



# Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.

Health and health care in 2018





## **Zdrowie i ochrona zdrowia w 2018 r.**

Health and health care in 2018

Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland

Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków

Warszawa, Kraków 2019

## **Opracowanie merytoryczne**

Content-related works

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

pod kierunkiem

supervised by

Małgorzata Żyra, Urszula Salwa

## **Zespół autorski**

Editorial team

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

## **Prace redakcyjne**

Editorial works

Departament Badań Społecznych, GUS:

Natalia Koehne (p. 2.5, 2.6), Michał Koziński (p. 3.1), Krzysztof Nyczaj (p. 2.4, 4.2), Małgorzata Piekarzewska (p. 1.1), Urszula Salwa (p. 3.2, koordynacja prac), Izabela Wilkińska (p. 2.1, 2.3), Alicja Zajenkowska-Kozłowska (p. 1.1), Marzena Żytecka-Karolak (p. 2.2).

Ośrodek Statystyki Zdrowia i Ochrony Zdrowia, US Kraków:

Maria Penpeska (p. 4.1, koordynacja prac), Agata Sańka, Jakub Świątek (p. 4.1), Sylwia Duda (aneks tabelaryczny).

Instytut Medycyny Pracy:

Institute of Occupational Medicine

Mariola Wojda (p. 2.7)

## **Skład i opracowanie graficzne**

Typesetting and graphics

Beata Lipińska, Andrzej Paluchowski

ISSN 2084-0470

## **Publikacja dostępna na stronie internetowej**

Publication available on website

[stat.gov.pl](http://stat.gov.pl)

## **Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła**

When publishing Statistics Poland data — please indicate the source



00-925 WARSZAWA, AL. NIEPODLEGŁOŚCI 208.

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

Zam. 308/2019



## Przedmowa

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

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

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

Przedstawiona w publikacji analiza zawiera opis danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej, dotyczących stanu zdrowia ludności, jak również zasobów kadrowych i infrastruktury opieki zdrowotnej. Podobnie jak w poprzednich latach dotyczy ona też ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia. Ostatnia część analizy poświęcona jest wybranym aktualnym zagadnieniom związanym z ochroną zdrowia. W tej edycji publikacji są to: prowadzenie działalności leczniczej w świetle ustawy o działalności leczniczej oraz pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych. Tekst wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami, które obrazują wyniki przeprowadzonych badań statystyki publicznej dotyczących systemu opieki zdrowotnej.

W części tabelarycznej (wyłącznie w wersji elektronicznej) zamieszczono podstawowe dane o zdrowiu mieszkańców Polski, dane dotyczące pracowników medycznych, informacje o liczbie i działalności placówek ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych, a także wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia opracowanego dla lat 2015, 2016 i 2017 oraz informacje o wydatkach publicznych na ochronę zdrowia w 2018 r.

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

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

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

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce. Zwracamy się z uprzejmą prośbą o nadsyłanie uwag i sugestii dotyczących zakresu tematycznego i formy opracowania – zostaną one wykorzystane w pracach nad kolejną edycją.

Dyrektor  
Urzędu Statystycznego w Krakowie

Zastępca Dyrektora  
Departamentu Badań Społecznych

Agnieszka Szlubowska

Małgorzata Żyra

Warszawa, grudzień 2019 r.

## Preface

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

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

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

Analysis of the results of the studies describes the data collected regularly in the framework of official statistics on health status as well as the health care personnel and infrastructure. As in previous years, it also applies to the economic aspects of health care. The last part of the synthesis is devoted to the selected current issues related to health care. In this edition it covers: carrying out medical activities under the Act on Medical Activities and measuring access to public hospital services. The text is enriched with numerous maps and charts which better illustrate the results of public statistics on the health care system.

The tabular section (exclusively in electronic version) contains the basic data about the health of the Polish population, data on medical workers, as well as information on the number and activity of centers of ambulatory and inpatient care, blood donation, medical rescue and first aid, pharmacies and pharmaceutical outlets and results of the National Health Account developed for 2015, 2016, 2017 as well as on public expenditure on health care in 2018.

