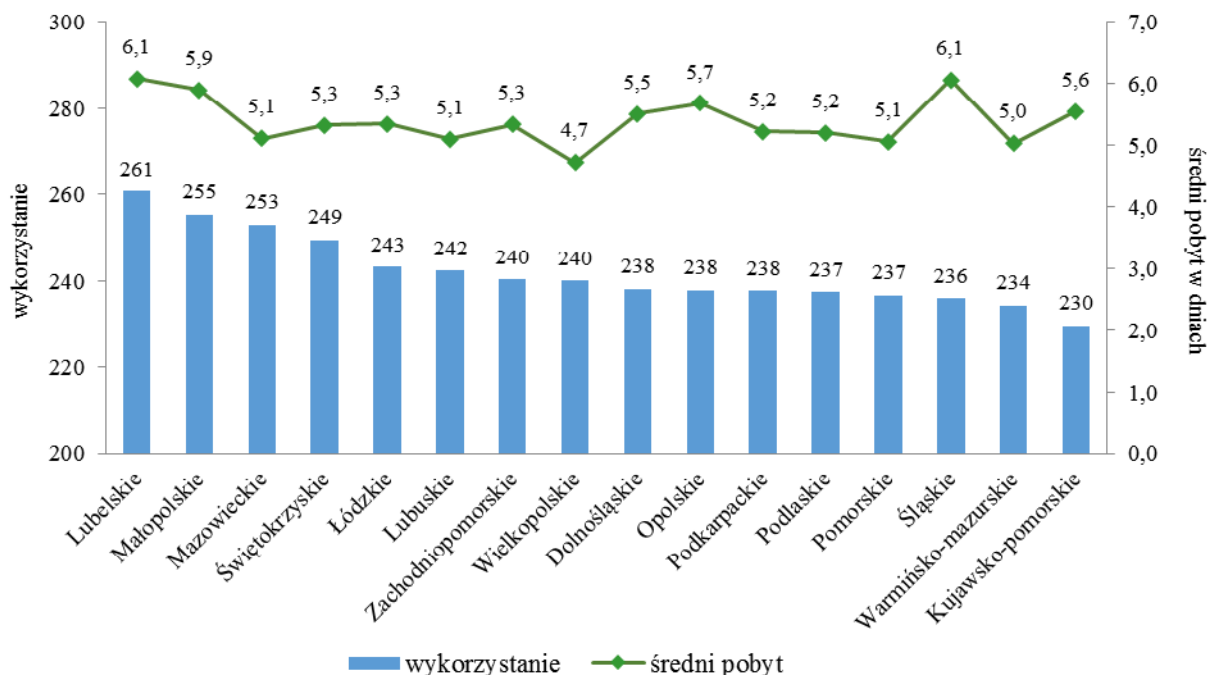
Najdłuższe pobyty miały miejsce na oddziałach: psychiatrycznych (28 dni), rehabilitacyjnych i przewlekle chorych (po 23 dni) oraz odwykowych (17 dni).

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

W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) średni pobyt pacjenta na oddziałach szpitalnych trwał najdłużej na terenie województwa śląskiego (6,3 dnia), 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 dnia).

⁸⁵ Iloraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale i liczby leczonych na oddziale.

Wykres 27. Średnia liczba dni pobytu na oddziałach szpitalnych i wykorzystanie łóżek w szpitalach według województw



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie⁸⁶ łóżek w ciągu roku. Wskaźnik ten dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 243 dni, i był o 3 dni krótszy niż w 2014 r.

W przekroju regionalnym w największym stopniu wykorzystano łóżka w województwach: lubelskim (261 dni), małopolskim (255 dni) i mazowieckim (253 dni), a najniższe wykorzystanie łóżek odnotowano w województwach: kujawsko-pomorskim (230) i warmińsko-mazurskim (234).

Dokonując oceny działalności oddziałów poprzez wymienione wskaźniki należy uwzględnić specyfikę działania danego oddziału. Inny charakter mają np. oddziały intensywnej terapii, pełniące szczególną rolę w stanach zagrożenia życia, czy też oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed- i pooperacyjna. Na tego typu oddziałach rotacja pacjentów jest znacznie większa niż na oddziałach rehabilitacyjnych czy dla przewlekle chorych, na których przebywają pacjenci z zakończonym procesem właściwego leczenia, ale w dalszym ciągu wymagający stałego nadzoru lekarskiego, rehabilitacji i profesjonalnej pielęgnacji.

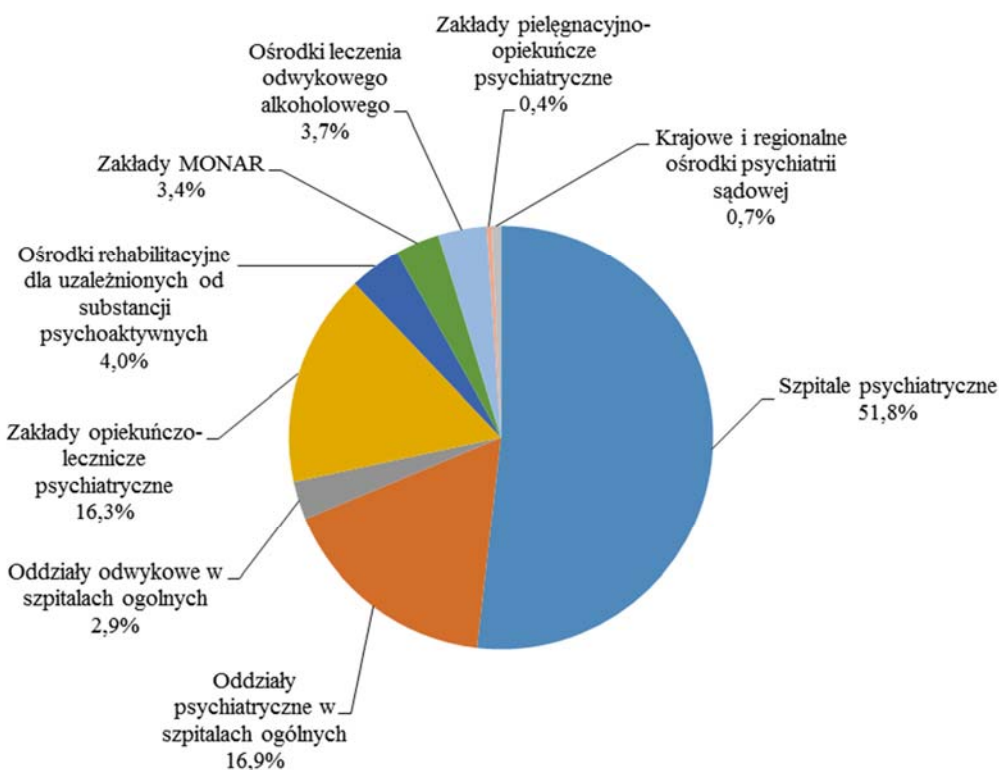
⁸⁶ Iloraz osobodni i średniej liczby łóżek.

Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

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

Struktura łóżek zakładów opieki psychiatrycznej w 2015 r. wskazuje, że 71,6% (24,6 tys.) łóżek przeznaczonych było na szpitalną opiekę psychiatryczną (szpitale psychiatryczne i oddziały psychiatryczne, w tym odwykowe, funkcjonujące w szpitalach ogólnych). Łóżka wykorzystywane na psychiatryczną opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze) stanowiły 16,6% (5,7 tys.) łóżek, a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR) dysponowały łącznie 11,1% (3,8 tys.) łóżek. Strukturę łóżek w poszczególnych typach zakładów opieki psychiatrycznej⁸⁷ ilustruje poniższy wykres.

Wykres 28. Struktura łóżek zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej



⁸⁷ Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych.

Na terenie kraju na koniec 2015 r. odnotowano 48 **szpitali psychiatrycznych** (o 1 szpital mniej niż w roku poprzednim), dysponujących 17,8 tys. łóżek (o 0,2% więcej niż w końcu 2014 r.). Przebywało w nich 200,8 tys. pacjentów, o 0,4% (0,8 tys.) osób mniej niż przed rokiem.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (3,0 tys.), śląskiego (2,2 tys.) i wielkopolskiego (1,6 tys.), w których przebywało także najwięcej pacjentów. Łącznie stanowili oni ponad 40% leczonych ogółem. Najmniej pacjentów skorzystało z tej formy opieki w województwach: kujawsko-pomorskim i podkarpackim (po 5,3 tys.) oraz lubuskim (7,9 tys.). Są to także województwa należące do grupy województw o mniejszej liczbie łóżek.

Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym był nieco dłuższy niż w roku poprzednim, wyniósł 30,1 dnia czyli o blisko dwa dni więcej niż średni pobyt pacjenta na oddziałach psychiatrycznych w szpitalach ogólnych (28,0 dnia).

Długość pobytu pacjentów w szpitalach psychiatrycznych była zróżnicowana w poszczególnych województwach. Najdłuższe pobyty odnotowano w województwie podkarpackim – blisko 49 dni, śląskim – 39 dni i pomorskim – 37 dni, a najkrótsze – w województwie opolskim (18 dni) i wielkopolskim (23 dni).

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 142 **oddziałach psychiatrycznych** i 48 **oddziałach odwykowych**. W oddziałach tych dostępnych było, podobnie jak przed rokiem, 6,8 tys. łóżek, z których skorzystało 86,4 tys. pacjentów, o 0,9% mniej, niż w roku poprzednim.

Najwięcej pacjentów odnotowano na oddziałach psychiatrycznych (łącznie z odwykowymi) w województwie mazowieckim – 9,4 tys. pacjentów, i było to o 4,4 % więcej niż w 2014 r. Kolejne pod względem liczby pacjentów były oddziały psychiatryczne w województwie łódzkim (9,0 tys.) i śląskim (8,9 tys. pacjentów), a najmniej pacjentów na oddziałach tego typu było w województwie świętokrzyskim (1,0 tys. pacjentów) i opolskim (1,1 tys.).

Kolejnym rodzajem psychiatrycznych placówek opieki całodobowej są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych** (31 zakładów) **oraz zakłady MONAR** (26 zakładów). W 2015 r., podobnie jak przed rokiem, dysponowały one łącznie 2,5 tys. łóżek, z których skorzystało w ciągu roku 8,7 tys. pacjentów (o 3,7% mniej niż w 2014 r.). Ponad połowa wszystkich łóżek (52%) i zarazem nieco więcej niż połowa wszystkich pacjentów (54%), bez względu na miejsce zamieszkania, przebywało w czterech województwach: mazowieckim (411 łóżek i 1,9 tys. pacjentów), pomorskim (381 łóżek i 1,2 tys. pacjentów), śląskim (267 łóżka i 0,8 tys. pacjentów) i zachodniopomorskim (247 łóżek i 0,8 tys. pacjentów).

W 2015 r. działało 31 **ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. Dysponowały one łącznie 1,3 tys. łóżek, z których, podobnie jak przed rokiem,

skorzystało 4,2 tys. osób uzależnionych. Najwięcej łóżek tego typu odnotowano w województwach: pomorskim (341), lubuskim (245) śląskim (219) i mazowieckim (202). Stanowiły one łącznie blisko 3/4 wszystkich łóżek, z których skorzystała, bez względu na miejsce zamieszkania, prawie taka sama część (74%) ogółu pacjentów leczonych w tych placówkach.

Osoby uzależnione mogły znaleźć pomoc, podobnie jak przed rokiem, w 26 zakładach **MONAR**. Baza łóżkowa tych ośrodków wyniosła 1,2 tys., o 1,6% mniej (tj. o 19 łóżek). Pomocy udzielono 4,5 tys. osób i jest to o 5,6% mniej w porównaniu do 2014 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 2,9 tys. osób (blisko 64% leczonych ogółem w tych ośrodkach).

W 2015 r. na terenie kraju funkcjonowało 25 **ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego** (o 1 więcej) dysponujących 1,3 tys. łóżek (o 69 łóżek więcej), z których skorzystało 13,4 tys. osób. Przeciętny pobyt pacjenta trwał 28,5 dnia i był dłuższy niż w poprzednim roku o 1,2 dnia.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym są Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej. W ośrodkach tych przebywają pacjenci, sprawcy czynów zabronionych, które wynikają z choroby psychicznej, upośledzenia umysłowego lub innych zaburzeń psychicznych, skierowani do ośrodka przez Sąd. W 2015 r. na terenie kraju odnotowano **5 regionalnych ośrodków psychiatrii sądowej**, o 1 zakład więcej niż w roku poprzednim. Na terenie województwa mazowieckiego znajdowały się 3 zakłady, natomiast w województwie pomorskim i opolskim po 1 placówce. Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej łącznie dysponowały 239 łóżkami i było to o 10 łóżek więcej niż w roku poprzednim. Łącznie na terenie kraju w tego typu ośrodkach przebywało 299 osób. Średni czas pobytu pacjenta wyniósł około 193 dni i był blisko 4 dni dłuższy niż w 2014 r.

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

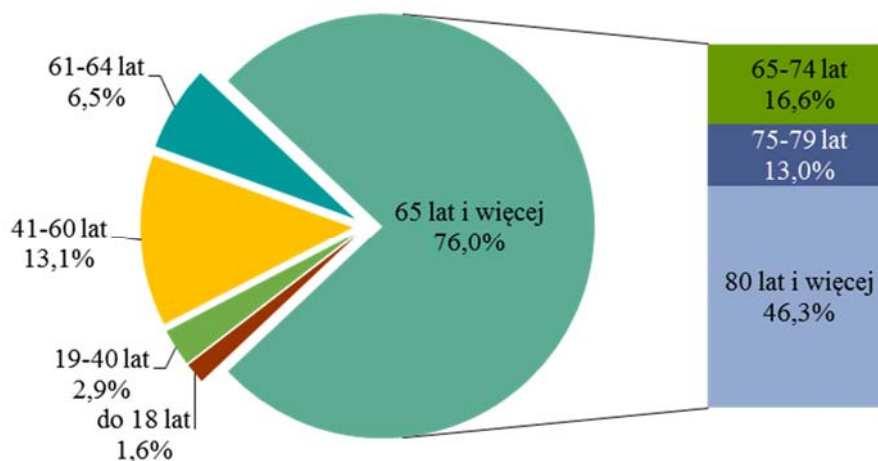
Kolejną formą systemu opieki zdrowotnej jest opieka długoterminowa realizowana w warunkach stacjonarnych. Jest to jeden z rodzajów opieki odgrywający coraz ważniejszą rolę wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa. Ma na celu zapewnienie pacjentowi całodobowych świadczeń pielęgnacyjnych, opiekuńczych i rehabilitacyjnych oraz kontynuacji leczenia. Do zakładów opieki długoterminowej są zaliczane zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym. Na koniec 2015 roku odnotowano 560 zakładów tego typu, tj. o 3,1% więcej niż w 2014 roku.

Nieco inną formę opieki medycznej stanowią hospicja i oddziały opieki paliatywnej zapewniające interdyscyplinarną opiekę nad pacjentem w schyłkowym okresie życia chorego. W 2015 r. funkcjonowały 72 hospicja i 82 oddziały opieki paliatywnej⁸⁸, łącznie o 14 oddziałów więcej niż w 2014 r.

Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały łącznie 34,3 tys. łóżek, czyli o 5,3% więcej niż w roku poprzednim. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 98,6 tys. osób, o blisko 6,6% więcej w stosunku do 2014 r.

Struktura wieku pacjentów wskazuje, że 76,0% 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 19,6% wszystkich leczonych, a osoby do 40 roku życia – 4,5% pacjentów.

Wykres 29. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31.XII)⁸⁹

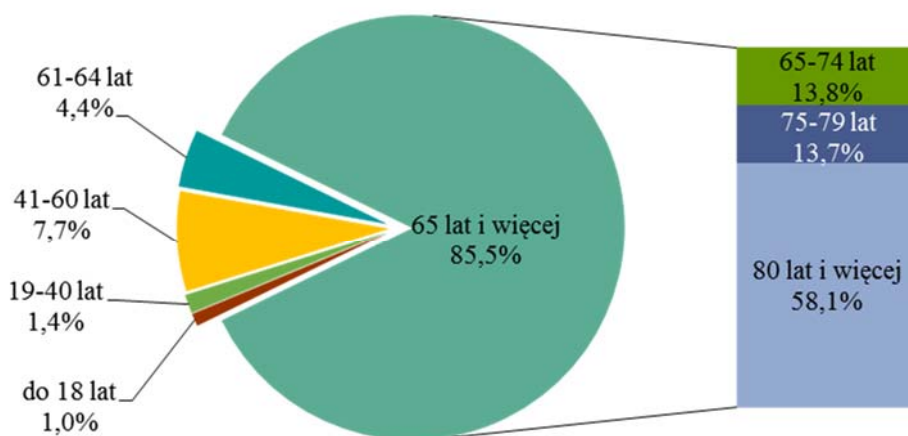


W 2015 r. w zakładach tych przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (66,3%) niż mężczyzn. Udział kobiet w wieku 65 lat i więcej wyniósł 85,5% i był większy o ponad 28 p. proc. niż mężczyzn w tej samej grupie wiekowej.

⁸⁸ 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).

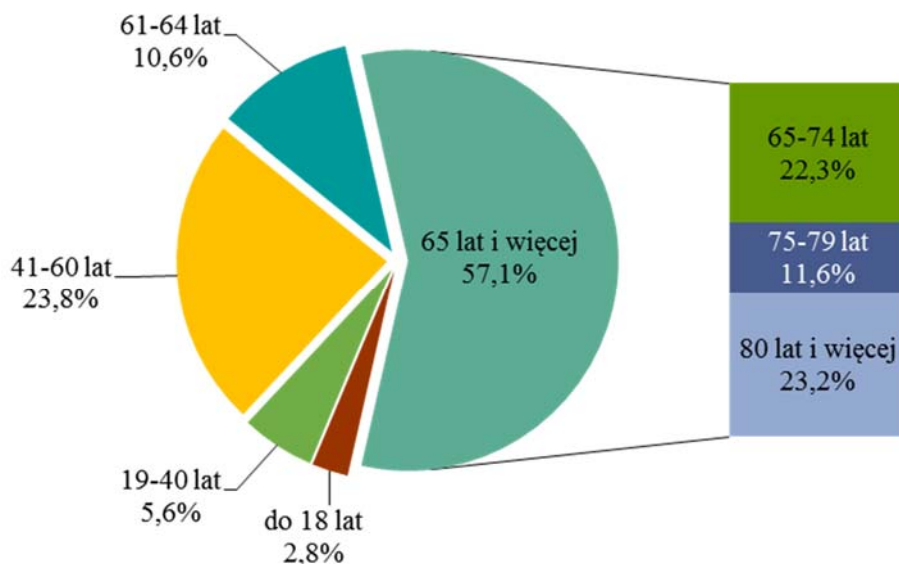
⁸⁹ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

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



Mężczyźni stanowili 33,7% ogółu pacjentów zakładów opieki długoterminowej i było ich więcej w młodszych grupach wiekowych. W wieku do 64 lat w zakładach tych przebywało blisko 4,6 tys. mężczyzn (42,9%) podczas gdy kobiet w tej grupie wieku było nieco ponad 3,0 tys. (14,5%) .

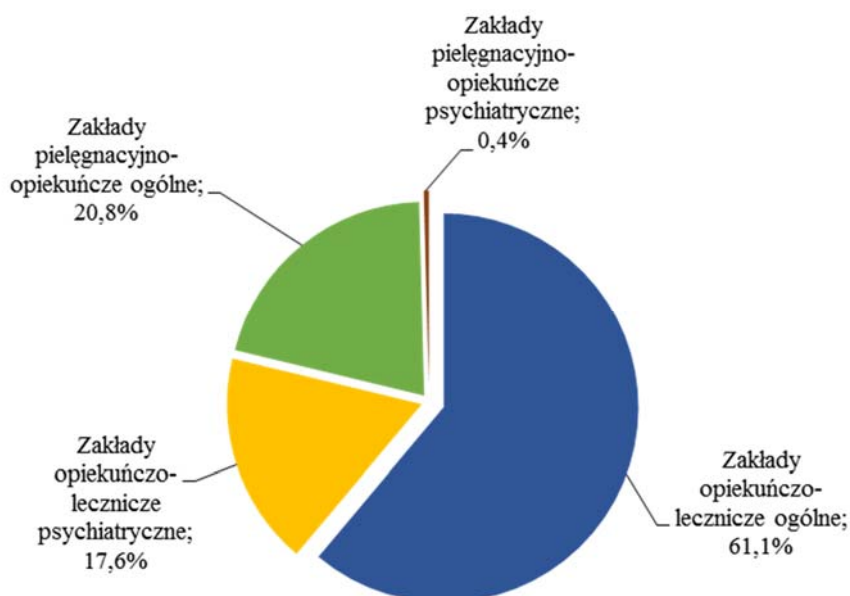
Wykres 31. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31.XII)



Baza łóżkowa zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła na koniec 2015 roku 31,6 tys., o 4,8% (1,5 tys. łóżek) więcej niż w 2014 r. Opieką stacjonarną objęto łącznie 61,8 tys. osób, o 5,3% osób więcej niż

przed rokiem. W skali kraju, w przeliczeniu na 10 tys. ludności, z tej formy opieki skorzystało 16,1 pacjentów, natomiast liczba łóżek (według stanu na 31 XII) przypadająca na 10 tys. ludności wyniosła 8,2. Struktura łóżek w opiece długoterminowej wskazuje, że 81,9% łóżek skupiały placówki o profilu ogólnym, a 18,1% łóżek zakłady typu psychiatrycznego.

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

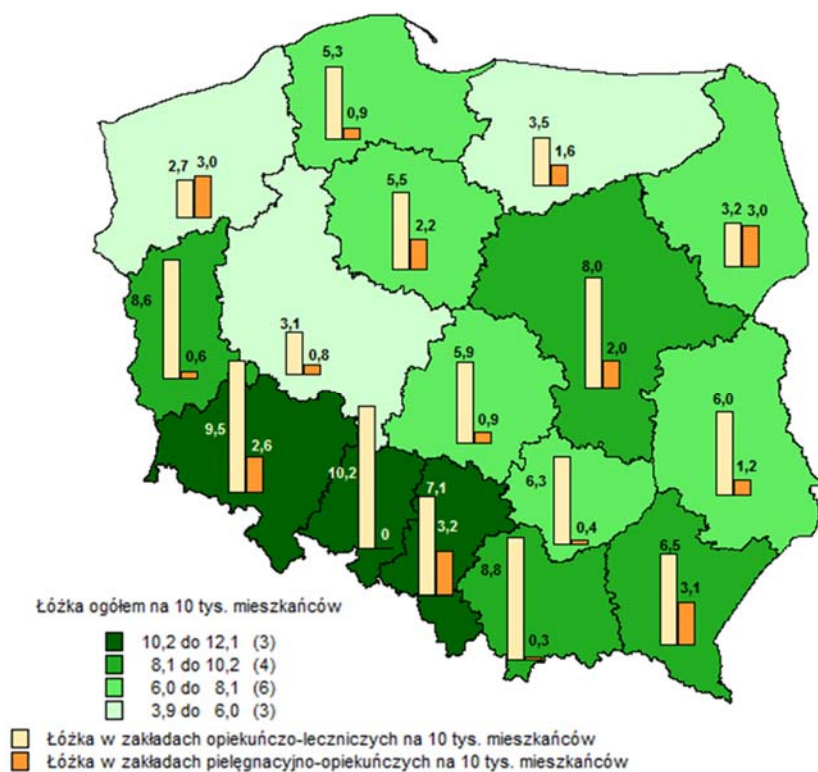


Najwięcej łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym w przeliczeniu na 10 tys. ludności przypadało w województwach: dolnośląskim (12,1), śląskim (10,4), opolskim (10,2), i mazowieckim (10,0), a najmniej w województwach: wielkopolskim (3,9), warmińsko-mazurskim (5,1) i zachodniopomorskim (5,7).

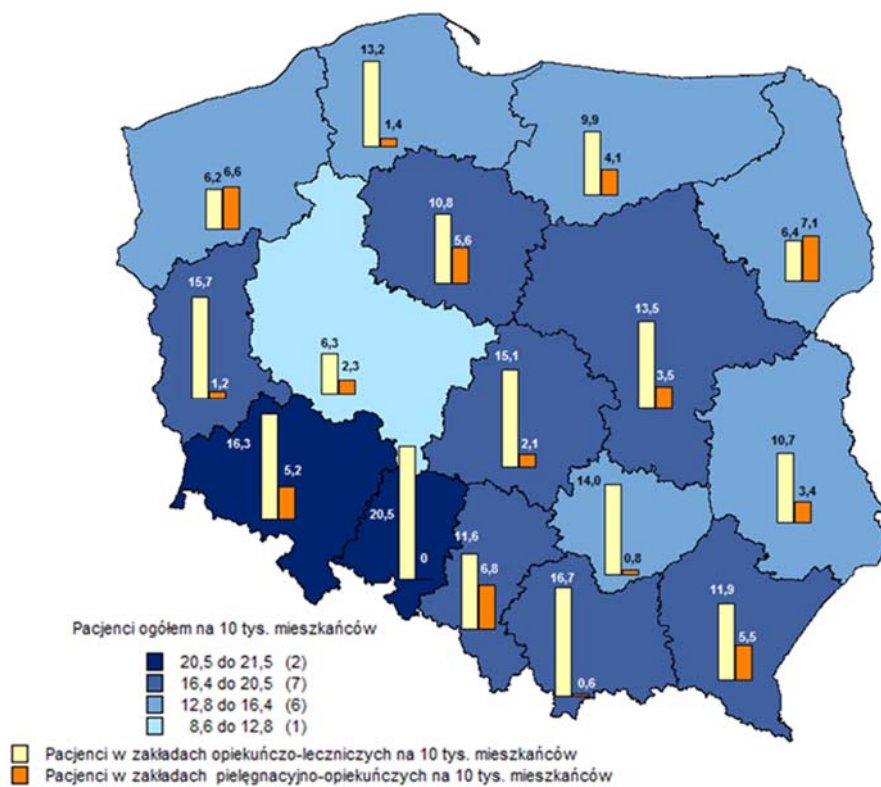
Najwięcej pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym, na 10 tys. ludności, przebywało w placówkach zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim (21,5), opolskim (20,5), śląskim (18,4), podkarpackim (17,4), a najmniej w województwach: wielkopolskim (8,6), zachodniopomorskim (12,8), i podlaskim (13,6).

Rozmieszczenie łóżek opieki długoterminowej oraz pacjentów w poszczególnych województwach przedstawiają mapy 4 i 5.

Mapa 4. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 XII)

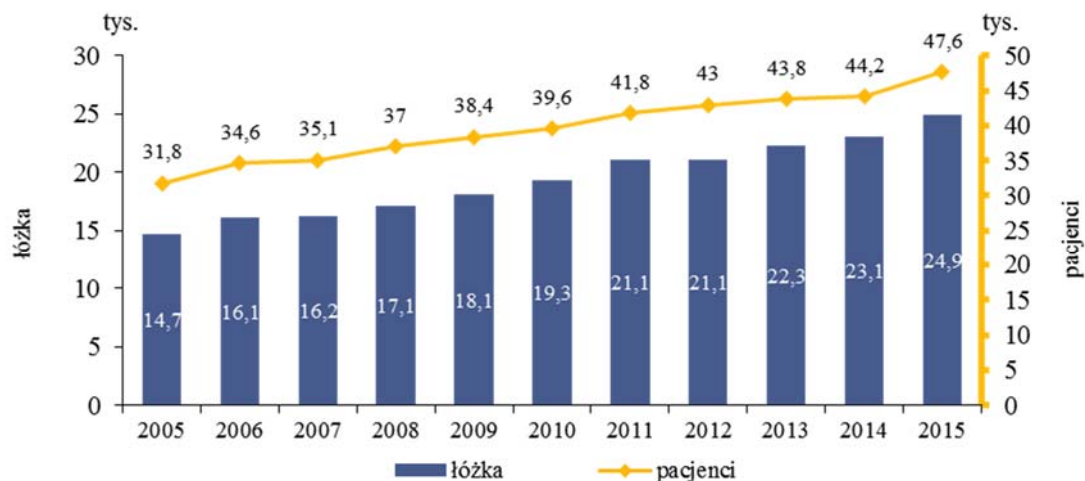


Mapa 5. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności

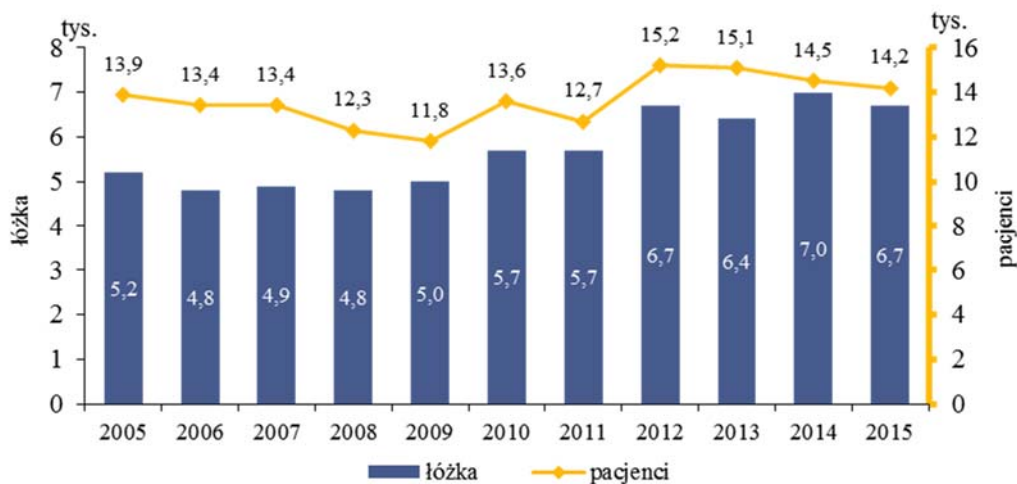


Zmiany liczby łóżek oraz pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych od 2005 r. przedstawiają poniższe wykresy.

Wykres 33. Łóżka i pacjenci zakładów opiekuńczo-leczniczych⁹⁰ w latach 2005-2015



Wykres 34. Łóżka i pacjenci zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych¹⁸ w latach 2005-2015



Na koniec 2015 r. odnotowano 353 zakłady **opiekuńczo-lecznicze o profilu ogólnym**, o 16 placówek więcej niż przed rokiem. Baza łóżkowa zwiększyła się o 6,4% osiągając na koniec roku 19,3 tys. łóżek.

Najwięcej łóżek tego typu było w województwie mazowieckim (3,4 tys.) a następnie w województwach: małopolskim (2,7 tys.), śląskim (2,5 tys.) i dolnośląskim (1,9 tys.). Łącznie w tych czterech województwach odnotowano ponad połowę (54,5%) wszystkich łóżek tej formy opieki.

⁹⁰ Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego.

Niemal co drugi pacjent placówek opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym (48,1%) przebywał na leczeniu w jednym z czterech wymienionych województw. Ogółem opiekę w trybie stacjonarnym zapewniono 40,3 tys. osób, o 7,5% więcej niż przed rokiem. Średni pobyt pacjenta w placówce opiekuńczo-leczniczej o profilu ogólnym trwał blisko 159 dni, o 1 dzień krócej niż w 2014 r.

W 2015 r. odnotowano 148 **placówek pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym** (o 2 mniej niż w 2014 r.). Baza łóżkowa tych zakładów zmniejszyła się o 1,6% osiągając na koniec roku 6,6 tys. łóżek. Najwięcej łóżek było w woj. śląskim (1,4 tys.), mazowieckim (1,1 tys.) i dolnośląskim (0,8 tys.). Łącznie w tych trzech województwach odnotowano połowę (50,2%) wszystkich łóżek tej formy opieki i 46,0% ogółu pacjentów leczonych stacjonarnie. Ogółem opieką na miejscu otoczono 13,9 tys. osób, o 0,4% mniej w porównaniu do 2014 r. a średni pobyt pacjenta w placówce pielęgnacyjno-opiekuńczej o profilu ogólnym trwał 151 dni, o 1 dzień krócej niż w 2014 r.

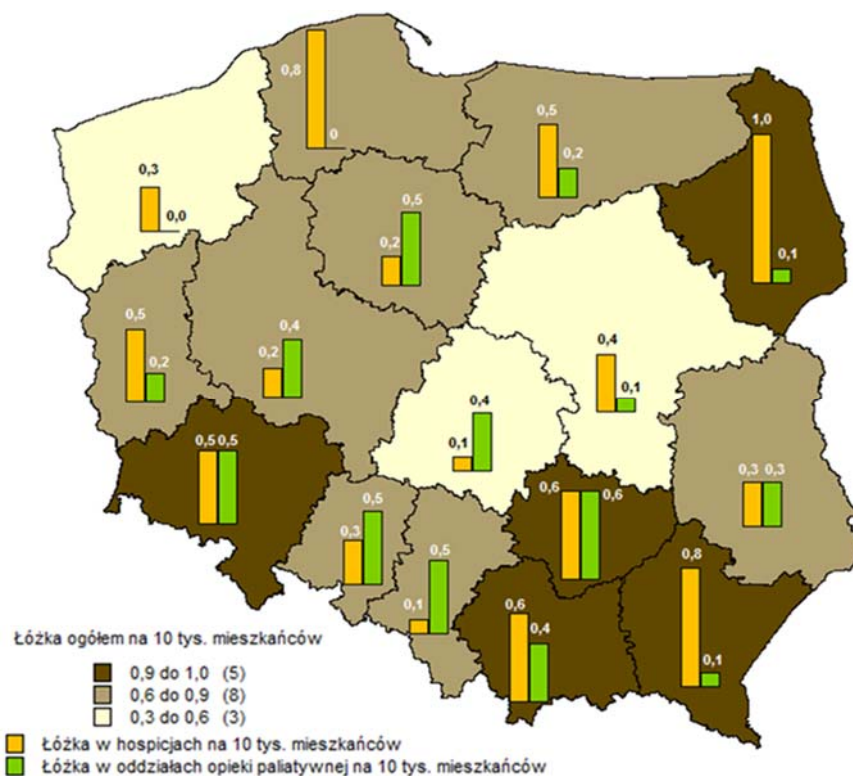
Sytuacja placówek **opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego** w porównaniu do roku 2014 uległa nieznacznym zmianom. Łącznie na koniec 2015 r. odnotowano 59 placówek (o 3 placówki więcej). Baza łóżkowa zwiększyła się o 7,5% i wyniosła 5,7 tys. łóżek. Przyjęto 7,6 tys. pacjentów, o 5,6% więcej niż w 2014 r.

Kolejną formą opieki są **hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej**⁹¹, przeznaczone głównie dla pacjentów w schyłkowym okresie życia. W 2015 r. odnotowano 154 tego typu placówki, (82 hospicja i 72 oddziały opieki paliatywnej), łącznie dysponowały one 2,8 tys. łóżek (o 10,6% więcej,) i zapewniły opiekę 36,8 tys. osób (o 8,9% więcej niż w 2014 r.). Średni pobyt pacjenta w tych placówkach trwał 22,6 dnia.

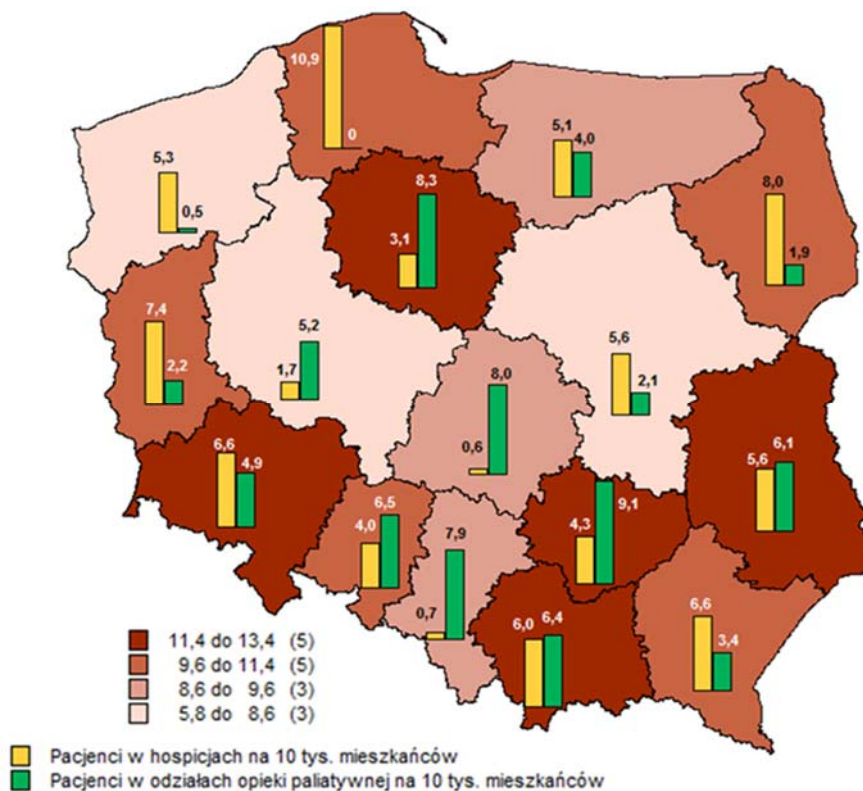
Rozmieszczenie łóżek oraz liczbę przyjętych pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności w poszczególnych województwach przedstawiają mapy 6 i 7.

⁹¹ Oddziały opieki paliatywnej zarejestrowane w RPWDL na koniec 2015 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 6. Łóżka w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 XII)



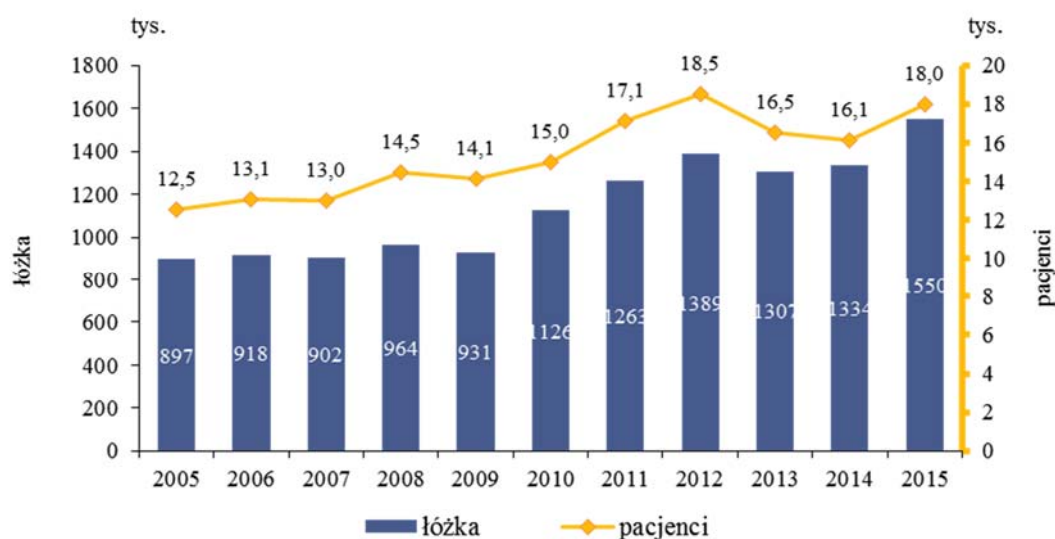
Mapa 7. Pacjenci w hospicjach i oddziałach opieki paliatywnej na 10 tys. ludności



Na koniec 2015 r. odnotowano 72 oddziały opieki paliatywnej, o 3 więcej niż w 2014 r. Dysponowały one 1,2 tys. łóżek, o 47 łóżek (4,1%) więcej niż w roku poprzednim i udzieliły one opieki 18,8 tys. osób, o 6,5% więcej niż w 2014 r.

Odnotowano 82 hospicja, o 9 placówek więcej niż w roku poprzednim. Dysponowały one blisko 1,6 tys. łóżek (o 16,2% więcej niż przed rokiem), skorzystało z nich 18,0 tys. osób, (o 11,2% więcej niż w 2014 r.). Zmiany liczby łóżek i pacjentów w hospicjach, w dłuższej perspektywie czasu, prezentuje poniższy wykres.

Wykres 35. Łóżka i pacjenci hospicjów w latach 2005-2015



Oprócz działalności stacjonarnej prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz oddziały paliatywno-hospicyjne, niektóre placówki, podobnie jak w latach poprzednich, prowadziły także działalność domową lub dzienną.

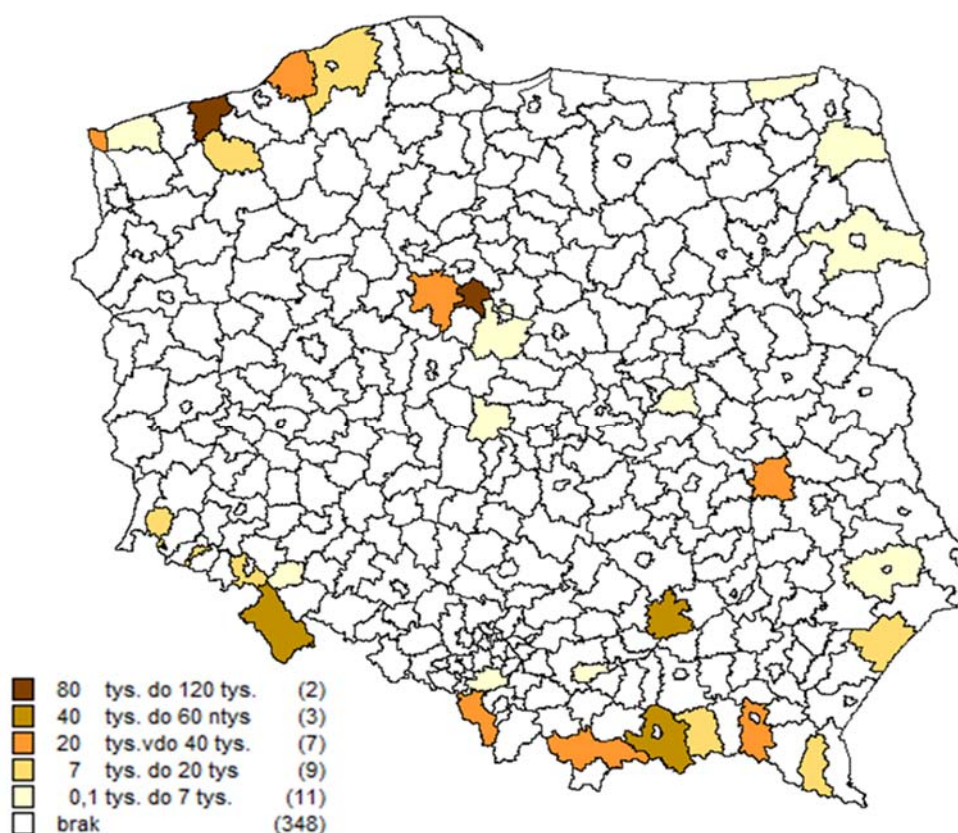
W 2015 r. tego typu opieką objęto łącznie 3,5 tys. pacjentów, z czego większość stanowili podopieczni 8 zespołów opieki domowej (1,8 tys. osób), funkcjonujących przy zakładach opieki długoterminowej oraz pacjenci hospicjów (1,5 tys. osób).

W ślad za rozmieszczeniem łóżek, w tych czterech województwach było najwięcej kuracjuszy przebywających na leczeniu stacjonarnym – łącznie stanowili oni blisko 70% ogółem leczonych (510,4 tys. osób).

W 2015 r. z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało 801,7 tys. osób, o 3,4% tj. 26,3 tys. osób więcej niż w 2014 roku. Podobnie jak w latach ubiegłych większość kuracjuszy – 91,2% tj. 731,5 tys. osób (o 1,6% więcej niż przed rokiem) to osoby korzystające ze stacjonarnej formy leczenia. Kuracjusze ambulatoryjni stanowili 8,8% (70,3 tys. osób, o 0,5% mniej niż przed rokiem).

Największą liczbę kuracjuszy przebywających na leczeniu stacjonarnym odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 117,2 tys. osób, o 5,5% więcej niż przed rokiem, następnie w powiatach: aleksandrowskim – 94,1 tys. osób (o 0,3% mniej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 59,3 tys. osób (o 8,0% więcej) – tereny uzdrowisk Busko-Zdrój i Solec-Zdrój oraz w powiecie kłodzkim – 56,9 tys. osób (o 7,3% więcej) – tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój).

Mapa 10. Liczba kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie stacjonarnym w szpitalach i sanatoriach uzdrowiskowych według powiatów



W 2015 r. 34,4% kuracjuszy stacjonarnych sfinansowało samodzielnie swój pobyt w uzdrowisku (tj. 251,8 tys. osób, o 7,2% więcej niż w 2014 r.). W najliczniej odwiedzanych miejscowościach uzdrowiskowych takich jak Kołobrzeg czy Ciechocinek, odnotowano najwięcej pacjentów pełnopłatnych (w Kołobrzegu – 60,4 tys. osób tj. 54% ogółem leczonych, a w Ciechocinku – 39,3 tys. osób, czyli co drugi kuracjusz przebywający w sanatorium był pacjentem pełnopłatnym). Także w powiecie buskim – teren miasta Busko-Zdrój – odnotowano 22,0 tys. pacjentów pełnopłatnych, którzy stanowili 42,2% kuracjuszy leczonych stacjonarnie.

Znaczna część kuracjuszy przebywających w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego skorzystała z różnych form dofinansowania pobytu stacjonarnego. Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia dofinansowanych było 408,8 tys., o 1,8% więcej niż w 2014 r. Stanowili oni 55,9% ogółem kuracjuszy leczonych stacjonarnie.

Część pacjentów przebywających w polskich uzdrowiskach skorzystała z programów rehabilitacji leczniczej finansowanych przez ZUS i KRUS, których celem jest przywrócenie zdolności do pracy osobom zagrożonym długotrwałą niezdolnością do pracy.

W ramach prowadzonego przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych programu prewencji rentowej⁹³ dofinansowanie z ZUS otrzymało 46,5 tys. osób, o 5,4% więcej niż w 2014 r. Natomiast z rehabilitacji leczniczej finansowanej ze środków Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało – 8,0 tys. kuracjuszy, o 12,9% więcej niż przed rokiem.

W 2015 r. w polskich uzdrowiskach odnotowano 11,3 tys. kuracjuszy (osoby niepełnosprawne i opiekunowie), którzy uczestniczyli w turnusach rehabilitacyjnych w ramach dofinansowania uzyskanego z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

W 2015 r. w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono 35,5 mln zabiegów i było to o 1,5% więcej niż w 2014 r. Średnio wykonano 44 zabiegi na osobę (o 1 zabieg mniej).

Podobnie jak w latach poprzednich, 1/5 zabiegów stanowiła kinezyterapia, pomimo że liczba wykonanych zabiegów była mniejsza (o 4,2%) niż w 2014 r. Tendencja spadkowa wystąpiła także w przypadku zabiegów parafinowych (o 6,3% mniej), oraz kąpieli mineralnych (o niespełna 1% mniej).

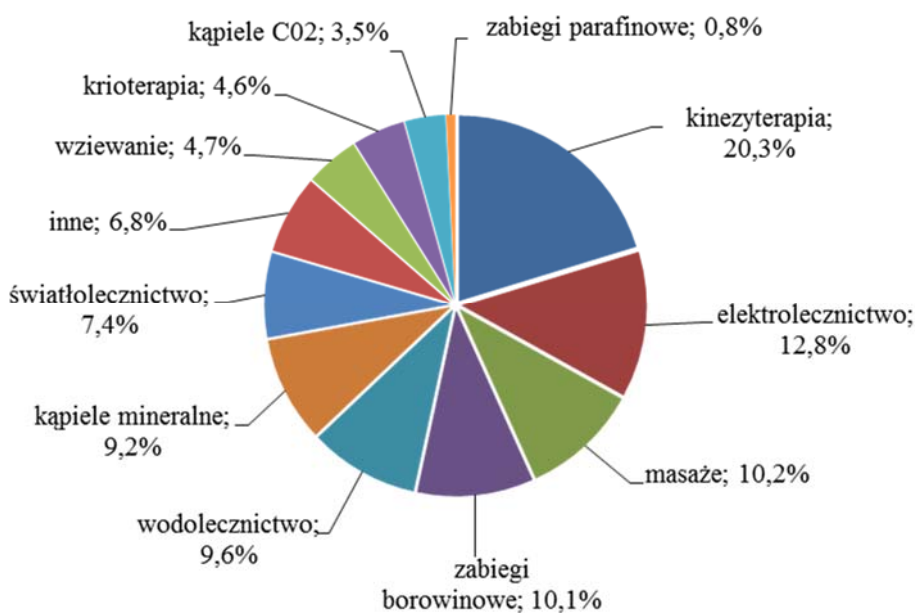
W porównaniu do poprzedniego roku wykonano więcej kąpieli CO₂ (o 12,3%), inhalacji lekiem (o 10,7%), zabiegów borowinowych (o 7,8%), krioterapii (o 6,4%), wodolecznictwa (o 3,5%), światłolecznictwa (o 2,6%) i zabiegów elektrolecznictwa (o 2,1%).

⁹³ W ramach prewencji rentowej ZUS koszt rehabilitacji leczniczej (koszty leczenia, zakwaterowania i żywienia) pokrywa ZUS.

Zabiegi przyrodolecznicze (zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO₂ oraz inhalacje) stanowiły ponad 1/4 wszystkich wykonanych zabiegów i skorzystało z nich blisko 700,0 tys. (o 1,3% więcej) kuracjuszy leczonych w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym.