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

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

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

We hope that this publication will prove to be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland. We are kindly asking you to send your comments and suggestions concerning the thematic scope and forms of development – they will be used in the preparation of the next edition of the publication.

Director  
of the Statistical Office in Krakow

Deputy Director  
of the Social Survey Department

Agnieszka Szlubowska

Małgorzata Żyra

Warsaw, December 2019

# Spis treści

## Contents

Przedmowa .....	3
Preface .....	4
Spis tablic .....	7
List of tables .....	7
Spis wykresów .....	8
List of charts .....	8
Spis schematów .....	13
List of schemas .....	13
Spis map .....	14
List of maps .....	14
Objaśnienia znaków umownych. Ważniejsze skróty .....	17
Symbols. Main abbreviations .....	17
Synteza .....	19
Executive summary .....	19
<b>CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ</b> .....	<b>23</b>
<b>PART I. RESULTS OF SURVEYS</b> .....	<b>23</b>
<b>1. Stan zdrowia</b> .....	<b>23</b>
1. Health status .....	23
1.1 Zachorowalność na wybrane choroby .....	23
1.1 Incidence of selected diseases .....	23
<b>2. Opieka zdrowotna</b> .....	<b>28</b>
2. Health care .....	28
2.1 Kadra medyczna .....	28
2.1 Medical personnel .....	28
2.2 Stacjonarna opieka zdrowotna .....	40
2.2 In-patient health care .....	40
2.3 Ambulatoryjna opieka zdrowotna .....	77
2.3 Out-patient health care .....	77
2.4 Ratownictwo medyczne .....	85
2.4 Emergency medical services .....	85
2.5 Apteki .....	97
2.5 Pharmacies .....	97
2.6 Krwiodawstwo .....	101
2.6 Blood donation .....	101
2.7 Służba medycyny pracy .....	104
2.7 Occupational medicine .....	104
<b>3. Ekonomiczne aspekty opieki zdrowotnej</b> .....	<b>108</b>
3. Economic aspects of health care .....	108
3.1 Narodowy Rachunek Zdrowia .....	108
3.1 National Health Accounts .....	108
3.2 Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną .....	119
3.2 Public expenditure on health care .....	119

4. Wybrane problemy .....	122
4. Selected problems .....	122
4.1 Prowadzenie działalności leczniczej w świetle ustawy o działalności leczniczej .....	122
4.1 Providing healthcare services in accordance with the Act on Health Care Activities ....	122
4.2 Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych .....	129
4.2 Measurement of access to public hospital services .....	129
CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE .....	137
PART II. METHODOLOGICAL NOTES .....	151
1. Źródła danych statystycznych .....	137
1. Sources of statistical data .....	151
2. Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne .....	139
2. Basic methodological explanations .....	152
3. Podstawowe definicje .....	144
3. Basic definitions .....	158
Spis tablic (Aneks tabelaryczny w formacie Excel, dostępny na stronie <a href="http://stat.gov.pl/">http://stat.gov.pl/</a> ) .....	164
Table appendix available in the electronic version in XLS format .....	164

## Spis tablic

### List of tables

Tablica 1.	Zachorowania na niektóre choroby w 2018 r. ....	27
Table 1.	Incidence of selected diseases in 2018 ....	27
Tablica 2.	Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego. Stan w dniu 31 XII ....	38
Table 2.	Persons Entitled to practice medical profession. As of 31 XII ....	38
Tablica 3.	Pracownicy medyczni. Stan w dniu 31 XII ....	39
Table 3.	Medical personnel. As of 31 XII ....	39
Tablica 4.	Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Stan w dniu 31 XII ....	64
Table 4.	Dynamics of health resort beds in health resort facilities. As of 31 XII ....	64
Tablica 5.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy leczonych w systemie stacjonarym i ambulatoryjnym ....	65
Table 5.	Dynamics of health resort patients inpatient and out-patients ....	65
Tablica 6.	Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska ....	75
Table 6.	Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located ....	75
Tablica 7.	Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2018 r. ....	81
Table 7.	The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2018 ....	81
Tablica 8.	Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 r. ....	84
Table 8.	Out-patient health care in 2018 ....	84
Tablica 9.	Apteki i punkty apteczne ....	100
Table 9.	Pharmacies and pharmaceutical outlets ....	100
Tablica 10.	Krwiodawcy i pobrana krew ....	103
Table 10.	Blood donors and collected blood ....	103
Tablica 11.	Wydatki na ochronę zdrowia w mln zł i ich udział w PKB ....	110
Table 11.	Expenditure on health care in mln PLN and its share in GDP ....	110
Tablica 12.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD ....	115
Table 12.	Current expenditure on health care in OECD countries ....	115
Tablica 13.	Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia... ..	120
Table 13.	The State and local government budget expenditure and on health care ....	120