Strukturę rodzajów przeprowadzonych zabiegów przedstawia poniższy wykres.

Wykres 36. Zabiegi wykonane w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (w %)



W 2015 r. w polskich uzdrowiskach przebywało 52,2 tys. cudzoziemców, o 1,1% mniej niż przed rokiem i w 92% były to pobyty w sanatoriach. Cudzoziemcy stanowili 7,1% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie (o 0,4 pkt. proc. mniej). Podobnie jak w latach ubiegłych zdecydowanie najczęściej obcokrajowców odnotowano w dwóch województwach – zachodniopomorskim (40,5 tys. osób, blisko 78% ogółem cudzoziemców przebywających w polskich uzdrowiskach) i dolnośląskim (8,7 tys. osób, tj. 16,6%).

Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych, deklarowany przez placówki, był zróżnicowany w zależności od rodzaju zakładu. Podobnie jak w latach ubiegłych najlepiej przystosowane były szpitale uzdrowiskowe, spośród których, 92% wykazało dostosowanie w zakresie wind, pokoi i łazienek a także pochylni lub podjazdów czy też platform. Więcej szpitali niż w poprzednim roku, bo aż 96% placówek wykazało posadzki antypoślizgowe (wzrost o 7 pkt. proc.) i drzwi automatycznie otwierane (62%, wzrost o 4 pkt. proc.).

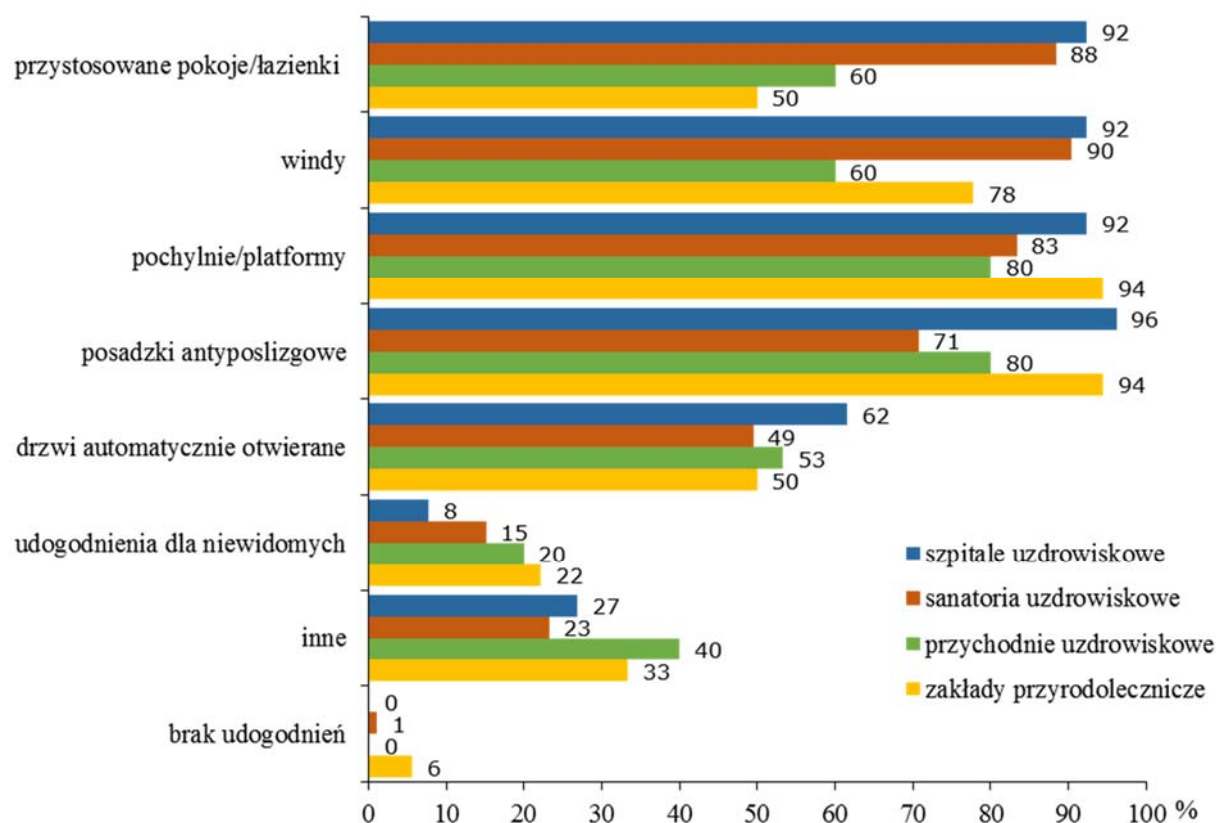
W przypadku sanatoriów obecność dostosowanych wind zadeklarowało 90% placówek, pomieszczeń (pokoje i łazienki) – 88% a obecność pochylni i platform – 83%. Zarówno szpitale uzdrowiskowe jak i sanatoria deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla niewidomych – odpowiednio 8% i 15% obiektów.

Spośród nielicznych zakładów udzielających świadczeń wyłącznie w trybie ambulatoryjnym obecność posadzek antypoślizgowych i podjazdów deklarowało 17 na 18 zakładów przyrodoleczniczych i 12 na 15 przychodni uzdrowiskowych.

Przystosowania w grupie „inne” (m.in. specjalne uchwyty oraz instalacje przywoławcze) wykazało 40% przychodni uzdrowiskowych (o 7 pkt. proc. więcej) i 33% zakładów przyrodoleczniczych.

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

Wykres 37. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)



Najpopularniejszą formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są **sanatoria uzdrowiskowe**. W 2015 r. z leczenia sanatoryjnego skorzystało 81,8% (tj. 598,5 tys. osób) ogółem leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach. Zatem liczba osób objętych tą formą opieki wzrosła o 4,4% tj. o 25,2 tys. osób.

Na koniec 2015 r. sanatoria uzdrowiskowe dysponowały, podobnie jak przed rokiem, 34,8 tys. łóżek (stan w dniu 31 grudnia 2015 r.), co stanowiło blisko 80% łóżek lecznictwa uzdrowiskowego.

Najwięcej łóżek sanatoryjnych, podobnie jak w latach ubiegłych, znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim 10,1 tys. (29,0% ogółem łóżek sanatoryjnych) kujawsko-pomorskim 5,0 tys. (14,5%) i małopolskim 4,3 tys. (12,4%). Także w tych województwach przebywało najwięcej kuracjuszy korzystających z leczenia w trybie stacjonarnym (łącznie 58,8% ogółem leczonych).

Średni pobyt kuracjusza w sanatorium trwał 16,1 dnia, a w przypadku dzieci był dłuższy – 17,4 dni.

W sanatoriach przeprowadzono, podobnie jak przed rokiem, 23,8 mln zabiegów co stanowiło ponad dwie trzecie zabiegów wykonanych ogółem w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Z polskich sanatoriów skorzystało 51,2 tys. cudzoziemców, co oznacza że 9 na 10 pacjentów obcego pochodzenia, korzystających z leczenia uzdrowiskowego w Polsce, przebywało w sanatoriach. Stanowili oni 8,6% ogółu kuracjuszy w sanatoriach. Zdecydowaną większość zagranicznych pacjentów (79,2%) odnotowano w sanatoriach województwa zachodniopomorskiego, głównie na terenie uzdrowisk: Kołobrzeg (30,1 tys. osób) i Świnoujście (8,7 tys. osób). Także znaczną popularnością wśród obcokrajowców cieszyły się sanatoria w województwie dolnośląskim. Łącznie odnotowano tu blisko 8,0 tys. cudzoziemców, z czego najwięcej w powiecie lubańskim (5,1 tys.) i Jeleniej Górze (2,4 tys.). Średni pobyt cudzoziemca w sanatorium trwał 10,3 dnia.

Szpitalne uzdrowiskowe na koniec 2015 r. dysponowały 9,1 tys. łóżek, nieznacznie mniej (o 0,4%) niż w 2014 r.. Podobnie jak w latach ubiegłych najwięcej łóżek, przeznaczonych na szpitalne leczenie uzdrowiskowe, 28,0% tj. 2,6 tys. łóżek (o 51 łóżek mniej niż w 2014 r.) znajdowało się w województwie dolnośląskim.

W szpitalach uzdrowiskowych większości województw wykazano nieznacznie mniejszą liczbę łóżek w porównaniu do 2014 r. a w dwóch województwach – kujawsko-pomorskim i zachodniopomorskim odnotowano niewielki wzrost (kolejno o 1,5% i 4,8%).

W szpitalach uzdrowiskowych przebywało 133,0 tys. kuracjuszy, o 1,1% (tj. 1,5 tys.) więcej, niż w roku poprzednim. Najwięcej pacjentów odnotowano w województwach: dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i świętokrzyskim, czyli województwach dysponujących największą bazą szpitalnych łóżek uzdrowiskowych. Dorosły kuracjusz w szpitalu uzdrowiskowym przebywał średnio 19 dni, natomiast leczenie dzieci było dłuższe i trwało średnio 25 dni. W szpitalach przeprowadzono 6,1 mln zabiegów, o 2,7% mniej niż w roku 2014.

W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia w szpitalu uzdrowiskowym skorzystało 69,0% pacjentów, a 10,5% kuracjuszy (o 1,2 pkt proc. więcej) było dofinansowanych w ramach prewencji rentowej ZUS. Pacjenci pełnopłatni stanowili 18,3% tj. 24,4 tys. osób, z czego 1,0 tys. stanowili cudzoziemcy. Większość obcokrajowców, blisko 74%, przebywało w szpitalach uzdrowiskowych na terenie województwa dolnośląskiego.

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej (szpitale i sanatoria), leczenie uzdrowiskowe realizowane jest w **przychodniach uzdrowiskowych i samodzielnych zakładach przyrodoleczniczych** przeznaczonych wyłącznie do udzielania świadczeń w trybie ambulatoryjnym. W 2015 r. łącznie w tych placówkach odnotowano 44,2 tys. pacjentów korzystających z tej formy leczenia.

W przychodniach uzdrowiskowych i samodzielnych zakładach przyrodoleczniczych wykonano 5,6 mln zabiegów, o 17,6% więcej niż w roku poprzednim. Zabiegi przeprowadzone w tych zakładach stanowiły 15,7% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach leczenia uzdrowiskowego. Było one udzielane nie tylko kuracjom ambulatoryjnym, ale także pacjentom stacjonarnym, przebywającym w szpitalach bądź sanatoriach uzdrowiskowych, wykorzystującym bazę zabiegową sąsiadujących zakładów przyrodoleczniczych lub przychodni uzdrowiskowych.

W 2015 r. zbadano 20 **stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej**⁹⁴, o 14 więcej niż w roku 2014. Dysponowały one około 2,5 tys. łóżek, ponad 2,5 krotnie więcej niż w roku poprzednim. W placówkach tych przebywało 32,5 tys. pacjentów, z czego ponad połowa – 52% (17,0 tys.) to pacjenci pełnopłatni, spośród których, ponad 1/4 (4,0 tys. osób), to cudzoziemcy w znacznej większości przebywający na terenie powiatu kołobrzeskiego.

W grupie badanych placówek znajdowały się m.in. Centra Rehabilitacji Rolników (3), w których z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez KRUS skorzystało 6,9 tys. pacjentów (21,1% ogółem przebywających w stacjonarnych zakładach rehabilitacji).

Pacjenci dofinansowani z ZUS stanowili 14,7%, osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych w ramach dofinansowania uzyskanego z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych – 6,4%, a pacjenci finansowani z NFZ zaledwie 2,9% ogółem rehabilitowanych w tego typu placówkach.

Przeciętna długość pobytu pacjenta wahała się w zależności od typu zakładu od 150 dni w przypadku placówki w województwie mazowieckim opiekującej się dziećmi w śpiączce, do 6 dni w zakładzie świadczącym usługi z zakresu rehabilitacji leczniczej w województwie świętokrzyskim.

⁹⁴ Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu - 7400), które zarejestrowały łóżka i prowadzą działalność stacjonarną (Dz. U. z 2012 r., poz. 594).

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

Województwo	Powiaty i miasta na prawach powiatu	Liczba łóżek	Uzdrowisko
Dolnośląskie	p. kłodzki	3574	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój, Kudowa Zdrój, Łądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. dzierzoniowski	177	Przerzeczyn Zdrój
	p. lubański	761	Czerniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	930	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	812	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	4824	Ciechocinek
	p. inowrocławski	1867	Inowrocław
	p. włocławski	265	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1180	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3219	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	1984	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	437	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	-	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	84	Swoszowice- Kraków
Mazowieckie	p. piaseczyński	122	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	589	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2559	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	879	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	180	Augustów
	p. białostocki	69	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1453	Ustka
	p. m. Sopot	816	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	474	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	1919	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3140	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1427	Dąbki
	p. kamieński	439	Kamień Pomorski
	p. kołobrzeski	6280	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1042	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1669	Świnoujście

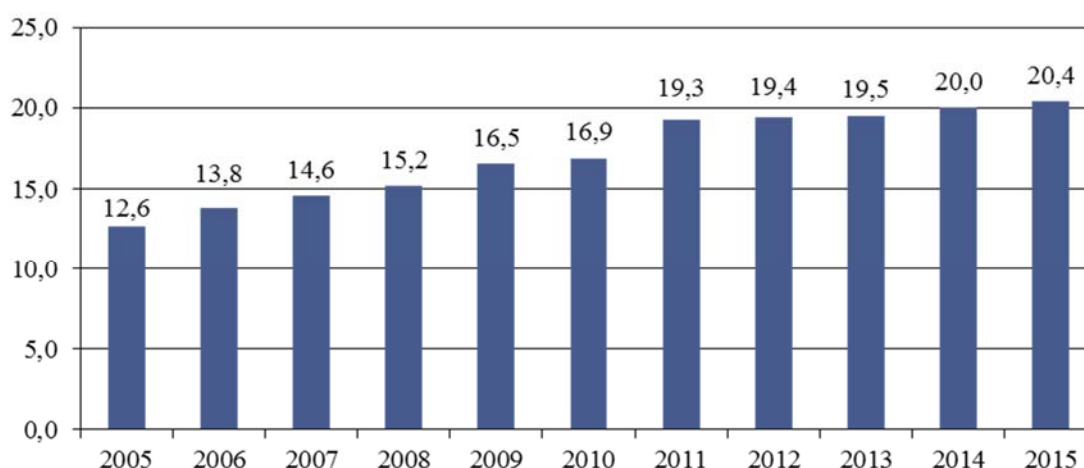
2.3. AMBULATORYJNA OPIEKA ZDROWOTNA

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 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011, Nr 112, poz. 654), z późniejszymi zmianami, która zniósła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej.

W końcu 2015 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem ponad 20,0 tys. przychodni⁹⁵ (o 360 więcej niż w roku poprzednim).

Wykres 38. Przychodnie w latach 2005 – 2015

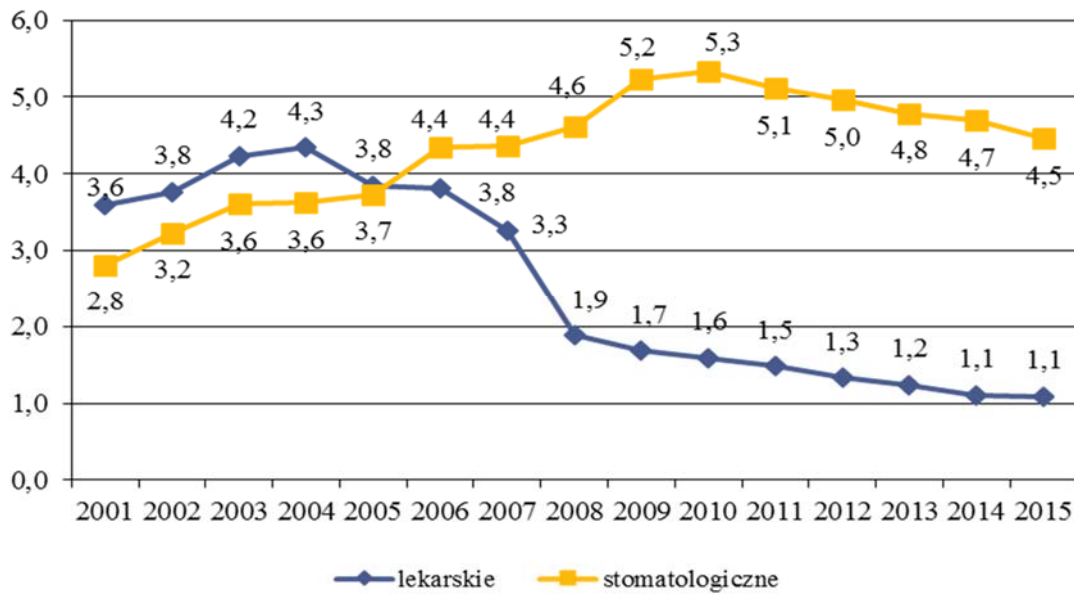


Nieco odmienne tendencje można było zauważyć w przypadku praktyk⁹⁶ lekarskich i stomatologicznych. W latach 2001 – 2010 systematycznemu wzrostowi liczby praktyk stomatologicznych, towarzyszył trwający od 2004 roku coroczny spadek liczby praktyk lekarskich, a od 2011 tendencja spadkowa dotyczy również praktyk stomatologicznych. W porównaniu z ubiegłym rokiem, w 2015 r., zmalała zarówno liczba praktyk stomatologicznych jak i lekarskich, odpowiednio o 6% i 5% udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych.

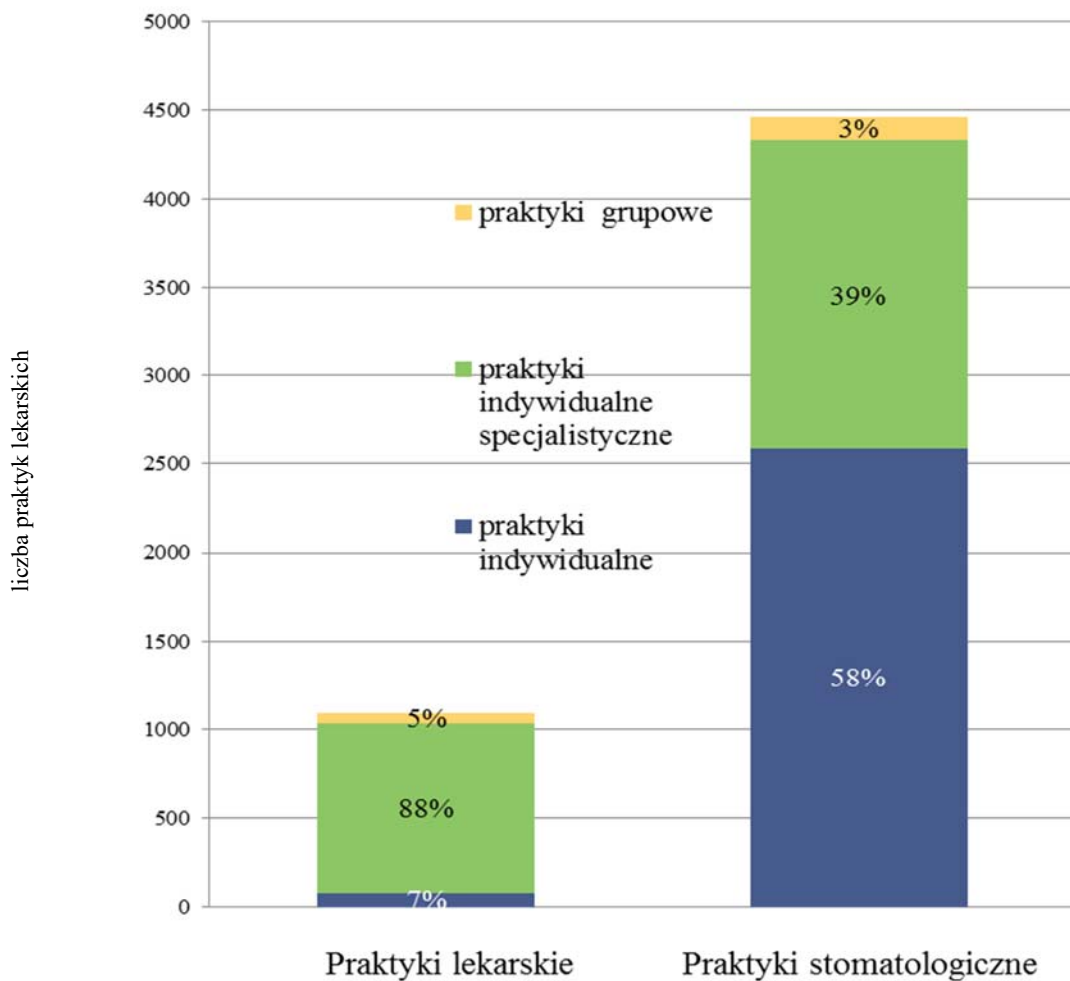
⁹⁵ Przychodnie łącznie z ośrodkami zdrowia, poradniami, ambulatoriami i izbami chorych oraz zakładami badań diagnostycznych i medycznymi laboratoriami diagnostycznymi. Łącznie z danymi o placówkach podległych resortom MON i MSWiA.

⁹⁶ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 39. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych w latach 2001 – 2015 (w tys.)



Wykres 40. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych



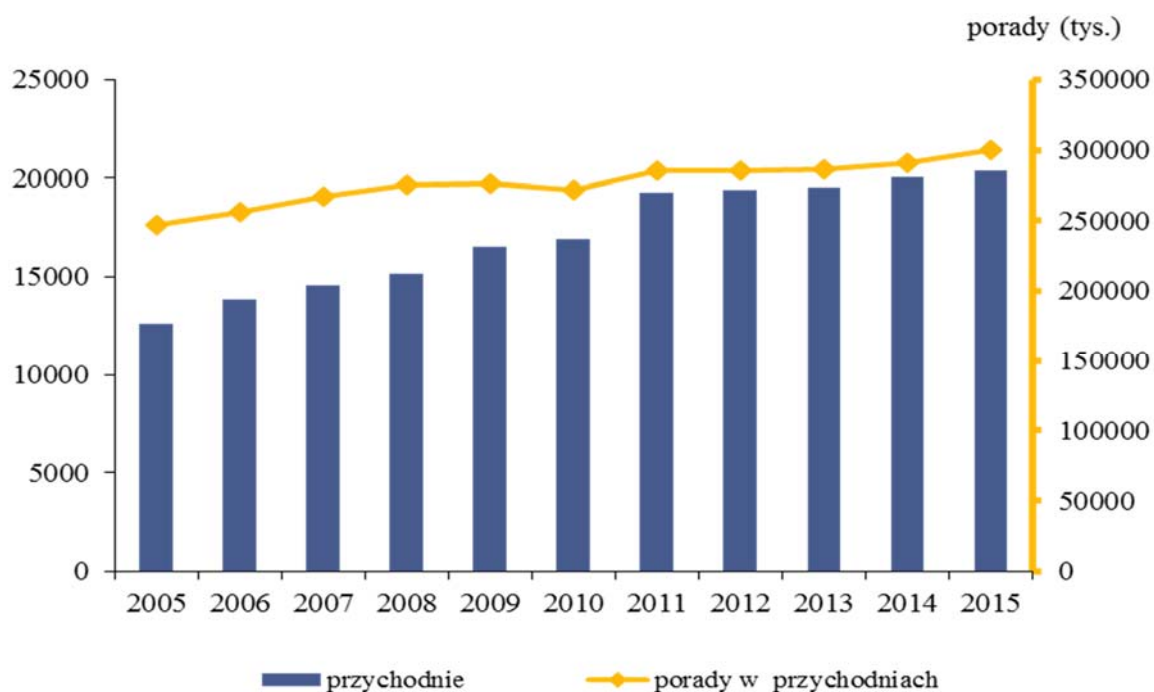
W 2015 roku odnotowano łącznie 5,5 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o 6 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 80,4% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 7,0% i 5%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58%). Ta forma ambulatoryjnej opieki była zdecydowanie bardziej popularna w miastach (37,4% ogółu) niż na wsi (20,5% praktyk).

Porady udzielone w 2015 r. i w latach poprzednich

Ogółem w ciągu 2015 roku w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 319,6 mln porad⁹⁷. Spośród porad udzielonych przez lekarzy – 52,6% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 36,3% – w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych wyniosła 34,7 mln porad, wzrosła o prawie 1 mln, tj. 11,1 % (w roku ubiegłym wyniosła 33,8 mln). Porady udzielone w przychodniach stanowiły 95,6% wszystkich porad; o 2,2 p. proc. więcej niż przed rokiem.

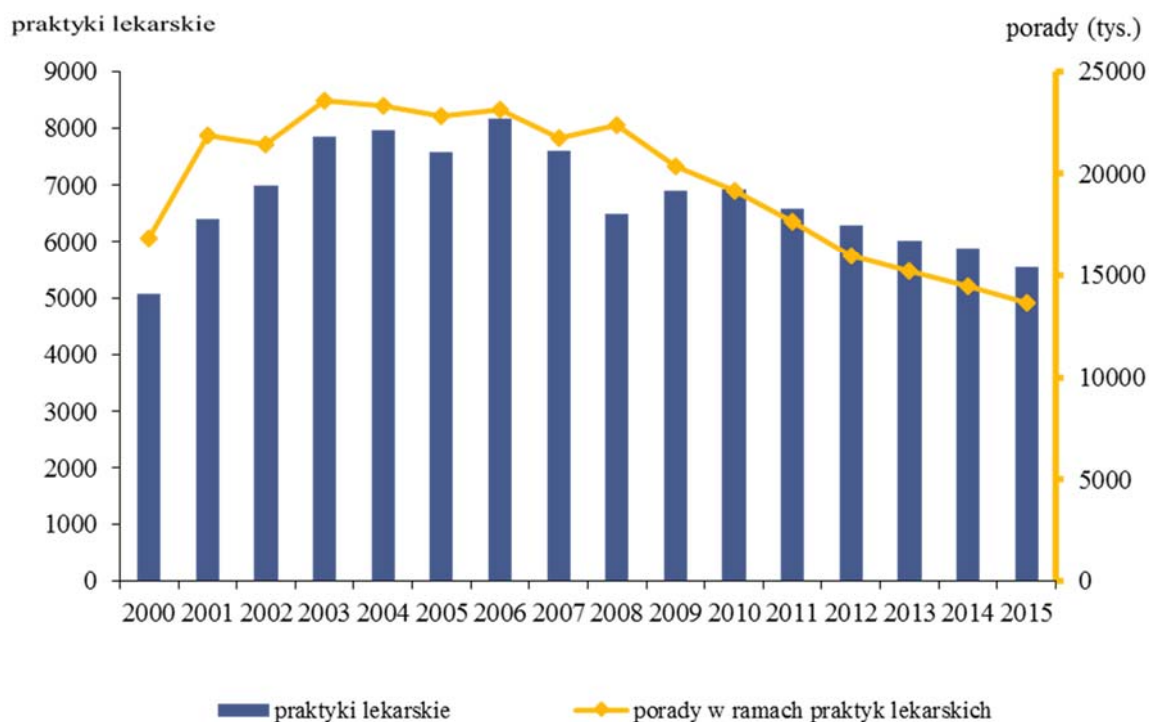
Wykres 41. Przychodnie i udzielone w nich porady w latach 2005 – 2015



⁹⁷ Łącznie z danymi o placówkach i poradach podległych resortom MON i MSWiA. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych zmalała o 5,5%, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 5,3%) jak i miast (o 5,6%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2015 r. wyniosła 8,3 porady.

Wykres 42. Praktyki lekarskie^{a)} i udzielone w nich porady w latach 2000 – 2015



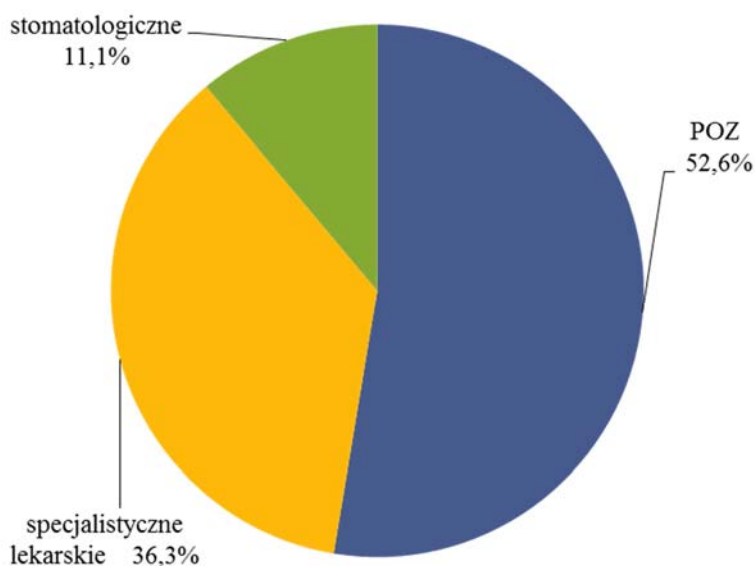
a) Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

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, 57,2% stanowiły porady udzielone kobietom, 22,7% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, a 30,4% – osobom w wieku 65 lat i więcej.

Wykres 43. 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 56,4%; 20% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat, natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 31,3%.

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentkami były kobiety (60,7%). Porady udzielone kobietom stanowiły 60,5% porad w miastach i 67,7% na wsi. Odsetki te były znacznie wyższe niż wynikałoby ze struktury ludności, gdzie kobiety w miastach stanowiły 52,6% a na wsi – 50,1% ogółu ludności. Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z takich porad, stanowiły one 13,3% porad w miastach i 12,7% na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym był podobny jak w roku ubiegłym. Wyniósł on 26,6% w miastach i 20,3% na wsi i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

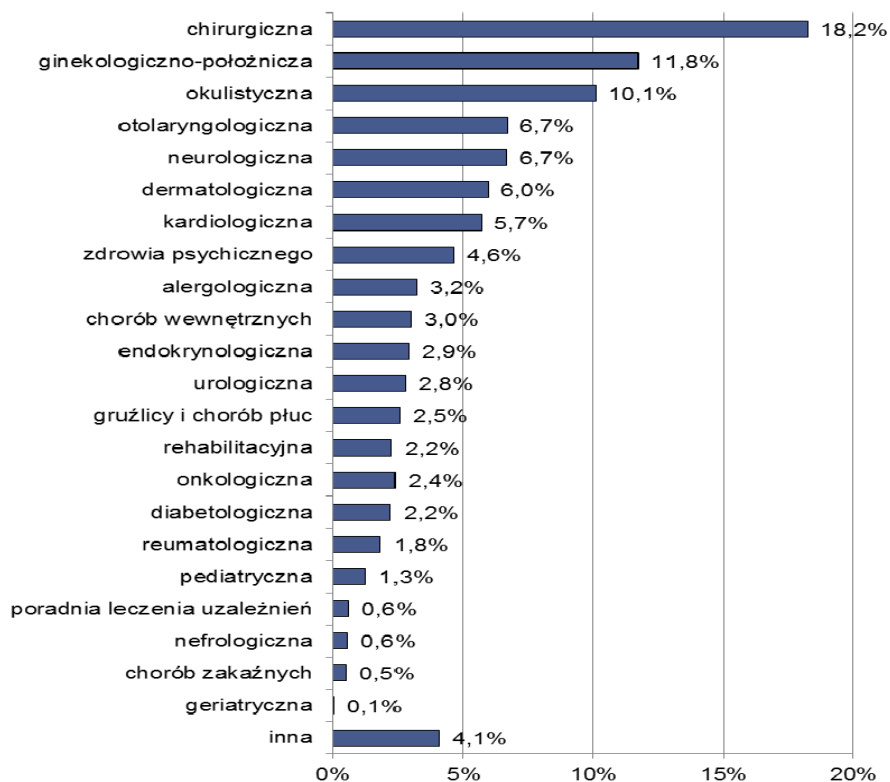
Porady udzielone kobietom przeważały również w przypadku porad stomatologicznych. W miastach stanowiły one 54,5% ogółu porad stomatologicznych, natomiast na wsi – 54%. Niespełna 29,2% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 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 14,4% porad stomatologicznych; na wsi zaobserwowano tych porad o 2,3 p. proc. mniej.

Tabl. 2B. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2015 r.

Wyszczególnienie	Ludność (Stan 30 VI)	Porady		
		POZ	specjalistyczne lekarskie	stomatologiczne
Ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0
0-17 lat	18,0	22,1	13,3	29,2
18-64	66,5	47,3	60,3	56,8
65 +	15,5	30,6	26,4	14,0

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski za 2015 r. wynika, że w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 15 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.

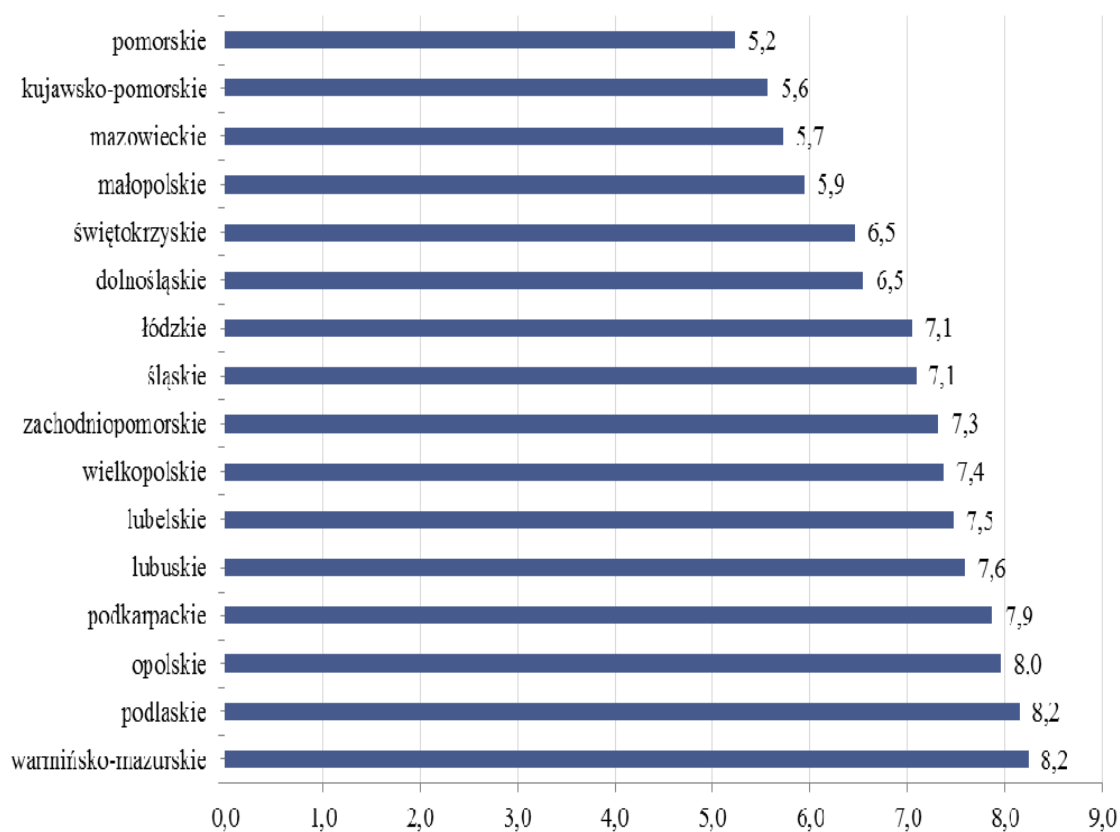
Wykres 44. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach



Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach i powiatach

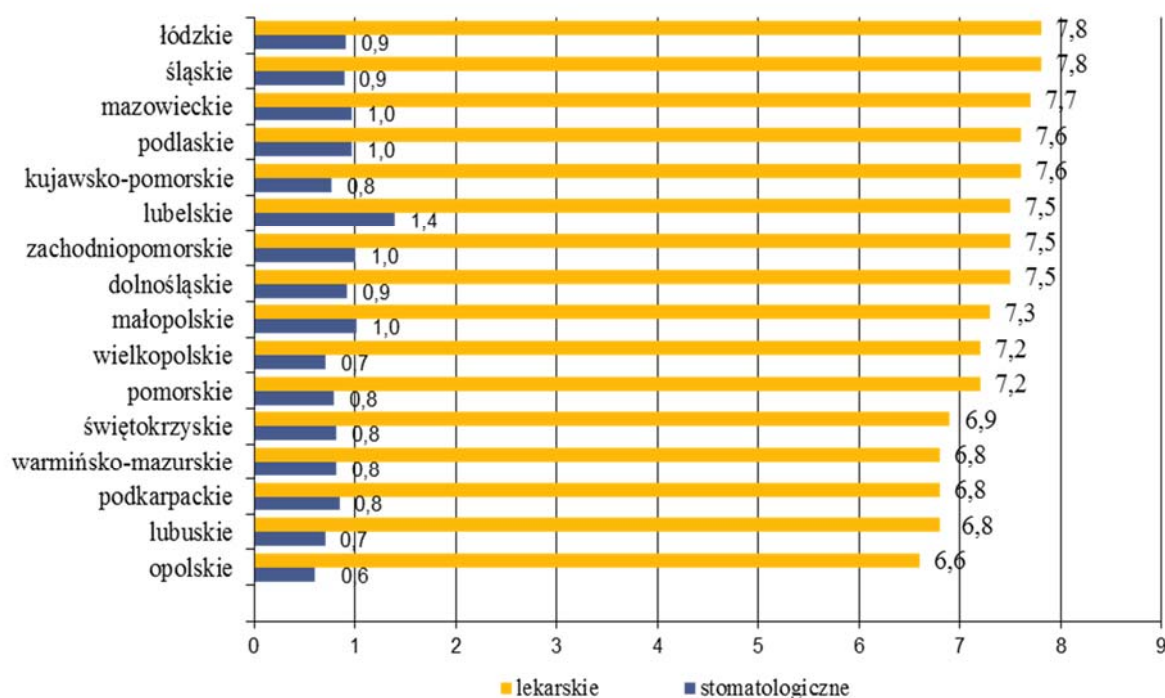
W 2015 r. nie zmieniła się istotnie struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Najwięcej przychodni oraz praktyk⁹⁸ lekarzy i lekarzy dentystów, zlokalizowanych było na terenie województwa śląskiego (3,2 tys.), a najmniej odnotowano w województwie lubuskim i opolskim – po 0,8 tys. Z łącznej liczby 5,5 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej (712), czyli 13,0% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa małopolskiego (189, tj. 3,4%).

Wykres 45. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców według województw



⁹⁸ Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

Wykres 46. 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 (ponad 46 mln, czyli 14,5% wszystkich porad), a najniższą – w województwie opolskim (7,2 mln, czyli 2,3%). Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,3 w województwie opolskim do 8,9 w województwie lubelskim.

Porady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) stanowiły w poszczególnych województwach od 44,1% (woj. mazowieckie) do 59,2% (woj. opolskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 22,1% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 19,2 21% do 25% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w świętokrzyskim. W przypadku osób starszych, odsetek ten wahał się od 28,8 w województwie pomorskim do 34,5 w województwie opolskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej porady dotyczące dzieci i młodzieży kształtowały się od 11,5% w województwie zachodniopomorskim do 15,1% w województwie

warmińsko-mazurskim. Porady udzielone starszym osobom stanowiły 26,4% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 24,3% (województwo mazowieckie) do 29,5% (województwo śląskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej porady dla dzieci i młodzieży kształtowały się od 25,5% w województwie dolnośląskim do 39,3% w województwie lubelskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 14% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 10,8% (województwo lubelskie) do 16,5% (województwo dolnośląskie i śląskie).

Dane na temat dostępności podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie, praktyki lekarskie) **w powiatach** prezentowane na dwóch mapach poniżej pokazują, że w 2015 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, bydgoski, żniński), mazowieckiego (powiat miński, wołomiński, radomski, warszawski zachodni), małopolskiego (powiat dąbrowski, wadowicki, oświęcimski).

Natomiast największą liczbę porad na 1 mieszkańca zaobserwowano w powiatach: lubińskim, milickim (woj. dolnośląskie), świdnickim, ryckim (woj. lubelskie), sieradzkim, pabianickim (woj. łódzkie), będzińskim, zawierciańskim (woj. śląskie).

Dostosowanie do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

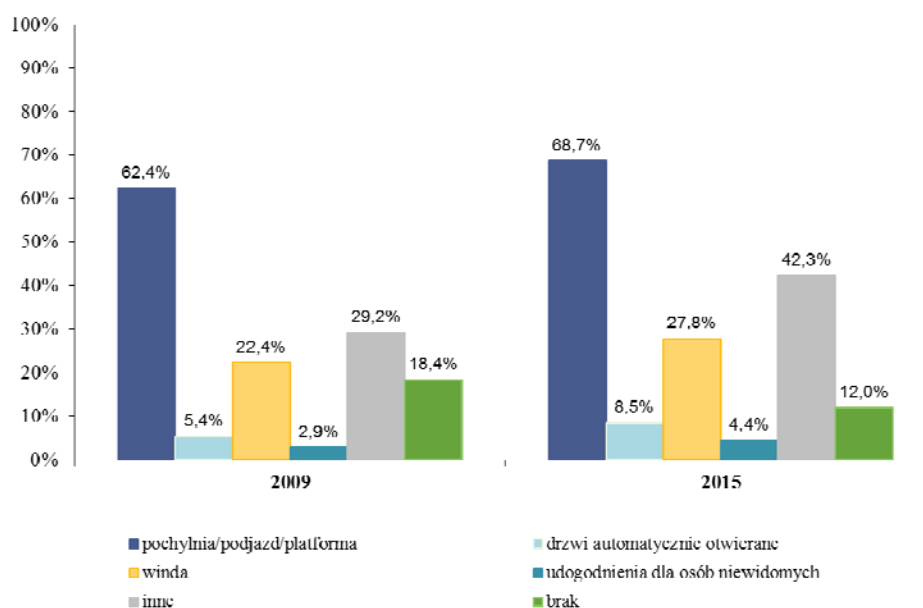
Przystosowanie jednostek świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną dla potrzeb osób niepełnosprawnych po raz pierwszy zbadano w 2009 roku. Aktualne dane (za 2015 r.) w porównaniu do roku 2009 wykazują znaczną poprawę przystosowania podmiotów świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną dla potrzeb osób z niepełnosprawnościami.

W roku 2009 spośród ponad 23 tys. podmiotów świadczących ambulatoryjną opiekę zdrowotną (zakładów/przychodni opieki zdrowotnej – i praktyk lekarskich) prawie 25% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla potrzeb osób niepełnosprawnych, natomiast w roku 2015 z ponad 25 tys. podmiotów brak jakichkolwiek udogodnień dla potrzeb osób niepełnosprawnych odnotowano w 15% przychodni i praktyk lekarskich.

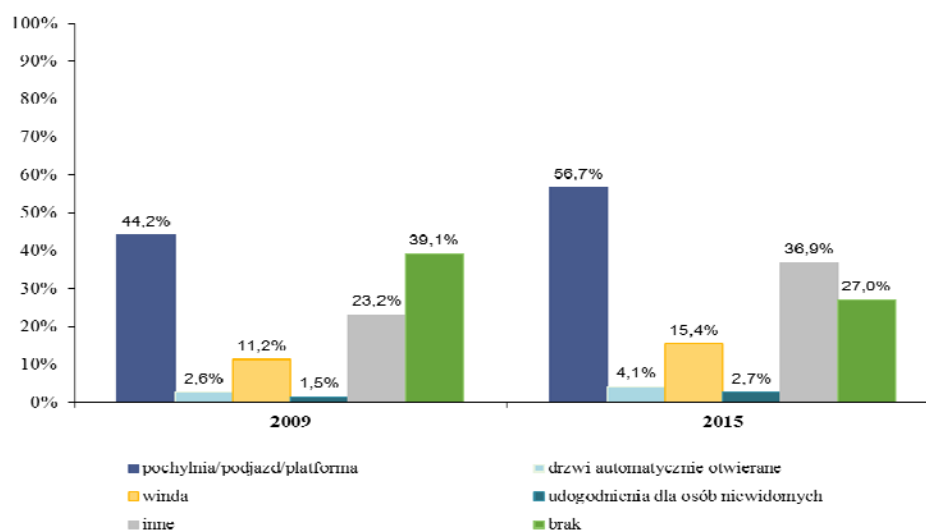
W 2015 r. 68,7 % przychodni posiadało pochylnię/podjazd/ platformę (w 2009 r. – 62,4%), drzwi automatycznie otwierane 8,5 % (2009 r. – 5,4%) , windę 27,8 (2009 – 22,4%), udogodnienia dla osób niewidomych posiadało 4,4 % przychodni (2009 r. – 2,9%). Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 12,0% przychodni (2009 r. – 18,4%).

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, prawie 70% z nich deklaroowało posiadanie jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych (w roku 2009 – 60%). Były to najczęściej pochylnia/podjazd/ platformy, których posiadanie deklaroowało 56,7 % praktyk (w 2009 r. 44,2%). W przypadku 36,9 % praktyk stwierdzono, że wyposażone są w inne niż wymienione w kwestionariuszu udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (w 2009 r. 23,2 %). W 2015 roku 27,0 % praktyk lekarskich i stomatologicznych nie posiadało żadnych udogodnień (2009 r. – 39,1 %).