## Spis wykresów

### List of charts

Wykres 1.	Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentyści, pielęgniarki oraz położnej	29
Chart 1.	Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife	29
Wykres 2.	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	29
Chart 2.	Doctors entitled to perform their profession by age	29
Wykres 3.	Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	30
Chart 3.	Dentists entitled to perform their profession by age	30
Wykres 4.	Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	30
Chart 4.	Nurses entitled to perform their profession by age	30
Wykres 5.	Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	31
Chart 5.	Midwives entitled to perform their profession by age	31
Wykres 6.	Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce	31
Chart 6.	Graduates of selected medical faculties at universities in Poland	31
Wykres 7.	Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności w 2018 r.	32
Chart 7.	Doctors and nurses working with patients at 10 thousand of the population in 2018	32
Wykres 8.	Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2018 (na 10 tys. ludności)	33
Chart 8.	Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2018 (per 10 thousand of the population)	33
Wykres 9.	Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych	34
Chart 9.	The education level of nurses, midwives	34
Wykres 10.	Poziom wykształcenia ratowników medycznych	35
Chart 10.	The level of education of paramedics	35
Wykres 11.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu	35
Chart 11.	Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession	35
Wykres 12.	Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców w 2018 r.	36
Chart 12.	Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population in 2018	36
Wykres 13.	Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	37
Chart 13.	Doctors working directly with the patient including the number of female	37
Wykres 14.	Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	37
Chart 14.	Dentists working directly with the patient the number of female	37
Wykres 15.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	38
Chart 15.	Pharmacists working directly with the patient including the number of female	38
Wykres 16.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw	42
Chart 16.	Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodships	42
Wykres 17.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych według województw	43
Chart 17.	Inpatients in general hospitals by voivodships	43

Wykres 18.	Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych (stan w dniu 31 grudnia 2018) ...	45
Chart 18.	Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals (as of 31 December 2018) .....	45
Wykres 19.	Pacjenci leczeni stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych .....	47
Chart 19.	Number of inpatients in wards of general hospitals .....	47
Wykres 20.	Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2018 r. ....	48
Chart 20.	Beds and number of impatiens per one bed in wards of general hospitals in 2018 .....	48
Wykres 21.	Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych .....	49
Chart 21.	Average patient stay in hospital wards by types of wards .....	49
Wykres 22.	Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw .....	51
Chart 22.	Average patient stay in hospital wards by voivodships .....	51
Wykres 23.	Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw [%] .....	52
Chart 23.	Usage of beds in general hospitals by voivodships [%] .....	52
Wykres 24.	Struktura łóżek (stan w dniu 31 grudnia 2018 r.) i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej (w ciągu roku) .....	53
Chart 24.	Structure of beds (as of 31 December 2018) and inpatients of psychiatric facilities (during the year) .....	53
Wykres 25.	Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	55
Chart 25.	Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2018) .....	55
Wykres 26.	Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	56
Chart 26.	Age structure of females in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2018) .....	56
Wykres 27.	Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	56
Chart 27.	Age structure of males in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2018) .....	56
Wykres 28.	Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	57
Chart 28.	Structure of beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility (as of 31 December 2018) .....	57
Wykres 29.	Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (stan w dniu 31 grudnia) .....	59
Chart 29.	Beds in chronic medical care homes and nursing homes (as of 31 December) .....	59
Wykres 30.	Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (w ciągu roku) .....	59
Chart 30.	Residents in chronic medical care homes and nursing homes (during the year) .....	59
Wykres 31.	Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci hospicjów .....	61
Chart 31.	Beds (as of 31 December) and patients in hospices .....	61
Wykres 32.	Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia) .....	63
Chart 32.	Number of health resort facilities (as of 31 December) .....	63
Wykres 33.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia) .....	63
Chart 33.	Health resort beds by type of facility (as of 31 December) .....	63
Wykres 34.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego .....	65
Chart 34.	Inpatients in health resort facilities .....	65