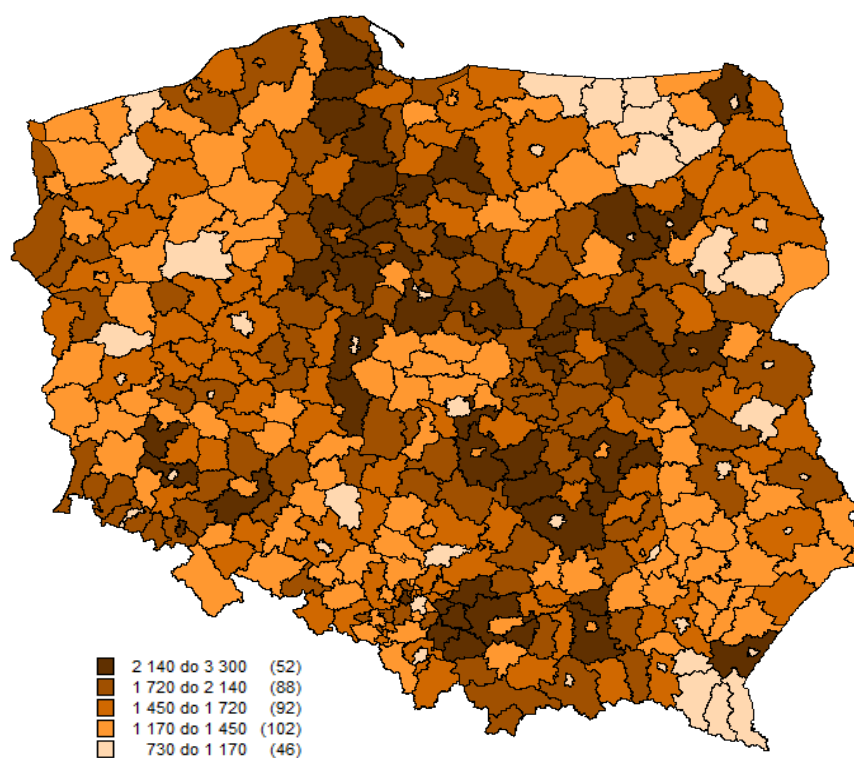
Wykres 47. Stopień dostosowania przychodni do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w latach 2009 i 2015 (w %)



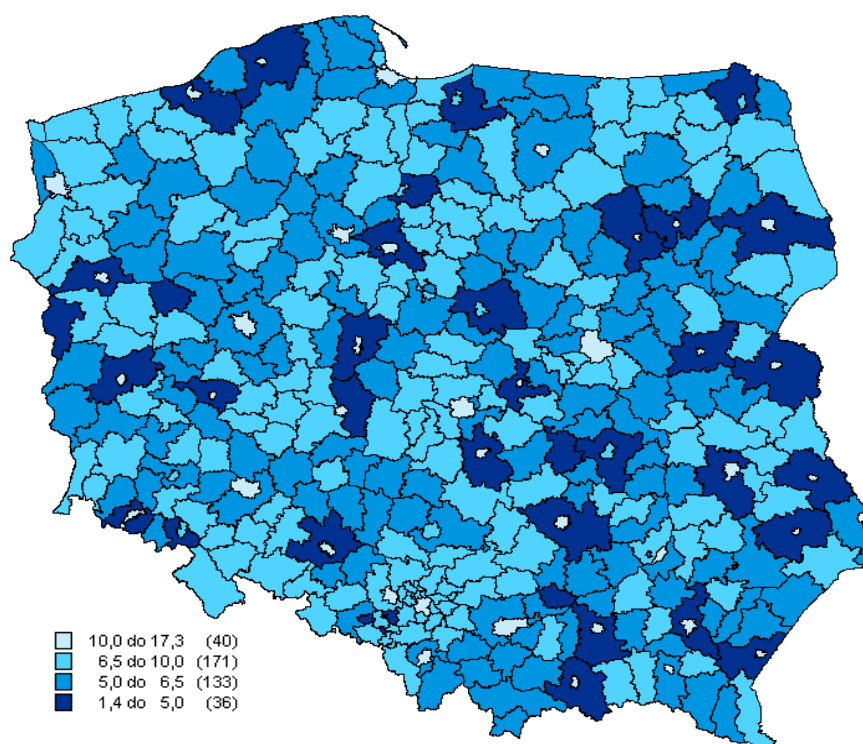
Wykres 48. Stopień dostosowania praktyk lekarskich do potrzeb osób z niepełnosprawnościami w latach 2009 i 2015 (w %)



Mapa 11. Liczba mieszkańców na 1 podmiot ambulatoryjnej opieki zdrowotnej według powiatów



Mapa 12. Liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów



2.4. RATOWNICTWO MEDYCZNE

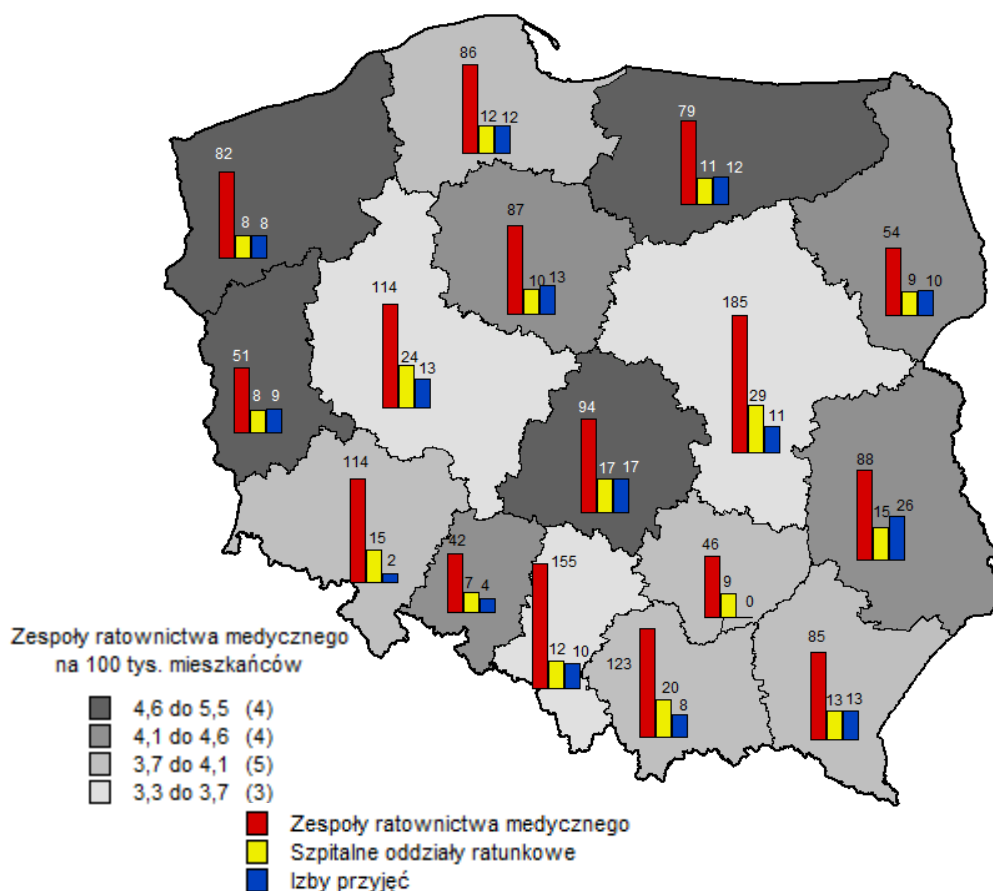
W celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego stworzony został system Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁹⁹. Na terenie całego kraju system funkcjonuje w oparciu o „wojewódzkie plany działania systemu”¹⁰⁰ sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje, może żądać od wojewody przekazania wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie danego województwa, jak również ma możliwość przeprowadzenia kontroli dysponentów jednostek systemu. **Wojewodowie natomiast są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa.** W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in. potencjalne zagrożenia życia lub zdrowia, które mogą zaistnieć na obszarze województwa; liczbę i rozmieszczenie jednostek systemu na terenie województwa wraz ze sposobem koordynowania ich działań; obszary działania i rejony operacyjne; informacje o lokalizacji wojewódzkich centrów powiadamiania ratunkowego i centrów powiadamiania ratunkowego; sposób współpracy organów administracji publicznej i jednostek systemu z innymi województwami tak, aby zapewnić sprawne i skuteczne ratowanie życia i zdrowia, bez względu na przebieg granic województw; zamieszczają kalkulację kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego. Plan obejmuje również dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie w sposób zapewniający odpowiedni czas dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego. W planie zawarty jest także wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz informacje o centrum urazowym, jeżeli znajduje się ono na obszarze danego województwa.

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

⁹⁹ 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.).

¹⁰⁰ 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 13. Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw



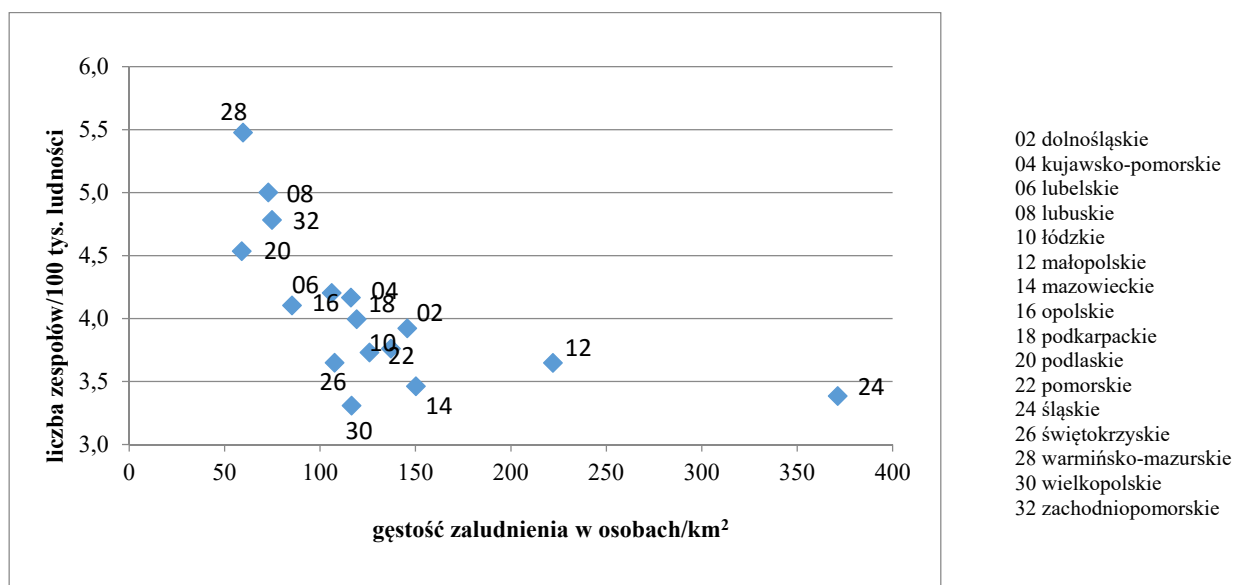
Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

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

W 2015 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1486 zespołów (o 8 więcej niż przed rokiem), w tym 898 (60%) zespołów podstawowych i 588 (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 5,5 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w wielkopolskim, śląskim i mazowieckim – 3,3–3,5 zespołu na 100 tys. ludności. Wskaźnik wykazuje ujemną korelację z gęstością zaludnienia w danym województwie – im wyższa gęstość zaludnienia, tym mniej zespołów przypada na 100 tys. ludności.

Wykres 49. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego¹⁰¹ wskazują, że w 2015 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego¹⁰² stanowiło 11,0 tys. ratowników medycznych, 1,8 tys. pielęgniarek systemu i 1,9 tys. lekarzy systemu. W porównaniu z zeszłym rokiem wzrosła liczba ratowników medycznych, natomiast spadła liczba pielęgniarek systemu i lekarzy systemu.

Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

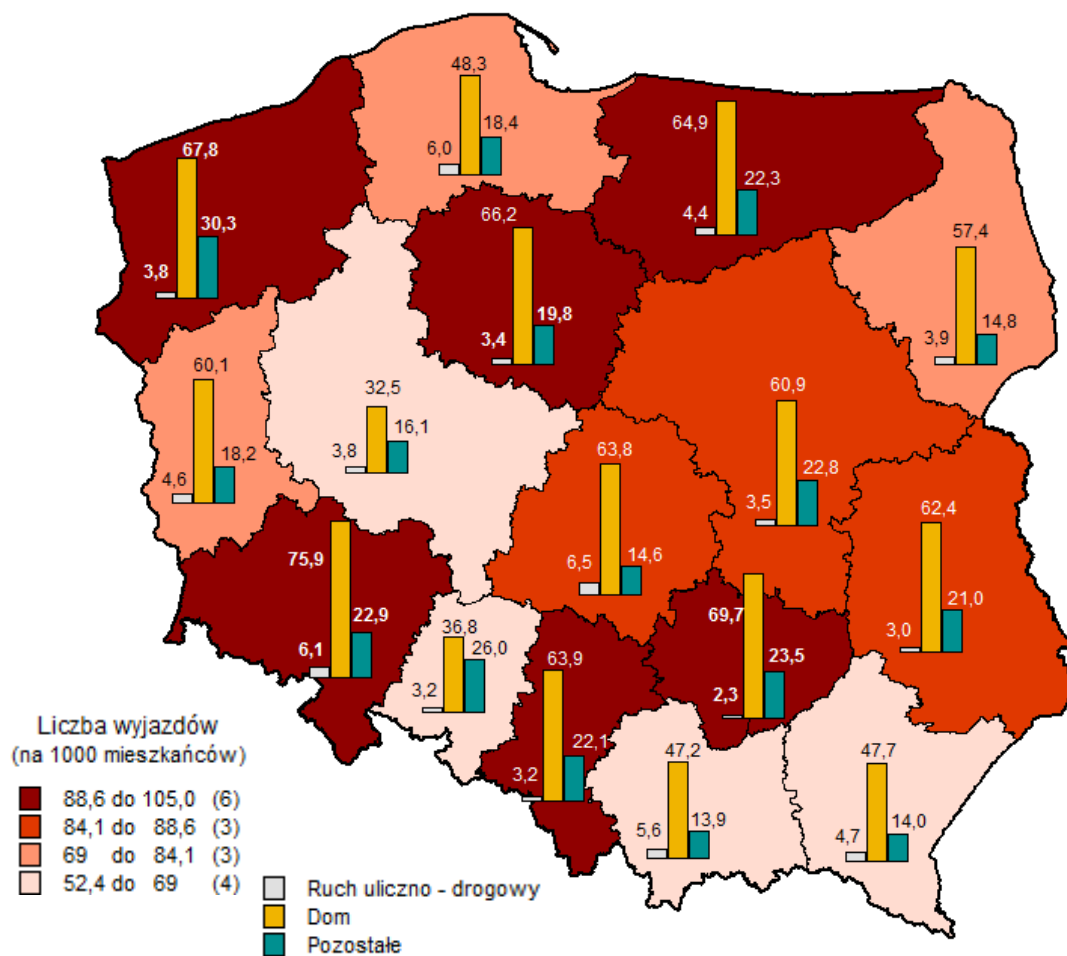
W ramach ratownictwa medycznego w 2015 r. zrealizowano ponad 3,1 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, niemal o 2% więcej niż w zeszłym roku. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 82,4 wyjazdy ZRM.

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 ponad 5%, a do zdarzeń w pracy lub w szkole po ok. 1–2%. Miejsca zaliczone do kategorii „inne”, obejmujące np. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół, itp. stanowiły drugie co do liczebności miejsce zdarzenia – ok. 21%.

¹⁰¹ Dane GUS – formularz ZD-4.

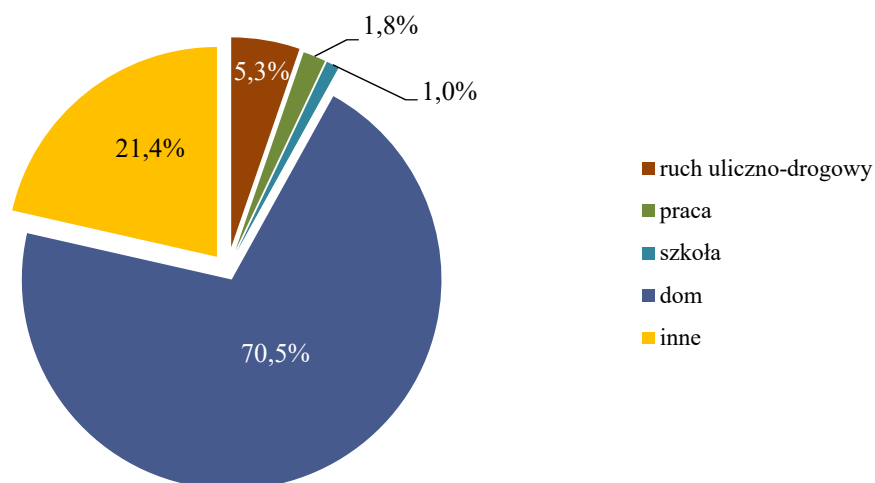
¹⁰² Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

Mapa 14. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności



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

Wykres 50. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia

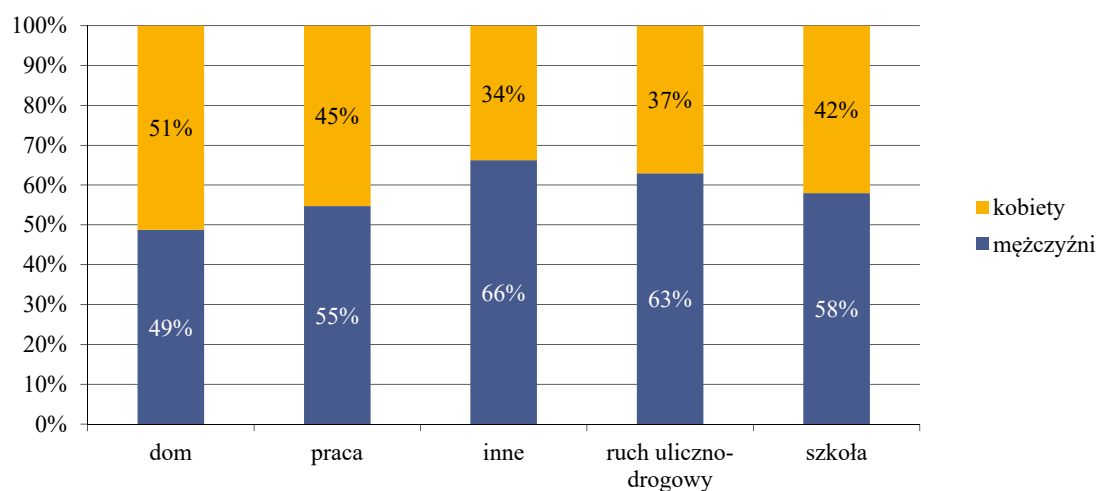


Liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów (w trakcie jednego wyjazdu mogła zostać udzielona pomoc więcej niż jednej osobie) i wyniosła niemal 3,2 mln. Podobnie jak w roku 2014, najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa 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: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wynosił 6,4%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 51,9%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 41,7% (w 2014 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6,4%, 52,7% i 40,8%).

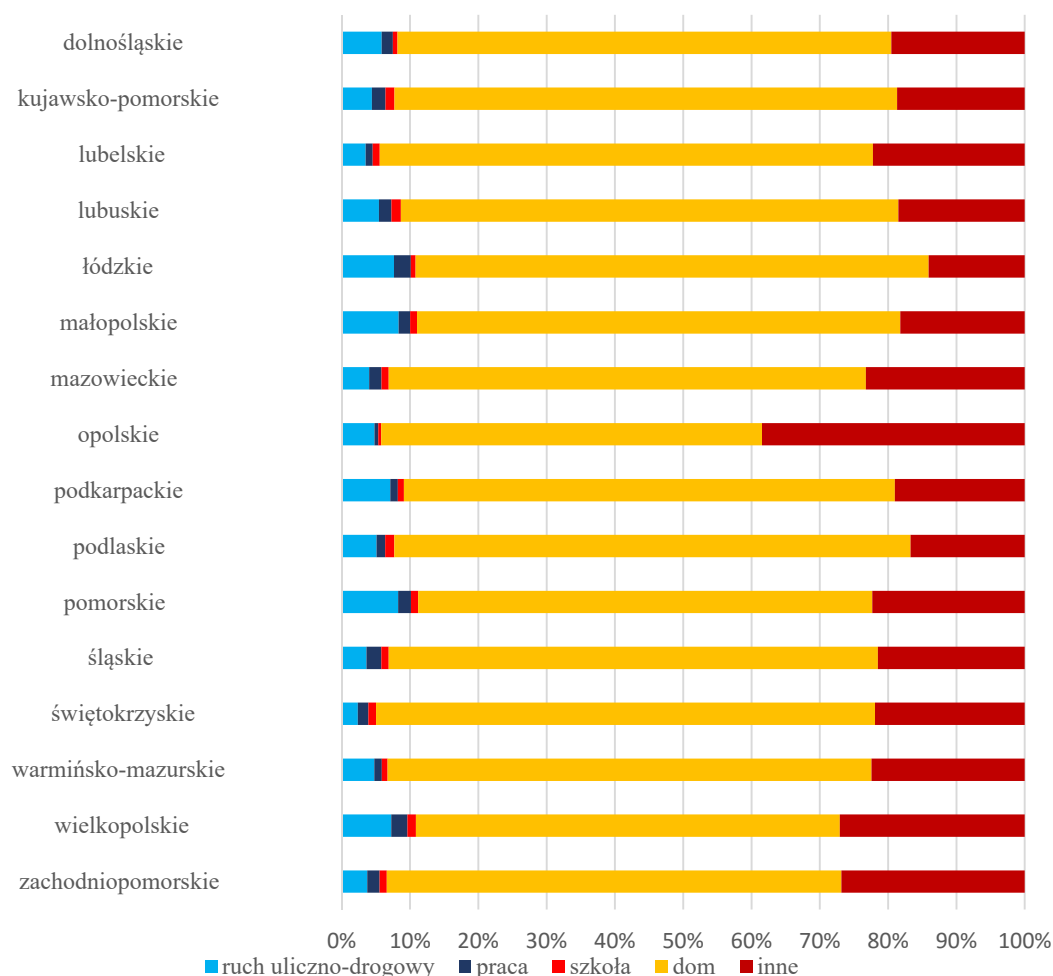
Wśród osób, którym udzielono pomocy, większość stanowili mężczyźni (53,5%). Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 55% w większości kategorii.

Wykres 51. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia



Analizując strukturę wyjazdów na miejsce zdarzenia w poszczególnych województwach dostrzec można, że w każdym z nich zdecydowanie przeważają wyjazdy do domu pacjenta. W podlaskim i łódzkim stanowią one aż 75 - 76% wszystkich wyjazdów, natomiast w opolskim 56%. W każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – po 0,5 - 2% ogółu wyjazdów. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2 - 8% ogółu wyjazdów realizowanych w poszczególnych województwach. Dokładną strukturę pokazuje poniższy wykres.

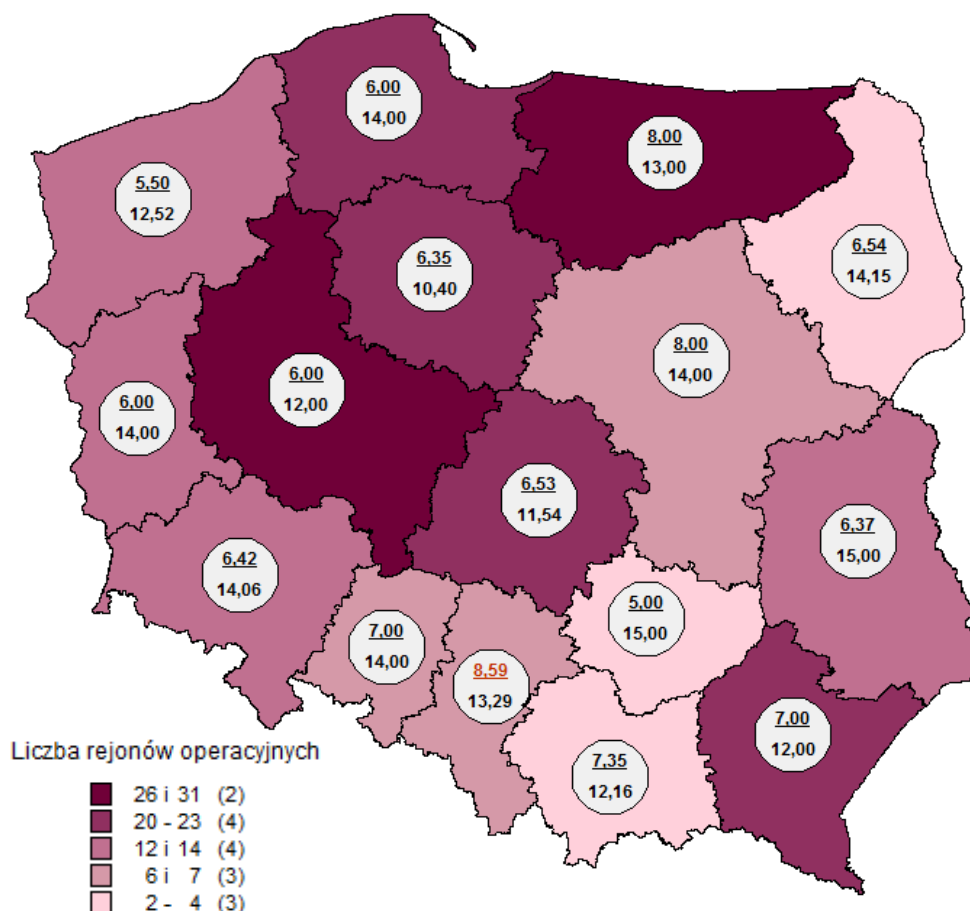
Wykres 52. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw



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 ustawą¹⁰³ 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 2015 r. mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w niemal wszystkich województwach spełniała wymienione wyżej kryteria (założone w ustawie normy przekroczone zostały w województwie śląskim w przypadku miast powyżej 10 tysięcy mieszkańców).

¹⁰³ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

Mapa 15. Liczba rejonów operacyjnych oraz mediana czasu dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia



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

X,XX - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców

X,XX - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców

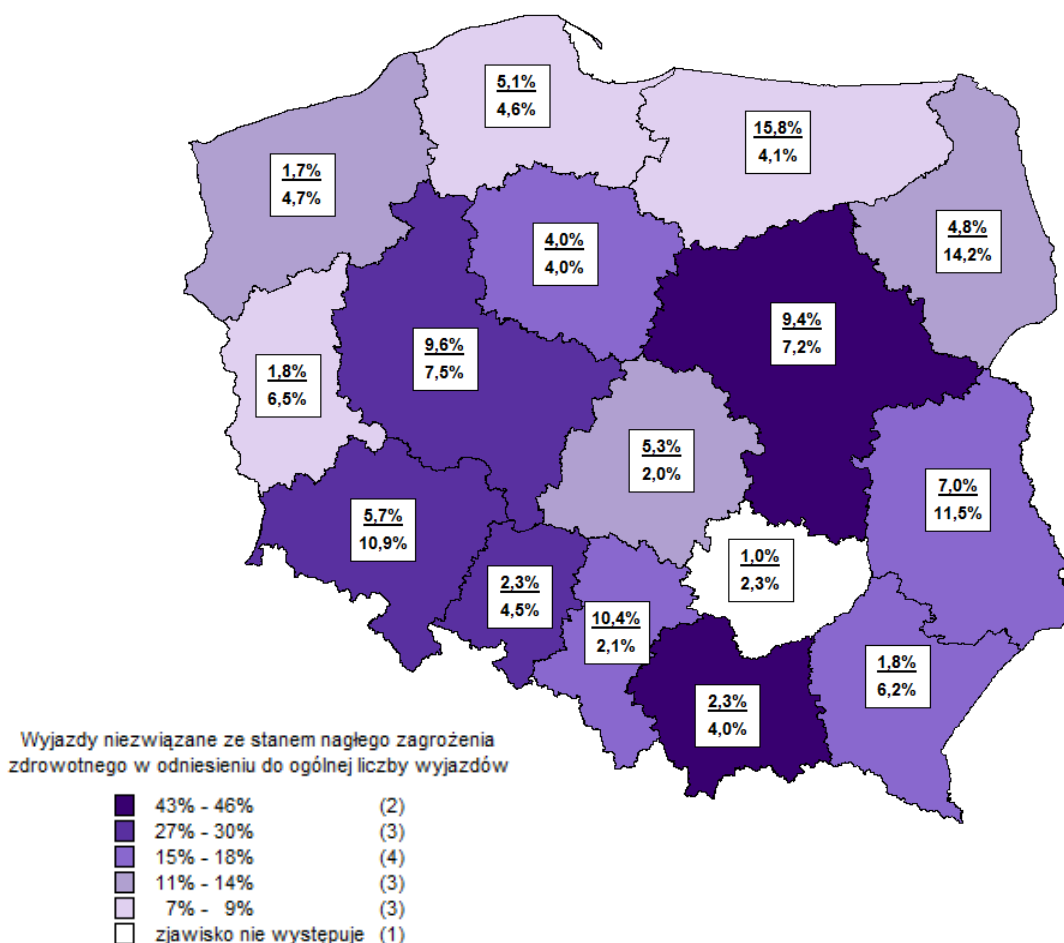
a) W minutach licząc od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia

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

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 pomorskim – najmniej, a w świętokrzyskim w ogóle nie zarejestrowano takich wyjazdów.

Mapa 16. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy^{a)} (w %)



Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy^{a)} X.X % - miasta powyżej 10 tys. mieszkańców
 X,X % - poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców

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

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

Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. LPR posiada 17 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS¹⁰⁴) rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji, a także jeden zespół transportowy. Dysponuje 27 śmigłowcami ratunkowymi oraz dwoma samolotami. Niezmiennie, zespoły lotnicze funkcjonowały we wszystkich województwach, z wyjątkiem województwa opolskiego, z kolei w województwie

¹⁰⁴ HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

mazowieckim były 3 takie zespoły (w tym 1 samolot), 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 jest mniejszy bądź równy 60 km – czas gotowości do startu wynosi 3 minuty w dzień, 15 minut w nocy; gdy promień działania jest większy niż 60 km i mniejszy bądź równy 130 km – czas gotowości do startu to 6 minut w dzień, 30 minut w nocy; natomiast gdy promień działania jest większy niż 130 km – 15 minut w dzień, 30 minut w nocy.

W roku 2015 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 9098 lotów (w tym 7837 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1261 transportów międzyszpitalnych), natomiast załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 469 misje.

Wśród wszystkich wezwań śmigłowców, podobnie, jak w ubiegłych latach, dominowały loty do wypadków komunikacyjnych (1937 loty – 21,3% wszystkich lotów). Częste były również wezwania do nagłych zachorowań: udarów (1135 – 12,5% wszystkich lotów) czy zawałów mięśnia sercowego (564 – 6,2%). 539 razy załogi startowały do osób po upadkach z wysokości, a 495 razy do osób w stanie nagłego zatrzymania krążenia. W 2015 r. odnotowano 599 wezwań do osób nieprzytomnych. Łącznie na pokładach statków powietrznych przetransportowano 7097 pacjentów.

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów do wypadków i nagłych zachorowań w minionym roku zrealizowały: Wrocław (627), Gdańsk (622) i Kraków (595)¹⁰⁵.

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.

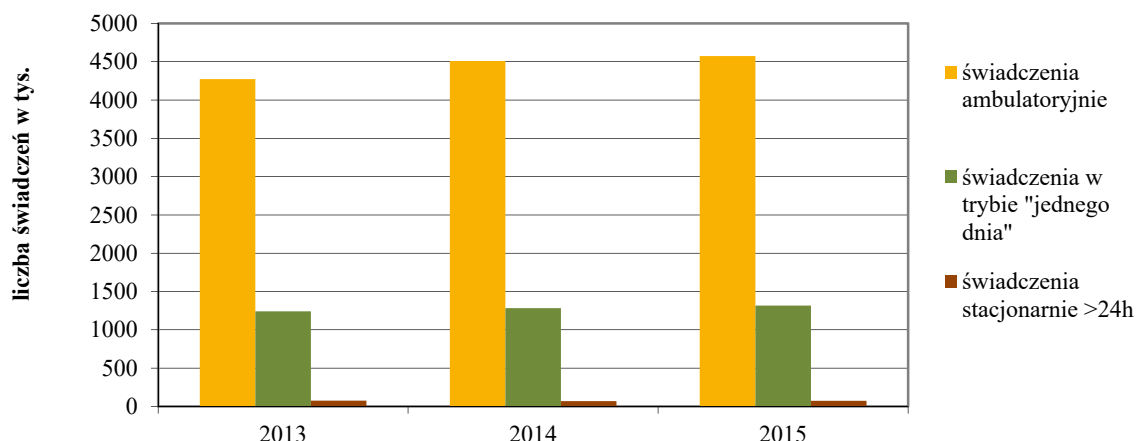
W końcu 2015 roku w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowały 219 **szpitalne oddziały ratunkowe (SOR)**, o 1 więcej niż w 2014 r.

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).

¹⁰⁵ Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

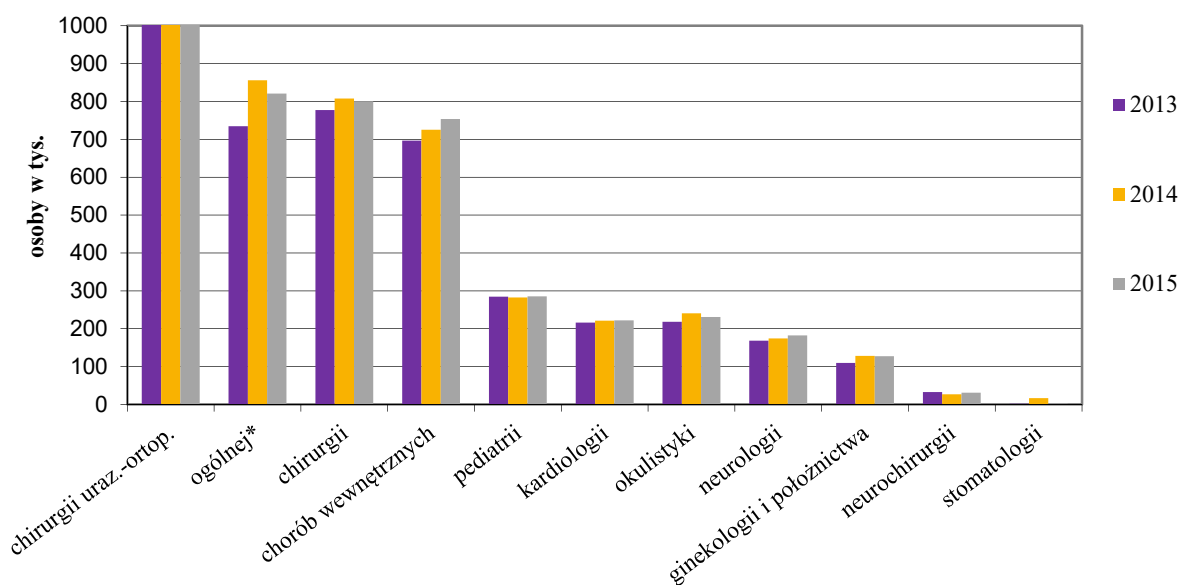
Wykres 53. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć w latach 2013-2015 według rodzajów świadczeń



Ponadto, w 2015 r. z systemem PRM współpracowało 168 izb przyjęć w szpitalach.

W izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym niemal 4,6 mln osób, o niecałe 66 tys. więcej niż w roku 2014. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 54,9%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 18,9%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 22,4%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym.

Wykres 54. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni



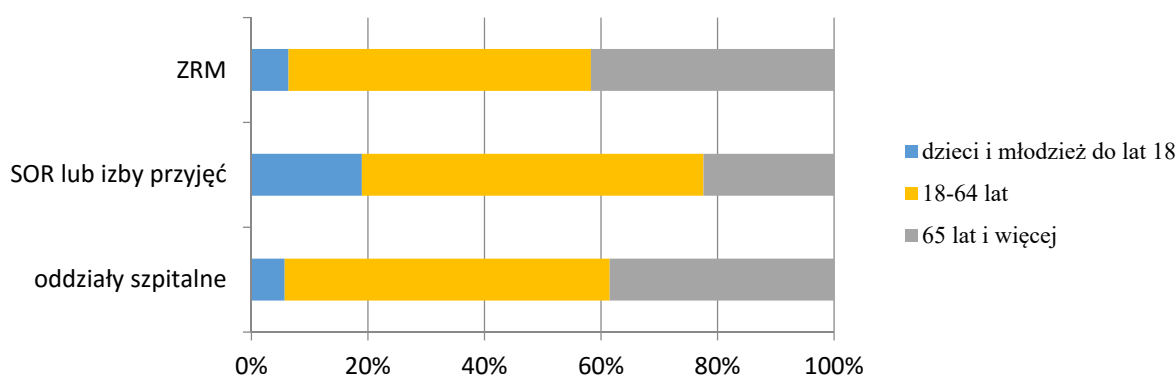
*niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych

Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 1388 łózkami. SOR w trybie stacjonarnym (pobyt powyżej 24 godzin) udzieliły pomocy 73,8 tys. osób. Było to o 6,4% więcej niż w roku 2014.

Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 5,7% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 38% wszystkich pacjentów. Wrosła liczba osób leczonych w SOR w trybie „jednego dnia” (w porównaniu z zeszłym rokiem wzrost o 2,6%) i wyniosła ona 1316 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 55. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku



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)¹⁰⁶

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.

¹⁰⁶ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.).

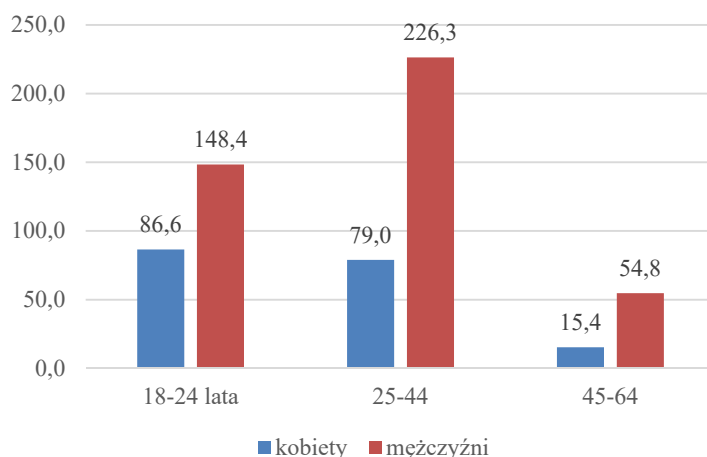
Do jednostek, które współpracują z systemem PRM zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych,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

2.5. KRWIODAWSTWO

W 2015 roku funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe¹⁰⁷) oraz 142 oddziały terenowe (w tym 7 w gestii MON). Ilość centr regionalnych w stosunku do roku poprzedniego nie zmieniła się, zaś o 3 spadła ilość oddziałów terenowych – spadek ten dotyczył tylko oddziałów terenowych funkcjonujących w ramach sieci Narodowego Centrum Krwi w województwie dolnośląskim i mazowieckim.

Zbiorowość krwiodawców liczyła 631,5 tys. osób, co stanowi wzrost o prawie 15 tys. w stosunku do roku poprzedniego. Biorąc pod uwagę szereg rygorystycznych wymogów¹⁰⁸, którym muszą sprostać krwiodawcy, należy pozytywnie odnieść się do faktu, że po dramatycznym spadku liczby krwiodawców w roku 2014 zbiorowość krwiodawców powoli się odbudowuje. Krwiodawcy przekazali łącznie 1218 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 548,1 tys. litrów. Wśród dawców 65% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni.

Wykres 56. Krwiodawcy według płci i wieku (w tysiącach)



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

¹⁰⁷ Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

¹⁰⁸ Krew lub jej składniki może oddać osoba, która:

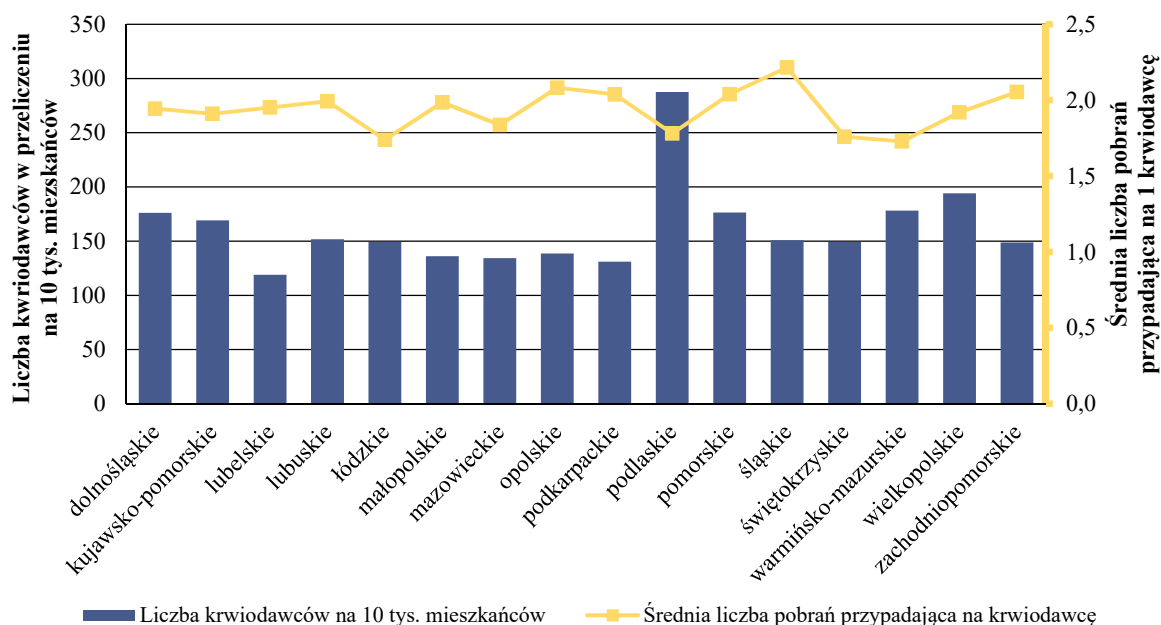
- odpowiada wymaganiom zdrowotnym pozwalającym na ustalenie na podstawie badań lekarskich i badań laboratoryjnych, że każdorazowe pobranie krwi nie spowoduje ujemnych skutków dla jej zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy w szczególności na skutek występowania przeciwciała stałych lub czasowych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

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

Biorąc pod uwagę informacje dostępne w podziale wojewódzkim tj. pomijając dane resortowe¹⁰⁹, to 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, co stanowiło 34,4% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców, oddali oni 414 tys. donacji krwi pełnej (35,2% krwi pełnej pobranej w całej Polsce). Bazując na danych dla województw, a więc bez resortowych, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim (wykres poniżej).

W województwie tym nie funkcjonują resortowe lokalne stacje krwiodawstwa, tak więc wszystkie donacje na terenie tego województwa realizowane są w stacjach podlegających Narodowemu Centrum Krwi.

Wykres 57. Krwiodawcy według województw



¹⁰⁹ Dane resortowe obejmują dane MON i MSWiA, w regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających tym resortom zarejestrowano łącznie 26251 krwiodawców i pozyskano 41143 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 4% wszystkich krwiodawców i 3,5% wszystkich donacji krwi pełnej.

W 2015 roku pobrano w Polsce 1301 tys. donacji krwi i jej składników.¹¹⁰ W porównaniu do danych za 2014 r. znacząco wzrosła liczba donacji pobranego osocza (z 38 tys. do 45 tys.).

Tabl. 2C. Krwiodawcy i pobrana krew w latach: 2007, 2013, 2014 i 2015

Wyszczególnienie	2007	2013	2014	2015
Krwiodawcy (w tys.)	604,1	646,4	616,6	631,5
Pobrana krew pełna w donacjach (w tys.)	982,5	1184,0	1186,3	1217,6
Wyprodukowano w jednostkach (w tys.):				
koncentrat krwinek czerwonych	974,6	1157,0	1163,0	1189,8 ¹¹¹
świeżo mrożone osocze	1051,4	1220,4	1271,9	1322,3

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

¹¹⁰ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferozy, leukaferozy i innych składników.

¹¹¹ Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że koncentrat krwinek czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby lecznictwa w Polsce.

2.6. APTEKI

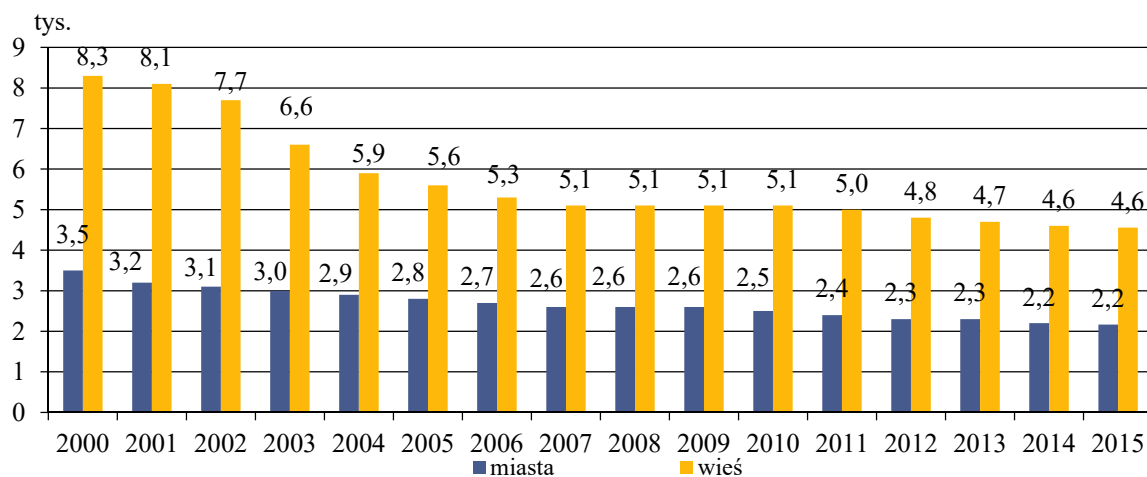
Apteki i punkty apteczne są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne działają niemal w całości na terenach wiejskich¹¹² i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

W 2015 r. na terenie Polski zbadano 12,7 tys. aptek ogólnodostępnych (o 302 więcej niż przed rokiem), 25 aptek zakładowych¹¹³ i 1,3 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne należały do prywatnych właścicieli (99,6%).

Liczba aptek ogólnodostępnych z roku na rok wzrasta, co przy spadku ogólnej liczby ludności w konsekwencji przyczynia się do spadku wskaźnika liczby ludności przypadającej na 1 aptekę. Trend ten widoczny jest od wielu lat i ciągle jest aktualny, jednak spadki z roku na rok są coraz mniej znaczące. W 2015 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3 tys. osób. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,6 tys. (dla województwa lubelskiego) do 3,5 tys. (dla województwa warmińsko-mazurskiego).

Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,4 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2015 r. wyniosła przeciętnie 4,6 tys.

Wykres 58. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny w latach 2000-2015

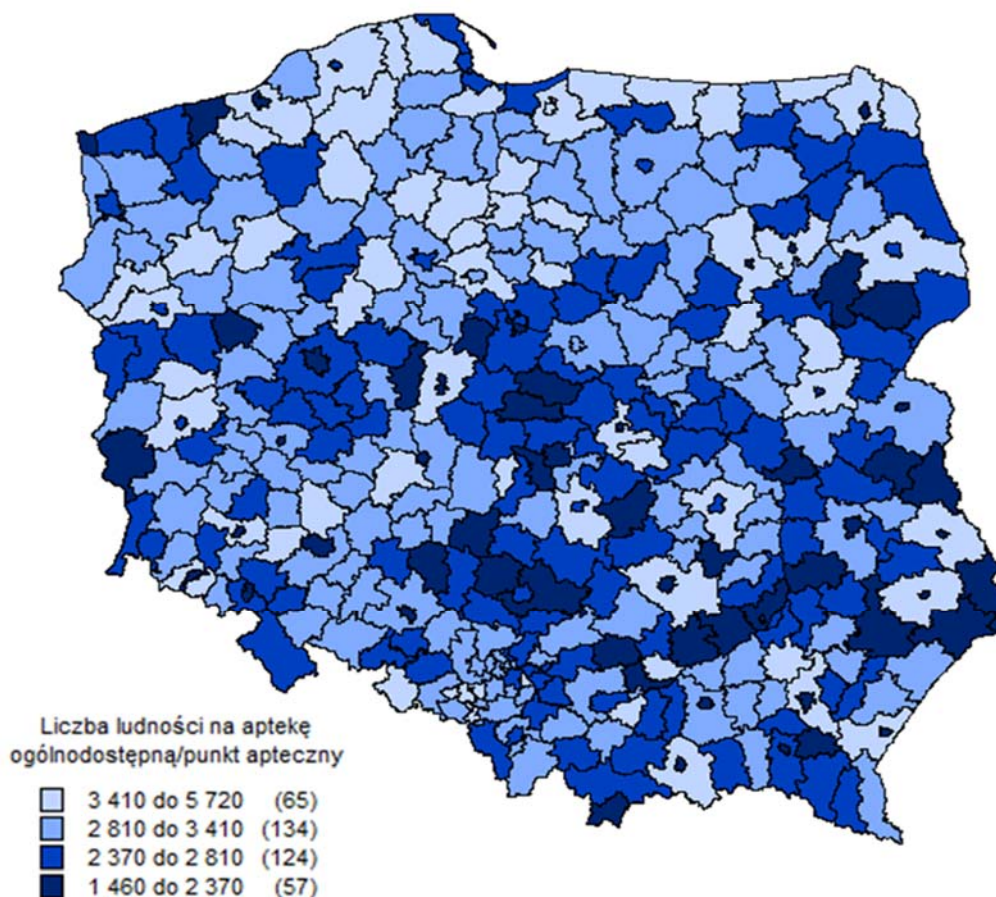


¹¹² Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art.70 ust.3 ustawy z dnia 6 września 2001), punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

¹¹³ 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 całodobowe świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne art. 87, Dz. U. 2008 nr 45 poz. 271). Wśród zbadanych 25 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MSWiA 15 aptek.

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

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



Najwięcej aptek i punktów aptecznych zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,6% i 11,1%). Na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego znajdowała się najmniejsza liczba aptek – po 2,5% ogółu, a w województwie zachodniopomorskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (3,4% ogólnej liczby punktów aptecznych).

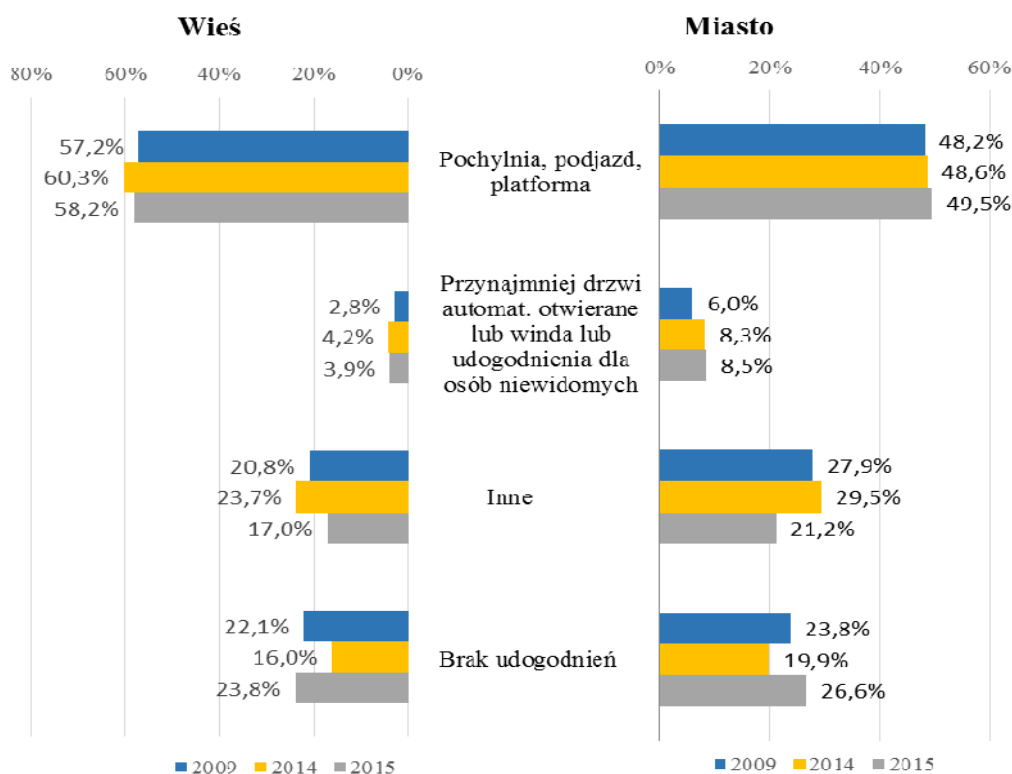
Najwięcej ludności przypadało na jedną aptekę ogólnodostępną i zakładową w województwie warmińsko-mazurskim oraz województwie kujawsko-pomorskim, najmniej w województwie lubelskim oraz łódzkim.

Województwo łódzkie, pomorskie, zachodniopomorskie charakteryzowały się największym wzrostem liczby aptek ogólnodostępnych (odpowiednio o 7%, 6%, 5% w stosunku do roku 2014), zaś największym spadkiem – województwo lubuskie i warmińsko-mazurskie (2% i 1%). W województwie dolnośląskim i podlaskim ubyło stosunkowo dużo punktów aptecznych (spadek o 8%), w woj. lubuskim – o 6%. Najwyższy wzrost liczby punktów aptecznych odnotowano na terenie województwa wielkopolskiego i zachodniopomorskiego (odpowiednio o 9% i 7%).

W omawianym roku 3,5% aptek ogólnodostępnych pełniło stałe dyżury nocne, a więc udziałowo mniej niż w 2014 r., kiedy takie dyżury pełniło blisko 4% aptek ogólnodostępnych. Podobnie jak przed rokiem, niecałe 20% placówek pełniło dyżury okresowo.

W 2015 r. 73,7% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (o 6 pkt. proc. mniej niż przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (50,7% aptek ogółem, co przekładało się na 57,4% aptek na wsi i 49,5% aptek w mieście). Większość udogodnień w punktach aptecznych na wsi to pochylnie, podjazdy, platformy – 59,4% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 1,2% punktów aptecznych na wsi, 2,1% aptek na wsi, prawie 6,7% aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 26,7% aptek w mieście, 24,2% aptek na wsi, oraz w 23,1% punktów aptecznych.

Wykres 59. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi w latach 2009, 2014-2015

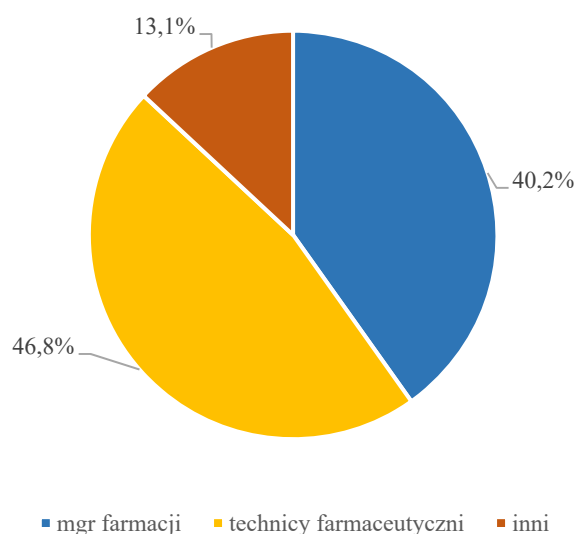


Po raz trzeci zadano sprawozdawcom pytanie o prowadzenie przez aptekę sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych z wykorzystaniem strony internetowej. Okazało się, że 2,4% aptek ogólnodostępnych prowadzi tego typu działalność (w liczbach bezwzględnych było to o 63 apteki mniej niż przed rokiem), największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie

(6,7%), najmniejszy – województwo lubuskie, wielkopolskie, podkarpackie – odpowiednio 0,6%, 0,6% i 0,5%). Co piąta taka apteka miała swoją siedzibę w województwie łódzkim. Sprzedaż wysyłkowa w przypadku punktów aptecznych miała marginalne znaczenie. Tylko 5 jednostek (0,4%) zgłosiło taką działalność. Działalność taka dotyczyła województw: łódzkiego, dolnośląskiego, pomorskiego, śląskiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 26 tys. magistrów farmacji oraz 30,3 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto przeciętnie jeden praktykant przypadał na 59 aptek ogólnodostępnych. Podobnie jak w ubiegłym roku zdecydowaną większość pracujących stanowiły kobiety (odpowiednio 83,5% wśród farmaceutów i 94% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji i 2 z tytułem technika farmaceutycznego. Na wsi sytuacja wyglądała inaczej, gdyż przeciętnie jeden magister farmacji i jeden technik farmaceutyczny przypadał na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny. Jeżeli chodzi o punkty apteczne na wsi to przeciętnie w jednym punkcie aptecznym pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 7 punkcie pracował magister farmacji.

Wykres 60. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych



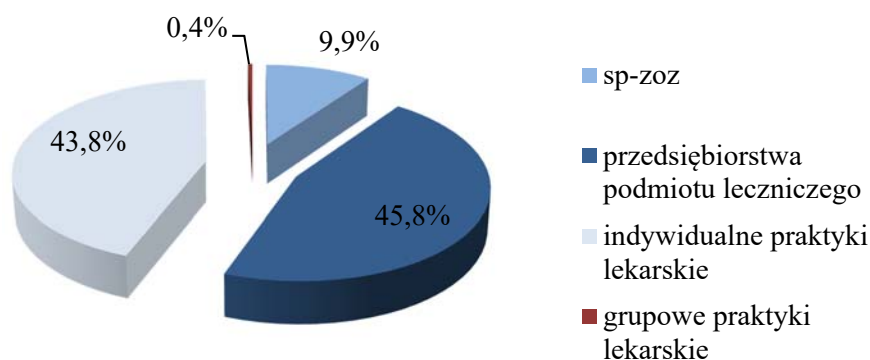
W aptekach zakładowych szpitali resortowych pracowało łącznie 70 magistrów farmacji, co przy 25 aptekach zakładowych daje średnio prawie 3 farmaceutów na aptekę, a więc więcej niż średnio w aptekach ogólnodostępnych. Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 52 techników farmaceutycznych.

2.7. SŁUŻBA MEDYCYNY PRACY

Zgodnie z ustawą¹¹⁴ jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy (smp) 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 2015 r. w Polsce zarejestrowanych było 6084 jednostek podstawowych służby medycyny pracy, w tym: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2786, indywidualnych praktyk lekarskich – 2666, sp-zoz – 605 oraz grupowych praktyk lekarskich – 27. Po raz kolejny zmniejszyła się liczba jednostek podstawowych; w stosunku do 2014 r. spadek ten wyniósł 2,8%. Struktura podstawowych jednostek nie uległa istotnym zmianom.

Wykres 61. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy



W Polsce prowadzi działalność 20 wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Zapis w ustawie o służbie medycyny pracy wskazuje, że w każdym z województw musi funkcjonować jeden ośrodek rangi wojewódzkiej, posiadając lub nie swoje oddziały terenowe. Są jednak województwa, które utrzymują więcej niż jeden ośrodek. 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

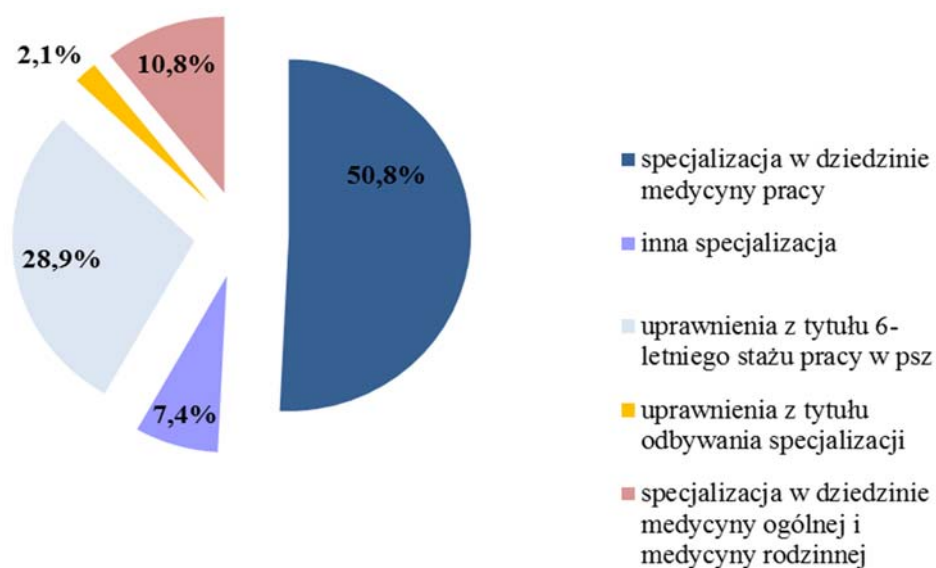
¹¹⁴ Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy art. 2 ust. 2 ; (Dz. U. Dz. U.2014.1184 z dnia 2014.09.04).

i Gorzowie Wielkopolskim oraz jako samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (pozostałych 17 WOMP).

Do wykonywania zadań służby medycyny pracy w zakresie przeprowadzania badań wstępnych, okresowych i kontrolnych oraz sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami, niezbędnej z uwagi na warunki pracy, uprawnieni są lekarze spełniający dodatkowe wymagania kwalifikacyjne¹¹⁵.

W 2015 r. liczba lekarzy¹¹⁶ uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi wynosiła 7050 osób. Od lat nie wszyscy lekarze dopełniają obowiązku sprawozdawczego, z pozyskanych danych można jednak wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przedstawia ją poniższy wykres.

Wykres 62. Struktura lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich wg wymogów kwalifikacyjnych



Spośród lekarzy uprawnionych do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich pracowników, dodatkowe kwalifikacje posiadało 2144 lekarzy (o 22,3% więcej niż przed rokiem). Te dodatkowe kwalifikacje dotyczyły wykonywania badań pracowników: narażonych na działanie promieniowania jonizującego (kwalifikacje oznaczone symbolem J), wykonujących pracę

¹¹⁵ 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.).

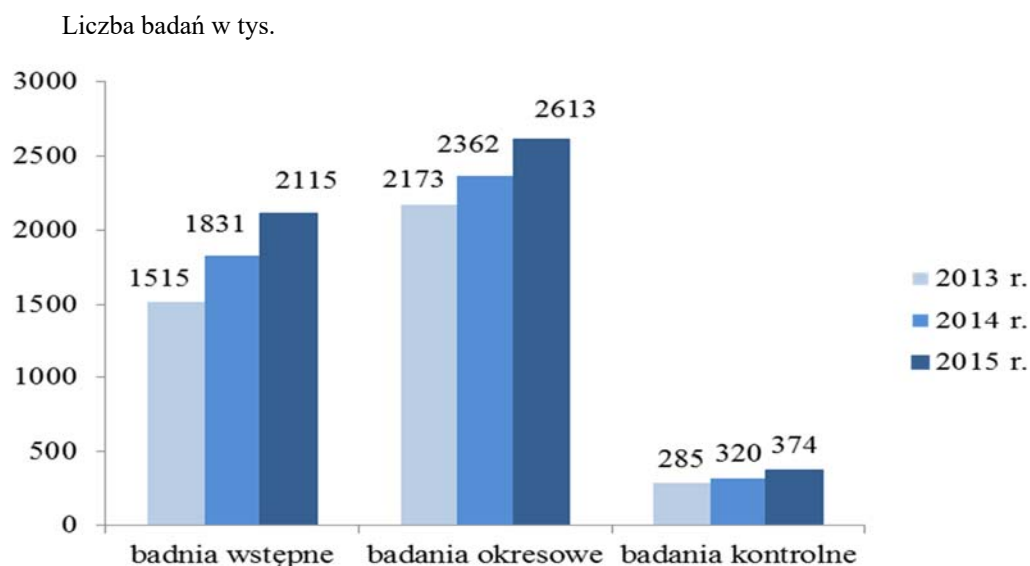
¹¹⁶ Dane na podstawie rejestrów prowadzonych przez wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

w warunkach tropikalnych, morskich lub podwodnych lub powracających z pracy w warunkach tropikalnych (symbol T) oraz pracowników wykonujących pracę na stanowiskach związanych z bezpieczeństwem ruchu kolejowego (symbol K).

Kolejną grupą lekarzy posiadającą uprawnienia¹¹⁷ do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich są lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Lekarzy takich w roku 2015 r. było 117 (o niemal 40% mniej niż przed rokiem).

W 2015 r. wykonano ponad 5,1 mln badań lekarskich dla celów przewidzianych w Kodeksie pracy w tym: ponad 2,1 mln badań wstępnych, ponad 2,6 mln badań okresowych i ponad 374 tys. badań kontrolnych.

Wykres 63. Liczba profilaktycznych badań lekarskich według rodzaju w latach 2013-2015



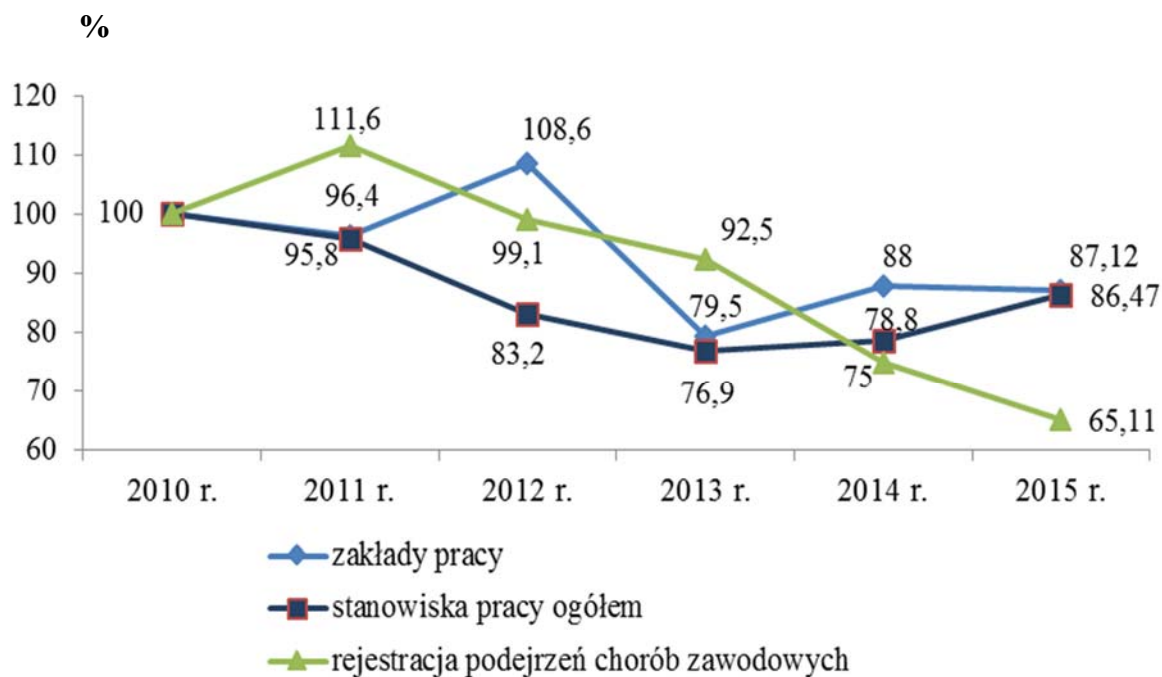
Od wielu lat struktura wydawanych orzeczeń jest mało zróżnicowana. Także w 2015 r. zaświadczenia stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku stanowiły ogółem ponad 99,5% wszystkich wydanych orzeczeń.

Jedną z działalności lekarzy medycyny pracy jest wizytowanie zakładów i stanowisk pracy. W 2015 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację 10,2 tys. zakładów i skontrolowali 63,2 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.

2015 r. to kolejny rok, w którym odnotowano spadek liczby osób skierowanych przez lekarzy smp do wojewódzkich ośrodków medycyny pracy z podejrzeniem choroby zawodowej. Zarejestrowano 907 takich podejrzeń, o 13% mniej niż w roku poprzednim.

¹¹⁷ Uprawnienie to jest ograniczone: badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji, i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji.

Wykres 64. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych w latach 2010-2015



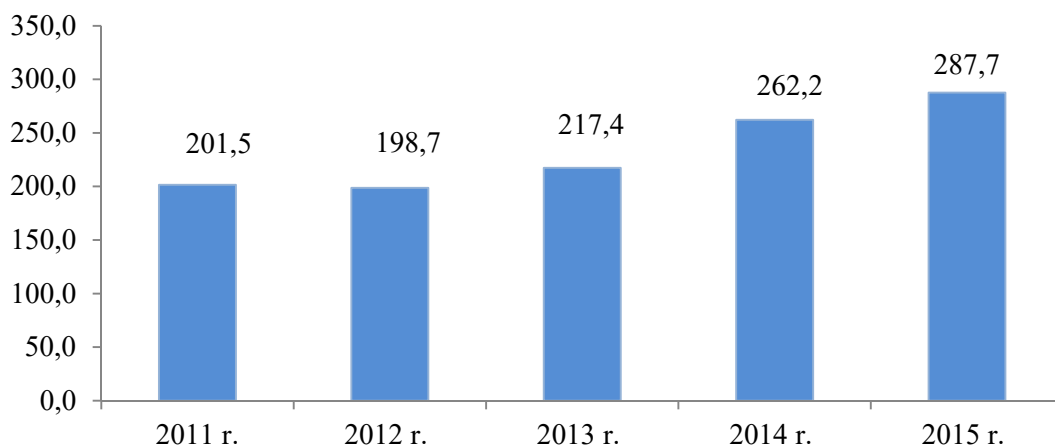
Ustawa o służbie medycyny pracy określa, w jaki sposób pracodawcy powinni realizować swoje zobowiązania z zakresu zapewnienia swoim pracownikom profilaktycznych badań lekarskich oraz innych form profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy¹¹⁸. Badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy.

Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 280 tys.

¹¹⁸ Art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy.

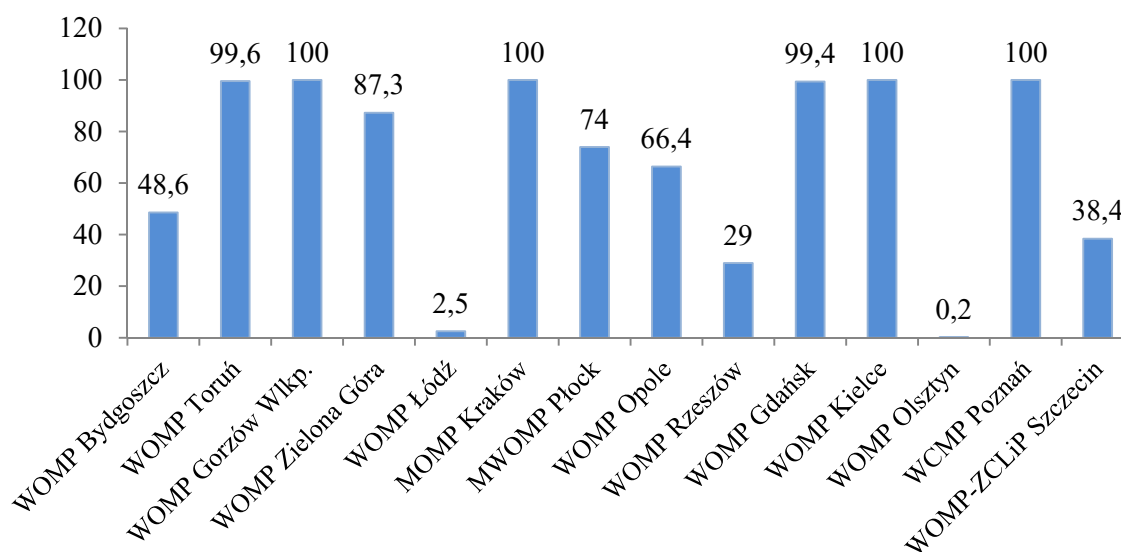
Wykres 65. Liczba umów zawieranych przez pracodawców z jednostkami podstawowymi smp w latach 2011-2015

Liczba umów (w tys.)



Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa¹¹⁹, „*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 2015 r. ośrodki wojewódzkie łącznie objęły ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą uzasadnioną patologią zawodową 14,1 tys. osób (spadek o 2,5% w porównaniu do 2014 r.) i wykonały 386,1 tys. zabiegów (wzrost o ponad 31%).

Wykres 66. Udział świadczeń rehabilitacyjnych związanych z patologiami zawodowymi w stosunku do ogółu wykonywanych zabiegów rehabilitacyjnych w wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy (w %)



¹¹⁹ Art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy.

Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową, podobnie jak w latach poprzednich, wykonywane były w 14 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. W 2015 r. cztery ośrodki wojewódzkie (Gorzów Wlkp., Kraków, Kielce 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 w stosunku do innych zabiegów rehabilitacyjnych (wykonywanych na podstawie kontraktów z NFZ i ZUS) wahał się w przedziale od 99,6% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Toruniu do 0,2% w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy w Olsztynie.

W 2015 r. zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią o etiologii zawodowej, w niektórych womp, stanowią niewielki procent w stosunku do wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych wykonywanych w tych ośrodkach.

Ustawa o służbie medycyny pracy (art. 17) określa zadania wojewódzkich ośrodków medycyny pracy. Jednym z zadań jest rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. W 2015 r. ośrodki wojewódzkie rozpatrzyły 1179 odwołań, w tym 454 przypadki, 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 2015 r. w ośrodkach wojewódzkich udzielono 4350 takich konsultacji, 2/ Świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (20 688 konsultacji), 3/ konsultacje w zakresie chorób zawodowych – wydano 4186 orzeczeń.

Następnym zadaniem wojewódzkich ośrodków medycyny pracy jest kontrola jednostek podstawowych obejmująca tryb, zakres i jakość udzielanych świadczeń zdrowotnych. W 2015 r. przeprowadzono 3986 kontroli. W wyniku kontroli skierowano do odpowiedniego organu izb lekarskich 249 wniosków o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy blisko 250 lekarzy.

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3.1. NARODOWY RACHUNEK ZDROWIA

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

Prezentowane w tym rozdziale wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia nieco odbiegają od tych przedstawionych w Obwieszczeniu Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego z dnia 30 czerwca 2016 roku w sprawie Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 r., zamieszczonego w Monitorze Polskim.

Korekta została wprowadzona w zakresie wydatków publicznych, w części dotyczącej obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opierających się na składkach i wynikała z korekty otrzymanej od instytucji dostarczających dane. Naniesiono także niezbędne modyfikacje w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2013 r. W tym przypadku korekty wynikały przede wszystkim ze zmian w przypisaniu wydatków do poszczególnych kategorii i były wprowadzone zgodnie z sugestiami Międzynarodowego Zespołu ds. Rachunków Narodowych (IHAT).

Efektom wprowadzenia sugerowanych przez IHAT zmian w NRZ za 2013 rok był wzrost nakładów na opiekę zdrowotną w porównaniu z opublikowaną wersją w 2015 roku. Zmiany dotyczyły zarówno wydatków publicznych jak i prywatnych¹²⁰.

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

¹²⁰ Ze względu na istotne zmiany wartości niektórych kategorii wydatków w rachunku, w części tabelarycznej niniejszej publikacji dodatkowo zamieszczone zostały aktualne wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2013 r.

Od dwóch lat rachunki te sporządzane są według nowej metodologii SHA2011¹²¹, 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.¹²²

Mimo, że NRZ sporządzany według nowej metodologii nadal dotyczy wydatków poniesionych na zdrowie i ochronę zdrowia w danym roku i są one nadal prezentowane w 3 podstawowych przekrojach, wskazanych w przytaczanym Rozporządzeniu¹²³: HF (schematy finansowania), HC (funkcje opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawcy), to różnice między SHA1.0 i SHA2011 są istotne¹²⁴.

Dlatego też wyniki NRZ za 2013 i 2014 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.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia za 2014 rok

Szacuje się, że wydatki bieżące razem na ochronę zdrowia w 2014 r. wyniosły 108,7 mld zł i były wyższe niż w 2013 r. o około 1,9 mld zł. Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych jak i wydatków prywatnych. W 2014 r. wyniosły one odpowiednio 77,2 mld. zł. i 31,5 mld. zł., tj. odpowiednio o 1,8% i 1,7% więcej niż przed rokiem. Pomimo wzrostu wartości bezwzględnych, wydatki bieżące razem stanowiły 6,33% PKB, nieco mniej niż w 2013 r. (6,45%). Udział w PKB zmalał w porównaniu z poprzednim rokiem zarówno w przypadku wydatków publicznych jak i prywatnych: w 2014 r. wyniósł odpowiednio 4,49% i 1,83%.

¹²¹ 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. Poprzednie NRZ sporządzane były według metodologii SHA1.0, również wspólnej dla OECD, Eurostat i WHO i przekazywane (począwszy od rachunku za 2002 r.), w ramach umowy dżentelmeńskiej organizacjom międzynarodowym.

¹²² 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.

¹²³ Nowa metodologia SHA2011 zawiera również inne dodatkowe przekroje, według których można klasyfikować i analizować wydatki na zdrowie. Są to np. klasyfikacja *płatników* (FA), *wydatków inwestycyjnych* (HK), *czynników dostarczania opieki zdrowotnej* (FP) czy *przychodów schematów* finansowania (FS), według której opracowywany jest również NRZ dla Polski.

¹²⁴ Bardziej szczegółowe informacje o podstawowych różnicach metodologicznych między SHA1.0 a SHA2011 zawiera analogiczna publikacja z ubiegłego roku: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2014-r-,1,5.html> (strona 139).

Tab. 3A. Wydatki na ochronę zdrowia w 2013 i 2014 roku w mln zł i ich udział w PKB

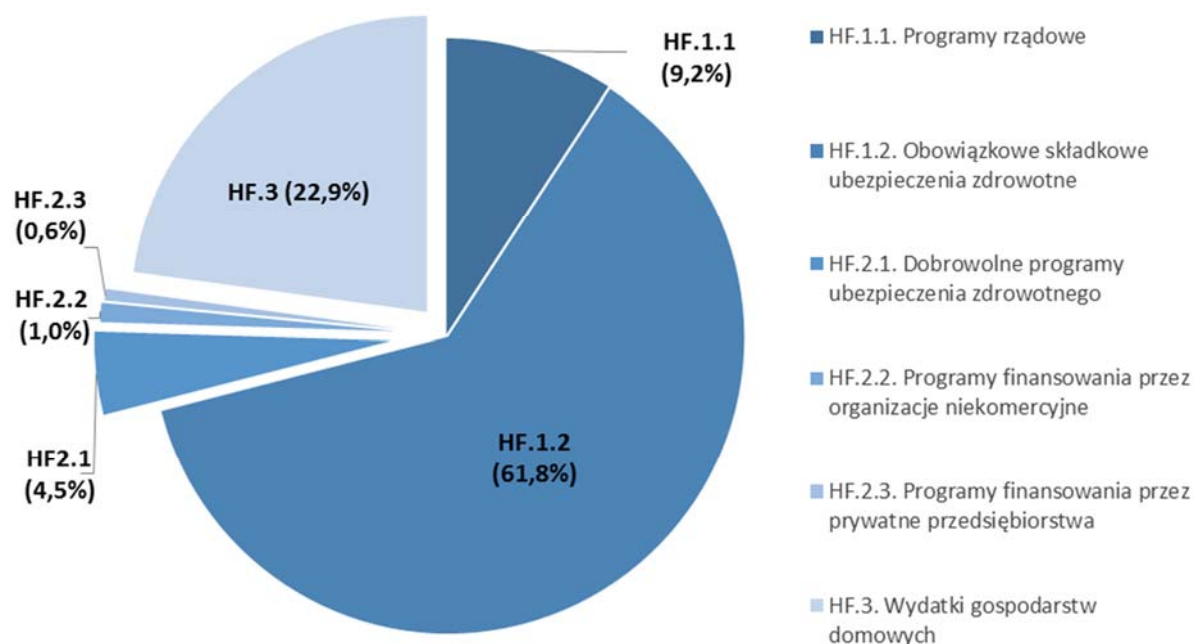
Wyszczególnienie	2013		2014	
	mln zł	% PKB	mln zł	%PKB
PRODUKT KRAJOWY BRUTTO	1 656 341,0	100,00	1 719 146,0	100,00
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem¹⁾	106 869,4	6,45	108 737,2	6,33
Wydatki publiczne	75 873,4	4,58	77 208,0	4,49
z tego:				
Schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych	10 533 ,6	0,64	10 016,6	0,58
Instytucje rządowe	6 101,9	0,37	5 956,8	0,35
Instytucje samorządowe	4 431,7	0,27	4 059,8	0,24
Schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach	65 339,8	3,94	67 191,4	3,91
Wydatki prywatne	30 996,0	1,87	31 529,2	1,83
z tego:				
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych	24 977,9	1,51	24 850,2	1,45
inne wydatki prywatne	6 018,1	0,36	6 679,0	0,39

Łącznie z zagranicznymi schematami finansowania

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania (klasyfikacja HF) przedstawiała się w NRZ 2014 następująco: wydatki publiczne stanowiły 71,0% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (podobnie jak przed rokiem). Na wielkość tą składały się nakłady schematów obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach – 87,0% wydatków publicznych oraz nakłady schematów instytucji rządowych i samorządowych – 13,0% wydatków publicznych. W 2013 r. wielkości te kształtowały się odpowiednio: 86,1% i 13,9%.

Podobnie jak przed rokiem, 29,0% wydatków bieżących na ochronę zdrowia stanowiły wydatki prywatne, głównie wydatki bezpośrednie gospodarstw domowych – 22,9% wydatków bieżących (w 2013 r. – 23,4%)

Wykres 67. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według schematów finansowania

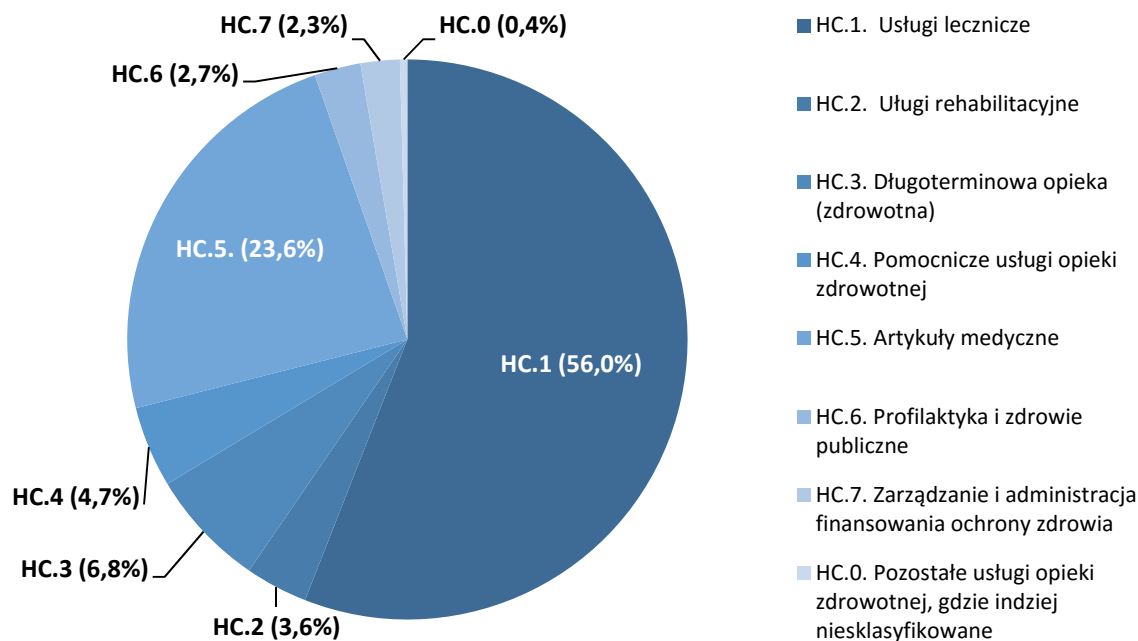


Ze względu na funkcje opieki zdrowotnej (klasyfikacja HC), największy strumień wydatków bieżących (56,0%) na ochronę zdrowia, dotyczył usług leczniczych (w 2013 r. – 55,5%), głównie leczenia szpitalnego – 31,4% i leczenia ambulatoryjnego – 21,0%. Struktura wydatków na te usługi nie zmieniła się istotnie w porównaniu z 2013 r. Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały wydatki na artykuły medyczne (m.in. leki) – 23,6% oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 6,8%. W 2013 r. analogiczne wskaźniki kształtowały się odpowiednio na poziomie: 23,7% i 7,0% wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Udział wydatków na usługi rehabilitacyjne wyniósł 3,6% i pozostał taki jak przed rokiem. Nie zmieniła się istotnie rola wydatków na profilaktykę i zdrowie publiczne, w 2014 r. ich udział wyniósł 2,7%, o 0,1 p. proc. więcej niż przed rokiem. Natomiast wydatki na zarządzanie i administrację finansowaniem ochrony zdrowia stanowiły 2,3%, a udział ich w strukturze wydatków był o 0,3 p. proc. mniejszy niż przed rokiem.

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych funkcji ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju usługi. Na przykład „Usługi lecznicze” w 81,3% były finansowane ze środków publicznych a w 18,7% z sektora prywatnego (w 2013 r. proporcje te układały się odpowiednio: 82,0% i 18,0%), natomiast udział finansowania z funduszy publicznych „Długoterminowej opieki (zdrowotnej)” wyniósł 96,4%, a tylko 3,6% z funduszy prywatnych (w 2013 r. proporcje te kształtowały się odpowiednio 94,7 i 5,3%). Natomiast w przypadku kategorii „Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)” proporcje układały się odmiennie, mianowicie 34,4% funduszy pochodziło ze źródeł publicznych, 65,3% było finansowane przez gospodarstwa

domowe a tylko 0,3% pochodziło z innych prywatnych opłat na opiekę zdrowotną (w 2013 r. rozkład finansowania „Artykułów medycznych (nie określonych przez funkcję)” wynosił odpowiednio: 32,8%, 66,8% i 0,4%).

Wykres 68. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według funkcji



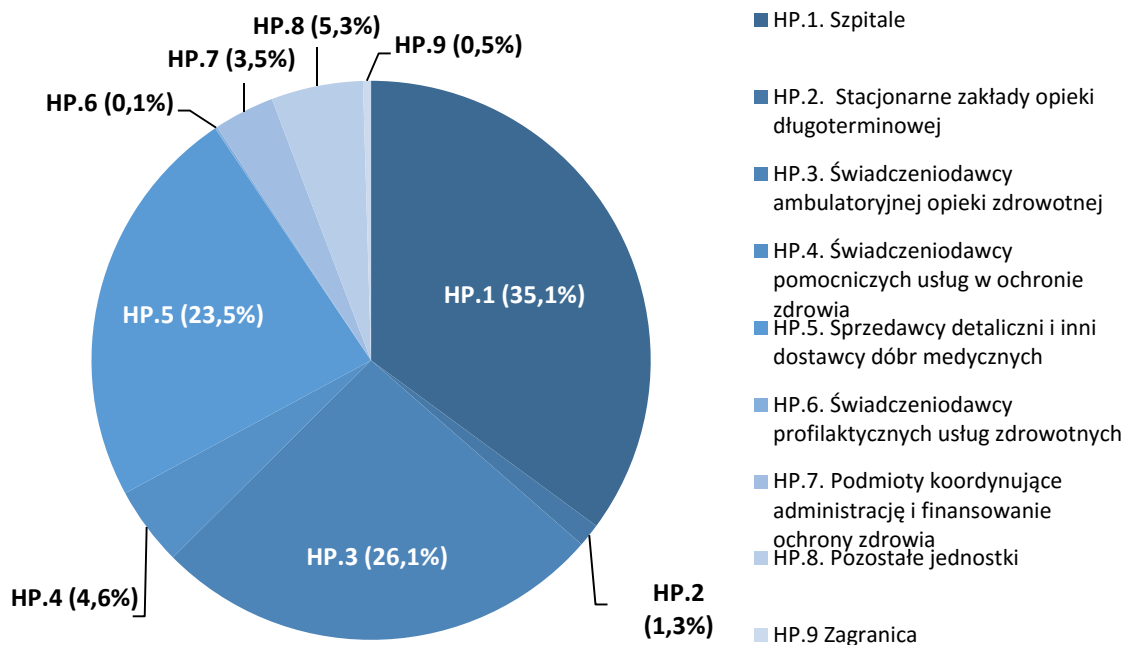
W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP) największy strumień środków, trafił do szpitali – 35,1% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2013 r. 34,9%). Były to głównie kwoty skierowane do szpitali ogólnych – 31,6% wszystkich wydatków (w 2013 r. – 31,4%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło 26,1% wydatkowanych środków (w 2013 r. 25,5%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 23,5%, przede wszystkim aptek do których przekazano ponad 90,2% tych środków. (w 2013 r. odsetki wyniosły odpowiednio: 23,6% oraz 90,8%).

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych dostawców ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju podmiotu dostawczego. Na przykład „Szpitale” w 95,5% były finansowane ze środków publicznych a w 4,5% przez sektor prywatny (w 2013 r. proporcje te układały się odpowiednio 95,8% i 4,2%).

W przypadku świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej proporcje te były bardziej wyrównane. Udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 59,9%, a 40,1% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2013 r. proporcje te układały się następująco 60,9% i 39,1%). Natomiast w przypadku kategorii „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, sytuacja była odwrotna – 34,1% środków finansowych pochodziło

ze źródeł publicznych, 65,6% było finansowane bezpośrednio przez gospodarstwa domowe a 0,3% pochodziło z innych prywatnych opłat za opiekę zdrowotną (w 2013 r. rozkład finansowania „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych” wynosił odpowiednio: 32,6%, 66,9% i 0,4%).

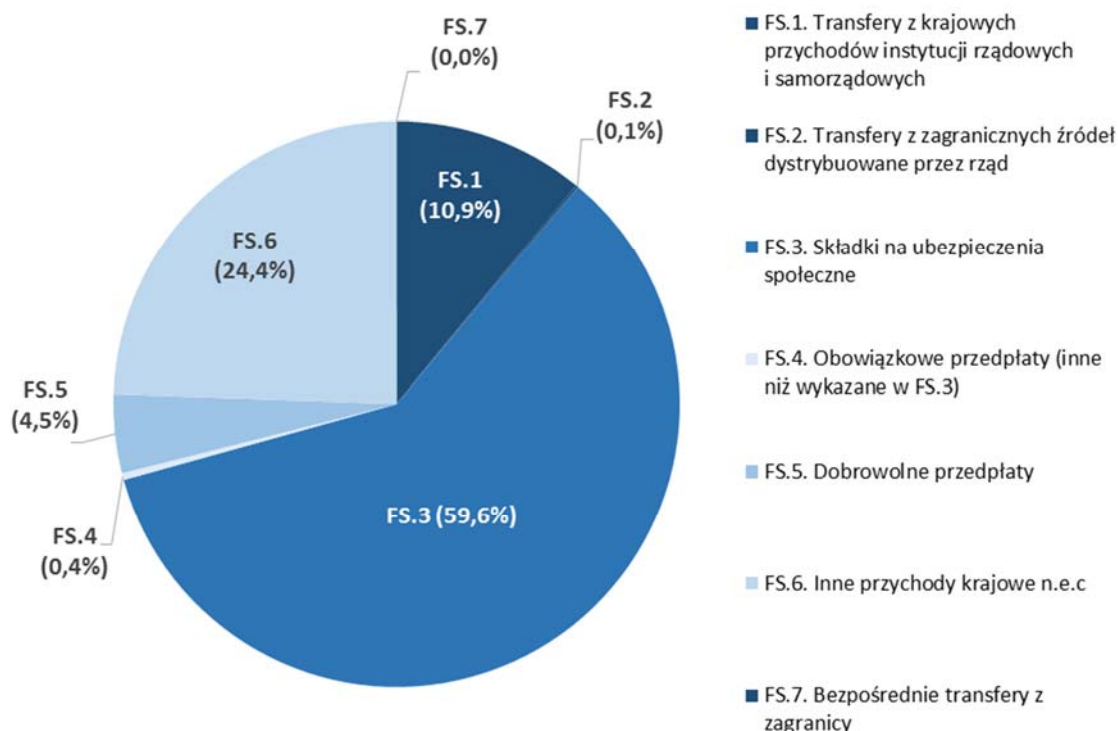
Wykres 69. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według świadczeniodawców



Wydatki na ochronę zdrowia ujęte w ramach Narodowego Rachunku Zdrowia przedstawione zostały według 3. podstawowych przekrojów (schematów finansowania – klasyfikacja HF, świadczeniodawców usług zdrowotnych – klasyfikacja HP i funkcji ochrony zdrowia – klasyfikacja – HC), do sporządzania których kraje zostały zobligowane Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r. w sprawie wykonania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego. Na *System narodowych rachunków zdrowia SHA2011* składają się również dodatkowe klasyfikacje, według których mogą być ujmowane wydatki na ochronę zdrowia. Tak zgrupowane wydatki umożliwiają wszechstronną analizę finansowania opieki zdrowotnej. Kraje zachęcane są do poszerzania swoich rachunków w przyszłości o dodatkowe przekroje. Jednym z nich jest przekrój „Przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej” – FS, obrazujący sposoby finansowania wydatków na ochronę zdrowia,¹²⁵.

¹²⁵ Patrz uwagi metodyczne.

Wykres 70. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2014 r. według przychodów schematów finansowania



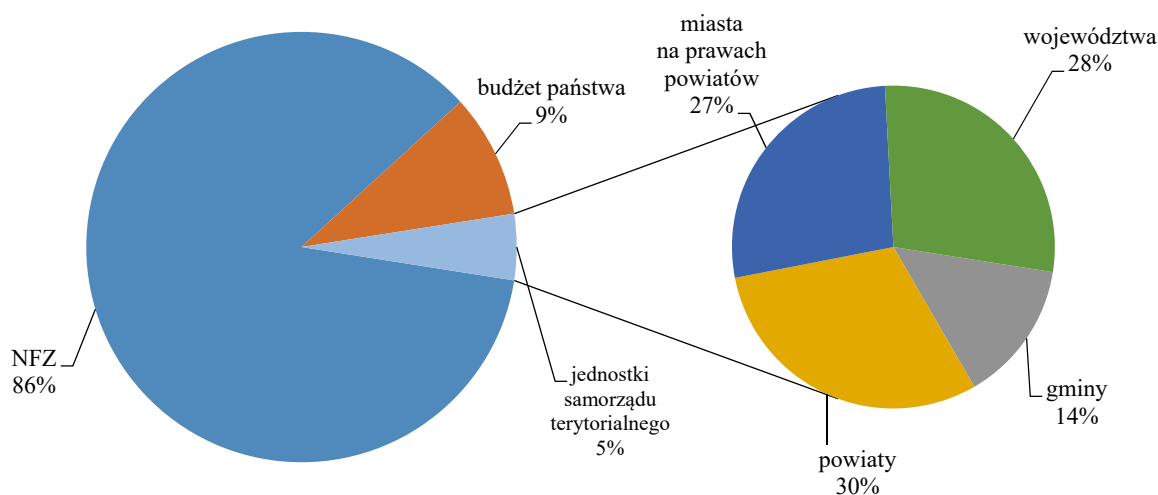
Klasyfikacja przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej dostarcza kompleksowej informacji o mechanizmach gromadzenia środków przeznaczonych na sfinansowanie wydatków bieżących na ochronę zdrowia. Kategoriami klasyfikacji są typy transakcji stanowiące środki finansowe zasilające system opieki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

W 2014 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych społecznych składek na ubezpieczenia zdrowotne – prawie 60% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego rodzaju składek. Kategoria ta obejmuje zarówno składki opłacane przez samych pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek czy inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych. Ponad 24% wydatków na ochronę zdrowia stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne (gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne). Kolejną grupą przychodów w systemie opieki zdrowotnej były fundusze alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe. Prawie 11% wydatków na ochronę zdrowia zostało sfinansowanych ze środków przekazanych przez te instytucje na cele opieki zdrowotnej. Dobrowolne przedpłaty dokonywane przez krajowe jednostki instytucjonalne w ramach funkcjonujących na rynku ubezpieczeniowym różnych form dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych były źródłem finansowania 4,5% wydatków na ochronę zdrowia. Udział pozostałych form finansowania opieki zdrowotnej nie przekroczył 0,5% środków wydatkowanych na ten cel.

3.2. WYDATKI PUBLICZNE NA OPIEKĘ ZDROWOTNĄ

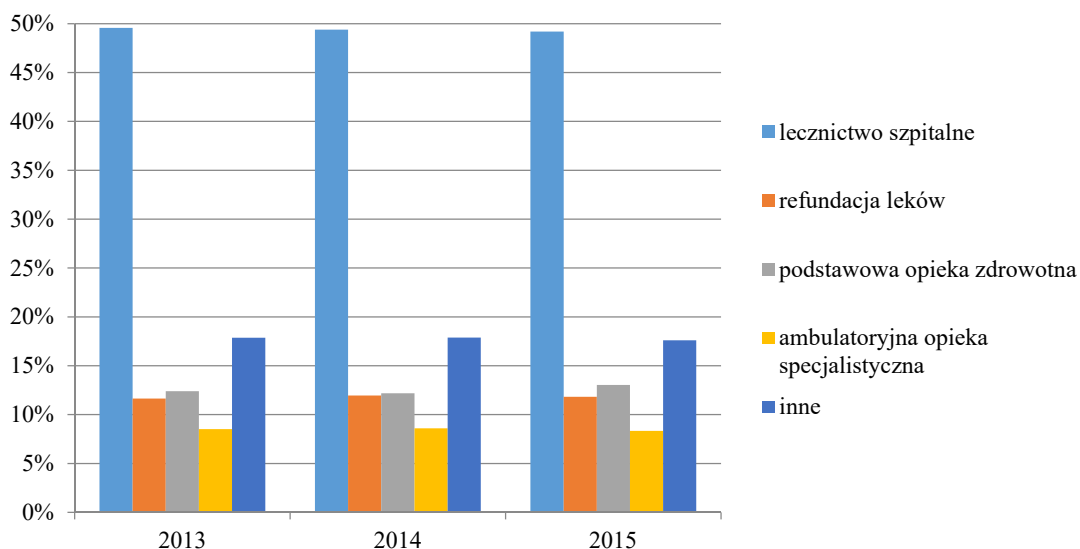
Wyniki badań¹²⁶ wydatków publicznych pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2015 r.

Wykres 71. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2015 r.



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ¹²⁷ wyniosły 67 502 mln zł (o 6,8% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na leczenie szpitalne (49,2%), podstawową opiekę zdrowotną (13%) oraz refundację leków (11,8%).

Wykres 72. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ



¹²⁶ 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).

¹²⁷ Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2015 r.

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

Dane zamieszczone w tablicy 3B pokazują, że w porównaniu z zeszłym rokiem, wydatki na opiekę zdrowotną w 2015 r. miały większy udział jedynie w budżecie województw (był to wzrost bardzo znaczący, bo aż o niemal 43%). Mimo tak znaczącego wzrostu miały one niewielki udział w stosunku do ogółu wydatków poniesionych przez województwa – 6,4% (w zeszłym roku 4,2%). Ponadto zauważyć można nominalny spadek wydatków na ochronę zdrowia w budżetach państwa i samorządów terytorialnych, poza budżetem województw. Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków nie zmieniła się znacznie: 65,2% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2014 r. – 66,7%), powiatów – 10,5% (w 2014 r. – 11,5%), miast na prawach powiatu i województw odpowiednio 9,5% i 9,9%, a gmin – nieco poniżej 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 2013 – 2015

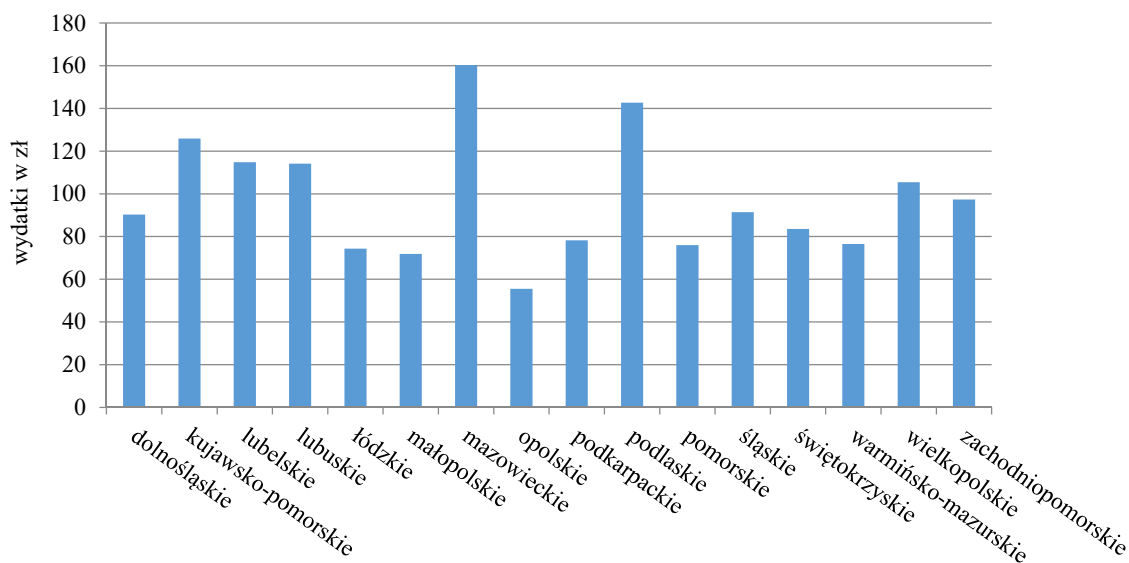
Wyszczególnienie	2013	2014	2015	2013	2014	2015	
	w mln złotych			w procentach		2014=100	
Budżet państwa							
BUDŻET PAŃSTWA OGÓLEM	321 345,3	312 522,7	331 743,4	100,0	100,0	100,0	106,2
w tym ochrona zdrowia.....	7 534,1	7 357,6	7 324,5	2,3	2,4	2,2	99,6
Budżety samorządów terytorialnych							
Województwa ogółem.....	16 527,0	18 238,3	17 202,7	100,0	100,0	100,0	94,3
w tym ochrona zdrowia.....	927,3	774,7	1 106,7	5,6	4,2	6,4	142,9
Miasta na pr. powiatu ogółem	64 952,6	69 661,4	69 824,2	100,0	100,0	100,0	100,2
w tym ochrona zdrowia.....	1 058,2	1 065,2	1 063,2	1,6	1,5	1,5	99,8
Powiaty ogółem.....	22 916,5	23 784,3	23 444,1	100,0	100,0	100,0	98,6
w tym ochrona zdrowia.....	1 327,3	1 274,0	1 183,7	5,8	5,4	5,0	92,9
Gminy ogółem.....	79 442,5	85 070,1	85 944,4	100,0	100,0	100,0	101,0
w tym ochrona zdrowia.....	541,6	561,3	553,0	0,7	0,7	0,6	98,5

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 2015 r. wydatki z **budżetu państwa** na ochronę zdrowia (dział 851 klasyfikacji budżetowej) wynosiły 7 324,5 mln i stanowiły 2,2% łącznych wydatków z budżetu.