Wykres 35.	Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego .....	65
Chart 35.	Share of foreigners in inpatients of health resort facilities .....	65
Wykres 36.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci .....	66
Chart 36.	Patients of health resort facilities by sex .....	66
Wykres 37.	Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według grup wieku w 2018 r. ....	67
Chart 37.	Average stay of inpatients in health resort facilities by age structure in 2018 .....	67
Wykres 38.	Struktura kuracjuszy leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2018 r. ....	68
Chart 38.	Structure of health resort inpatients by type of financing in 2018 .....	68
Wykres 39.	Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego .....	69
Chart 39.	Self-pay inpatients in health resort facilities .....	69
Wykres 40.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu) w 2018 r. ....	69
Chart 40.	Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2018 .....	69
Wykres 41.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2018 r. ....	70
Chart 41.	Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2018 .....	70
Wykres 42.	Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2018 r. (w %) .....	71
Chart 42.	The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2018 (in %) .....	71
Wykres 43.	Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %) .....	72
Chart 43.	Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %) .....	72
Wykres 44.	Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %) .....	72
Chart 44.	Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %) .....	72
Wykres 45.	Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2018 r. ....	73
Chart 45.	Average stay of inpatients in sanatoria by age structure in 2018 .....	73
Wykres 46.	Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według grup wieku w 2018 r. ....	74
Chart 46.	Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2018 .....	74
Wykres 47.	Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej .....	76
Chart 47.	Average length of stay in inpatient health care facilities .....	76
Wykres 48.	Przychodnie .....	77
Chart 48.	Out-patient departments .....	77
Wykres 49.	Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych .....	78
Chart 49.	Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources .....	78
Wykres 50.	Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych .....	78
Chart 50.	Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources .....	78



Wykres 51.	Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad .....	79
Chart 51.	Structure of out-patient health care consultations .....	79
Wykres 52.	Przychodnie i udzielone w nich porady .....	79
Chart 52.	Out-patient departments and doctors' consultations .....	79
Wykres 53.	Praktyki lekarskie <sup>a)</sup> i udzielone w nich porady .....	80
Chart 53.	Medical Practices and doctors' consultations .....	80
Wykres 54.	Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2018 r. ....	81
Chart 54.	Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2018 .....	81
Wykres 55.	Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców w 2018 r. ....	82
Chart 55.	Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population in 2018 .....	82
Wykres 56.	Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej <sup>a)</sup> na 1 mieszkańca w 2018 r. ....	83
Chart 56.	Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita in 2018 .....	83
Wykres 57.	Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2018 r. ....	87
Chart 57.	Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2018 .....	87
Wykres 58.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2018 r. ....	88
Chart 58.	Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2018 .....	88
Wykres 59.	Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2018 r. ....	89
Chart 59.	Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2018 .....	89
Wykres 60.	Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw .....	90
Chart 60.	Structure of calls to the occurrence places by voivodships .....	90
Wykres 61.	Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć według rodzajów świadczeń .....	93
Chart 61.	Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided .....	93
Wykres 62.	Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni .....	95
Chart 62.	Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics .....	95
Wykres 63.	Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku .....	96
Chart 63.	Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age .....	96
Wykres 64.	Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny .....	97
Chart 64.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet .....	97
Wykres 65.	Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi .....	99
Chart 65.	Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas .....	99
Wykres 66.	Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2018 r. ....	100
Chart 66.	Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2018 .....	100
Wykres 67.	Krwiodawcy według płci i wieku (w tysiącach) w 2018 r. ....	101
Chart 67.	Blood donors by sex and age (in thousands) in 2018 .....	101

Wykres 68.	Krwiodawcy według województw .....	102
Chart 68.	Blood donors by voivodships .....	102
Wykres 69.	Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2018 r. ....	104
Chart 69.	Structure of occupational medicine service units in 2018 .....	104
Wykres 70.	Struktura lekarzy medycyny pracy według wymogów kwalifikacyjnych w 2018 r. ....	105
Chart 70.	Structure of occupational physicians by qualification in 2018 .....	105
Wykres 71.	Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych .....	106
Chart 71.	No. of pre-employment, periodic and control prophylactic examinations .....	106
Wykres 72.	Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych .....	107
Chart 72.	Change in number of visits in companies and visits work posts and registered of suspicions of occupational diseases .....	107
Wykres 73.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według schematów finansowania .....	111
Chart 73.	Current expenditure on health care in 2017 according to financing schemes .....	111
Wykres 74.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według funkcji .....	112
Chart 74.	Current expenditure on health care in 2017 according to functions .....	112
Wykres 75.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według świadczeniodawców .....	113
Chart 75.	Current expenditure on health care in 2017 according to providers .....	113
Wykres 76.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia .....	114
Chart 76.	Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2017 .....	114
Wykres 77.	Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD według parytetu siły nabywczejw USD na 1 mieszkańca w 2017 r. ....	117
Chart 77.	Current expenditure on health care in OECD countries per capita in 2017, current prices, PPPs, .....	117
Wykres 78.	Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD jako % PKB w 2017 r. ....	118
Chart 78.	Current expenditure on health care in OECD countries as % of GDP in 2017 .....	118
Wykres 79.	Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2018 r. ....	119
Chart 79.	Structure of public expenditure on health care in 2018 .....	119
Wykres 80.	Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w 2018 r. ....	120
Chart 80.	Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund in 2018 .....	120
Wykres 81.	Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2018 r. ....	121
Chart 81.	Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2018 .....	121
Wykres 82.	Podmioty lecznicze (stan w dniu 31 XII) .....	126
Chart 82.	Health care entities (as of 31 XII) .....	126
Wykres 83.	Podmioty lecznicze według formy organizacyjno-prawnej (stan w dniu 31 XII) .....	127
Chart 83.	Health care entities by organizational and legal form (as of 31 XII) .....	127
Wykres 84.	Struktura podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą według podmiotu tworzącego (stan w dniu 31 XII) .....	128
Chart 84.	Health care entities being not entrepreneurs by originating entity (as of 31 XII) .....	128
Wykres 85.	Praktyki lekarskie i pielęgniarskie (stan w dniu 31 XII) .....	128
Chart 85.	Medical and nursing practices (as of 31 XII) .....	128

## Spis schematów

### List of schemas

Schemat 1. Główne i rozszerzone ramy rachunków SHA2011 .....	109
Schema 1. The core and extended accounting framework of SHA 2011 .....	109
Schemat 2. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....	123
Schema 2. Types of units providing curative care .....	123
Schemat 3. Przykładowy schemat struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego .....	125
Schema 3. Exemplary schema of the health care unit organisational structure .....	125