Natomiast **samorządy terytorialne** przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3 906,6 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło niemal 2% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (podobnie jak w roku poprzednim).

Wykres 73. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2015 r.



W skali kraju samorzady terytorialne wydały na ochronę zdrowia przeciętnie 101,6 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca. Kwoty te różniły się znacznie w przypadku poszczególnych województw. Najwyższe wydatki na osobę w 2015 r. odnotowano w woj. mazowieckim (160,3 zł) i woj. podlaskim (142,7 zł), natomiast najmniej wydano w województwach: opolskim (55,5 zł) i małopolskim (71,9 zł).

Struktura wydatków z budżetu państwa oraz z budżetów samorządów terytorialnych była podobna jak przed rokiem. Strumienie wydatków budżetu państwa skierowane były głównie na: ratownictwo medyczne¹²⁸ (26,9%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (22,1%). Istotny był również udział wydatków na inspekcję sanitarną (13,27%), programy polityki zdrowotnej (12,5%) i funkcjonowanie szpitali (8,0%).

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (553,0 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (73,1%) i leczenia ambulatoryjnego (5,0%).

Spośród jednostek terytorialnych, **powiaty** dysponowały największym budżetem (łącznie 1 183,7 mln zł), który w dominującej części przeznaczony był na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 70,5%) oraz na szpitale (21,9%).

¹²⁸ Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2013, poz. 757 z późn. zm.) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

Miasta na prawach powiatu rozdysonowały swoje środki (1 063,2 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: 32,7%; 24,7%; 24,4%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (1 106,7 mln zł) nadal dominowały wydatki na szpitale (60,8% budżetu województw na zdrowie). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (7,0%) i na leczenie psychiatryczne (5,0%).

4. WYBRANE PROBLEMY

4.1 SYTUACJA ZDROWOTNA DZIECI I MŁODZIEŻY W 2014 R.

Do podejmowania skutecznych działań na rzecz poprawy sytuacji zdrowotnej i równości szans rozwojowych młodego pokolenia w Polsce niezbędne jest poznanie aktualnych informacji o stanie zdrowia dzieci i młodzieży. Monitorowanie stanu zdrowia populacji i jego uwarunkowań prowadzone jest między innymi poprzez realizowanie badań ankietowych, kierowanych bezpośrednio do ludności, wśród których kluczowe miejsce zajmuje Europejskie Ankiety Badania Zdrowia (European Health Interview Survey – EHIS) przeprowadzane cyklicznie w krajach UE. Wyniki tego badania, którego zakres w Polsce został wzbogacony o dodatkowy moduł dotyczący zdrowia dzieci i młodzieży w wieku do lat 15, umożliwiają analizę wybranych aspektów związanych ze zdrowiem młodej populacji w powiązaniu z charakterystyką demograficzno-społeczną oraz miejscem zamieszkania.

W niniejszym rozdziale, na podstawie danych uzyskanych w badaniach przeprowadzonych w latach 2004, 2009 i 2014, zaprezentowano zagadnienia dotyczące samooceny stanu zdrowia, chorób przewlekłych, występowania długotrwałych problemów zdrowotnych i niepełnosprawności wśród dzieci i młodzieży. Przedstawiono także wybrane aspekty stylu życia, takie jak: spędzanie czasu wolnego przez dzieci, aktywność fizyczną uczniów i młodzieży oraz palenie tytoniu i spożycie alkoholu przez młodzież. Osobną część poświęcono korzystaniu z opieki zdrowotnej i stosowaniu leków.

W opracowaniu omawiana jest subpopulacja dzieci i młodzieży. Do kategorii dzieci zostały zaliczone osoby w wieku 0-14 lat. Młodzież definiowana jest jako osoby w okresie przejściowym, pomiędzy zakończeniem dzieciństwa a uzyskaniem pełnej dojrzałości biologicznej i społecznej. Powszechnie za młodzież uważa się osoby w wieku 15-24 lata, jednakże ze względu na ograniczenia wynikające z metodologii badania do analizy wyodrębniono subpopulację osób w wieku 15-29 lat.

Sytuacja zdrowotna dzieci i młodzieży przedstawiana jest z perspektywy 2014 r., a także w przypadku niektórych zagadnień w odniesieniu do lat wcześniejszych (badania zrealizowane w latach 2009 i 2004)¹²⁹. Przy prezentacji odsetek brano pod uwagę tylko tych respondentów, dla których uzyskano odpowiedzi (braki danych nie zostały uwzględnione).

Szczegółową metodologię Europejskiego Ankiety Badania Zdrowia, sposób jego realizacji oraz uzyskane wyniki przedstawia publikacja Głównego Urzędu Statystycznego „Stan zdrowia ludności Polski w 2014 r.”¹³⁰.

¹²⁹ Możliwość dokonywania porównań na przestrzeni lat w odniesieniu do niektórych zagadnień jest ograniczona ze względu na występujące w kolejnych edycjach badania różnice w sposobie sformułowania pytań oraz kafeterii odpowiedzi.

¹³⁰ <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/stan-zdrowia-ludnosci-polski-w-2014-r,-6,6.html>.

STAN ZDROWIA

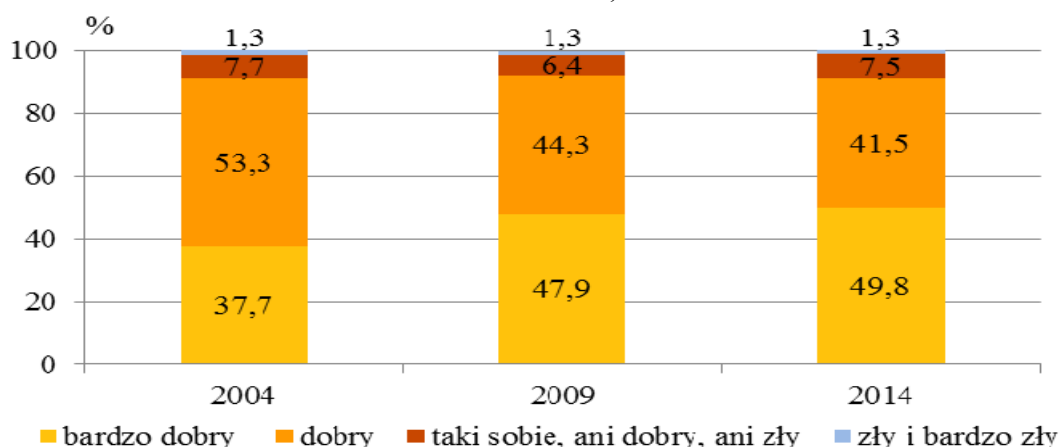
Podstawowym celem Europejskiego Ankietowego Badania Stanu Zdrowia było uzyskanie od respondentów informacji na temat stanu własnego zdrowia. Zakres pytań zadawanych w tym module obejmował m.in. następujące obszary tematyczne: subiektywną ocenę stanu zdrowia, występowanie chorób przewlekłych i długotrwałych dolegliwości zdrowotnych, niepełnosprawności prawnej i biologicznej, wypadki skutkujące urazem zewnętrznym lub wewnętrznym.

Subiektywna ocena stanu zdrowia

W trakcie dotychczas zrealizowanych edycji ankietowego badania stanu zdrowia pierwsze pytanie zadawane respondentom dotyczyło subiektywnej oceny ogólnego stanu zdrowia. Przy ocenianiu nie brano pod uwagę krótkotrwałych lub tymczasowych problemów zdrowotnych (np. przeziębienia, grypy, chorób wieku dziecięcego), ale odczucia na temat własnego zdrowia. Stan zdrowia dzieci do lat 14-tu oceniali ich rodzice, opiekunowie prawni bądź najbliżsi krewni, a w przypadku respondentów w wieku 15 lat i więcej – bezpośrednio osoby ankietowane.

Zdrowie dzieci w wieku 0-14 lat było coraz lepiej oceniane wraz z kolejnymi edycjami badania stanu zdrowia. W 2014 r. prawie połowa dzieci uzyskała bardzo dobrą ocenę stanu zdrowia, natomiast odsetek ocen dobrych wyniósł 41,5% – w porównaniu do 2009 r. bardzo dobre i dobre oceny stanowiły odpowiednio: 47,9% i 44,3%, a w 2004 r. – 37,7% i 53,3%. Uwagę zwraca częstsze przyznawanie ocen bardzo dobrych (wzrost o 12,1 p. proc. w stosunku do 2004 r.), co na przestrzeni dekady odbywało się kosztem redukcji ocen dobrych (spadek o 11,9 p. proc.). Odsetek ocen złych i bardzo złych utrzymywał się przez wszystkie edycje badania na niezmiennym, niskim poziomie 1,3%.

Wykres 74. Ocena stanu zdrowia dzieci w latach 2004, 2009 i 2014



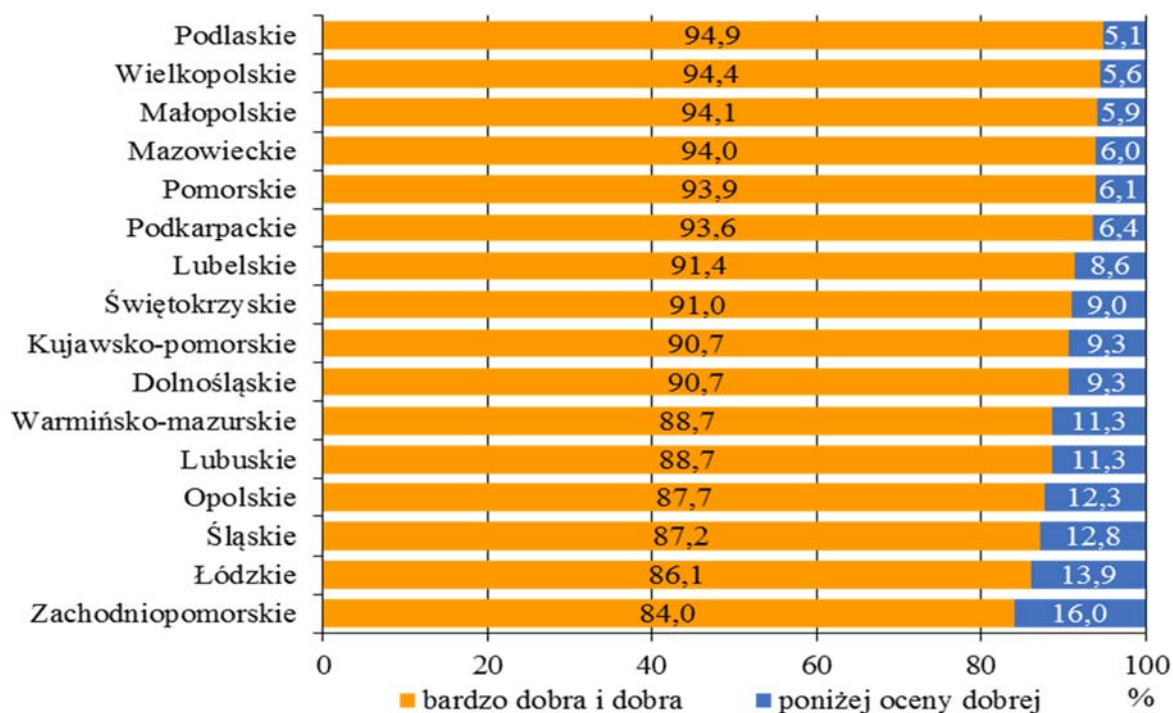
Analizując poszczególne grupy wieku można zauważyć, że w 2014 r., w porównaniu do poprzedniej edycji badania w 2009 r., wzrostu najlepszych ocen stanu zdrowia nie odnotowano tylko w przypadku najmłodszych dzieci w wieku 0-4 lat (spadek o 1,8 p. proc.), mimo to grupę tę

charakteryzował nadal najwyższy odsetek ocen bardzo dobrych (54,4%). Dla pozostałych grup wieku: 5-9 lat i 10-14 lat odsetki ocen bardzo dobrych wzrosły odpowiednio o 4,2 p. proc. i 3,2 p. proc. i wyniosły odpowiednio 47,9% oraz 46,9%. W 2014 r. dobre oceny najczęściej przyznawano w grupie wieku 5-9 lat (44,2%), podczas gdy w poprzednich edycjach w grupie 10-14 lat. Najwięcej średnich ocen stanu zdrowia dzieci („taki sobie, ani dobry ani zły”) podczas dwóch ostatnich edycji badania uzyskano w przypadku grupy wieku 10-14 lat (9,4% w 2014 r.).

Stałą tendencją było przyznawanie wyższych ocen stanu zdrowia dzieciom mieszkającym na wsi niż ich rówieśnikom z miast. W 2014 r. ocenę bardzo dobrą lub dobrą otrzymało 92,2% dzieci na wsi i 90,5% mieszkających w miastach.

Stan zdrowia chłopców w wieku poniżej 15 lat był nieznacznie lepiej oceniany w 2009 r. (91,6% ocen najwyższych) niż w 2014 r. (89,9%) i dotyczyło to wszystkich grup wieku. W 2014 r. stan zdrowia dziewczynek oceniono lepiej niż chłopców, przy czym odsetek ocen bardzo dobrych i dobrych był zbliżony do poprzedniej edycji badania i wyniósł prawie 93%.

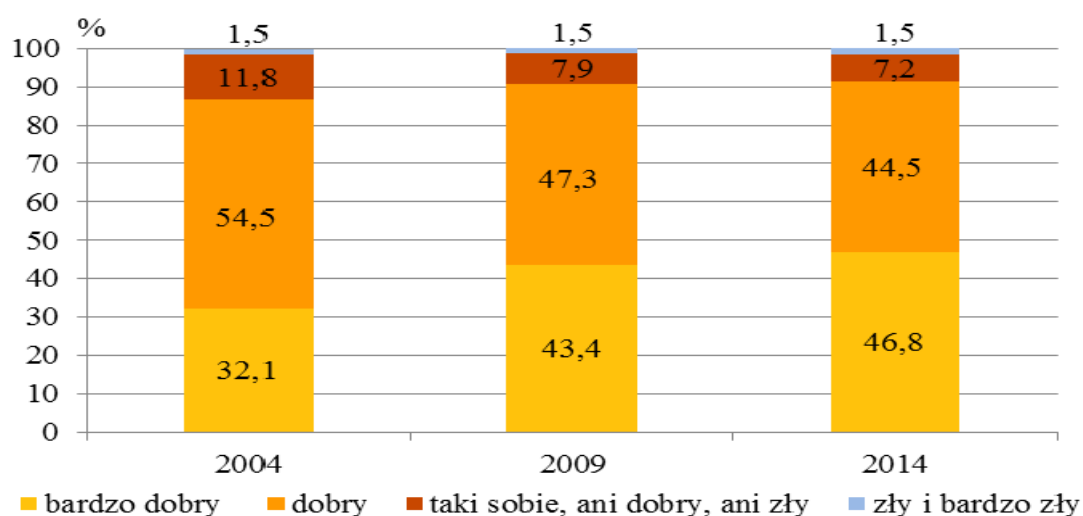
Wykres 75. Ocena stanu zdrowia dzieci według województw w 2014 r.



W 2014 r. bardzo dobrze i dobrze stan zdrowia dzieci oceniano najczęściej w województwach podlaskim, wielkopolskim i małopolskim. Oceny poniżej dobrej były najczęściej formułowane przez rodziców/opiekunów z województw łódzkiego i zachodniopomorskiego. W porównaniu do poprzedniej edycji badania największy wzrost pozytywnych ocen odnotowano w województwach podlaskim (3,3 p. proc.) i mazowieckim (2,8 p. proc.). W ośmiu województwach odnotowano spadek ocen bardzo dobrych i dobrych, przy czym największe dotyczyły dzieci zamieszkałych w województwach zachodniopomorskim (7,3 p. proc.), śląskim (5,7 p. proc.) i łódzkim (6,4 p. proc.).

Młodzież w wieku 15-29 lat z większą częstotliwością niż w poprzednich edycjach badania oceniała swój stan zdrowia jako bardzo dobry. Uwagę zwraca wzrost odsetka najwyższych ocen zarówno w grupie wieku 15-19 lat (z 37,6% w 2004 r. do 55,1% w 2014 r.), jak i wśród dwudziestolatków (analogicznie z 29,9% do 43,6%). Wzrost ten skutkował spadkiem deklarowanych ocen dobrych i średnich – takich sobie, ani dobrych, ani złych (odpowiednio o 10,0 p. proc. i 4,6 p. proc. mniej niż w roku 2004). Na wyrównanym poziomie kształtował się udział młodych osób określających stan zdrowia jak zły lub bardzo zły (1,5%).

Wykres 76. Ocena stanu zdrowia młodzieży w latach 2004, 2009 i 2014



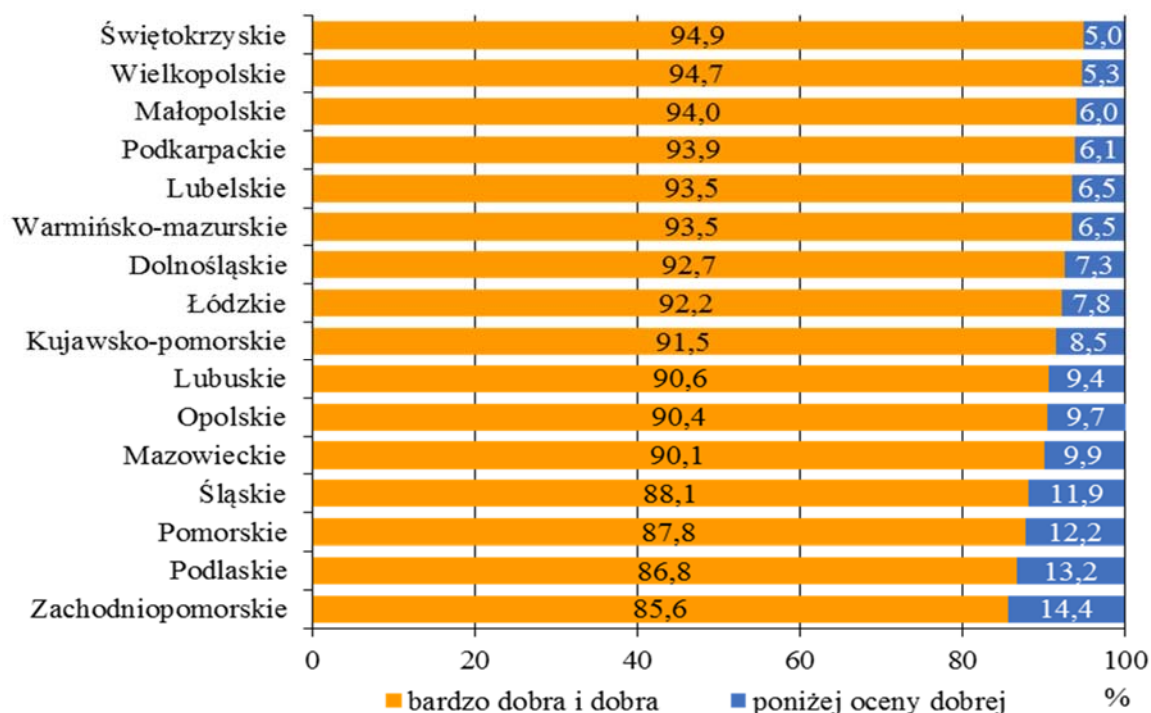
W 2014 r. nie odnotowano znacznych różnic w wyrażaniu ocen bardzo dobrych i dobrych pomiędzy młodymi mieszkańcami miast (odpowiednio: 46,4% i 43,6%) i wsi (odpowiednio 47,3% i 45,7%) – młodzież ze wsi nieco lepiej postrzegала swój stan zdrowia. Analogiczną sytuację zaobserwowano w roku 2009, gdy odsetek najwyższych ocen był o 2,4 p. proc. wyższy na wsi niż w miastach.

W 2014 r. połowa młodych mężczyzn określiła własny stan zdrowia jako bardzo dobry, a kolejne 44,1% jako dobry (w roku 2009 było to odpowiednio 46,5 % i 44,5%). Młode kobiety składały mniej optymistyczne deklaracje – bardzo dobre oceny stanowiły 44,2%, a dobre 44,9% (w 2009 r. 40,4 % i 49,9%).

W 2014 r. najczęściej oceniali własny stan zdrowia jako bardzo dobry i dobry młodzi mieszkańcy województw świętokrzyskiego, wielkopolskiego i małopolskiego, podczas gdy najbardziej pesymistyczne deklaracje składała młodzież z województw pomorskiego, podlaskiego i zachodniopomorskiego. W porównaniu do poprzedniej edycji badania największą poprawę samooceny stanu zdrowia odnotowano wśród młodych mieszkańców województw lubelskiego (o 4,0 p. proc.), małopolskiego (o 3,8 p. proc.) i dolnośląskiego (o 3,3 p. proc.). W pięciu województwach zmniejszył się odsetek młodzieży, która oceniła swoje zdrowie jako bardzo dobre i dobre, przy czym największe

spadki pozytywnych ocen odnotowano w województwach zachodniopomorskim (6,6 p. proc.), lubuskim (2,6 p. proc.) i podlaskim (2,3 p. proc.).

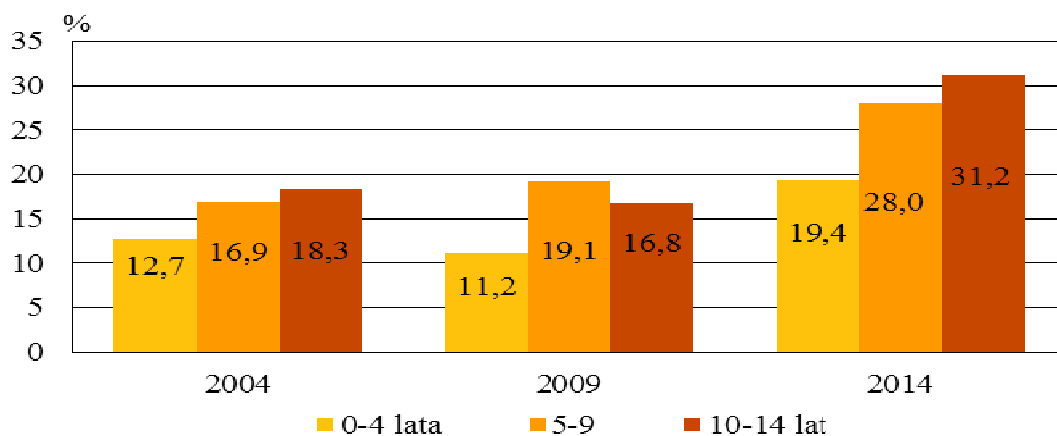
Wykres 77. Ocena stanu zdrowia młodzieży według województw w 2014 r.



Długotrwałe problemy zdrowotne

Deklarowane przez respondentów i rodziców/opiekunów dzieci długotrwałe problemy zdrowotne mogły być następstwem choroby przewlekłej, złego samopoczucia, niesprawności czy też kalectwa. Najważniejszym kryterium dla długotrwałych problemów zdrowotnych był wymóg czasu ich trwania lub przewidywanego czasu trwania wynoszący co najmniej 6 miesięcy.

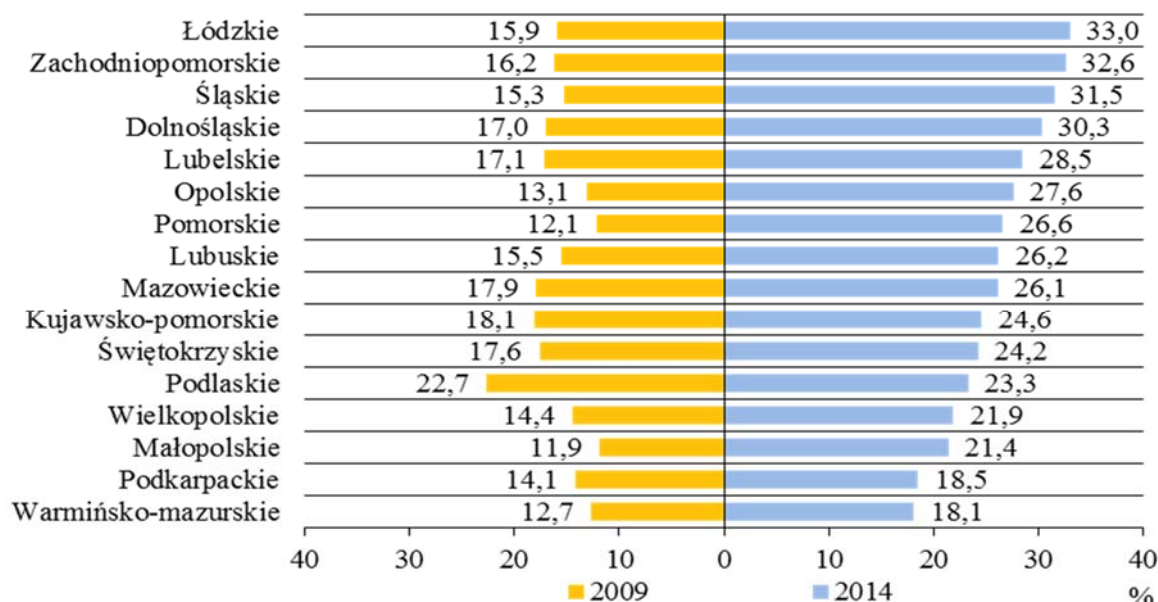
Wykres 78. Dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



W 2014 r. długotrwałe problemy zdrowotne wystąpiły u 26,1% dzieci w wieku 0-14 lat. W porównaniu z wynikami poprzednich badań stanu zdrowia odnotowano wzrost częstości występowania takich problemów (w 2004 r. odsetek ten stanowił 16,3%). Istnienie długotrwałych problemów zdrowotnych zdecydowanie częściej zgłaszali rodzice dzieci w wieku 10-14 lat (31,2%, tj. o 12,9 p. proc więcej niż w 2004 r.). W młodszych grupach wieku malała częstość występowania takich problemów – najmniejszy odsetek odnotowano wśród najmłodszych – 19,4%, a wśród dzieci 5-9 letnich – 28,0%.

Podobnie jak w poprzednich badaniach, w 2014 r. występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych częściej stwierdzano u chłopców niż wśród dziewcząt (odpowiednio 29,4% i 22,6%). Problemy zdrowotne trwające przynajmniej 6 miesięcy wskazywane były częściej u dzieci zamieszkujących miasta (29,4%) niż wieś (21,9%).

Wykres 79. Dzieci z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według województw w latach 2009 i 2014

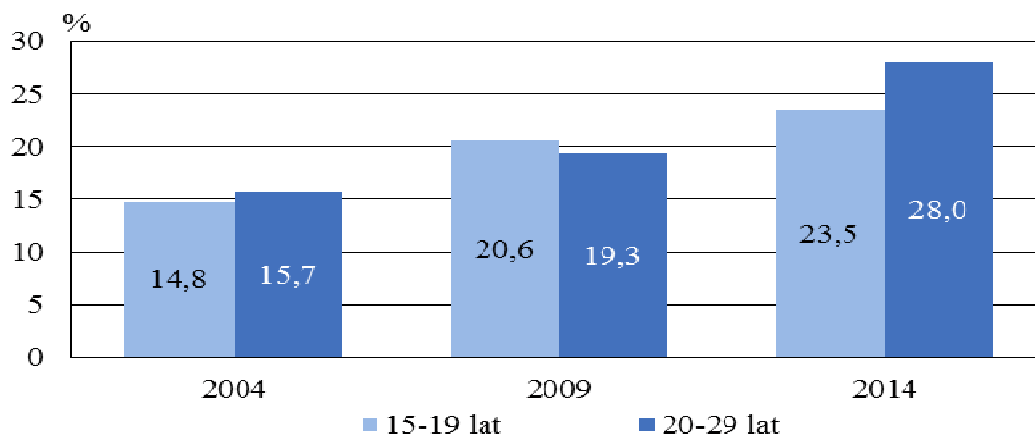


W 2014 r. największy odsetek dzieci mających długotrwałe problemy zdrowotne odnotowano w województwach łódzkim, zachodniopomorskim, śląskim oraz dolnośląskim (powyżej 30%). Stosunkowo najrzadziej długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły dzieci z województw podkarpackiego i warmińsko-mazurskiego (mniej niż 20%).

Wśród osób w wieku 15-29 lat długotrwałe problemy zdrowotne zgłaszało w 2014 r. 26,7% młodzieży. Porównując odpowiedzi deklarowane w poprzednich edycjach badania można zauważyć, że młodzież coraz częściej zgłaszała występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych. W 2014 r. odsetek dwudziestolatków z takimi problemami zwiększył się do 28%, tj. o 12,3 p. proc. w porównaniu z 2004 r. Wśród nastolatków odsetek młodych osób mających długotrwałe problemy zdrowotne stanowił 23,5%.

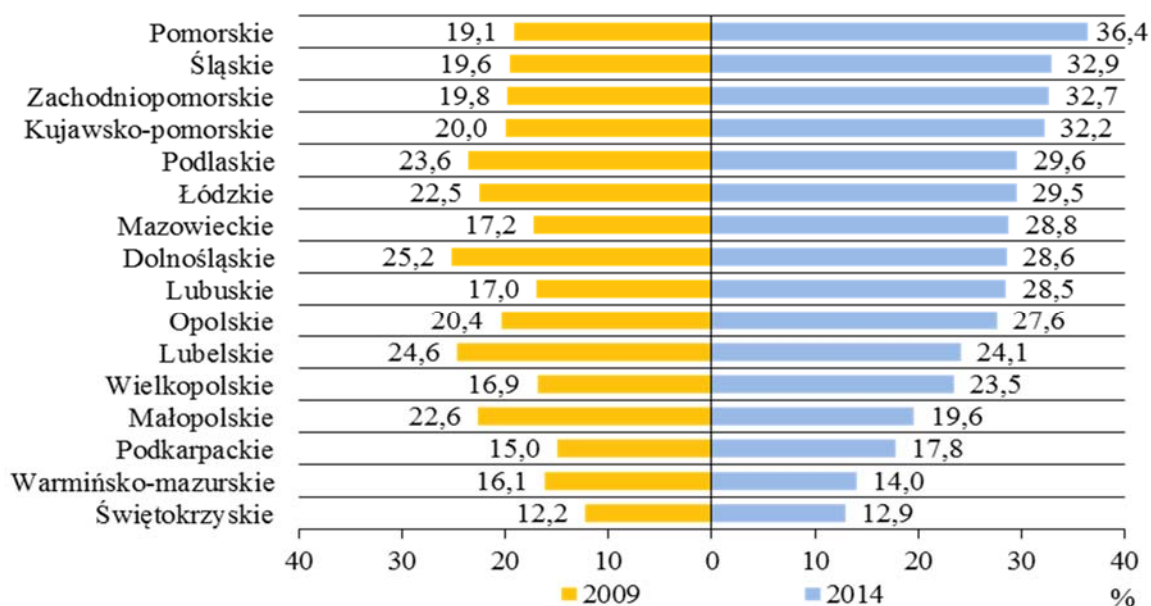
W 2014 r. długotrwałe problemy zdrowotne w grupie wieku 15-29 lat były częściej deklarowane przez kobiety niż mężczyzn (odpowiednio 31,0% i 22,6%). Różnica dotyczyła obu grup wieku, przy czym wśród dwudziestolatków była stosunkowo większa (8,7 p. proc.). Częściej młodzież mieszkająca w miastach niż na wsi miała problemy zdrowotne trwające przynajmniej 6 miesięcy, a różnica ta stanowiła ok. 9 p. proc. W porównaniu do poprzednich edycji badania odsetek młodzieży z długotrwałymi problemami zdrowotnymi w mieście zwiększył się prawie dwukrotnie.

Wykres 80. Młodzież z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Uwzględniając zróżnicowane terytorialne można stwierdzić, że województwami, których młodzi mieszkańcy najczęściej deklarowali występowanie długotrwałych problemów zdrowotnych w 2014 r. były: pomorskie (36,4%), śląskie (32,9%), zachodniopomorskie (32,7%) i kujawsko-pomorskie (32,2%). Najmniejszy odsetek młodzieży z długotrwałymi problemami zdrowotnymi odnotowano w województwach: świętokrzyskim (12,9%) i warmińsko-mazurskim (14,0%).

Wykres 81. Młodzież z długotrwałymi problemami zdrowotnymi według województw w latach 2009 i 2014



Choroby i dolegliwości przewlekłe

W trakcie badań stanu zdrowia dzieci rodzice/opiekunowie spośród listy chorób i dolegliwości przewlekłych, wskazywali te, które wystąpiły u ich dzieci w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie, a następnie deklarowali, czy dana choroba była stwierdzona przez lekarza. W poniższej analizie zostały uwzględnione tylko te choroby i dolegliwości, które według deklaracji miały potwierdzoną diagnozę lekarską.

W przypadku dzieci w wieku 0-14 lat lista schorzeń objęła 6 pozycji:

- alergię bez astmy alergicznej (np. nieżyt nosa, zapalenie skóry),
- astmę (łącznie z astmą o podłożu alergicznym),
- choroby oka,
- choroby kręgosłupa,
- częste bóle głowy
- inne choroby.

Analizując choroby i dolegliwości stwierdzone przez lekarza można zauważyć, że w 2014 r. dzieci najczęściej chorowały na alergię, której częstość występowania zmniejszyła się w porównaniu do 2009 r. W dalszej kolejności rodzice dzieci wskazywali inne choroby, choroby oka oraz astmę. W porównaniu do poprzedniej edycji badania odnotowano wzrost odsetka dzieci z astmą (o 1,2 p. proc.). Choroby i dolegliwości przewlekłe częściej dotyczyły chłopców niż dziewcząt, z wyjątkiem chorób kręgosłupa oraz częstych bóli głowy. Różnica ta była szczególnie wyraźna w przypadku alergii – w 2014 r. wyniosła 5,2 p. proc. Biorąc pod uwagę poszczególne grupy wieku najniższą częstość występowania chorób i dolegliwości odnotowano wśród najmłodszych dzieci.

Choroby częściej wystąpiły wśród dzieci mieszkających w miastach niż na wsi. Dotyczy to zwłaszcza alergii, na którą w 2014 r. chorowało 15,0% dzieci w miastach i 11,5% dzieci na wsi. Na choroby oka uskarżało się 5,1% dzieci w mieście i 4,1% na wsi. W przypadku pozostałych chorób odsetki dzieci z chorobami przewlekłymi w miastach i na wsi były na podobnym poziomie: astma – odpowiednio 4,1% i 4,0%, choroby kręgosłupa – 1,9% i 1,1%, częste bóle głowy – 1,3% i 1,4%.

Tabl. 4A. Dzieci chorujące przewlekłe według płci w latach 2009 i 2014

CHOROBY I DOLEGLIWOŚCI PRZEWLEKŁE	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziew- częta	ogółem	chłopcy	dziew- częta
	w odsetkach					
Astma	2,8	3,7	1,8	4,0	5,0	3,0
Alergia	16,0	18,2	13,7	13,5	16,0	10,8
Choroby oka	4,2	4,0	4,4	4,7	5,0	4,4
Choroby kręgosłupa	1,5	1,3	1,7	1,6	1,4	1,7
Częste bóle głowy	1,1	1,0	1,3	1,4	1,3	1,4
Inne choroby	7,6	8,1	7,1	8,3	9,3	7,2

Alergia była najczęściej wskazywaną chorobą wśród dzieci w województwie dolnośląskim (17,6%), łódzkim (16,6%), śląskim (16,4%) i lubuskim (16,0%), a najrzadziej występowała u dzieci w województwie małopolskim (8,8%) oraz warmińsko-mazurskim (8,4%). Następną według częstości występowania grupą schorzeń były choroby oka, na które najczęściej cierpiały dzieci w województwie małopolskim i opolskim (powyżej 6%) w przeciwieństwie do województwa zachodniopomorskiego, gdzie odnotowano ją trzykrotnie rzadziej. Na astmę najwięcej, bo ponad 6%, dzieci chorowało w województwach zachodniopomorskim i śląskim. Natomiast najniższy odsetek dzieci z astmą odnotowano w województwie podlaskim. Najczęściej choroby kręgosłupa wystąpiły wśród dzieci w województwie śląskim (powyżej 4%), co stanowiło wyraźną różnicę w porównaniu z innymi województwami. Kolejnymi województwami, w których odsetek dzieci z chorobami kręgosłupa przyjął wartości powyżej średniej, były świętokrzyskie (2,5%), lubelskie (2,5%), warmińsko-mazurskie (2,4%), łódzkie (2,3%) oraz lubuskie (1,8%). Najwyższe odsetki dzieci cierpiących na częste bóle głowy odnotowano w województwach opolskim i lubuskim (powyżej 3%), mazowieckim i warmińsko-mazurskim (powyżej 2%), łódzkim (1,8%) oraz zachodniopomorskim (1,6%).

W przypadku osób w wieku 15-29 lat lista przewlekłych chorób i dolegliwości zdrowotnych objęła 21 pozycji. W poniższej analizie zaprezentowano wybrane choroby/dolegliwości przewlekłe stwierdzone przez lekarza, które były badane w dwóch ostatnich edycjach takie jak:

- astma (łącznie z astmą alergiczną),
- wysokie ciśnienie krwi (nadciśnienia),
- bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców,
- bóle szyi (karku) lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku),
- alergia,
- choroby tarczycy,
- silne bóle głowy (migrena).

Tabl. 4B. Młodzież chorująca przewlekłe na wybrane choroby według płci w latach 2009 i 2014

CHOROBY I DOLEGLIWOŚCI PRZEWLEKŁE	2009			2014		
	ogółem	mężczyźni	kobiety	ogółem	mężczyźni	kobiety
	w odsetkach					
Astma	2,2	2,1	2,3	2,4	2,3	2,6
Wysokie ciśnienie krwi	1,3	1,9	0,8	1,4	1,7	1,2
Bóle dolnej partii pleców Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku)	3,2	2,4	4,0	3,6	2,6	4,6
Alergia	1,1	0,8	1,4	1,6	0,9	2,3
Choroby tarczycy	9,2	8,7	9,6	8,4	7,4	9,5
Silne bóle głowy (migrena)	1,4	0,3	2,6	2,5	0,6	4,4
	1,7	1,3	2,1	2,2	0,7	3,8

Najczęściej występującą w 2014 r. chorobą lub dolegliwością przewlekłą, potwierdzoną przez lekarza, wśród osób w wieku 15-29 lat była alergia, pomimo spadku odsetka chorujących w porównaniu do poprzedniej edycji badania. Kolejną, znacznie rzadziej zgłaszaną dolegliwością zdrowotną były bóle dolnej partii pleców lub inne przewlekłe dolegliwości pleców. W porównaniu do poprzedniego badania odnotowano największy wzrost odsetka młodzieży chorującej na tarczycę (o 1,1 p. proc.).

Kobiety częściej niż mężczyźni uskarżały się na choroby i dolegliwości przewlekłe – w przypadku bólu szyi (karku), silnych bólów głowy (migreny) różnica w odsetku chorujących była ponad dwukrotna, a dla chorób tarczycy ponad siedmiokrotna. Wyjątkiem było wysokie ciśnienie krwi, które częściej dotyczyło mężczyzn niż kobiet. Częstość występowania chorób i dolegliwości przewlekłych rosła wraz z wiekiem – rzadziej choroby i dolegliwości zdrowotne występowały wśród osób w wieku 15-19 lat. Wyjątek stanowiły astma i alergia, dla których odnotowano tendencję odwrotną – choroby te częściej dotyczyły nastolatków niż osoby w wieku 20-29 lat (w przypadku astmy stosownie 3,9% i 1,9%, w przypadku alergii odpowiednio 10,0% oraz 7,8%).

Choroby i dolegliwości przewlekłe częściej występowały wśród młodych osób mieszkających w miastach niż na wsi. Największą różnicę odnotowano w przypadku alergii (o 5,4 p. proc.). Odsetek młodych osób z bólami dolnej partii pleców lub innymi przewlekłymi dolegliwościami pleców był o 1,4 p. proc. wyższy w miastach niż na wsi, natomiast w przypadku młodzieży chorującej na astmę różnica wyniosła 1,3 p. proc. Bóle lub inne przewlekłe dolegliwości szyi (karku) wystąpiły na podobnym poziomie wśród młodych osób mieszkających na wsi (1,5%) i w miastach (1,7%).

Częstość występowania chorób i dolegliwości przewlekłych wśród osób w wieku 15-29 lat była zróżnicowana w przekroju województw. Województwami, w których odsetki osób chorujących na alergię osiągnęły wartości powyżej średniej, były: pomorskie (12,4%), łódzkie (11,5%), kujawsko-pomorskie (11,3%), zachodniopomorskie (10,3%), śląskie (9,9%), dolnośląskie (9,4%), mazowieckie (8,9%) i opolskie (8,7%). Najrzadziej na alergię chorowano w świętokrzyskim (4,0%) i warmińsko-mazurskim (4,4%). Na schorzenia związane z bólami dolnej partii pleców lub innymi przewlekłymi dolegliwościami pleców najczęściej skarżyły się osoby młode w województwach lubelskim oraz śląskim (po 5,4%), zachodniopomorskim (4,8%), pomorskim (4,5%), mazowieckim (4,4%) oraz lubuskim (4,1%). Natomiast w województwie świętokrzyskim najrzadziej wskazywano na tę chorobę (1,2%). Na choroby tarczycy najczęściej uskarżały się osoby w wieku 15-29 lat w województwach lubuskim (4,6%), śląskim (3,9%), mazowieckim (3,6%), pomorskim (3,0%) oraz dolnośląskim (2,5%). Największe odsetki chorujących na astmę (łącznie z astmą alergiczną) odnotowano w województwach zachodniopomorskim (4,9%), łódzkim (4,7%), dolnośląskim (3,7%), i opolskim (3,6%), a najniższe w podlaskim i świętokrzyskim (poniżej 1%).

Niepełnosprawność

Niepełnosprawność to kolejny obserwowany aspekt stanu zdrowia. Analiza tego zagadnienia jest złożona ze względu na występowanie różnych definicji niepełnosprawności. Stosowana w statystyce GUS definicja obejmuje zarówno osoby niepełnosprawne biologicznie, jak i prawnie. Niepełnosprawność biologiczna dotyczy osób, które bez względu na posiadanie lub nie orzeczenia o niepełnosprawności deklarują występowanie ograniczeń w wykonywaniu pewnych czynności. Niepełnosprawność prawna, wynikająca z przepisów prawa, odnosi się do osób, które posiadają orzeczenie o niepełnosprawności wydawane przez państwowe instytucje dla celów rentowych (orzecznictwo ZUS) lub pozarentowych (orzecznictwo powiatowych/wojewódzkich zespołów do spraw orzekania o niepełnosprawności). Dane o osobach niepełnosprawnych według kryterium statystycznego prezentowane są w podziale na osoby:

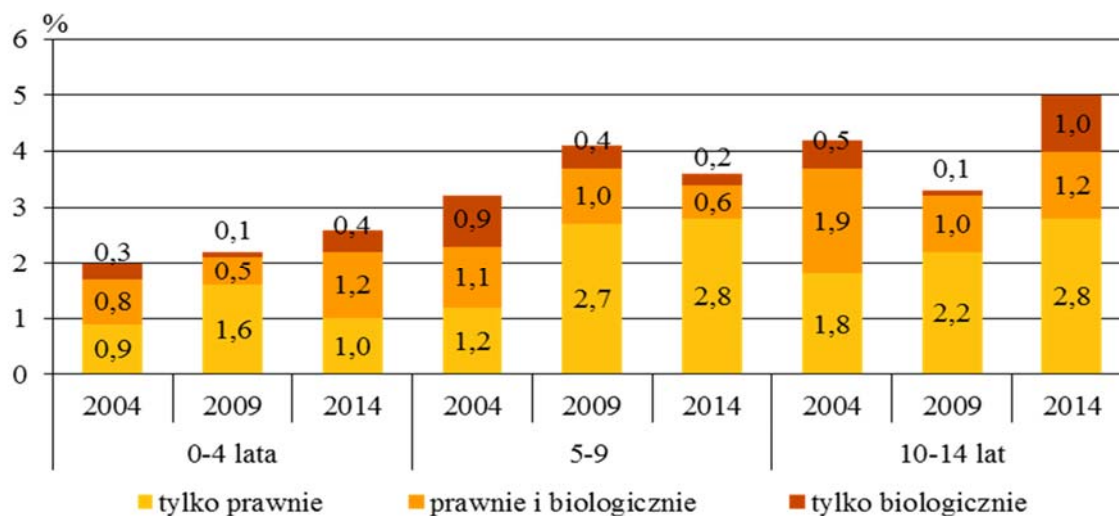
- niepełnosprawne prawnie i biologicznie,
- niepełnosprawne tylko prawnie,
- niepełnosprawne tylko biologicznie (deklarujące poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności).

W Europejskim Ankietywnym Badaniu Zdrowia zastosowano również unijny sposób pomiaru niepełnosprawności, który do populacji osób niepełnosprawnych zalicza te osoby, które z powodu problemów zdrowotnych miały ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie młodzież/dzieci zwykle wykonują (uwzględniono poważne i mniej poważne ograniczenia) i ten stan trwał co najmniej 6 ostatnich miesięcy. Aspekt posiadania prawnego orzeczenia o niepełnosprawności nie był brany pod uwagę. Ze względu na różnice w sposobie mierzenia niepełnosprawności analiza danych o poziomie występowania tego zjawiska wśród dzieci i młodzieży jest prowadzona oddzielnie dla każdego przyjętego kryterium.

Przyjmując kryterium statystyczne niepełnosprawności, w 2014 r. 3,7% dzieci w wieku poniżej 15 lat było niepełnosprawnych. W porównaniu do poprzednich edycji badania sukcesywnie wzrastał odsetek dzieci posiadających tylko prawne orzeczenie o niepełnosprawności: w 2004 r. wynosił 1,4%, w 2009 r. – 2,1%, a w 2014 r. – 2,2%. Występowanie niepełnosprawności zarówno prawnej, jak i biologicznej w 2014 r. deklarowano dla 1% dzieci, natomiast odsetek dzieci niepełnosprawnych tylko biologicznie, czyli dzieci z poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności, wyniósł 0,5%.

W 2014 r. największy odsetek (5%) niepełnosprawnych dzieci wystąpił w grupie wieku 10-14 lat, podczas gdy w poprzedniej edycji badania niepełnosprawność dominowała wśród młodszych dzieci w wieku 5-9 lat. W dwóch najstarszych grupach wieku odnotowano relatywnie największą liczbę dzieci niepełnosprawnych tylko prawnie – prawie 3%.

Wykres 82. Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)



Rodzice/opiekunowie wskazali na częstsze występowanie niepełnosprawności wśród dzieci z miast niż ze wsi. O ile w poprzednich edycjach badania odsetki niepełnosprawnych dzieci w miastach i na wsi utrzymywały się na zbliżonym poziomie, to w 2014 r. szybki wzrost częstości występowania niepełnosprawności dotyczył przede wszystkim najstarszych dzieci mieszkających w miastach.

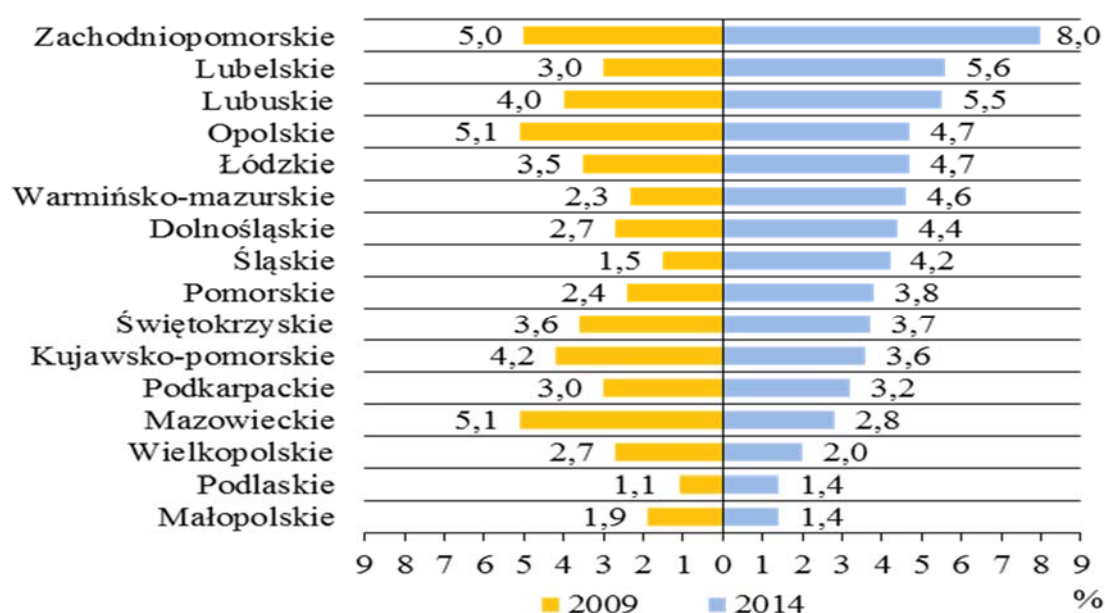
Niepełnosprawność dwukrotnie częściej dotykała chłopców niż dziewczęta. Przewaga niepełnosprawnych chłopców nad dziewczętami najbardziej zaznaczyła się w starszych grupach wieku.