## Spis map

### List of maps

Mapa 1.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2016 r. na 100 tys. ludności .....	25
Map 1.	New cases of malignant neoplasms in 2016 per 100 thousand population .....	25
Mapa 2.	Szpitala ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	40
Map 2.	General hospitals <sup>3</sup> per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2018) .....	40
Mapa 3.	Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	58
Map 3.	Beds in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2018) .....	58
Mapa 4.	Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw w 2018 r. ....	58
Map 4.	Residents in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships in 2018 ..	58
Mapa 5.	Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia 2018) .....	60
Map 5.	Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice-palliative care in general hospitals per 10 thousand population (as of 31 December 2018) .....	60
Mapa 6.	Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2018 r. ....	61
Map 6.	Patients in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice – palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2018 .....	61
Mapa 7.	Uzdrowiska w Polsce w 2018 r. ....	62
Map 7.	Health Resort Ara in Poland in 2018 .....	62
Mapa 8.	Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2018 r. (stan w dniu 31 grudnia) .....	64
Map 8.	Location of health resort beds in 2018 (as of 31 December) .....	64
Mapa 9.	Kuracjusze leczeni stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2018 r. ....	66
Map 9.	Inpatients by type of health resort facilities in 2018 .....	66
Mapa 10.	Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2018 r. ....	86
Map 10.	Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2018 .....	86
Mapa 11.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, na 1 tys. ludności w 2018 r. ....	88
Map 11.	Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2018 .....	88
Mapa 12.	Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy) .....	91
Map 12.	Calls unrelated to the state of sudden health threat to the total number of calls and calls where time to reach ZRM exceeded the statutory standard .....	91
Mapa 13.	Działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych w 2018 .....	93
Map 13.	Activity of hospital emergency wards in 2018 .....	93

Mapa 14.	Działalność izb przyjęć w 2018 .....	94
Map 14.	Activity of admission rooms in 2018 .....	94
Mapa 15.	Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2018 r. ....	98
Map 15.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2018 .....	98
Mapa 16.	Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2018 r. ....	103
Map 16.	Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2018 .....	103
Mapa 17.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) inansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018 r. ....	131
Map 17.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population [person] in 2018 .....	131
Mapa 18.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018 r. ....	132
Map 18.	People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's - the place of residences, per 1 thousand population [person] in 2018 .....	132
Mapa 19.	Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018r. ....	133
Map 19.	People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviat than the poviat's place of residences, per 1 thousand population [person] .....	133
Mapa 20.	Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego .....	134
Map 20.	Percentage of patients – residents of poviat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviat of residence, in the total number of patients – residents of poviat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level .....	134



## Objaśnienia znaków umownych

### Symbols

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

## Ważniejsze skróty

### Major abbreviations

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

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



## Synteza

Analizy wykonane głównie w oparciu o dane zamieszczone w dostępnym w Internecie Aneksie tabelarycznym stanowiącym integralną część niniejszej publikacji, wzbogacone wynikami innych prac studyjnych prowadzonych w ramach statystyki publicznej, pozwalają na sformułowanie następujących wniosków odnośnie głównych aspektów opieki zdrowotnej w 2018 r.

### Stan zdrowia

Większość chorób zakaźnych występuje znacznie rzadziej. Od 2001 r. nie stwierdzono na przykład zachorowań na błonicę oraz porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio, a od 2016 r. również wirusem szczepionkowym.

W ciągu 2018 r. stwierdzono jedynie 8 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 3 przypadki mniej niż rok wcześniej. O ponad połowę zmniejszyła się również liczba zachorowań na krztusiec. W 2018 r. znacznie wzrosła – ponad pięciokrotnie – liczba zachorowań na odrę;

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

Liczba przypadków zachorowań na choroby weneryczne utrzymuje się na tym samym poziomie.

Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wynosi powyżej 120 tys. rocznie, a w ciągu 2016 r. stwierdzono ich ponad 161 tys.

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2017 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono ponad 1,6 mln osób, czyli blisko 5% wszystkich Polaków, tj. o ponad 40 tys. więcej niż przed rokiem.

### Kadra medyczna

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

W 2018 r. wzrosła liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu w podstawowych grupach zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek, położnych, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych. Największy przyrost w 2018 r. zarejestrowano w grupie lekarzy dentystów (wzrost o 2,4%), lekarzy (wzrost o 2,1%) oraz diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 2%). Obserwowany przyspieszony proces starzenia się społeczeństwa dotyczy także zasobów kadrowych w systemie opieki zdrowotnej. W 2018 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wieku – 65 lat i więcej. Udział lekarzy w tej grupie, wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty, osiągnął w przypadku lekarzy 23,9% i lekarzy dentystów 22,3%. Utrzymała się również tendencja wzrostowa liczby pielęgniarek w najstarszej grupie wieku. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 13% wszystkich posiadających prawo wykonywania tego zawodu. Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55-64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o prawie 4 tys. Podobne tendencje jak w roku ubiegłym wystąpiły w strukturze wieku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45-54 lata – ponad 11 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – około 4 tys. tj. o 686 osób więcej niż przed rokiem.