Tabl. 4C. Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci według grup wieku, płci i miejsca zamieszkania w latach 2004, 2009, 2014 (według kryterium statystycznego)

GRUPY WIEKU	Ogółem	Płeć		Miejsce zamieszkania	
		chłopcy	dziewczęta	miasta	wieś
w odsetkach					
2004					
OGÓŁEM	3,3	3,7	2,8	3,6	2,9
0-4 lata	2,0	2,6	1,4	2,1	1,9
5-9	3,2	3,8	2,6	3,6	2,8
10-14 lat	4,2	4,6	3,9	4,7	3,6
2009					
OGÓŁEM	3,1	3,5	2,8	3,5	2,7
0-4 lata	2,2	2,0	2,4	2,7	1,5
5-9	4,0	4,8	3,2	4,2	3,7
10-14 lat	3,2	3,7	2,8	3,6	2,8
2014					
OGÓŁEM	3,7	4,9	2,4	4,3	2,8
0-4 lata	2,6	3,3	1,9	3,1	1,9
5-9	3,6	5,1	1,9	3,9	3,1
10-14 lat	5,0	6,3	3,5	6,3	3,4

Częstość występowania niesprawności wśród dzieci w wieku 0-14 lat odznaczała się dużym zróżnicowaniem pomiędzy województwami. W 2014 r. odsetek niepełnosprawnych dzieci osiągnął najwyższą wartość w województwie zachodniopomorskim – 8%, w którym odnotowano największy wzrost w porównaniu do poprzedniej edycji badania. Odsetek niepełnosprawnych dzieci powyżej 5% wystąpił w województwach lubelskim i lubuskim, podczas gdy najmniej liczne były populacje dzieci niepełnosprawnych w małopolskim i podlaskim (po 1,4%). W porównaniu do 2009 r. znacznie rzadziej problem niepełnosprawności wystąpił u dzieci mieszkających w województwach mazowieckim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim, małopolskim i opolskim.

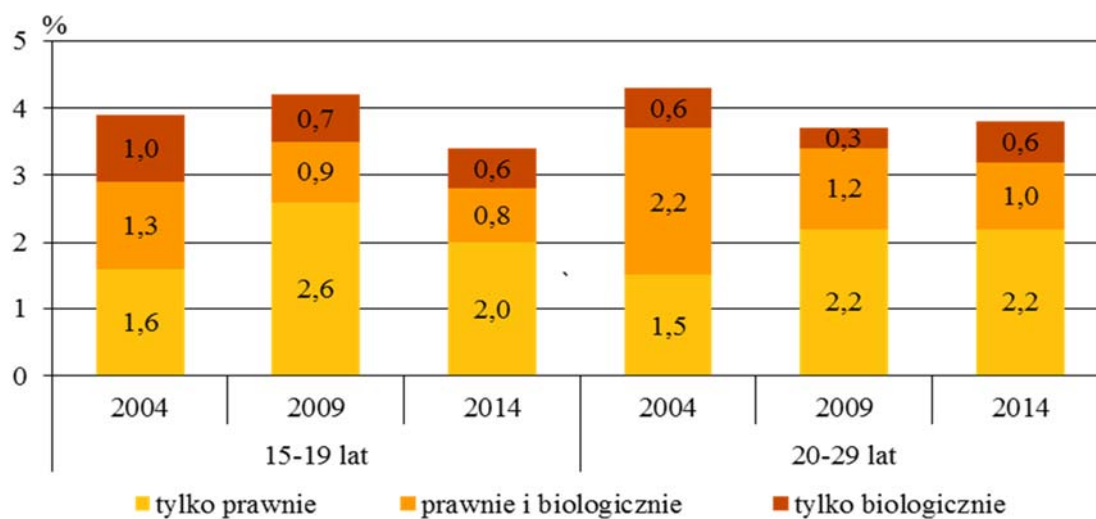
Wykres 83. Dzieci niepełnosprawne według województw w latach 2009 i 2014



Zgodnie z metodologią stosowaną w statystyce GUS odsetek niepełnosprawnej młodzieży w wieku 15-29 lat w 2014 r. wyniósł 3,7%, odsetek ten zmniejszył się o 0,2 p. proc. w porównaniu z 2009 r. i o 0,5 p. proc. w porównaniu z 2004 r. Relatywnie nieco częściej niepełnosprawność dotyczyła dwudziestolatków niż nastolatków (odpowiednio 3,8% i 3,4%). W obu grupach wieku najczęściej osób zadeklarowało, że posiada wyłącznie prawne orzeczenie niepełnosprawności. Zaledwie 0,6% młodzieży w obu grupach wieku to osoby bez orzeczeń, z poważnymi ograniczeniami w wykonywaniu zwykłych czynności.

Według wyników dwóch ostatnich edycji badania niepełnosprawność częściej występowała wśród młodzieży zamieszkującej miasta niż wieś. Analizując natomiast wiek niepełnosprawnej młodzieży w miastach i na wsi można zauważyć, że w 2014 r. wśród nastolatków częstość występowania niepełnosprawności była wyższa na wsi, podczas gdy w starszej grupie wieku więcej niepełnosprawnych było w miastach. Wyniki przeprowadzonych badań wskazują na wyższy odsetek niepełnosprawnych mężczyzn niż kobiet, przy czym przewaga ta dotyczyła starszej grupy wieku.

Wykres 84. Częstość występowania niepełnosprawności wśród młodzieży według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)

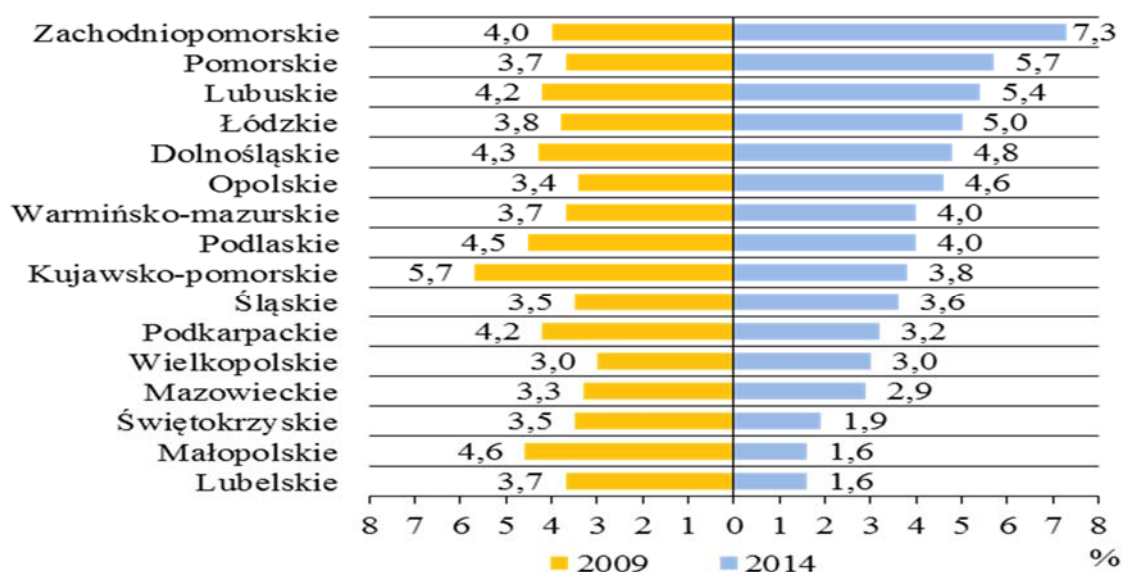


Tabl. 4D. Częstość występowania niepełnosprawności wśród młodzieży według grup wieku, płci i miejsca zamieszkania w latach 2004, 2009 i 2014 (według kryterium statystycznego)

GRUPY WIEKU	Ogółem	Płeć		Miejsce zamieszkania	
		mężczyźni	kobiety	miasta	wieś
w odsetkach					
2004					
OGÓLEM	4,2	4,8	3,5	4,1	4,4
15-19 lat	4,0	4,8	3,1	4,1	3,8
20-29 lat	4,3	4,9	3,7	4,0	4,7
2009					
OGÓLEM	3,9	3,9	3,8	3,9	3,8
15-19 lat	4,2	4,0	4,4	4,4	4,0
20-29 lat	3,7	3,9	3,5	3,7	3,8
2014					
OGÓLEM	3,7	4,2	3,1	4,2	3,6
15-19 lat	3,4	3,3	3,4	2,9	3,9
20-29 lat	3,8	4,5	3,0	3,9	3,5

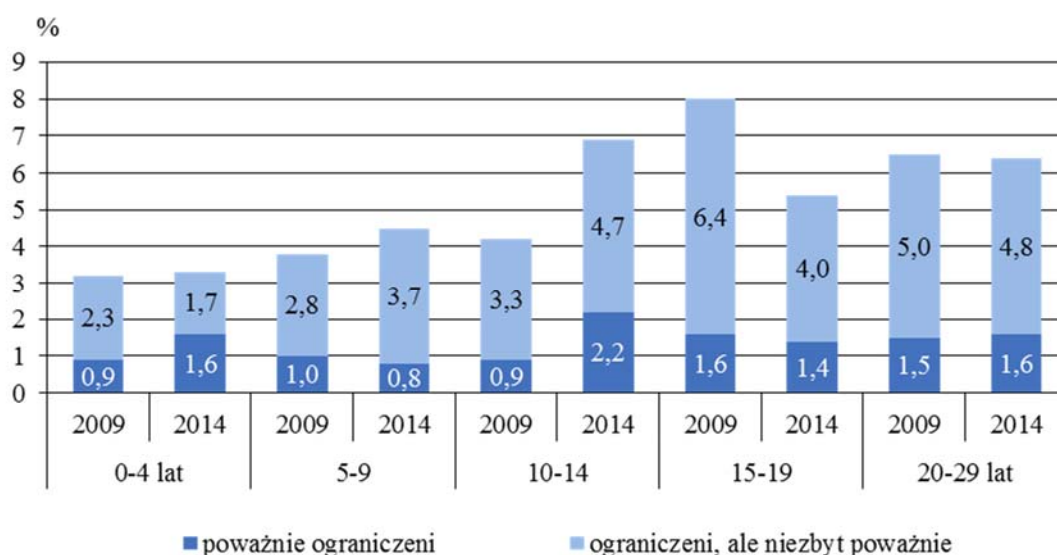
Odsetek niepełnosprawnych wśród młodzieży odznaczał się podobnym zróżnicowaniem terytorialnym jak w przypadku dzieci. W 2014 r. odsetek osób niepełnosprawnych w wieku 15-29 lat osiągnął najwyższe wartości w województwach: zachodniopomorskim oraz pomorskim i lubuskim, a najniższe w lubelskim i małopolskim. W porównaniu do poprzedniej edycji badania częściej niepełnosprawność dotyczyła młodzież w województwach zachodniopomorskim i pomorskim, największą poprawę sytuacji w tym zakresie odnotowano w małopolskim, lubelskim i kujawsko-pomorskim.

Wykres 85. Młodzież niepełnosprawna według województw w latach 2009 i 2014



Według kryterium unijnego pod koniec 2014 r. 4,8% dzieci miało z powodów zdrowotnych ograniczoną zdolność wykonywania czynności, jakie dzieci zwykle wykonują. Poważne ograniczenia w wykonywaniu zwykłych czynności dotyczyło 1,5% dzieci, a kolejne 3,3% miało ograniczenia, ale niezbyt poważne. Niepełnosprawność biologiczna w większym stopniu była deklarowana wśród starszych dzieci. O ile wśród najmłodszych niepełnosprawność dotyczyła ponad 3% dzieci, to w grupie wieku 10-14 lat odsetek ten był dwukrotnie większy (prawie 7%).

Wykres 86. Częstość występowania niepełnosprawności u dzieci i młodzieży według grup wieku w latach 2009 i 2014 (według kryterium unijnego)



Według kryteriów unijnych wśród młodzieży 6,1% osób w wieku 15-29 lat zaliczono do grupy niepełnosprawnych, przy czym 1,6% osób deklaroowało występowanie poważnych ograniczeń w wykonywaniu zwykłych czynności, a kolejne 4,6% mniej poważne ograniczenia. W 2014 r. częstość występowania niepełnosprawności biologicznej była większa wśród dwudziestolatków.

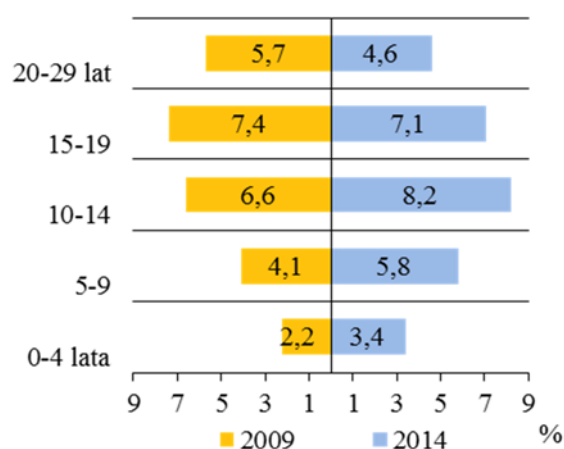
W porównaniu do poprzedniej edycji badania można zauważyć znaczny spadek odsetka nastolatków, którzy mieli niezbyt poważne ograniczenia w wykonywaniu czynności (o 2,4 p. proc.).

Wypadki

W Europejskim Ankietowym Badaniu Zdrowia zadawano pytanie o uleganie w okresie ostatnich 12 miesięcy wypadkom, których skutkiem był uraz, uszkodzenie lub zranienie, zarówno zewnętrzne, jak i wewnętrzne. Ponadto w tej kategorii uwzględniono zatrucia oraz zranienia, ugryzienia i użądlenia spowodowane przez zwierzęta i owady. Deklaracja wystąpienia wypadku wiązała się dodatkowo ze wskazaniem jednego z czterech rodzajów wypadków określonych ze względu na miejsce zdarzenia. Wyróżniono wypadki: drogowy (komunikacyjny) oraz takie, które miały miejsce w: pracy, placówce oświatowo-wychowawczej, domu oraz w czasie wolnym. Pytania dotyczące wypadków skierowano do rodziców dzieci/podopiecznych w wieku 0-14 lat lub respondentów w wieku powyżej 14 lat, którzy w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie ulegli wypadkom.

Wypadki skutkujące powstaniem urazu dotyczyły co dwudziestego dziecka (5,7%). Częstość ulegania wypadkom rosła wraz z wiekiem dzieci – od 3,4 % dla najmłodszych do 8,2% dla najstarszych dzieci. Spośród dzieci, które uległy wypadkom, zdecydowanie najwięcej zdarzeń odnotowano w domu i jego otoczeniu (48,2%) oraz żłobku, przedszkolu i szkole (34,9%). Wypadki w czasie wolnym (20,2%) nie były już takie częste. W poprzedniej edycji badania przeważały wypadki w domu i w czasie wolnym. Najbardziej dzieci ulegały wypadkom drogowym (6,3%).

Wykres 87. Dzieci i młodzież ulegająca wypadkom według grup wieku w latach 2009 i 2014



Pomocy medycznej w związku z wypadkiem drogowym wymagało blisko dwoje na troje (64,6%) poszkodowanych dzieci. Relatywnie częściej pomocy medycznej wymagały dzieci uczestniczące w wypadkach mających miejsce w czasie wolnym (75,5%), domu i jego otoczeniu (80,2%) czy żłobku, przedszkolu i szkole (88,0%). Niższe były odsetki dzieci, które na skutek odniesionego wypadku wymagały pobytu w szpitalu z noclegiem. Hospitalizacją najrzadziej kończyły się wypadki drogowo (5,9%). Częściej pobytu w szpitalu z noclegiem wymagały dzieci poszkodowane w wypadkach mających miejsce w domu (18,6%), środowisku szkolnym (20,3%) oraz czasie wolnym (25,9%).

W przypadku populacji młodzieży w wieku 15-29 lat, odsetek osób w wieku 20-29 lat, które uległy wypadkom (4,6%) był niższy od odnotowanego dla grupy wieku 15-19 lat (7,1%). Spośród osób młodych, które uległy wypadkom, najczęściej osób deklaroowało wypadek w czasie wolnym (33,8%) i wypadek drogowy (24,9%). Wypadek w domu, który w poprzednim badaniu był w dwojce najczęstszych lokalizacji wypadków, tym razem okazał się nieznacznie rzadziej występującym (23,8%) niż wypadek drogowy. Analogicznie jak w poprzedniej edycji badania, praca i szkoła okazały się środowiskami generującymi najmniejszą liczbę wypadków (22,2%). W porównaniu do populacji dzieci zaobserwowano bardziej wyrównany rozkład liczby wypadków pomiędzy czterema wyróżnionymi lokalizacjami wypadków.

Najczęściej potrzebę korzystania z pomocy medycznej wśród młodych osób stwarzały wypadki mające miejsce w pracy i szkole (82,7%) oraz w czasie wolnym (80,4%), a zdecydowanie rzadziej konieczność taką odnotowano dla wypadków drogowych (59,2%) oraz mających miejsce w domu i jego okolicach (71,4%). Ze zbliżoną częstotliwością hospitalizacją z noclegiem kończyły się wypadki w domu oraz pracy i szkole (odpowiednio: 8,3% i 8,8%), a także wypadki w czasie wolnym i drogowe (odpowiednio: 17,9% i 18,6%).

STYL ŻYCIA

Zdrowie uwarunkowane jest oddziaływaniem szeregu różnorodnych czynników, wśród których największą rolę w determinowaniu zdrowia przypisano stylowi życia człowieka. Zakres pytań Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia określających styl życia, zadawanych zarówno dzieciom, jak i osobom dorosłym obejmował spożycie owoców i warzyw, aktywność fizyczną oraz narażenie na dym tytoniowy. Dzieciom w wieku 2 lata i więcej zadano pytanie o spędzanie czasu wolnego przed ekranem TV lub monitorem komputera, natomiast do osób w wieku 15 lat i więcej skierowano pytania o palenie tytoniu i picie alkoholu.

Spożycie owoców i warzyw

Adresatem pytań dotyczących konsumpcji owoców i warzyw były dzieci w wieku powyżej 6 miesiąca życia oraz osoby dorosłe. Należało uwzględnić spożycie produktów surowych, jak i przetworzonych (w tym świeżo wyciśnięte 100% soki owocowe i warzywne oraz soki tzw. jednodniowe), a w przypadku warzyw nie badano spożycia ziemniaków.

W 2014 r. 72,5% dzieci w wieku 0-14 lat spożywało owoce przynajmniej raz dziennie, 17,3% jadło je 4-6 razy w tygodniu, a 8,2% 1-3 razy w tygodniu. Młodzież rzadziej spożywała owoce – ponad połowa osób w wieku 15-29 lat jadła owoce przynajmniej raz dziennie, prawie 22% 4-6 razy w tygodniu, a ponad 18% 1-3 razy w tygodniu.

Tabl. 4E. Częstość spożywania owoców przez dzieci i młodzież według grup wieku w 2014 r.

GRUPY WIEKU	Ogółem	Częstość spożywania owoców				
		1 raz dziennie lub częściej	4-6 razy w tygodniu	1-3 razy w tygodniu	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nigdy
	w odsetkach					
DZIECI	100,0	72,5	17,3	8,2	1,6	0,4
0-4 lata	100,0	78,9	13,9	5,8	1,1	0,4
5-9	100,0	71,8	18,4	7,6	1,9	0,4
10-14 lat	100,0	66,8	19,5	11,2	1,9	0,6
MŁODZIEŻ	100,0	54,1	21,9	18,4	5,3	0,3
15-19 lat	100,0	56,0	20,9	18,1	4,8	0,3
20-29 lat	100,0	53,4	22,3	18,5	5,5	0,3

Częstość spożycia owoców widocznie malała wraz z wiekiem dzieci. Najczęściej owoce jadły dzieci najmłodsze – prawie 79%, w grupie 10-14-latków – 2/3 dzieci, natomiast wśród 20-29-latków była to już tylko ponad połowa badanych.

Tabl. 4F. Częstość spożywania warzyw przez dzieci i młodzież według grup wieku w 2014 r.

GRUPY WIEKU	Ogółem	Częstość spożywania warzyw				
		1 raz dziennie lub częściej	4-6 razy w tygodniu	1-3 razy w tygodniu	rzadziej niż 1 raz w tygodniu	nigdy
	w odsetkach					
DZIECI	100,0	61,8	22,0	12,3	3,0	0,8
0-4 lata	100,0	68,7	18,9	9,7	1,9	0,9
5-9	100,0	60,4	22,2	13,0	3,5	0,9
10-14 lat	100,0	56,6	25,0	14,2	3,6	0,7
MŁODZIEŻ	100,0	52,4	25,4	17,9	4,0	0,2
15-19 lat	100,0	51,4	25,8	18,2	4,1	0,5
20-29 lat	100,0	52,8	25,3	17,8	3,9	0,1

Prawie 62% dzieci w wieku 0-14 lat jadło warzywa przynajmniej jeden raz dziennie, około jedna piąta dzieci – 4-6 razy w tygodniu, a jedna ósma – 1-3 razy w tygodniu. Codziennie warzywa konsumowała ponad połowa młodzieży, jedna czwarta spożywała je 4-6 razy w tygodniu, a 18% młodych osób tylko 1-3 razy w tygodniu.

W przekroju terytorialnym częstość spożycia owoców i warzyw była zróżnicowana. W 2014 r. zdecydowanie najczęściej owoce i warzywa zjadały dzieci z województwa dolnośląskiego – owoce konsumowało co najmniej raz dziennie 84% dzieci, a warzywa – ponad 77%. Tymczasem województwem, w którym dzieci najrzadziej spożywały codziennie owoce i warzywa było województwo lubelskie – codziennie owoce zjadało tam ponad 61% dzieci, a w przypadku warzyw – ponad połowa.

Aktywność fizyczna

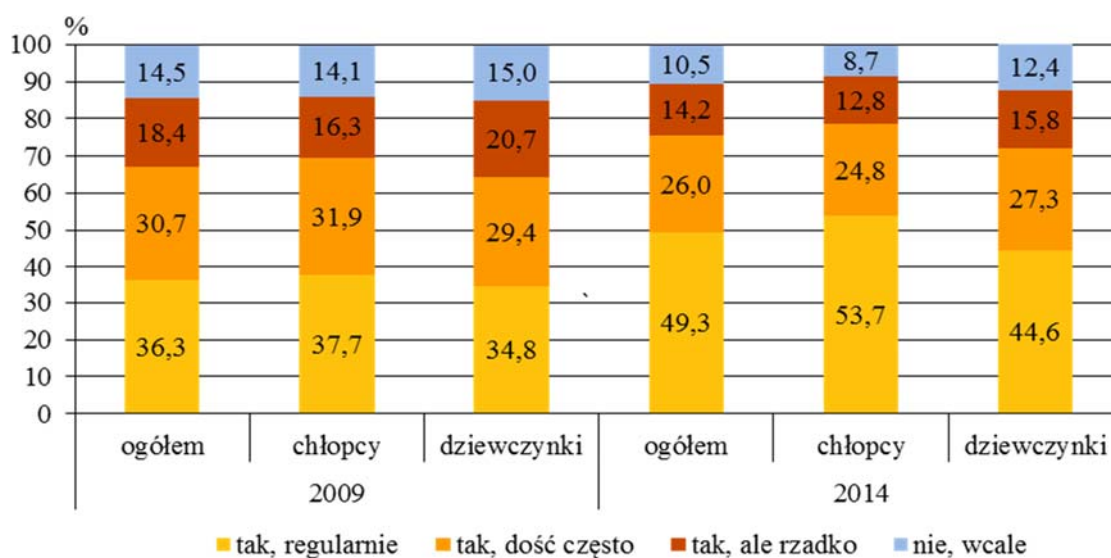
Pytania o aktywność fizyczną dzieci skierowane były do uczniów szkół (uczęszczających co najmniej do 1 klasy) i dotyczyły uczestnictwa w lekcjach wychowania fizycznego oraz aktywności fizycznej w czasie wolnym.

W lekcjach wychowania fizycznego w 2014 r. uczestniczyło 98,3% dzieci uczęszczających do szkoły. Należy zauważyć, że jako nieuczestniczenie w tych zajęciach rozumiano tylko lekarskie zwolnienie z WF, a nie pojedyncze nieobecności z powodu np. choroby. Chłopcy nieznacznie częściej byli zwolnieni z lekcji wychowania fizycznego niż dziewczynki. Odsetek uczniów zwolnionych z tych zajęć nie zmienił się istotnie w porównaniu z wynikami uzyskanymi w poprzednich edycjach badania (w 2004 r. – 2,8%, a w 2009 r. – 2,4%). Najwięcej dzieci zwolnionych z WF było wśród najstarszych roczników (13 i 14 lat). W 2014 r. wśród 13-latków zwolnienie posiadało 3,1% osób, a wśród 14-latków – 3,4%.

Dzieci w wieku szkolnym są również w zdecydowanej większości aktywne fizycznie poza lekcjami wychowania fizycznego, to znaczy uprawiają jakiś sport, jeżdżą na rowerze, pływają, ćwiczą taniec lub gimnastykują się.

W 2014 r. troje na czworo dzieci w wieku 6-14 lat w wolnym czasie regularnie lub dość często uprawiały jakiś sport lub były w inny sposób aktywne fizycznie, przy czym bardziej aktywni byli chłopcy (78,5%) niż dziewczynki (71,9%). W porównaniu z poprzednią edycją badania zwiększyła się grupa dzieci, która regularnie lub dość często poświęcała czas na tego typu zajęcia (o ponad 8 p. proc.) natomiast mniej było dzieci niećwiczących wcale w wolnym czasie (o 4 p. proc.). Dzieci uprawiające sport lub rekreację poświęcały przeciętnie na te zajęcia 4,5 godziny tygodniowo, a ćwiczące regularnie nawet 4,9 godzin. Średnia liczba godzin aktywności fizycznej była uzależniona od płci i wieku dziecka – więcej czasu na ćwiczenia przeznaczali chłopcy niż dziewczynki oraz starsze roczniki niż młodsze.

Wykres 88. Aktywność fizyczna uczniów poza lekcjami WF według płci w latach 2009 i 2014

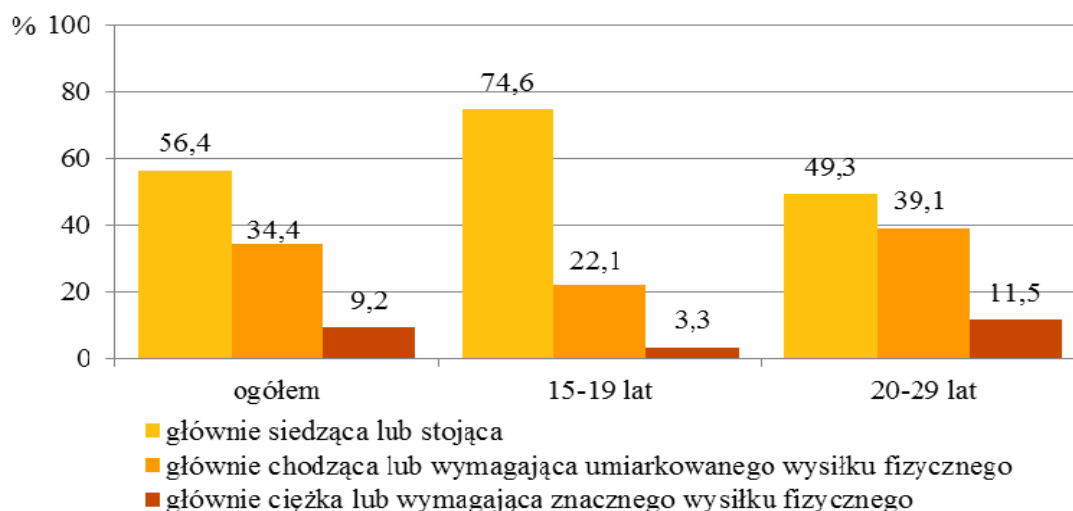


Aktywność fizyczna osób w wieku 15 lat i więcej w 2014 r. była badana mając na uwadze 3 rodzaje aktywności:

- aktywność fizyczną związaną z pracą, która jest głównym zajęciem wykonywanym w życiu codziennym. Określenie „praca” odnosiło się nie tylko do pracy zawodowej, ale obejmowało każdy rodzaj płatnych i nieodpłatnych czynności i obowiązków, które respondenci wykonują w życiu codziennym – dla osób pracujących zawodowo chodziło o wykonywanie obowiązków zawodowych, a dla uczniów i studentów o zadania wykonywane w ramach programu nauki;
- aktywność fizyczną związaną z przemieszczaniem się. Osoby dorosłe pytano o sposób docierania do różnych miejsc w sezonie jesiennym (czy chodzą albo dojeżdżają rowerem np. do pracy, szkoły, na zakupy);
- uprawianie sportów, fitness, inną rekreacyjną aktywność fizyczną lub ćwiczenia na siłowni przez co najmniej dziesięć minut bez przerwy, z intensywnością powodującą co najmniej przyspieszony oddech lub tętno.

Wśród osób w wieku 15-29 lat ponad połowa respondentów zadeklarowała, że wykonywała pracę głównie siedzącą lub stojącą, jedna trzecia – głównie chodzącą lub wymagającą umiarkowanego wysiłku fizycznego, a tylko blisko co dziesiąta młoda osoba – głównie ciężką lub wymagającą znacznego wysiłku fizycznego. Osoby wykonujące głównie siedzącą lub stojącą pracę dominowały wśród nastolatków, których trzy czwarte zadeklarowało ten rodzaj aktywności. Wśród dwudziestolatków była to prawie połowa badanych. Obciążenie fizyczne związane z codziennymi obowiązkami w większym stopniu dotyczyło starszej grupy wieku – nieco częściej niż co piąta osoba w wieku 15-19 lat wykonywała pracę głównie chodzącą lub wymagającą umiarkowanego wysiłku fizycznego, podczas gdy wśród dwudziestolatków grupa ta stanowiła 39,1%. Wykonywanie ciężkiej pracy lub wymagającej znacznego wysiłku fizycznego zadeklarował częściej niż co dziesiąty respondent w wieku 20-29 lat.

Wykres 89. Aktywność fizyczna młodzieży związana z codzienną pracą według grup wieku w 2014 r.



Analizując sposób docierania do różnych miejsc w sezonie jesiennym można zauważyć, że wśród młodzieży dominował pieszy sposób przemieszczania się. Wśród nastolatków 92,3% osób zadeklarowało, że do różnych miejsc docierała pieszo, a średni czas chodzenia w typowym tygodniu wyniósł u nich 253 minuty. W grupie dwudziestolatków odsetek osób chodzących w różne miejsca był nieznacznie mniejszy i stanowił 88,9%, przy czym osoby te przeznaczały na to nieco więcej czasu – 270 minut tygodniowo. Dojeżdżanie na rowerze do różnych miejsc było popularne wśród młodszych osób – ponad 45% nastolatków wykorzystywało rower do przemieszczania się, co zajęło im średnio 65 minut tygodniowo. U dwudziestolatków grupa dojeżdżających na rowerze do różnych miejsc stanowiła już 28,3% populacji, a średni czas jazdy w tygodniu wyniósł 47 minut.

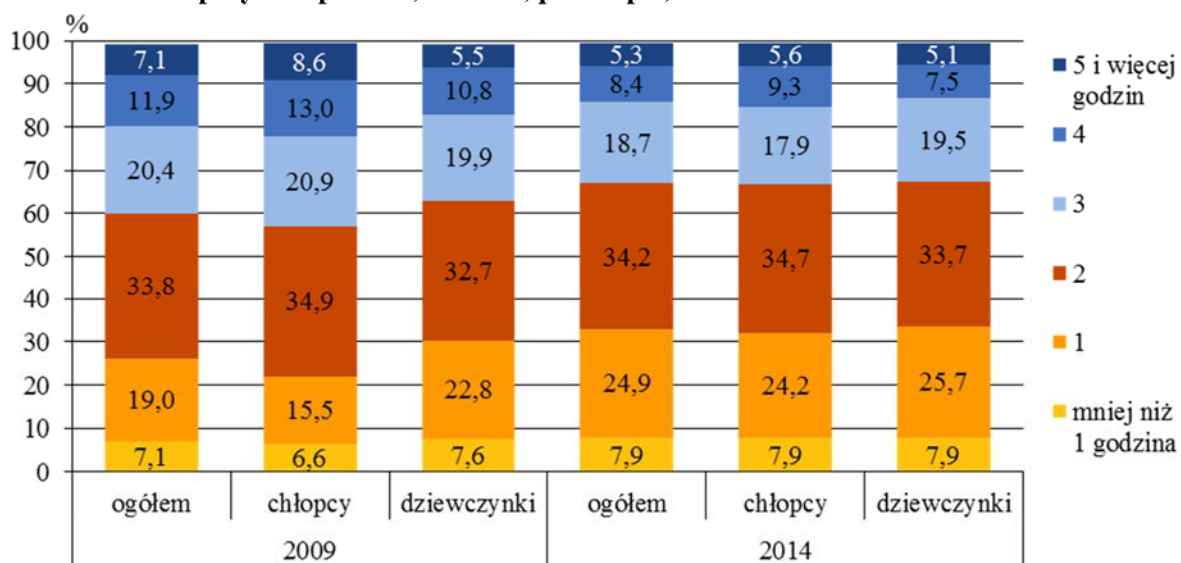
Uprawianie sportów, fitness i innej rekreacyjnej aktywności fizycznej lub ćwiczenia na siłowni zadeklarowało ponad 40% młodzieży w wieku 15-29 lat, w tym 18,2% ćwiczyło na siłowni. Bardziej aktywna była młodsza grupa wieku – prawie połowa nastolatków poświęciła czas wolny na taki rodzaj aktywności, w tym blisko 20% preferowało ćwiczenia na siłowni. Łącznie w tygodniu uprawianie sportów i innych podobnych zajęć zajmowało im średnio prawie 78 minut. W grupie dwudziestolatków aktywnych fizycznie było już tylko 37,2% osób. Krótszy też był czas ćwiczeń – średnio w tygodniu dwudziestolatkowie poświęcali na uprawianie sportu nieco ponad godzinę.

Spędzanie czasu przed telewizorem, komputerem i korzystanie z urządzeń mobilnych przez dzieci w wieku 2-14 lat

Na podstawie deklaracji rodziców/opiekunów dzieci w wieku 2-14 lat można stwierdzić, że w 2014 r. dzieci spędzały przed telewizorem i komputerem bądź innymi nowoczesnymi urządzeniami typu tablet albo smartfon średnio 2,2 godziny dziennie (tj. 2 godziny i 12 minut), czyli nieco mniej niż w 2009 r. (średnio 2,4 godziny tj. 2 godziny i 24 minuty). Średni czas przeznaczony na oglądanie telewizji i korzystanie z komputera lub urządzeń mobilnych wydłużał się wraz z wiekiem dzieci. Mimo że wśród dwulatków odnotowano największy odsetek dzieci, które w ogóle nie spędzały czasu w ten sposób (3,7%), to i tak pozostałe dwulatki poświęciły na te czynności średnio 1,5 godziny dziennie. Najwięcej czasu przed tymi urządzeniami spędzili 14-latkowie – 2,8 godzin.

Najwięcej (ponad jedna trzecia) dzieci spędzało przed ekranem lub monitorem dwie godziny, a jedna czwarta – 1 godzinę dziennie. Co dwudzieste dziecko przeznaczało na to 5 lub więcej godzin. Tylko 0,5% dzieci nie oglądało telewizji lub korzystało z komputera. W porównaniu do poprzedniej edycji badania zaobserwowano zmniejszenie się liczby godzin spędzanych codziennie przed telewizorem lub komputerem. W 2014 r. 3 lub więcej godzin dziennie poświęciło na te czynności ponad 32% dzieci, podczas gdy w 2009 r. było to ponad 39%.

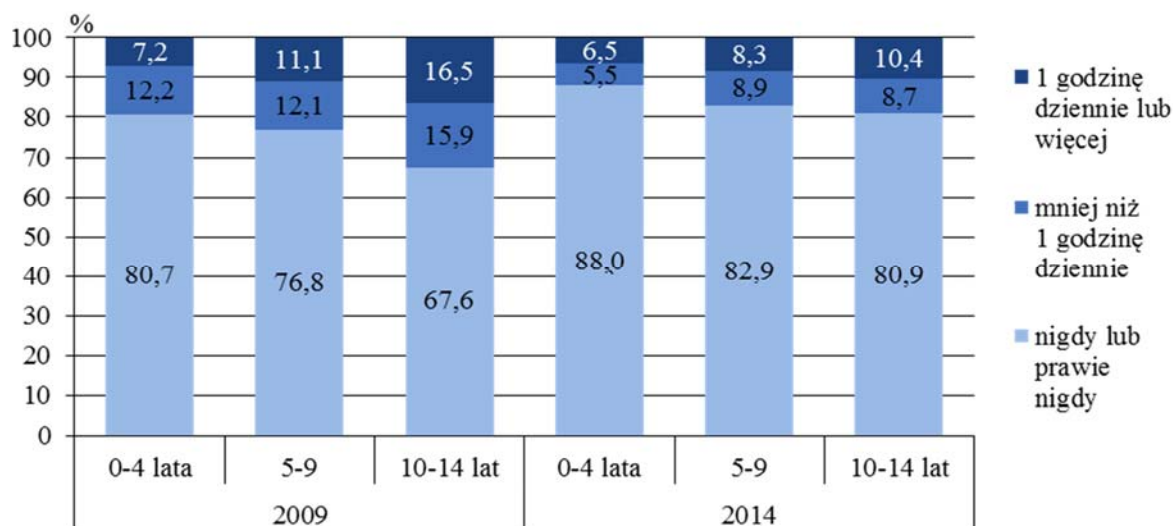
Wykres 90. Dzieci w wieku 2-14 lat według liczby godzin dziennie spędzanych przed telewizorem lub przy komputerze, tablecie, palmtopie, smartfonie w latach 2009 i 2014



Narażenie dzieci na dym tytoniowy w domu

Duży wpływ na zdrowie dzieci ma narażenie na dym tytoniowy, czyli tzw. bierne palenie. Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia wskazują, że sytuacja w tym zakresie poprawia się. W 2014 r. 84% dzieci nigdy lub prawie nigdy nie były narażonych na dym tytoniowy w domu, podczas gdy 5 lat wcześniej odsetek ten stanowił prawie 75%. Krócej niż jedną godzinę dziennie na szkodliwe działanie dymu tytoniowego narażonych było 7,7% dzieci, a przez co najmniej jedną godzinę dziennie – 8,3% dzieci (w 2009 r. odsetki te wyniosły odpowiednio 13,5% oraz 11,7%). Stopień narażenia dzieci na dym tytoniowy w domu był zróżnicowany w zależności od ich wieku. Najmniej narażone były dzieci najmłodsze (88% z nich nigdy lub prawie nigdy nie było narażonych na dym tytoniowy w domu), w następnej kolejności dzieci w wieku 5-9 lat (82,9%), a najmniej chronione były dzieci najstarsze (80,9%).

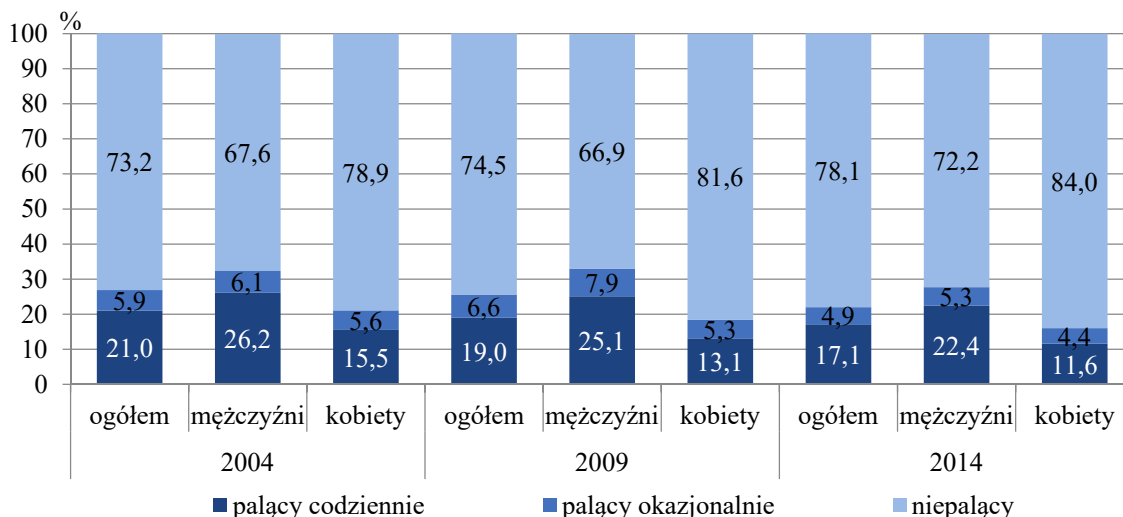
Wykres 91. Dzieci według grup wieku i czasu narażenia na dym tytoniowy w domu w latach 2009 i 2014



Palenie tytoniu i spożycie alkoholu przez młodzież

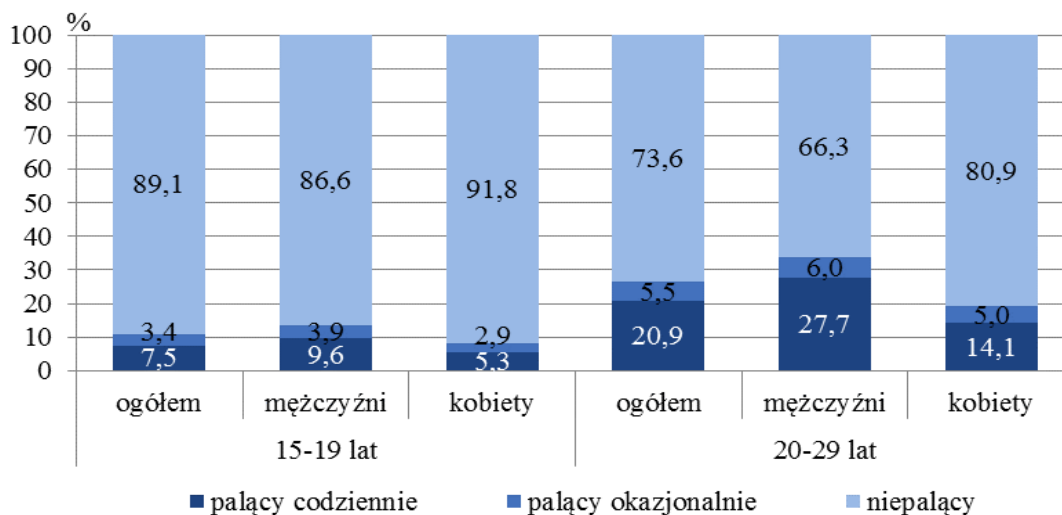
Do niekorzystnych czynników stylu życia należą zachowania antyzdrowotne takie jak: palenie tytoniu i picie alkoholu. Palenie tytoniu wśród młodzieży staje się coraz mniej popularne. Na przestrzeni dziesięciu lat odsetek niepalących osób w wieku 15-29 lat wzrósł z 73,2% do 78,1%. Pozytywnym zjawiskiem jest zmniejszanie się udziału osób palących codziennie (z 21% do ponad 17%), przy czym spadek ten w większym stopniu dotyczył kobiet niż mężczyzn.

Wykres 92. Palenie tytoniu przez młodzież według płci w latach 2004, 2009 i 2014

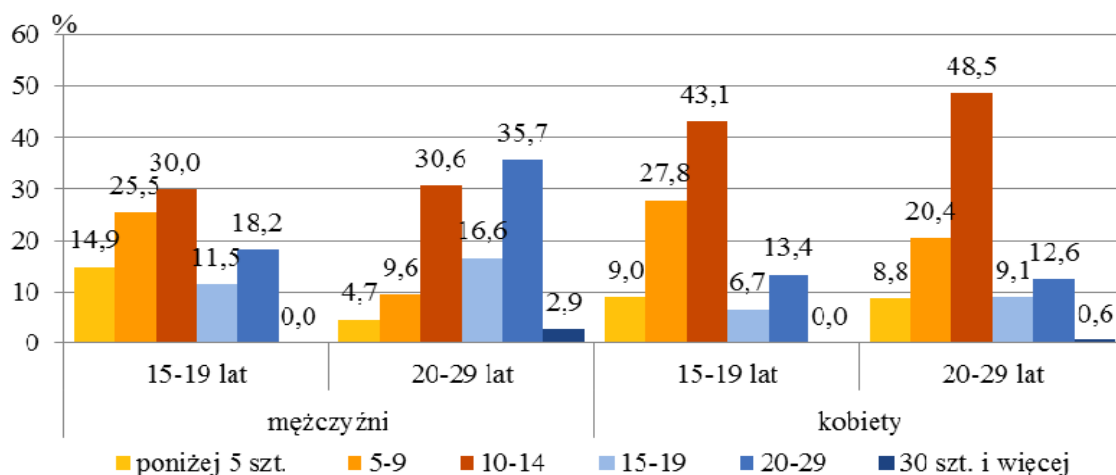


Uwzględniając płeć i grupy wieku można zauważyć, że nałóg palenia częściej występował u mężczyzn oraz wśród dwudziestolatków. W 2014 r. paliło 13,4% nastoletnich chłopców, z czego blisko 10% codziennie. Wśród dwudziestoparoletnich mężczyzn do nałogu przyznała się co trzecia osoba, z czego 27,7% paliło codziennie. Wśród kobiet odsetki palaczek tytoniu były znacznie niższe niż wśród mężczyzn. Wśród nastolatek paliło 8,2% dziewcząt, z czego 5,3% codziennie, a wśród dwudziestolatek co piąta kobieta, a wśród nich 14,1% codziennie.

Wykres 93. Palenie tytoniu przez młodzież według płci i grup wieku w 2014 r.

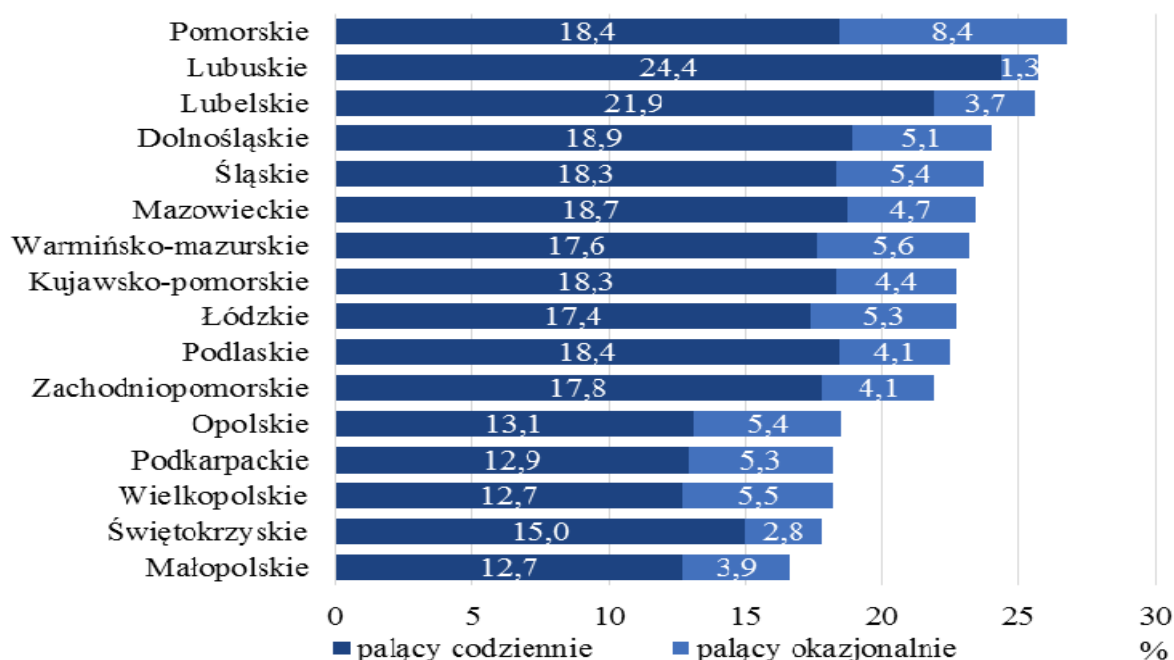


Wykres 94. Młodzież paląca tytoń codziennie według liczby wypalanych papierosów, grup wieku i płci w 2014 r.



Biorąc pod uwagę deklarowaną w 2014 r. średnią liczbę wypalanych papierosów przez osoby palące codziennie można stwierdzić, że nastolatki najczęściej palili 10-14 sztuk dziennie (kobiety – 43,1%, mężczyźni – 30,0%), a następnie 5-9 sztuk dziennie (kobiety – 27,8%, mężczyźni – 25,5%). Wśród dwudziestolatków mężczyźni palili dziennie więcej papierosów niż kobiety. Mężczyźni w tej grupie wieku najczęściej wypalali dziennie 20-29 papierosów (35,7%), a następnie 10-14 sztuk (30,6%), podczas gdy prawie połowa palących kobiet wypalała dziennie po 10-14 papierosów, a jedna piąta – 5-9 sztuk.

Wykres 95. Młodzież paląca tytoń według województw w 2014 r.



W przekroju terytorialnym w 2014 r. najwięcej osób w wieku 15-29 lat palących tytoń, mieszkało w województwach: pomorskim (26,8%), lubuskim (25,7%) i lubelskim (25,5%). Najwięcej osób palących codziennie zaobserwowano w województwie lubuskim (24,4%), a palących

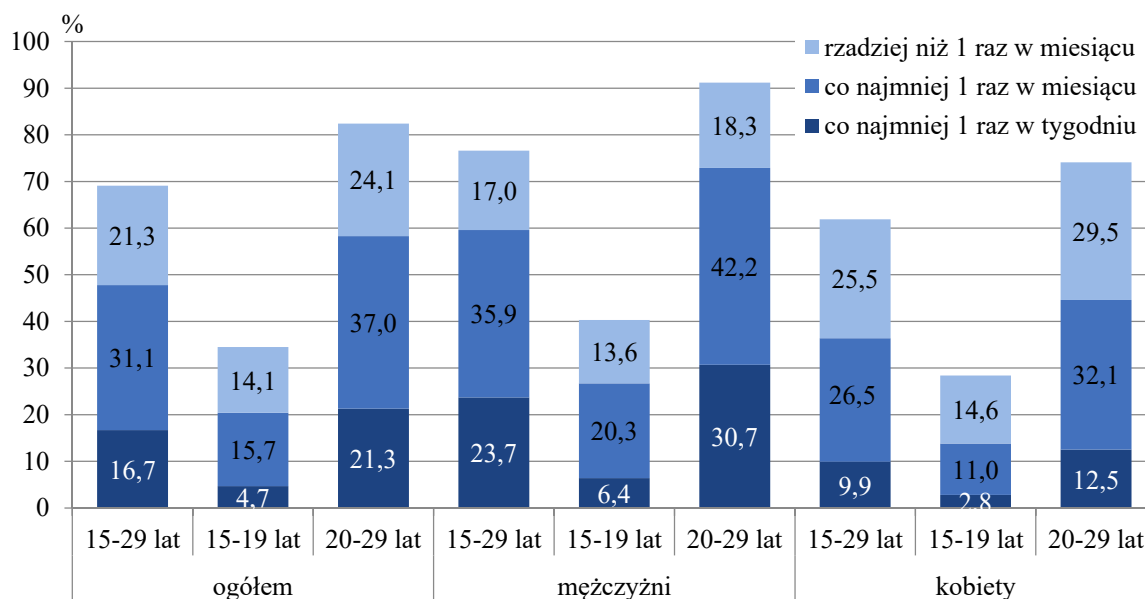
okazjonalnie w pomorskim (8,4%). Najmniej palaczy tytoniu było w województwach małopolskim (16,6%) i świętokrzyskim (17,8%).

Podobnie jak w przypadku palenia tytoniu, również w zakresie konsumpcji alkoholu można zaobserwować pozytywną tendencję, polegającą na spadku odsetka młodzieży deklarującej, że w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie piła napoje alkoholowe. W 2014 r. wśród ogółu młodych osób w wieku 15-29 lat niespełna 31% było abstynentami, podczas gdy w poprzedniej edycji badania odsetek ten wyniósł 28,5%. Spadek odsetka pijących alkohol wyraźnie zaznaczył się wśród nastolatków, przy czym w większym zakresie dotyczył od mężczyzn niż kobiet.

Tabl. 4G. Młodzież, która w ciągu ostatnich 12 miesięcy piła alkohol według płci i grup wieku w latach 2009 i 2014

WYSZCZEGÓLNIENIE	2009	2014
	w odsetkach	
OGÓLEM	71,5	69,1
15-19 lat	42,2	34,5
20-29 lat	83,0	82,3
Mężczyźni	78,9	76,6
15-19 lat	48,8	40,4
20-29 lat	91,4	91,2
Kobiety	64,4	61,9
15-19 lat	35,4	28,5
20-29 lat	75,2	74,1

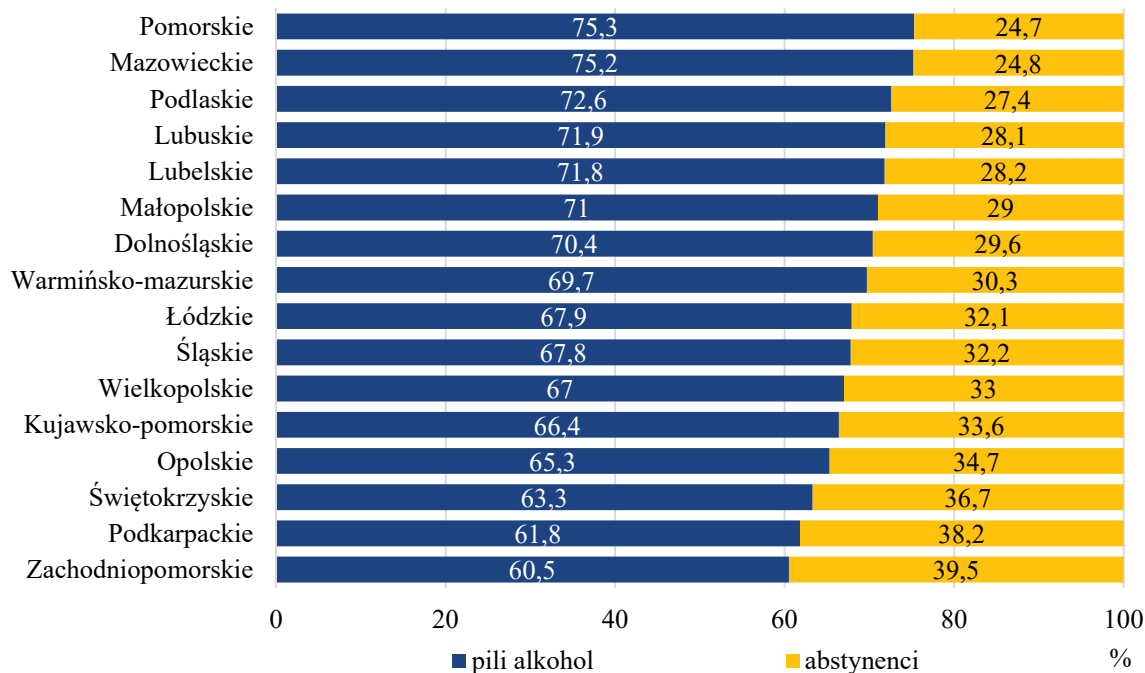
Wykres 96. Picie alkoholu przez młodzież w ciągu ostatnich 12 miesięcy według płci i grup wieku w 2014 r.



Analizując częstość picia alkoholu można stwierdzić, że w 2014 r. 31,1% osób w wieku 15-29 lat piło napoje alkoholowe co najmniej raz w miesiącu. Około co piąty młody człowiek pił rzadziej niż raz w miesiącu (21,3%), podczas gdy 16,7% osób w tym wieku spożywało alkohol co najmniej raz w tygodniu. Pomimo wzrostu abstynencji wśród nastolatków ponad jedna trzecia osób w wieku 15-19 lat deklarowała, że piła alkohol, przy czym 15,7% – co najmniej 1 raz w miesiącu. Zdecydowanie licniejszą grupę pijących alkohol stanowili dwudziestolatkowie, spośród których ponad 80% piło

alkohol w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie. 37% osób w tym wieku spożywało napoje alkoholowe co najmniej 1 raz w miesiącu. Mężczyźni pili alkohol częściej niż kobiety. Przewaga ta dotyczyła w większym stopniu dwudziestolatków, a uwagę zwraca wysoki odsetek mężczyzn w wieku 20-29 lat pijących alkohol co najmniej 1 raz w tygodniu (ponad 30%).

Wykres 97. Picie alkoholu przez młodzież w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można zaobserwować, że stosunkowo najwięcej młodych osób pijących alkohol w 2014 r. było mieszkańcami województw pomorskiego i mazowieckiego (ponad 75%). Najwięcej abstynentów zadeklarowało się wśród młodych mieszkańców województw zachodniopomorskiego (39,5%) i podkarpackiego (38,2%).

OPIEKA ZDROWOTNA

W trakcie realizacji Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia respondenci odpowiadali na pytania dotyczące m.in. wykonywania szczepień i badań profilaktycznych; leczenia w ramach podstawowej i specjalistycznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, leczenia w szpitalach w trybie dziennym i stacjonarnym, oraz stosowania leków. Respondenci określali, czy i kiedy wykonywali badania profilaktyczne, czy konsultowali się z lekarzem pediatrą, rodzinnym lub lekarzem POZ, lekarzami specjalistami, dentystą lub ortodontą.

Profilaktyka zdrowotna

Wyniki Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia dostarczają informacji o podejmowanych zabiegach i badaniach profilaktycznych. Pytano m.in. o: szczepienia przeciwko grypie i wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW typu B), pomiar cholesterolu we krwi oraz pomiar

ciśnienia krwi lub poziomu cukru wykonany przez pracownika ochrony zdrowia. Pytanie o szczepienie przeciwko grypie zadawane było wszystkim respondentom bez względu na wiek. W przypadku pozostałych zabiegów i badań profilaktycznych pytania kierowano do osób w wieku 15 lat i więcej.

W 2014 r. według deklaracji rodziców szczepienia przeciw grypie wykonano kiedykolwiek u niespełna 8% dzieci. Najrzadziej szczepione były dzieci najmłodsze (zaledwie 3,8%), a stosunkowo najczęściej szczepienia wykonywano u 10-14-latków. Zgodnie z zaleceniami lekarskimi szczepienie przeciw grypie powinno się powtarzać co roku. Tymczasem jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań obserwuje się zmniejszenie zainteresowania tego typu szczepieniami.

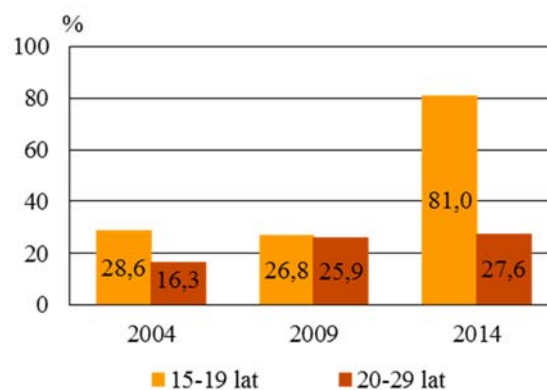
Spadek odsetka zaszczepionych dzieci wystąpił we wszystkich grupach wieku, przy czym największy charakteryzował 5-9 latków. Wśród młodzieży w wieku 15-29 lat prawie 18% osób zadeklarowało wykonanie kiedykolwiek szczepienia przeciwko grypie. Stosunkowo częściej szczepieniu poddawały się osoby w wieku 20-29 lat (19,1%) niż nastolatki (14,7%). Mimo że w porównaniu z 2009 r. odsetek młodzieży deklarującej wykonanie szczepienia spadł o 1,3 p. proc., to i tak był on o 0,6 p. proc. większy niż w 2004 r.

Zdecydowanie lepsza sytuacja przedstawia się w przypadku szczepień przeciw wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. W 2014 r. ponad 42% młodzieży zostało zaszczepionych przeciw tej chorobie. Deklarację wykonania kiedykolwiek szczepienia przeciwko WZW typu B złożyło aż 81,0% nastolatków oraz 27,6% dwudziestolatków. W 2009 r. wykonanie tego szczepienia zadeklarowało 26,2% osób w wieku 15-29 lat. Na wzrost wskaźnika zaszczepienia wśród młodych osób miało wpływ objęcie obowiązkowymi szczepieniami przeciw WZW typu B wszystkich noworodków i niemowląt (od 1996 r.) oraz wprowadzenie szczepienia u młodzieży w wieku 14 lat (od 2000 r.).

Tabl. 4H. Dzieci i młodzież szczepiona kiedykolwiek przeciw grypie według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2004	2009	2014
	w odsetkach		
DZIECI	11,3	9,8	7,8
0-4 lata	5,9	4,5	3,8
5-9	12,3	10,1	7,7
10-14 lat	14,3	14,5	12,4
MŁODZIEŻ	17,3	19,2	17,9
15-19 lat	14,7	17,4	14,7
20-29 lat	18,6	20,0	19,1

Wykres 98. Młodzież szczepiona kiedykolwiek przeciw WZW typu B według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

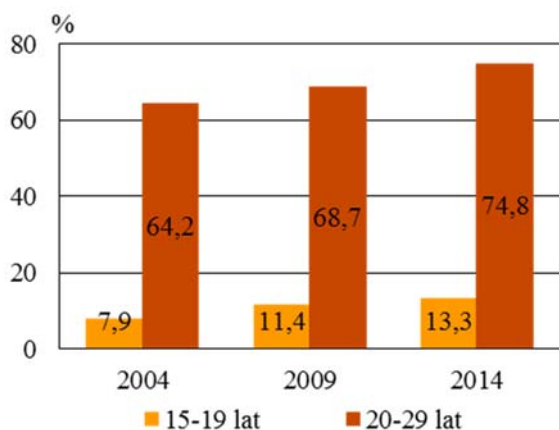


Wśród młodych osób wzrasta częstość wykonywania profesjonalnych badań profilaktycznych przeprowadzanych przez pracowników ochrony zdrowia. Najbardziej powszechnym badaniem był pomiar ciśnienia krwi. W 2014 r. wykonanie tego pomiaru w ciągu ostatnich 12 miesięcy zadeklarowało 42,8% osób w wieku 15-29 lat. Badanie poziomu cukru we krwi w ciągu ostatnich 12 miesięcy miało wykonanych 27,8% młodzieży, natomiast w tym czasie poziom cholesterolu we krwi badała co 5 młoda osoba. Częściej badaniom poddawały się osoby w wieku 20-29 lat niż nastolatki.

Tabl. 4I. Wykonywanie badań profilaktycznych w ciągu ostatnich 12 miesięcy przez młodzież według grup wieku w latach 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2009	2014
	w odsetkach	
	pomiar ciśnienia krwi	
OGÓLEM	38,5	42,8
15-19 lat	35,3	37,3
20-29 lat	39,7	44,9
	poziom cukru we krwi	
OGÓLEM	20,9	27,8
15-19 lat	13,5	20,1
20-29 lat	23,9	30,7
	poziom cholesterolu we krwi	
OGÓLEM	11,5	20,2
15-19 lat	5,8	12,7
20-29 lat	13,8	23,1

Wykres 99. Kobiety w wieku 15-29 lat, u których wykonano kiedykolwiek badanie cytologiczne według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Zwiększa się liczba młodych kobiet wykonujących badania cytologiczne, które mają kluczowe znaczenie w diagnozowaniu nowotworów narządów rodnych, przede wszystkim raka szyjki macicy. W 2014 r. $\frac{3}{4}$ młodych kobiet wieku 20-29 lat zadeklarowało, że miały kiedykolwiek wykonane to badanie. Wśród młodszych kobiet w wieku 15-19 lat badanie to wykonało 13,3% dziewcząt. W porównaniu z wynikami poprzednich badań największy wzrost odsetka przebadanych kobiet zaobserwowano w grupie dwudziestolatków (o ponad 6 p. proc. w stosunku do 2009 r.).

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

W 2014 r. z porady lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry udzielonej w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie skorzystało 93% dzieci w wieku 0-14 lat (92,8% chłopców i 93,2% dziewcząt). Biorąc pod uwagę poszczególne grupy wieku najczęściej do pediatry chodziły dzieci w wieku 0-4 lata (97,2%), a stosunkowo najrzadziej 10-14 latki (88%). Nieznacznie częściej

z porad lekarskich korzystali chłopcy, z wyjątkiem grupy nastolatków, w której lekarza częściej odwiedzały dziewczęta.

Odsetek dzieci, które ponad rok temu lub dawniej korzystały z usług lekarza pierwszego kontaktu/pediatry wyniósł 6,6%, a biorąc pod uwagę płeć odsetki te utrzymywały się na zbliżonym poziomie (6,8% wśród chłopców i 6,4% wśród dziewczynek). Zaledwie 0,4% dzieci w wieku 0-14 lat nigdy nie było u lekarza POZ. Sytuacja ta dotyczyła w równym stopniu chłopców i dziewczynek.

Tabl. 4J. Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry w ciągu ostatnich 12 miesięcy w latach 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziew- częta	ogółem	chłopcy	dziew- częta
	w odsetkach					
DZIECI	88,4	88,4	88,5	93,0	92,8	93,2
0-4 lata	96,1	96,3	95,9	97,2	97,5	97,0
5-9	88,9	89,6	88,2	93,3	93,6	93,1
10-14 lat	80,6	79,7	81,6	88,0	86,9	89,2
MŁODZIEŻ	62,6	56,2	69,2	68,4	60,6	76,4
15-19 lat	69,6	64,9	74,5	73,3	68,8	78,1
20-29 lat	59,9	52,7	67,1	66,5	57,1	75,8

W stosunku do 2009 r. zaobserwowano wzrost odsetka dzieci korzystających z porad lekarzy ambulatoryjnej podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym niemal w równym stopniu dotyczyło to zarówno chłopców, jak i dziewcząt. Częstość odwiedzin lekarza pediatry najwięcej wzrosła w najstarszej grupie wieku (o 7,4 p. proc.).

W 2014 r. do lekarza pierwszego kontaktu lub rodzinnego w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie zgłosiło się 68,4% młodych osób w wieku 15-29 lat (wzrost o 5,8 p. proc. w stosunku do 2009 r.), a niespełna 31% odbyło taką wizytę dawniej. Liczniej do lekarza pierwszego kontaktu zgłaszały się kobiety niż mężczyźni. W 2014 r. z porad lekarza rodzinnego skorzystało 76,4% kobiet i 60,6% mężczyzn (w porównaniu do 2009 r. wzrost odpowiednio o 7,2 i 4,4 p. proc.). Przewaga kobiet w korzystaniu z usług lekarskich zaznaczyła się najbardziej w grupie 20-29-latków i wyniosła 18,7 p. proc. w 2014 r.

Analizując wiek pacjentów należy odnotować, że częściej z usług lekarza rodzinnego korzystały osoby w wieku 15-19 lat niż w wieku 20-29 lat. Tendencję tę zaobserwowano zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, przy czym w większym stopniu dotyczyła ona mężczyzn niż kobiet. W 2014 r. w przypadku mężczyzn różnica pomiędzy nastolatkami a dwudziestolatkami wyniosła 11,7 p. proc., podczas gdy dla kobiet stanowiła tylko 2,3 p. proc.

W 2014 r. z usług lekarzy specjalistów w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie skorzystało 48,2% dzieci. Nieco częściej u specjalisty byli chłopcy niż dziewczynki i dotyczyło to

wszystkich grup wieku. Wizytę u takiego lekarza odbyło 50,6% chłopców oraz 45,8% dziewczynek. Niespełna 26% dzieci odwiedziło specjalistę ponad rok temu lub dawniej, natomiast nigdy nie było leczonych u specjalisty 24,1% chłopców i 28,1% dziewczynek.

Tabl. 4K. Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarza specjalisty w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku w latach 2009 i 2014

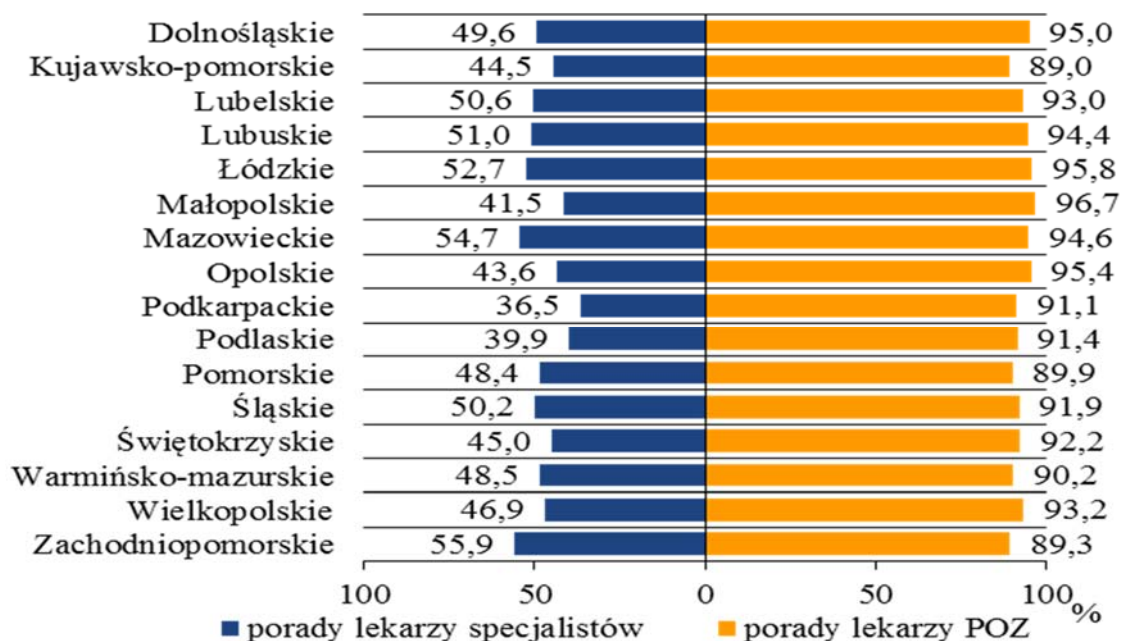
GRUPY WIEKU	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziew- częta	ogółem	chłopcy	dziew- częta
	w odsetkach					
DZIECI	40,0	41,4	38,5	48,2	50,6	45,8
0-4 lata	43,5	45,7	41,2	49,5	50,5	48,6
5-9	39,7	41,6	37,7	47,8	50,1	45,4
10-14 lat	36,8	37,2	36,4	47,2	51,3	43,0
MŁODZIEŻ	36,6	28,4	44,9	42,8	32,4	53,4
15-19 lat	34,0	30,6	37,5	40,0	34,9	45,5
20-29 lat	37,6	27,5	47,8	43,9	31,4	56,5

Odsetek dzieci korzystających z porad specjalistycznych malał wraz z wiekiem. W przypadku najmłodszej grupy wieku u lekarzy specjalistów była prawie połowa dzieci. Jednakże uwzględniając płeć, wśród chłopców największy odsetek dzieci korzystających z porad lekarzy specjalistów odnotowano w najstarszej grupie wieku (51,3%). Duża liczba dzieci w poszczególnych grupach wieku nigdy nie korzystała z porad lekarza specjalisty – w przypadku dzieci najmłodszych odsetek ten wyniósł 34,3%, dla starszych – 24,1%, a dla 10-14 latków – 19,2%.

Podobnie jak w przypadku wizyt u lekarza pierwszego kontaktu/pediatry w porównaniu do 2009 r. zaobserwowano wzrost odwiedzin u lekarzy specjalistów, zarówno w przypadku chłopców, jak i dziewczynek. Odsetki korzystających z porad lekarza specjalisty wzrosły we wszystkich grupach wieku, przy czym największy (o 14,1 p. proc.) zaobserwowano wśród najstarszych chłopców. U dziewcząt dotyczył on grupy wieku 5-9 lat (7,7 p. proc.). Odsetek dzieci, które nigdy nie były u lekarza specjalisty zmniejszył się o 6,1 p. proc i wyniósł 26,1%.

W 2014 r. lekarzy specjalistów, w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie, odwiedziło 42,8% młodych osób (wzrost o 6,2 p. proc. w stosunku do 2009 r.), a kolejne 38,1% w okresie ponad rok lub dawniej. Mężczyźni zdecydowanie rzadziej niż kobiety korzystali z usług specjalistów – w ciągu roku poprzedzającego badanie u specjalistów był leczony co trzeci mężczyzna i co druga kobieta. W przypadku mężczyzn częstość korzystania z usług lekarza specjalisty malała wraz z wiekiem – częściej specjalistów odwiedzali nastolatki niż mężczyźni w starszej grupie wieku, podczas gdy w grupie kobiet wystąpiła sytuacja odwrotna – przewaga kobiet w wieku 20-29 lat korzystających z porad lekarza specjalisty w porównaniu z młodszymi kobietami wyniosła 11 p. proc.

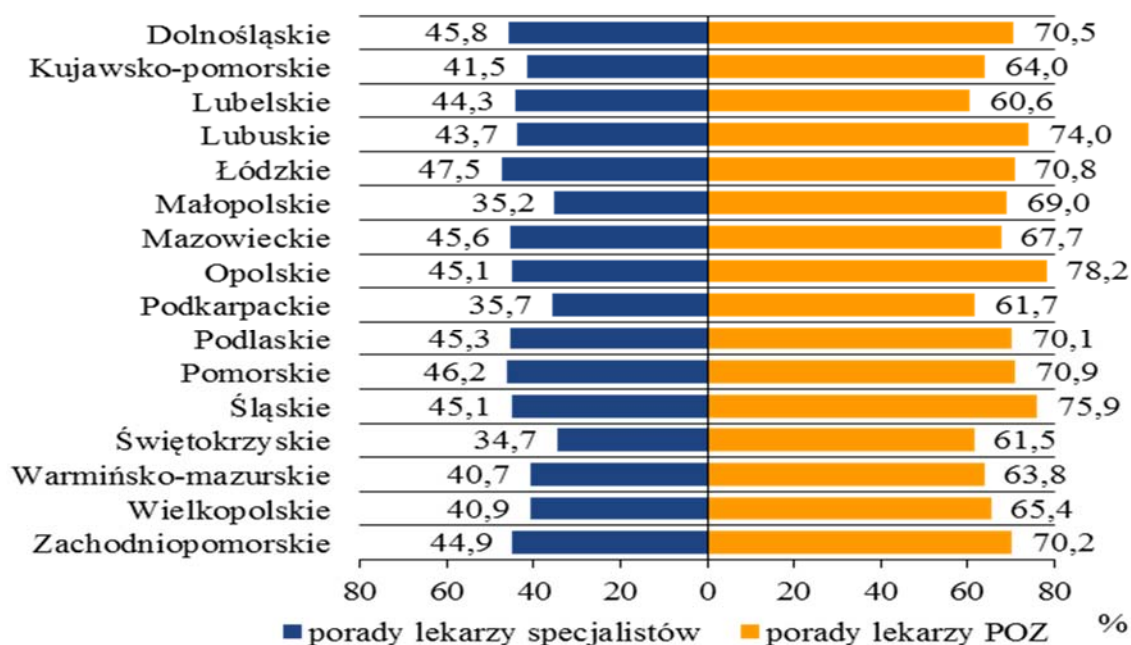
Wykres 100. Dzieci korzystające z porad lekarzy POZ i specjalistów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2014 r. najwięcej dzieci w wieku 0-14 lat korzystających z porad lekarza POZ w ciągu ostatnich 12 miesięcy odnotowano w województwach małopolskim (96,7%), łódzkim (95,8%) i opolskim (95,4%). Jedynie w trzech województwach: kujawsko-pomorskim, zachodniopomorskim i pomorskim, odsetek dzieci, które odbyły wizytę u lekarza pierwszego kontaktu, rodzinnego lub pediatry nie przekroczył poziomu 90%. Analizując korzystanie przez dzieci z porad lekarzy specjalistów w okresie ostatnich 12 miesięcy można zauważyć, że najwięcej dzieci odwiedziło specjalistów w województwach zachodniopomorskim (55,9%), mazowieckim (54,7%) i łódzkim (52,7%), a najmniej w podkarpackim (36,5%) i podlaskim (39,9%).

W 2014 r. najwięcej młodzieży w wieku 15-29 lat korzystających z porad lekarzy pierwszego kontaktu w ciągu 12 ostatnich miesięcy odnotowano w województwach opolskim (78,2%) i śląskim (75,9%), a najmniej w województwach lubelskim (60,6%), świętokrzyskim (61,5%) i podkarpackim (61,7%). Z pomocy lekarzy specjalistów najliczniej skorzystała młodzież w województwach pomorskim (46,2%), dolnośląskim (45,8%) i mazowieckim (45,6%). Najmniej młodzieży leczyło się u lekarzy specjalistów w województwach świętokrzyskim (34,7%), małopolskim (35,2%) i podkarpackim (35,7%).

Wykres 101. Młodzież korzystająca z porad lekarzy POZ i specjalistów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Poprawiła się sytuacja w zakresie korzystania przez dzieci i młodzież z usług lekarzy stomatologów. W 2014 r. w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie dentystę lub ortodontę odwiedziło 70,4% dzieci w wieku 2-14 lat (o 14 p. proc. więcej niż w 2009 r.). Podobnie jak w poprzednim badaniu najczęściej z porad stomatologicznych korzystały dzieci w wieku 10-14 lat (odpowiednio 81,3% i 67,1%). Dentystę odwiedziło 78,3% dzieci w wieku 5-9 lat i 41,3% dzieci w wieku 2-4 lat (w porównaniu z 2009 r. odpowiednio więcej o 15,9 p. proc. i o 13,7 p. proc.). Kolejne 11,8% dzieci było u dentysty ponad rok temu lub dawniej, najwięcej z grupy 10-14-latków (15,9%). Nigdy do stomatologa nie zgłosiło się 17,8% dzieci (spadek o 3,5 p. proc. w porównaniu z 2009 r.). Podobnie jak i w poprzednim badaniu największą grupę niekorzystających z porad stomatologicznych odnotowano wśród najmłodszych (odpowiednio 52,6% i 63,0%). Odsetek dzieci, które nigdy nie odwiedziły gabinetów stomatologicznych dotyczył w równym stopniu chłopców i dziewczynek.

Tabl. 4L. Dzieci i młodzież lecząca się u lekarzy dentystów lub ortodontów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku w latach 2009 i 2014

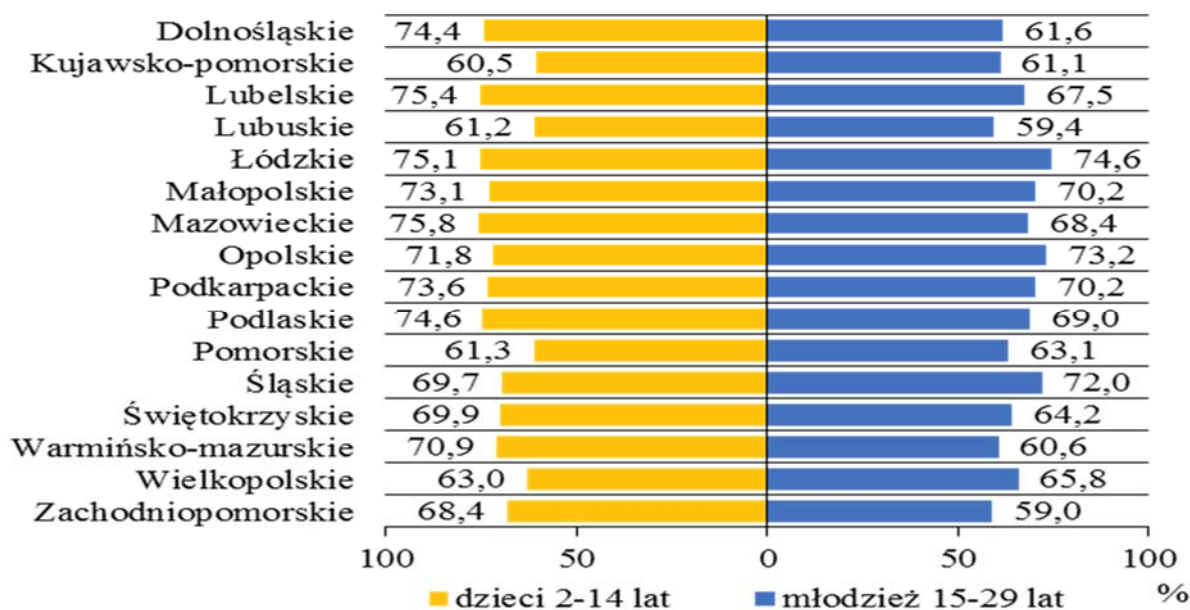
GRUPY WIEKU	2009			2014		
	ogółem	chłopcy	dziewczęta	ogółem	chłopcy	dziewczęta
	w odsetkach					
DZIECI	56,4	54,8	58,0	70,4	69,7	71,1
2-4 lata	27,6	27,0	28,2	41,3	43,8	38,7
5-9	62,4	61,9	62,9	78,3	76,7	80,1
10-14 lat	67,1	64,2	70,2	81,3	79,3	83,4
MŁODZIEŻ	56,2	49,2	63,3	67,0	60,8	73,4
15-19 lat	59,1	53,5	64,9	72,3	68,0	76,9
20-29 lat	55,0	47,4	62,7	64,9	57,7	72,0

Generalnie chłopcy mniej licznie zgłaszali się do gabinetów dentystycznych. Tendencja ta występowała zarówno w 2014, jak i 2009 r., aczkolwiek przewaga dziewcząt zmniejszyła się w tym czasie z 3,2 p. proc. do 1,4 p. proc. Biorąc pod uwagę grupy wieku można zauważyć, że przewaga dziewcząt w korzystaniu z porad dentysty dotyczyła w 2014 r. tylko starszych grup – wśród najmłodszych dzieci to chłopcy częściej odwiedzali dentystę.

Podobnie jak w przypadku dzieci, również wśród młodzieży wzrósł odsetek korzystających z usług lekarzy dentystów lub ortodontów. W 2014 r. w ciągu ostatniego roku 67,0% osób w wieku 15-29 lat zgłosiło się do gabinetów dentystycznych (o 10,8 p. proc. więcej w porównaniu z 2009 r.). Wśród młodzieży odsetek osób leczących się u lekarzy dentystów zmniejszał się wraz z wiekiem. Częściej wizytę stomatologom składały osoby w wieku 15-19 lat (72,3%) niż dwudziestolatkowie (64,9%). Ponad rok temu lub dawniej dentystę odwiedziło 26,7% osób w wieku 15-19 lat i 33,9% w wieku 20-29 lat. Nigdy u dentysty lub ortodonta nie było 1,2% młodzieży i sytuacja ta dotyczyła w równym stopniu osób z młodszej i starszej grupy wieku.

Do lekarzy stomatologów częściej chodziły młode kobiety niż mężczyźni. W 2014 r. w okresie ostatnich 12 miesięcy z porad lekarza stomatologa skorzystało 73,4% kobiet, więcej o 12,6 p. proc. w porównaniu do mężczyzn, przy czym przewaga ta była większa w grupie 20-29-latków (14,3 p. proc.). Odsetki kobiet i mężczyzn, którzy nigdy nie odwiedzili gabinetów stomatologicznych, były na zbliżonym poziomie.

Wykres 102. Dzieci i młodzież korzystająca z porad lekarzy dentystów i ortodontów w ciągu ostatnich 12 miesięcy według województw w 2014 r.



Analizując zróżnicowanie terytorialne można zauważyć, że w 2014 r. najwyższy odsetek dzieci, które w ciągu ostatnich 12 miesięcy odbyły wizytę u stomatologa odnotowano w województwach mazowieckim (75,8%), lubelskim (75,4%) i łódzkim (75,1%), a najniższy w kujawsko-pomorskim (60,5%), lubuskim (61,2%) i pomorskim (61,3%). W przypadku młodzieży największy odsetek korzystających z porad lekarzy dentyków/ortodontów odnotowano w województwie łódzkim (74,6%). Na drugim miejscu uplasowało się województwo opolskie (73,2%). Najmniejszy odsetek młodzieży korzystającej ze świadczeń stomatologicznych zaobserwowano w województwach zachodniopomorskim (59,0%) i lubuskim (59,4%).

Leczenie w szpitalach

W 2014 r. leczeniem szpitalnym, które wymagało pozostania w szpitalu przynajmniej na 1 noc, objętych było w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie 9,6% populacji dzieci w wieku 0- 4 lat. Odsetek dzieci hospitalizowanych malał wraz z wiekiem. Najczęściej w szpitalu przebywały najmłodsze dzieci – 13,5% (w 2009 r. 15,6%), podczas gdy w starszych grupach wieku odsetek przebywających w szpitalu był już prawie o połowę mniejszy i wynosił ponad 7%.

Porównując dane z lat poprzednich można zaobserwować, że częstość hospitalizacji nie zmieniła się znacząco w odniesieniu do 2009 r. Natomiast w porównaniu z wynikami badania stanu zdrowia w 2004 r. odsetek dzieci leczonych w trybie stacjonarnym zwiększył się o 1,0 p. proc.

Tabl. 4Ł. Dzieci i młodzież przebywająca w szpitalu z noclegiem w ciągu ostatnich 12 miesięcy według grup wieku w latach 2004, 2009, 2014

GRUPY WIEKU	2004	2009	2014		
			ogółem	chłopcy	dziewczeta
w odsetkach					
DZIECI	8,6	9,9	9,6	9,5	9,6
0-4 lata	12,6	15,6	13,5	11,4	15,8
5-9	8,1	8,2	7,8	9,3	6,1
10-14 lat	6,1	6,0	7,3	7,8	6,7
MŁODZIEŻ	7,5	6,0	6,3	4,8	7,8
15-19 lat	5,6	6,4	5,6	5,2	5,9
20-29 lat	8,4	5,8	6,6	4,6	8,6

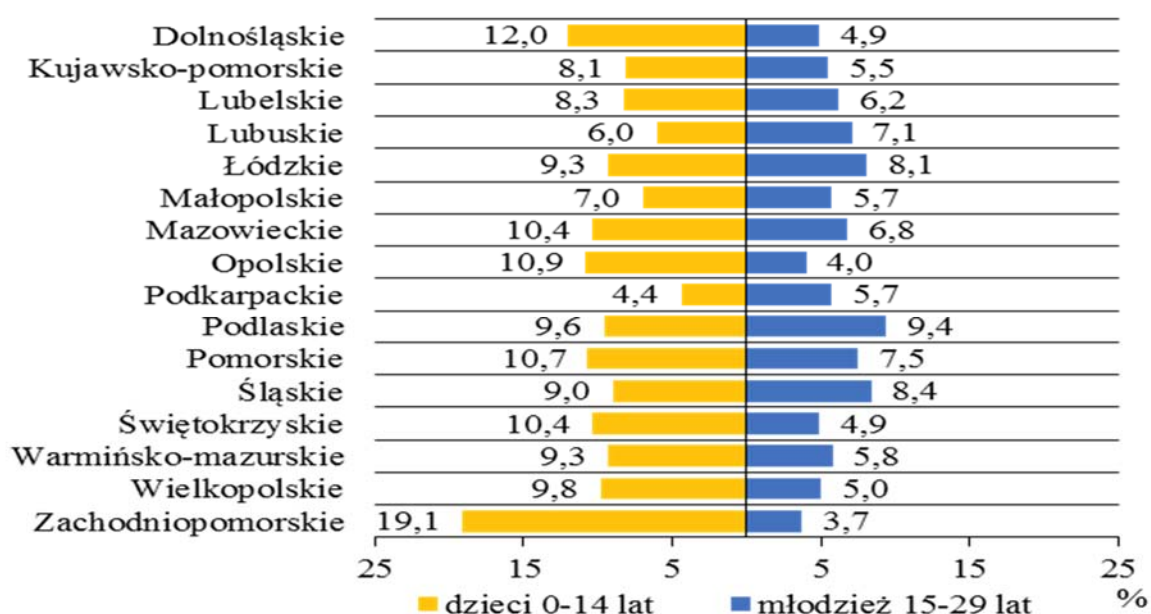
W 2014 r. w odróżnieniu od lat poprzednich chłopcy nieznacznie rzadziej przebywali w szpitalu niż dziewczęta. Analizując poszczególne grupy wieku można zauważyć, że różnica ta była najbardziej znacząca wśród najmłodszych (11,4% chłopców oraz 15,8% dziewczynek), podczas gdy w starszych grupach wieku rzadziej do szpitali z noclegiem przyjmowane były dziewczęta.

Wśród młodzieży w wieku 15-29 lat w 2014 r. leczeniu szpitalnemu poddało się 6,3% osób, podobnie jak w 2009 r. Częściej hospitalizowana była młodzież w wieku 20-29 lat, natomiast biorąc pod uwagę płeć pacjentów w szpitalu częściej przebywały kobiety niż mężczyźni (odpowiednio 7,8% i 4,8%). W odróżnieniu od dzieci przebywających w szpitalach częstość hospitalizacji młodzieży

spadła w porównaniu do wyników badania z 2004 r., przy czym spadek dotyczył zbiorowości leczonych mężczyzn.

Analizując zróżnicowanie terytorialne można zaobserwować, że najliczniej leczono stacjonarnie dzieci z województwa zachodniopomorskiego (19,1%), a najrzadziej dzieci zamieszkałe w województwie podkarpackim (4,4%). W przypadku młodzieży z leczenia szpitalnego najczęściej korzystała młodzież mieszkająca w województwie podlaskim (9,4%), a najrzadziej młodzież z województwa zachodniopomorskiego (3,7%) i opolskiego (4,0%).

Wykres 103. Dzieci i młodzież leczona w szpitalach z noclegiem w ciągu 12 ostatnich miesięcy według województw w 2014 r.



Alternatywną formą leczenia szpitalnego jest leczenie w tzw. szpitalach dziennych. Pacjent po przyjęciu rano do szpitala ma wykonywane niezbędne badania i zabiegi, a następnie tego samego dnia jest wypisany do domu.

W 2014 r. z takiej formy leczenia szpitalnego w okresie 12 miesięcy poprzedzających badanie skorzystało 6,8% dzieci w wieku 0-14 lat. Najczęściej jednodniowej hospitalizacji poddawały się najmłodsze dzieci – 7,1%. Odsetek dzieci leczonych w szpitalach w trybie dziennym malał wraz z ich wiekiem – wśród dzieci w wieku 5-9 lat wyniósł 6,8%, a w najstarszej grupie wieku – 6,5%.

Tabl. 4M. Dzieci i młodzież przebywająca w szpitalu w trybie dziennym w ciągu 12 ostatnich miesięcy według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014

GRUPY WIEKU	2004	2009	2014		
			ogółem	chłopcy	dziewczęta
w odsetkach					
DZIECI	2,0	3,0	6,8	7,5	6,1
0-4 lata	2,9	3,2	7,1	8,4	5,8
5-9	1,8	2,8	6,8	7,3	6,4
10-14 lat	1,4	2,9	6,5	6,8	6,1
MŁODZIEŻ	2,2	2,1	4,9	5,1	4,7
15-19 lat	2,0	1,5	4,3	4,5	4,0
20-29 lat	2,2	2,4	5,1	5,4	4,9

W 2014 r. częściej z pobytu dziennego w szpitalach korzystali chłopcy niż dziewczęta (o 1,4 p. proc. więcej). Taką tendencję zaobserwowano w każdej grupie wieku, przy czym największa różnica wystąpiła w najmłodszej grupie – przewaga chłopców nad dziewczynkami wyniosła 2,6 p. proc.

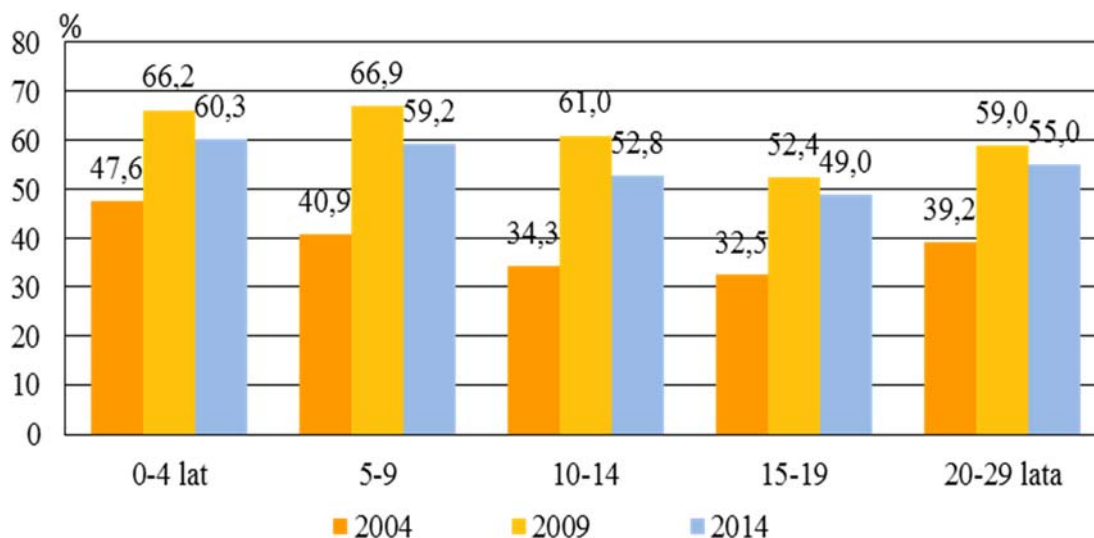
W porównaniu do poprzedniego badania odsetek leczonych dzieci w szpitalach dziennych wzrósł ponad dwukrotnie. Podobny wzrost wystąpił w grupie młodzieży. W 2014 r. leczeniu szpitalnemu w trybie dziennym poddało się 4,9% młodzieży w wieku 15-29 lat, podczas gdy w 2009 r. było to ponad 2%. W odróżnieniu od populacji dzieci odsetek młodych osób, które poddawały się jednodniowej hospitalizacji rósł wraz z wiekiem. Częściej z tej formy leczenia korzystali mężczyźni niż kobiety (odpowiednio 5,1% i 4,7%).

Stosowanie leków

Pytania dotyczące stosowania leków były zadawane według dwóch odrębnych list leków (dla dzieci i dla dorosłych) i obejmowały wszystkie zażywane w okresie ostatnich 2 tygodni leki, zarówno przepisane przez lekarza, jak i przyjmowane „na własną rękę”. W przypadku osób w wieku 15 lat i więcej na pytania nie mogła odpowiadać osoba zastępcza. Należy również zauważyć, że Europejskie Ankiety Badanie Zdrowia zostało przeprowadzone na przełomie listopada i grudnia, czyli w okresie nasilenia dolegliwości związanych z przeziębieniami i grypą, co mogło powodować zwiększenie częstości stosowania leków.

W 2014 r. w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie 57,6% dzieci do 14 roku życia zażywało leki. Wraz z wiekiem zmniejszał się odsetek dzieci, którym podawano leki. W 2014 r. leki nieznacznie częściej przyjmowały dziewczęta niż chłopcy – odpowiednio 58,6% i 56,7%. We wcześniejszych edycjach badania wystąpiła odwrotna tendencja.

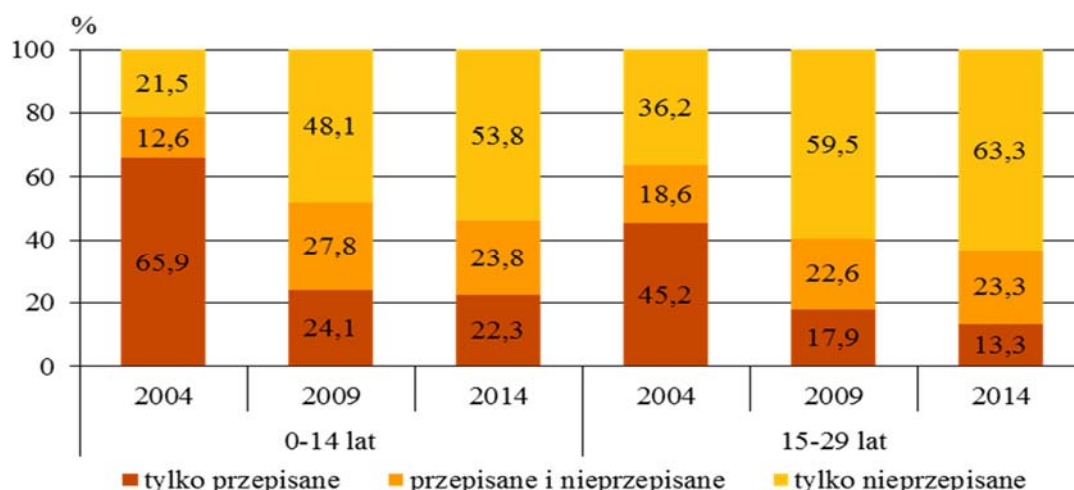
Wykres 104. Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według grup wieku w latach 2004, 2009 i 2014



Wśród młodzieży odsetek zażywających leki był mniejszy niż w przypadku populacji dzieci i wyniósł 53,3%. Częściej leki stosowali dwudziestolatkowie niż osoby w wieku 15-19 lat. Analizując strukturę młodych osób zażywających leki według płci można zauważyć, że leki częściej zażywały kobiety niż mężczyźni i tendencję taką zaobserwowano we wszystkich edycjach badania. Jak wskazują wyniki przeprowadzonych badań w porównaniu do 2009 r. nastąpił spadek konsumpcji leków we wszystkich grupach wieku, jednakże w perspektywie 10 lat częstość zażywania różnych medykamentów przez dzieci i młodzież znacznie wzrosła.

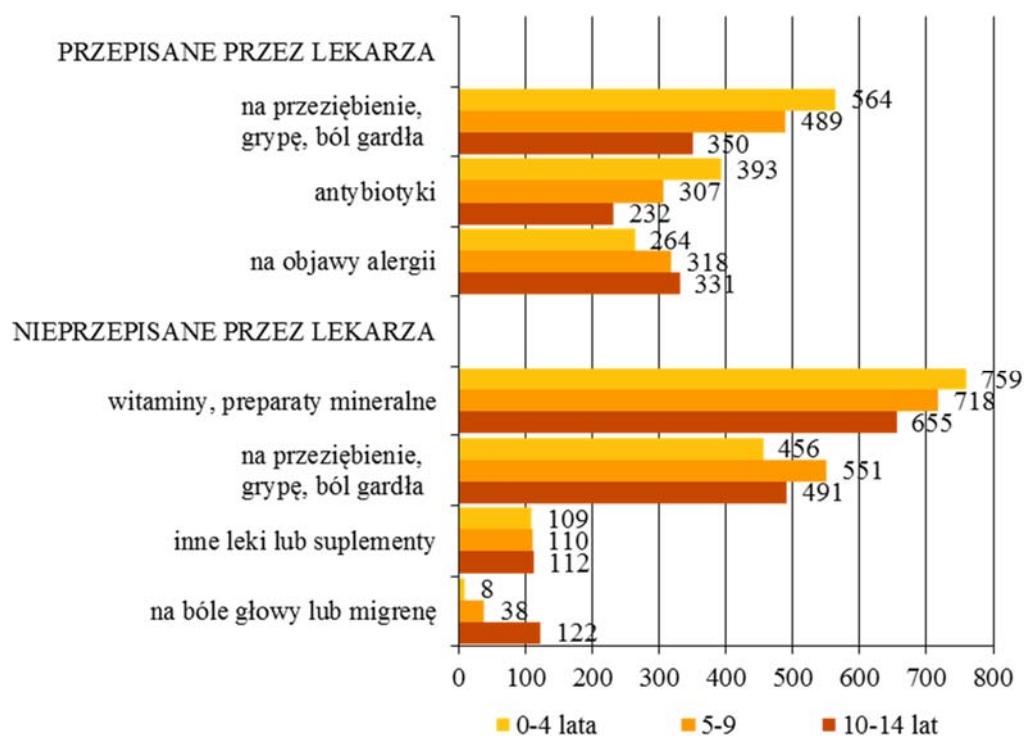
Analizując strukturę dzieci i młodzieży zażywającej leki według rodzaju przyjmowanych leków można zauważyć, że w 2014 r. ponad połowa dzieci i prawie dwie trzecie młodzieży w wieku 15-29 lat zażywającej leki stosowała wyłącznie medykamenty nieprzepisane przez lekarza. Relatywnie częściej tego rodzaju leki aplikowano starszym dzieciom (5-14 lat), jak również młodzieży. Wyłącznie leki przepisane przez lekarza zażywało 22,3% dzieci oraz 13,3% młodych osób. W porównaniu do poprzednich edycji badania zmieniła się struktura konsumpcji leków polegająca na coraz częstszym przyjmowaniu wyłącznie leków kupowanych bez recepty. W porównaniu do 2004 r. odsetki dzieci i młodzieży zażywających tylko leki przepisane przez lekarza spadły 3-krotnie.

Wykres 105. Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według rodzaju leków w 2014 r.

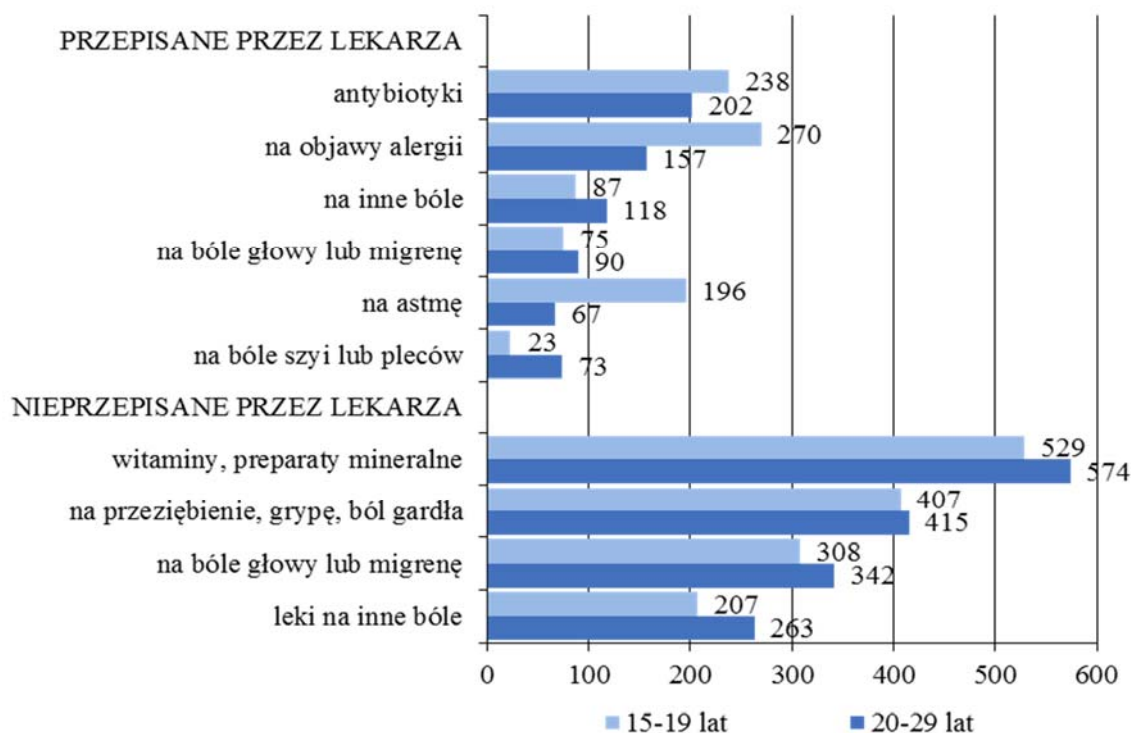


Spośród leków przepisanych przez lekarza w 2014 r. dzieci najczęściej przyjmowały leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (przyjmowało je 480 dzieci na 1000 zażywających leki), antybiotyki (319 dzieci) oraz na objawy alergii (301 dzieci). Spośród leków stosowanych bez recepty dzieciom najczęściej aplikowano witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające (przyjmowało je 715 dzieci na 1000 zażywających leki nieprzepisane przez lekarza) oraz leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (501 dzieci). Warto zauważyć, że w 2014 r. dzieci stosunkowo często zażywały leki na bóle głowy lub migrenę (51 dzieci na 1000 zażywających), przy czym leki te najczęściej stosowano w najstarszej grupie wieku (122 dzieci).

Wykres 106. Dzieci zażywające leki w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie według wybranych rodzajów leków w 2014 r. (na 1000 dzieci zażywających leki)



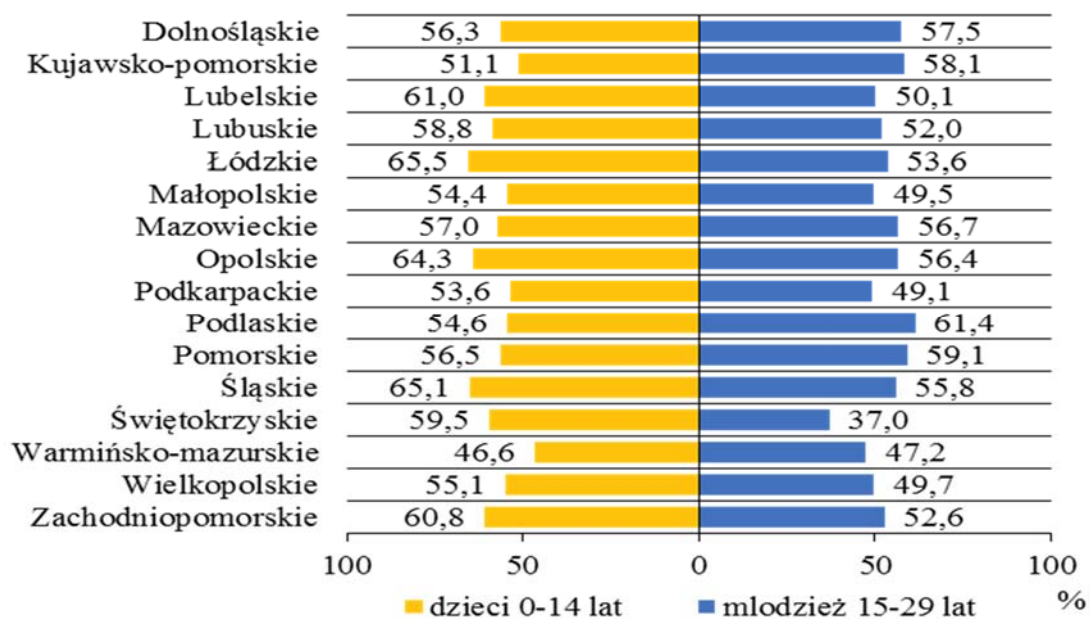
Wykres 107. Młodzież zażywająca leki w ciągu 2 tygodni poprzedzających badanie według wybranych rodzajów leków w 2014 r. (na 1000 osób zażywających leki)



Spośród leków przepisanych przez lekarza młodzież najczęściej stosowała antybiotyki – 211 osób na 1000 osób zażywających tego rodzaju leki. Na drugiej pozycji w 2014 r. znalazły się leki na objawy alergii (185 osób), a na trzeciej – leki na inne bóle (111 osób). Spośród leków kupowanych bez recepty w 2014 r. młodzież najczęściej zażywała witaminy, preparaty mineralne lub środki wzmacniające (odpowiednio 563 osoby na 1000 stosujących leki), leki na przeziębienie, grypę lub ból gardła (413 osób), na bóle głowy lub migrenę (333 osoby) oraz leki na inne bóle (249 osób).

Analizując zróżnicowanie terytorialne można zaobserwować, że w 2014 r. leki w badanym okresie najczęściej przyjmowały dzieci w województwach łódzkim i śląskim (ponad 65%), natomiast w przypadku populacji osób w wieku 15-29 lat relatywnie najczęściej leki zażywała młodzież w województwie podlaskim (ponad 61%). Leki najrzadziej stosowały dzieci w województwie warmińsko-mazurskim (ponad 46%) oraz młodzież w województwie świętokrzyskim (37%).

Wykres 108. Dzieci i młodzież zażywająca leki w ciągu ostatnich 2 tygodni według województw w 2014 r.



4.2 PROBLEMY POMIARU DOSTĘPU DO PUBLICZNYCH ŚWIADCZEŃ SZPITALNYCH I AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ (AOS)

Wprowadzenie

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych realizowanych w ramach projektu badawczego pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”¹³¹. Jego celem było rozpoznanie możliwości uzyskania nowych wskaźników lub opracowania metodologii badań statystycznych na podstawie danych administracyjnych w wybranych obszarach, ważnych z punktu widzenia prowadzenia monitoringu polityki spójności, w perspektywie finansowej 2014-2020. Obszarem badawczym były usługi publiczne realizowane lub nadzorowane przez jednostki samorządu terytorialnego lub służby państwowe a przedmiotem badania realizacja zadań publicznych w obszarze ochrony zdrowia polegających na zapewnieniu obywatelom równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Badanie zostało przeprowadzone z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza głównie powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2), a w niektórych przypadkach gminy (NTS 5).

Problemy z wiarygodnością pomiaru dostępności do świadczeń zdrowotnych

Zgodnie z ustawami o samorządach: gminnym, powiatowym i wojewódzkim jednostki samorządu terytorialnego (jst) realizują zadania związane z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa. Dla określonej jednostki samorządu terytorialnego, na potrzeby takich analiz ważne są trzy grupy pacjentów. Pierwsza grupa to mieszkańcy, którzy podejmują leczenie w miejscu zamieszkania. Druga grupa to mieszkańcy, którzy podejmują leczenie w placówkach opieki zdrowotnej działających poza miejscem zamieszkania. Zdarza się również, że placówka lecznicza znajduje się w obrębie analizowanej jednostki samorządu terytorialnego ale obejmuje opieką mieszkańców sąsiednich miejscowości. Ich mieszkańcy stanowią trzecią grupę pacjentów. Z perspektywy oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej przez JST ważne są dwie pierwsze grupy. Brak na terenie danej jednostki samorządu oddziału szpitalnego lub poradni specjalistycznej danej specjalności często stanowi przesłankę, na podstawie której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Należy jednak mieć na uwadze, że pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala lub przychodni

¹³¹ Praca realizowana w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2007-2013 oraz programowania i monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2007-2013. Praca została wykonana przez Centrum Badań i Edukacji Statystycznej GUS w Jachrance na zlecenie Głównego Urzędu Statystycznego (umowa nr 27/BR-POPT/CBiES/2015 z dnia 22 stycznia 2015 r.).

specjalistycznej kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem lub przychodnią, nie zawsze musi być najważniejsza.

Czas oczekiwania na świadczenie zdrowotne to podstawowy wskaźnik brany pod uwagę podczas dyskusji nad stanem systemu ochrony zdrowia, zwłaszcza w kontekście bieżącej polityki krajowej. Posiada on silne umocowanie w systemie ochrony zdrowia. Źródłem jego stosowania jest Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.), dla której aktem wykonawczym jest rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2005 r. w sprawie kryteriów medycznych, jakimi powinni kierować się świadczeniodawcy, umieszczając świadczeniobiorców na listach oczekujących na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 200, poz. 1661) zwanych dalej listami oczekujących. W konsekwencji, to listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej finansowane na podstawie umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, ze względu na szeroki zasięg, są w Polsce jedynym systemowym rozwiązaniem służącym ocenie dostępności do świadczeń, chociaż, co należy mieć na względzie, posiadającym ograniczenia. Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest kształtowana bowiem przez czynniki leżące zarówno po stronie świadczeniodawcy (np. poprzez skracanie czasu pracy placówek udzielających świadczenia, wydłużanie czasu jednostkowego świadczenia, nieefektywną organizację), ich płatnika (np. poprzez określony budżet, wycenę świadczeń zdrowotnych, przestrzenną strukturę finansowania świadczeń), organizatora opieki zdrowotnej (m.in. poprzez niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i samego świadczeniobiorcy czyli pacjenta (m.in. poprzez zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia korzystanie z usług zdrowotnych)¹³².

Wskaźnik „czas oczekiwania” paradoksalnie wykorzystywany jest zarówno przez zwolenników tezy o poprawiającym się systematycznie stanie opieki zdrowotnej jak i jej przeciwników. Wynika to z braku możliwości odniesienia wartości obliczonego wskaźnika do przyjętych standardów dotyczących maksymalnego czasu oczekiwania na określone świadczenie zdrowotne. Problematykę tę porusza w pewnym stopniu rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej.¹³³ Zgodnie z nim ustalenie dopuszczalnego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia w zakresie leczenia szpitalnego lub świadczenia wysokospecjalistycznego dokonuje lekarz ubezpieczenia zdrowotnego – specjalista właściwej dziedziny medycyny, posiadający tytuł profesora

¹³² Krot K., Glińska E. Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce. Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy, Uniwersytet Rzeszowski, 2003-2004, nr 3, s. 399-413

¹³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie sposobu i kryteriów ustalania dopuszczalnego czasu oczekiwania na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej (Dz. U.07.250.1884)

lub stopień doktora habilitowanego nauk medycznych. Ustalenia takiego dokonuje się jednak indywidualnie w odniesieniu do pacjenta, na podstawie: stanu zdrowia, dotychczasowego przebiegu choroby, rokowania, co do dalszego przebiegu choroby. W trakcie analiz i ocen dotyczących dostępności do świadczeń zdrowotnych warto mieć na uwadze, że niezależnie od miejsca w kolejce, w przypadku zagrożenia zdrowia pacjent może być przyjęty poza kolejnością, a w przypadku zagrożenia życia, przyjmowany jest do szpitala natychmiast. W wielu przypadkach pacjenci, chociaż mają możliwość wyboru szpitala, gdzie czas oczekiwania jest krótszy, to decydują się na dłuższe oczekiwanie ze względu na takie czynniki jak: odległość od miejsca zamieszkania swojego lub rodziny, renowacja placówki, opinia na temat lekarza. Uwarunkowania te sprawiają, że czas oczekiwania nie jest do końca obiektywnym wskaźnikiem umożliwiającym ocenę dostępności do szpitalnych świadczeń zdrowotnych i konieczne jest poszukanie innego bardziej miarodajnego wskaźnika.

Dostępność do publicznych usług ambulatoryjnej specjalistycznej opieki zdrowotnej i szpitalnej często analizuje się na podstawie porównania liczby szpitali i poradni specjalistycznych z kontraktem NFZ i bez kontraktu, oraz analizy tych wielkości z perspektywy jednostek samorządu terytorialnego. Brak szpitala lub przychodni ambulatoryjnej udzielającej świadczeń zdrowotnych w oparciu o kontrakt z NFZ stanowi często argument pod kątem konieczności rozbudowy infrastruktury szpitalnej i ambulatoryjnej- specjalistycznej. Nawet, jeśli analizy takie dokonuje się na wyższym poziomie szczegółowości tj. przy uwzględnieniu liczby łóżek, hospitalizacji czy liczby porad specjalistycznych w odniesieniu do liczbę mieszkańców danego szczebla samorządu terytorialnego to pomiary takie nadal mogą być obarczone błędem, gdyż wykonywane są według miejsca wykonania świadczenia i często nie biorą pod uwagę kwestii migracji pacjentów pomiędzy województwami i powiatami. Czynnikiem wpływającym na wybór szpitala lub przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej przez pacjenta są nie tylko odległość szpitala od miejsca zamieszkania, ale i renowacja placówki, czas oczekiwania, specjalizacja oddziału lub możliwość zapewnienia opieki przez rodzinę. Dostępność do oddziałów o specjalności chirurgia ogólna oraz położnictwo powinno się rozpatrywać raczej z perspektywy powiatu (NUTS-4) niż województwa, natomiast dostępność do oddziałów o specjalności: kardiologia czy neurologia odwrotnie tj. z perspektywy województwa (NUTS-2).

Próbę przyporządkowania specjalności oddziałów do poziomów referencyjnych Ministerstwo Zdrowia podjęło już w 1998 roku.¹³⁴ Do pierwszego poziomu referencyjnego miały trafić szpitale udzielające świadczeń zdrowotnych w czterech podstawowych specjalnościach medycznych: chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, położnictwa i ginekologii, pediatrii, a także z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii. Mogły one także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia wymagał świadczeń zdrowotnych w dłuższym okresie czasu niż 4 tygodnie, a w szczególności

¹³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie krajowej sieci szpitali oraz ich poziomów referencyjnych (Dz. U. 1998 nr 164 poz. 1193, z późn. zm.)

w zakresie świadczeń rehabilitacyjnych, opieki paliatywnej oraz psychiatrycznej. Drugi poziom referencyjny miał obejmować szpitale wojewódzkie udzielające oprócz świadczeń zdrowotnych przypisanych do pierwszego poziomu referencyjnego również świadczenia z zakresu kardiologii, neurologii, dermatologii, patologii ciąży i noworodka, okulistyki, laryngologii, chirurgii urazowej, urologii, neurochirurgii, chirurgii dziecięcej i chirurgii onkologicznej. Szpitale te mogły także udzielać świadczeń zdrowotnych osobom, których stan zdrowia nie wymaga udzielania całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnych zabiegów operacyjnych, diagnostyki oraz opieki psychiatrycznej. Trzeci poziom referencyjny miał obejmować szpitale kliniczne państwowych uczelni medycznych lub państwowej uczelni prowadzącej działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych oraz jednostki badawczo-rozwojowe podległe resortowi zdrowia.¹³⁵

Statystyczny pomiar dostępności do świadczeń zdrowotnych. Możliwości i ograniczenia.

Poszukując bardziej miarodajnego wskaźnika można przyjąć założenie, że sytuacja, kiedy pacjent podejmuje decyzję, że jest gotowy sfinansować leczenie ze środków innych niż publiczne (środki prywatne, ubezpieczenie komercyjne) może oznaczać uznanie, że według jego standardów, świadczenie oferowane w ramach systemu publicznego jest niedostępne i musi je nabyć w ramach środków prywatnych. Konstrukcja wskaźnika np. w przypadku leczenia szpitalnego powinna więc opierać się na porównaniu danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczących hospitalizacji sfinansowanych ze środków publicznych oraz danych dotyczących wszystkich hospitalizacji niezależnie od sposobu ich sfinansowania, a także uwzględniać miejsce zamieszkania pacjenta. Obliczenia takiego wskaźnika można dokonać porównując dane gromadzone w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29 oraz dane gromadzone w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej NFZ. Wyniki porównania danych dotyczących szpitalnych świadczeń zdrowotnych zgromadzonych przez NFZ za lata 2009 – 2011 w rodzaju lecznictwo szpitalne¹³⁶ oraz danych z Biuletynu Statystycznego Ministerstwa Zdrowia za lata 2009 – 2011 wykazały, że udział hospitalizacji sfinansowanych w ramach środków NFZ w całkowitej liczbie hospitalizacji wyniosła w 2009 r. – 80,97%, w roku 2010 – 78,19%, a w roku 2011 – 84,60%. Można z tego wyciągnąć wniosek, że ogólna dostępność do świadczeń szpitalnych finansowanych ze środków publicznych zauważalnie wzrosła.

Próba dokonania obliczeń tego wskaźnika na poziomie powiatu oraz w obrębie poszczególnych typów oddziałów trafia jednak na poważne bariery wynikające ze specyfiki procesów

¹³⁵ We wrześniu 2016 roku Ministerstwo Zdrowia powróciło do koncepcji powołania krajowej sieci szpitali. Do konsultacji społecznych trafił projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych – wprowadzający rozwiązania w zakresie utworzenia tzw. sieci szpitali. Projekt zmian ma na celu optymalizację liczby oddziałów specjalistycznych i umożliwienie lepszej koordynacji świadczeń szpitalnych i ambulatoryjnych.

¹³⁶ Analiza świadczeń zdrowotnych w latach 2009 – 2011 w rodzaju lecznictwo szpitalne. <http://www.nfz.gov.pl/o-nfz/publikacje>

sprawozdawczości statystycznej. Obliczenia oparte wyłącznie na danych gromadzonych w ramach rocznego sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29, które nie zawierają informacji o miejscu zamieszkania pacjenta, obarczone będą błędem, poprzez nieuwzględnienie zjawiska migracji pacjentów do podmiotów leczniczych zlokalizowanych na terenie innych powiatów i województw niż powiat i województwo zamieszkania pacjenta. Informacje takie gromadzone są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny (NIZP-PZH) w ramach badania chorobowości szpitalnej MZ/Szp11, ale kompletność danych przesyłanych przez podmioty lecznicze, chociaż stale się poprawia, wydaje się niewystarczająca.

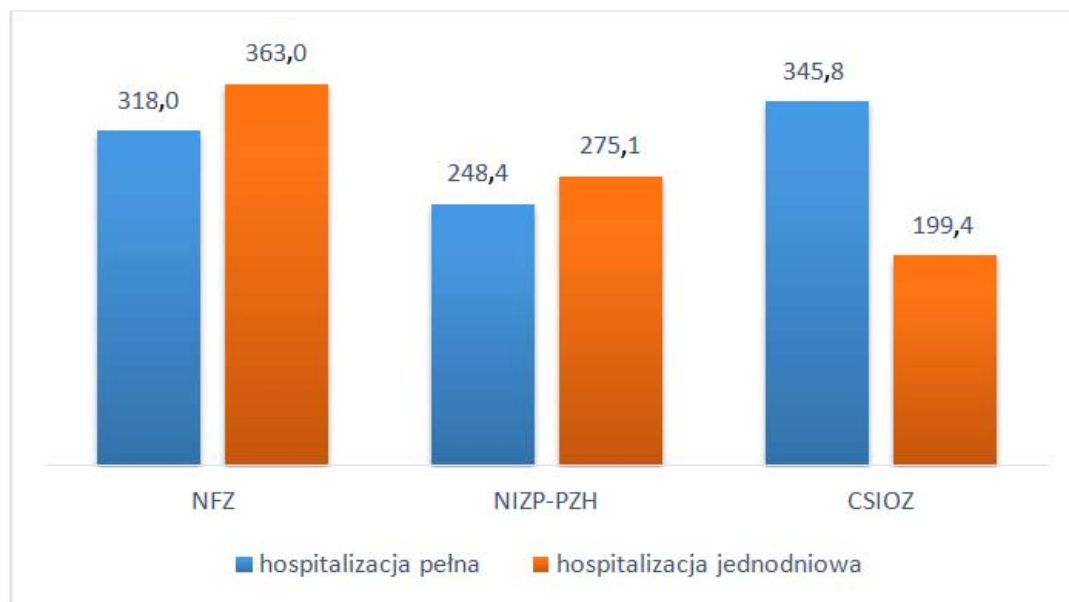
Z porównania danych zgromadzonych przez NFZ i NIZP-PZH wynika, że w wielu przypadkach liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NFZ jest większa niż liczba hospitalizacji wykazywanych w sprawozdaniach przesłanych do NIZP-PZH. Nierzadko zdarza się również, że choć usługa medyczna ma charakter ambulatoryjny, to jednak ze względu na duży poziom skomplikowania i duże prawdopodobieństwo powikłań zagrażających życiu pacjenta musi być wykonana na oddziale szpitalnym, a co za tym idzie może być wykazywana w sprawozdaniach do NFZ, jako hospitalizacja jednodniowa. Może natomiast nie być wykazywana w rocznych sprawozdaniach MZ-29 przesyłanych do Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Takie sytuacje mogą zdarzać się zwłaszcza w przypadku chemioterapii i radioterapii. Tezę tę potwierdza analiza danych gromadzonych w NFZ, CSIOZ oraz NIZP-PZH wykonana podczas realizacji wspomnianego na wstępie projektu badawczego pt. „Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych”. Według danych z systemu RUM-NFZ¹³⁷ w roku 2014 na oddziałach onkologicznych odnotowano 318,1 tys. hospitalizacji pełnych oraz 363,1 tys. jednodniowych. Podobne proporcje pomiędzy liczbą hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych zaobserwować można analizując dane gromadzone przez NIZP-PZH. Według NIZP-PZH za rok 2014 odnotowano na oddziałach onkologicznych 248,4tys. hospitalizacji pełnych i 275.1 tys. jednodniowych. Oczywiście liczba hospitalizacji finansowanych w ramach umów z NFZ nie może być większa od całkowitej liczby hospitalizacji, a różnica wynika przede wszystkim z mniejszej kompletności badań prowadzonych przez NIZP-PZH¹³⁸. Jednak proporcje pomiędzy hospitalizacją pełną i jednodniową są podobne. W przypadku NFZ stosunek hospitalizacji pełnych do hospitalizacji jednodniowych wyniósł 0,88 a w przypadku NIZP-PZH – 0,90. Inne wyniki uzyskamy analizując dane gromadzone przez

¹³⁷ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 19 kwietnia 2013 r. w sprawie Systemu Rejestru Usług Medycznych Narodowego Funduszu Zdrowia (Dz. U. 2013 poz. 514).

¹³⁸ Jednym ze sposobów umożliwiających podniesienie kompletności danych gromadzonych przez PZH – NIZP mogłoby być wprowadzenie identyfikatora karty statystycznej szpitalnej wykazywanej obowiązkowo w sprawozdaniach przesyłanych do NFZ, jako elementu kontrolnego, tak jak zrobiono to w przypadku karty zgłoszenia nowotworu złośliwego.

CSIOZ na podstawie sprawozdań z działalności szpitala ogólnego MZ-29, Według nich, w roku 2014 hospitalizacji pełnych na oddziałach onkologicznych było 345,8 tys. a jednodniowych 199,4 tys.¹³⁹.

Wykres 109. Liczba hospitalizacji pełnych i jednodniowych na oddziałach onkologicznych wg informacji gromadzonych przez NFZ, CSIOZ, NIZP-PZH w 2014 (w tys.)



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

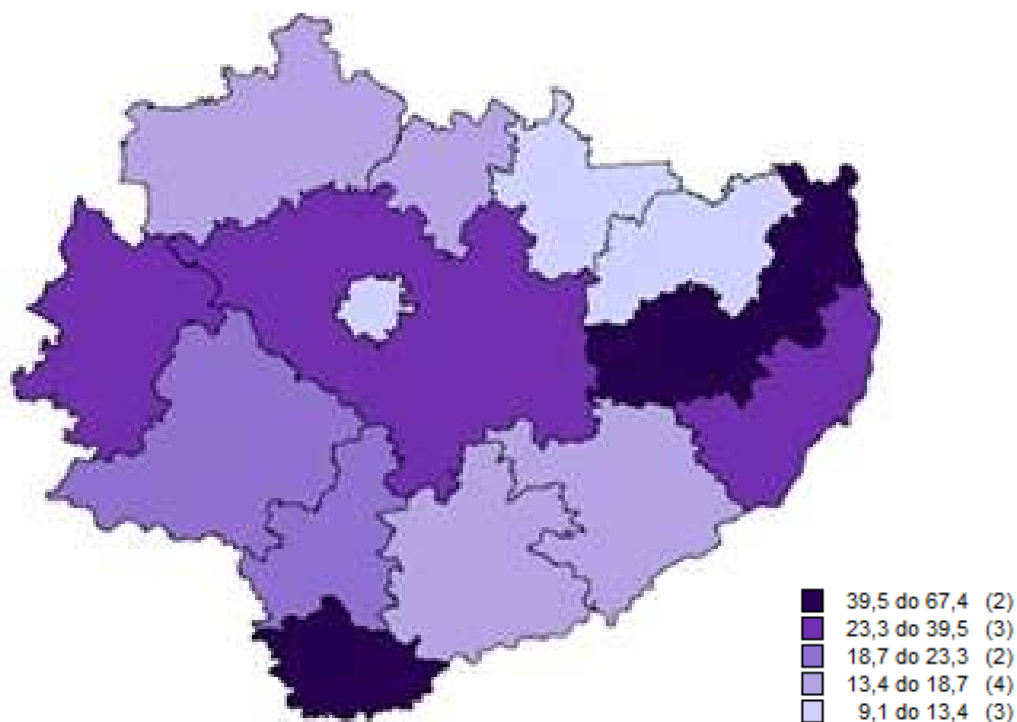
Większość z istniejących wskaźników posiada mocne ograniczenia, aby można było na ich podstawie wyciągać uprawnione wnioski, co do stanu dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Największe ograniczenia posiada wskaźnik: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wśród nich można znaleźć zarówno duże centra zdrowia, których zasięg działania obejmuje niekiedy cały powiat, a nierzadko kilka sąsiadujących ze sobą powiatów jak i małe specjalistyczne praktyki lekarskie.

Ponadto, podobnie jak w przypadku szpitali, zasadniczy problem dotyczy sposobu identyfikacji przychodni ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w strukturze organizacyjnej podmiotu leczniczego. Może zostać ona wyodrębniona, jako odrębne przedsiębiorstwo, jednostka organizacyjna

¹³⁹ Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia za rok 2014. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Warszawa, 2015.

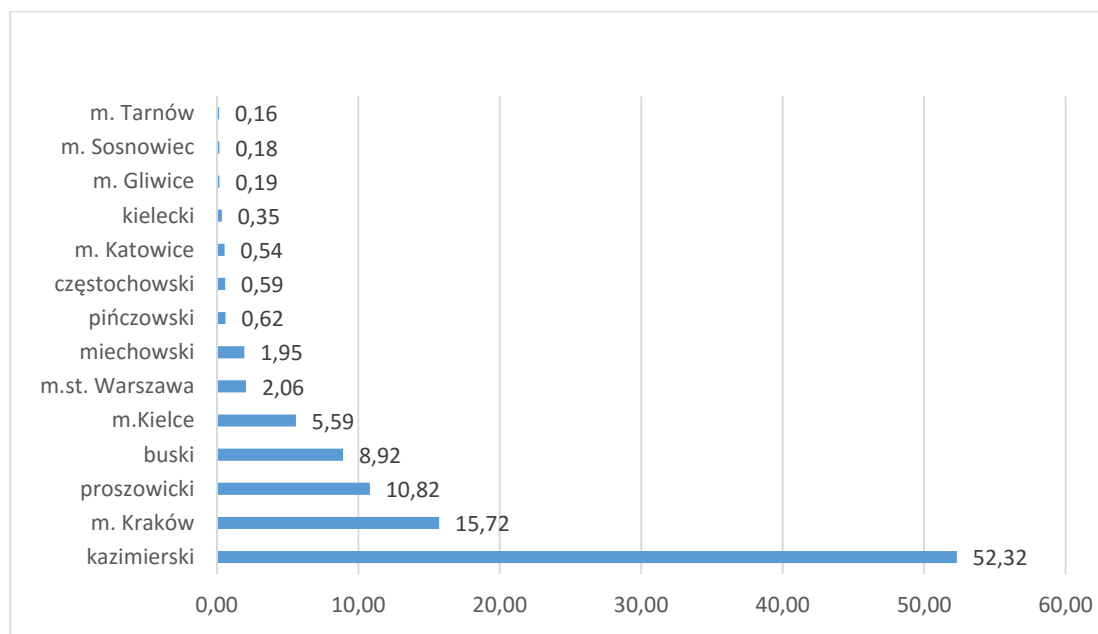
przedsiębiorstwa lub jego komórka organizacyjna. Szczególnie widać to w przypadku dużych sieci medycznych, w skład, których może wchodzić wiele przedsiębiorstw ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, z których każde może mieć kilka przychodni, stanowiących odrębne jednostki organizacyjne. GUS na , opracowuje sprawozdanie ZD-3 w kontekście położenia przedsiębiorstw i jednostek organizacyjnych podmiotu leczniczego a nie podmiotu leczniczego jako całości, co pozwala na uniknięcie tych trudności. Warto jednak podkreślić, że na podstawie samej liczby przychodni nie powinno się wyciągać zbyt kategorycznych wniosków co do dostępności do opieki specjalistycznej, gdyż przychodnie różnią się wielkością i potencjałem pod względem np. liczby zatrudnionych lekarzy. Ponadto statystyki nie uwzględniają ruchów migracyjnych pacjentów, którzy mogą kierować się różnymi przesłankami dotyczącymi wyboru poradni, niekoniecznie związanymi z odległością i terminem dotarcia do placówki opieki zdrowotnej z miejsca zamieszkania (np. bliskość miejsca nauki lub pracy). Problem ten ukazuje mapa 18. Wynika z niej, że ponad 40% mieszkańców powiatu opatowskiego oraz kazimierskiego w województwie świętokrzyskim otrzymało w 2013 roku świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. Z wykresu 109 wynika, że główne kierunki migracji mieszkańców powiatu kazimierskiego w celu uzyskania ambulatoryjnej opieki specjalistycznej to dwa powiaty woj. małopolskiego tj. Miasto Kraków oraz powiat proszowski.

Mapa 18. Odsetek mieszkańców powiatów woj. świętokrzyskiego, którzy skorzystali ze świadczeń AOS finansowanych ze środków NFZ w placówkach innych powiatów w 2014 r., według powiatów [%]



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

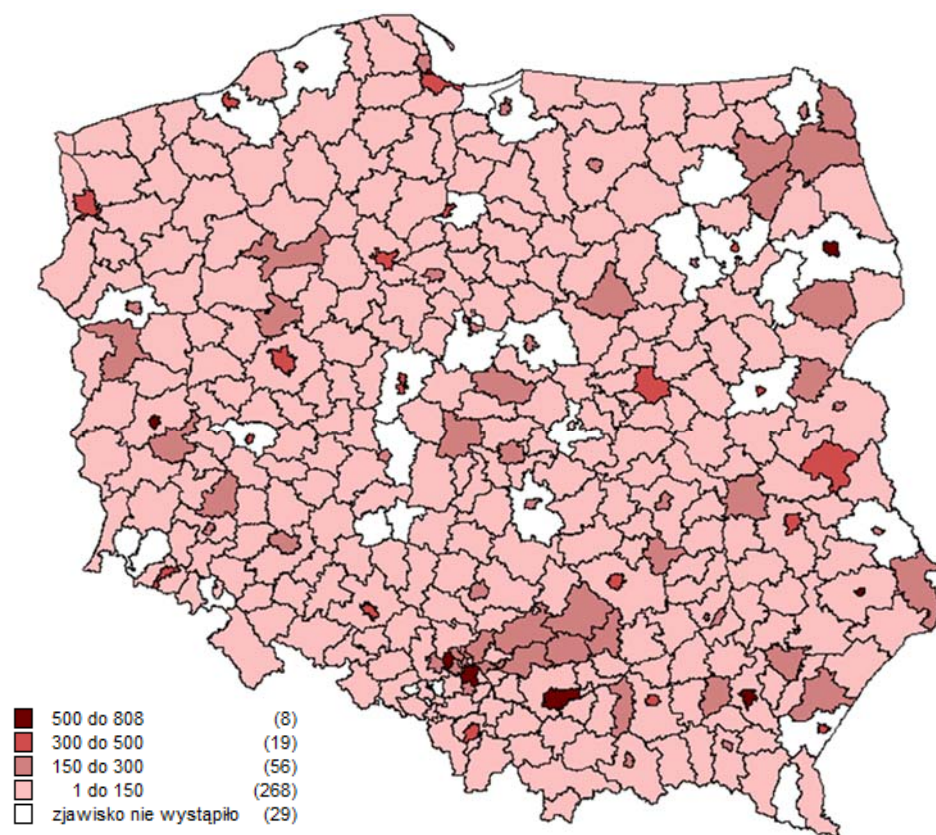
Wykres 110. Mieszkańcy powiatu kazimierskiego korzystający z usług AOS w 2014, według lokalizacji placówki (w %)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

Innym wskaźnikiem często stosowanym w statystyce jest liczba porad ambulatoryjnych na 1 mieszkańca według powiatów. Wskaźnik ten lepiej odzwierciedla skłonność do korzystania ze specjalistycznej opieki ambulatoryjnej na terenie powiatu, jednak również ma swoje ograniczenia, gdyż nie uwzględnia zjawiska migracji pomiędzy powiatami, które, jak wspomniano wyżej, może mieć różne przyczyny. Z analizy mapy 19 wnioskować można, że istnieje wyraźna tendencja do korzystania z poradni kardiologicznych zlokalizowanych na terenie miast wojewódzkich oraz dużych miast. Istnieje ponadto wiele powiatów, na terenie, których nie udzielono żadnych porad kardiologicznych, co nie oznacza, że mieszkańcy takich powiatów nie mają dostępu do poradni kardiologicznych. Korzystają oni najprawdopodobniej z poradni zlokalizowanych na terenie sąsiednich powiatów. Podczas analizy mapy 19 należy jednak mieć ponadto na uwadze różnice w metodzie i organizacji procesów sprawozdawczości statystycznej. Jeśli bowiem np. w danym powiecie została zlokalizowana poradnia kardiologiczna, ale stanowi ona pod względem formalno-prawnym komórkę organizacyjną, wchodzącą w skład jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa zlokalizowanego w innym powiecie, to dane dotyczące liczby porad kardiologicznych wykonanych w tej komórce organizacyjnej zostaną przypisane do jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa, a więc potraktowane będą, jako porady wykonane w powiecie zgodnym z lokalizacją jednostki organizacyjnej/przedsiębiorstwa.

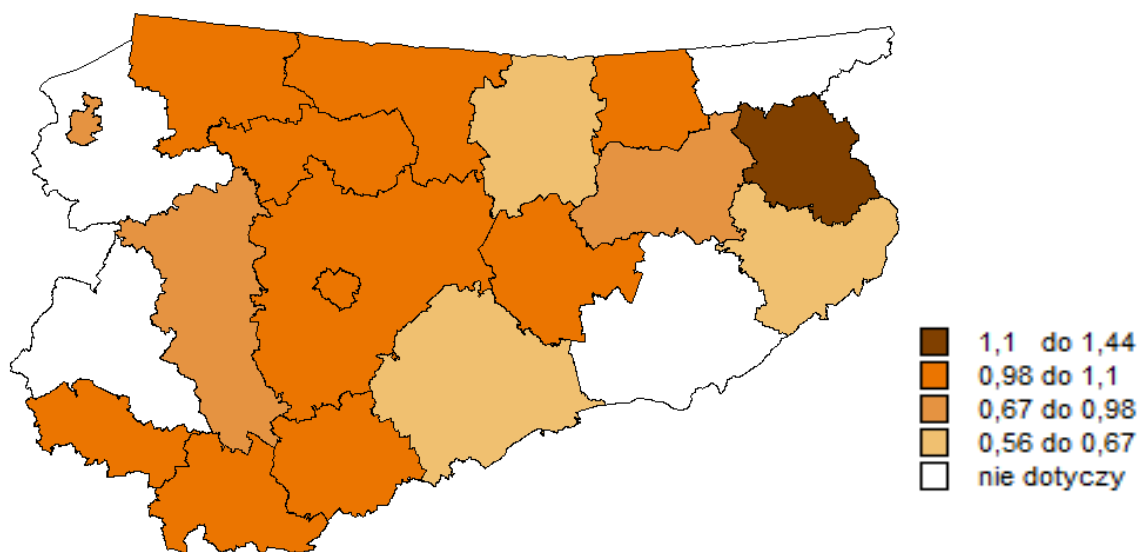
Mapa 19. Liczba porad kardiologicznych udzielonych na terenie powiatu w poradniach danego typu na 1 tys. mieszkańców w 2014 r.



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

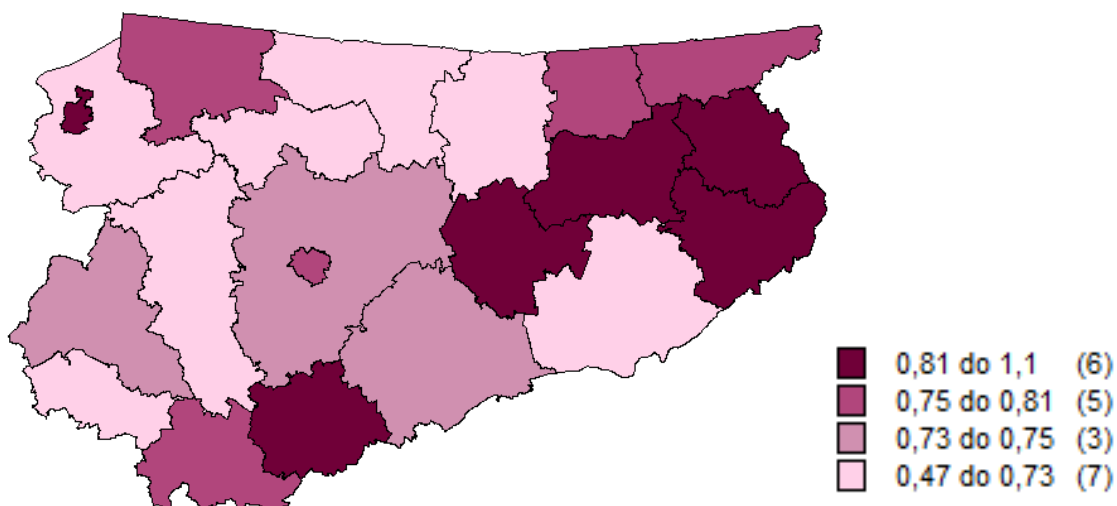
Pomiaru dostępności do publicznych usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej można dokonać poprzez porównanie danych gromadzonych przez NFZ oraz GUS. W związku z tym, że dane gromadzone przez NFZ dotyczą usług finansowanych ze środków publicznych, a dane gromadzone przez GUS dotyczą wszystkich usług, można byłoby wysunąć tezę, że to dobry sposób na ocenę *skłonności pacjentów do korzystania z komercyjnych świadczeń zdrowotnych*. Interpretacja wskaźnika mogłaby być następująca: mniejszy udział porad ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanych przez NFZ w ogólnej liczbie porad ambulatoryjnych oznacza większą skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń finansowanych ze środków prywatnych, a więc mniejszą dostępność do usług publicznej opieki ambulatoryjnej. Taki wskaźnik można byłoby zastosować do porad udzielonych w wybranych rodzajach poradni (wg 8 części kodu resortowego) oraz odnieść do poziomu powiatu.

Mapa 20. Udział wizyt w poradniach onkologicznych AOS finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach onkologicznych na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. (w %)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

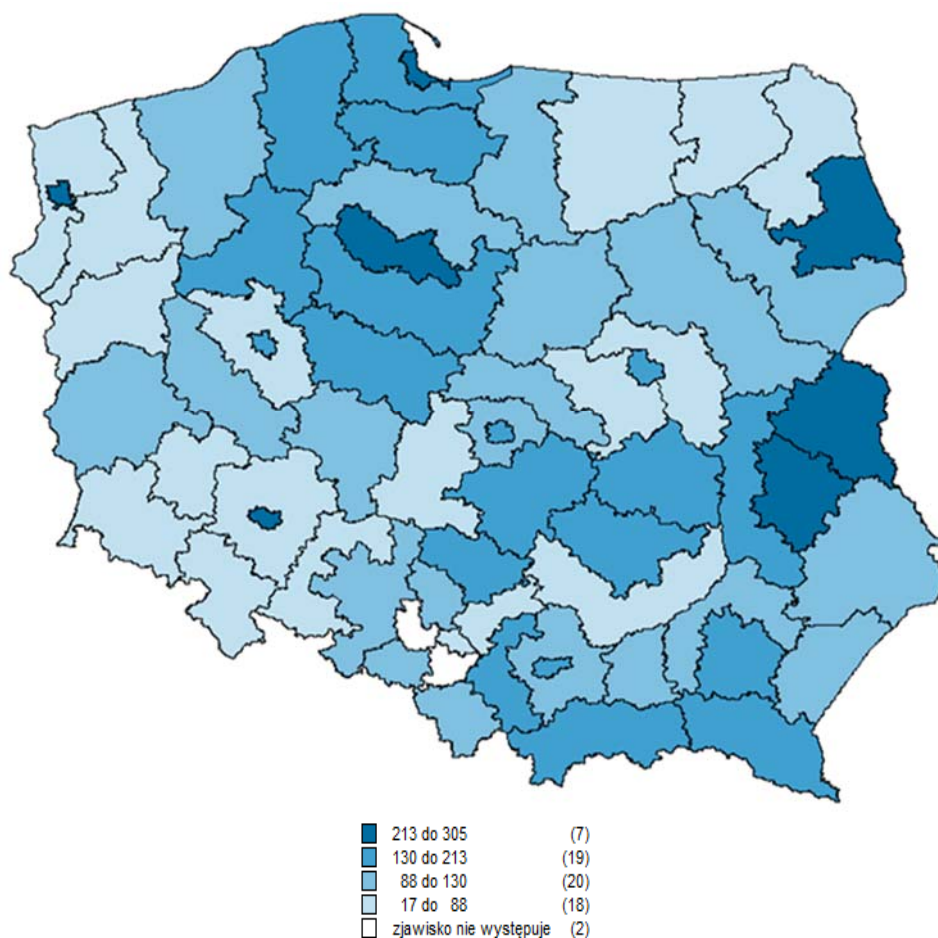
Mapa 21. Odsetek wizyt w poradniach stomatologicznych finansowanych w ramach NFZ w całkowitej liczbie wizyt w poradniach AOS na terenie woj. warmińsko-mazurskiego, według powiatów w 2014 r. (w %)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

Problemem w stosowaniu tak skonstruowanego wskaźnika jest jednak fakt, że dane dotyczące liczby porad w powiatach gromadzone przez GUS nie zawsze są porównywalne z danymi gromadzonymi przez NFZ. Różnice wynikają z różnic w sposobie kwalifikowania porad przez GUS i NFZ. Dotyczy to zwłaszcza porad składających się z cyklu wizyt (rehabilitacja, psychologia), co może mieć związek ze specyfiką rozliczeń, które w przypadku niektórych typów świadczeń ambulatoryjnych generują zjawisko zwielokrotniania porad wykazywanych do NFZ zrealizowanych w trakcie jednej wizyty pacjenta.

Mapa 22. Świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności w 2014 r. (sztuka)



Źródło: Pozyskanie nowych wskaźników z zakresu ochrony zdrowia przydatnych do oceny dostępności i jakości usług publicznych. Praca badawcza. Główny Urząd Statystyczny 2015.

Innym sposobem oceny dostępności do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej finansowanej ze środków publicznych może być *analiza liczby świadczeń zdrowotnych udzielonych w izbach przyjęć oraz szpitalnych oddziałach ratunkowych*. Podstawą analizy byłaby teza, że w przypadku braku dostępności do świadczeń ambulatoryjnych, w sytuacji zagrożenia zdrowia pacjenci udadzą się do izby przyjęć, aby uzyskać tam świadczenie zdrowotne bez konieczności oczekiwania w kolejce.

Mapa 22 prezentuje świadczenia zdrowotne udzielone w izbie przyjęć/szpitalnym oddziale ratunkowym w trybie ambulatoryjnym na 1 tys. ludności. Na jej podstawie można wnioskować, że mieszkańcy podregionu białostockiego, bialskiego, lubelskiego, gdańskiego oraz bydgosko-toruńskiego mają nieco gorszy dostęp do świadczeń ambulatoryjnych niż mieszkańcy innych podregionów.

Podsumowanie

Obserwacja statystyczna systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest niezwykle trudna i skomplikowana. Wpływ na to ma zarówno złożony różnorodny system opieki zdrowotnej jak również brak spójności między różnorodnymi źródłami informacji, które mogłyby być potencjalnie źródłami danych statystycznych. Mimo, że zasadniczym zadaniem statystyki publicznej jest dostarczenie kompleksowej informacji o systemie ochrony zdrowia w Polsce, to istotnym brakującym jej elementem okazuje się wydzielenie informacji o roli usług publicznych (zwłaszcza finansowanych ze środków NFZ) w tym systemie, szczególnie z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. Prace nad wypełnieniem tej luki informacyjnej trwają. Wymagają one ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NIZP-PZH, CSIOZ i NFZ) i podejmowania rozwiązań, które umożliwiłyby łączenie i analizę danych pochodzących z różnych źródeł. Przedstawione sposoby oceny dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych wymagają dalszych prac, które będą kontynuowane w ramach projektów zaplanowanych do realizacji w latach 2017-2018.