Z danych pozyskanych ze statystyk resortowych wynika, że bezpośrednio z pacjentem (pracujący w podmiotach leczniczych, aptekach, domach pomocy społecznej, żłobkach i klubach dziecięcych – liczeni raz, według głównego miejsca pracy) w 2018 r. pracowało 89,5 tys. lekarzy (niecały 1% mniej niż w ub. roku),

lekarzy dentystów – 13 tys. (3 % mniej), farmaceutów – 28 tys. (2 % mniej), pielęgniarek – 193 tys. (0,4 % mniej), położnych – 22,8 tys. (0,6 % więcej), fizjoterapeutów – 27,7 tys. (prawie 5% więcej) i diagnostów laboratoryjnych – 11,6 tys., czyli o 0,5 % więcej.

### Stacjonarna opieka zdrowotna

Leczenie szpitalne jest formą opieki, na którą pacjent decyduje się gdy inne możliwe rodzaje opieki medycznej nie są wystarczające w celu zachowania zdrowia na pożądanym poziomie. Jest to więc najbardziej złożona forma opieki stacjonarnej, której celem jest zdiagnozowanie pacjenta, podjęcie działań ratujących zdrowie lub życie i wdrożenie odpowiedniego leczenia. Na terenie kraju funkcjonowało 949 stacjonarnych ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących 181,7 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,5 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 47,3 łóżka na 10 tys. mieszkańców co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 211 mieszkańców (o 4 mieszkańców więcej niż w 2017 r.). Hospitalizowanych było 7685,0 tys. pacjentów (o 1,1% mniej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3419,4 tys. pacjentów, o 0,5% mniej niż w 2017 roku.

Kolejną formą opieki, polegającą na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia pacjenta są hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej. Odnotowano 106 hospicjów (o 11 więcej) i 78 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej działających poza strukturą szpitala lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały 3,4 tys. łóżek (o 4,2% więcej niż w 2017 r.) i zapewniły opiekę 39,7 tys. pacjentów (o 3,0% więcej niż przed rokiem).

Inny rodzajem opieki medycznej jest stacjonarna opieka długoterminowa, sprawowana nad pacjentem zdiagnozowanym, o stabilnym stanie zdrowia i ustalonym leczeniu. Świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W 2018 roku odnotowano 590 zakładów tego typu, o 2,4% więcej niż w 2017 roku. Baza łóżkowa wyniosła 34,1 tys. łóżek, o blisko 3% więcej. Opieką stacjonarną objęto łącznie 62,6 tys. osób, o 1,7% więcej niż przed rokiem.

Odmienną formę opieki zdrowotnej stanowi leczenie psychiatryczne. Do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. Na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 48 szpitali psychiatrycznych, dysponujących 17,5 tys. łóżek (o 1,2% mniej niż w końcu 2017 r.). Przebywało w nich 189,1 tys. pacjentów, o 3,4% (6,7 tys. osób) mniej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 55 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR). Dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek (o 0,2% mniej) i skorzystało z nich 8,3 tys. osób uzależnionych (o 2,5% więcej niż w 2017 roku).

Formą opieki cieszącą się dużą popularnością jest leczenie uzdrowiskowe, stanowiące często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo mające na celu ogólną poprawę stanu zdrowia kuracjusza. W 2018 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 44,8 tys. łóżek (o 1,1% więcej niż w 2017 r.) z których skorzystało 759,8 tys. osób (o 3,5% więcej). W trybie ambulatoryjnym przyjęto 78,6 tys. osób (o 6,7% więcej niż przed rokiem). Około 80% łóżek, znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły blisko 83% ogółem kuracjuszy przebywających w uzdrowiskach.

### Ambulatoryjna opieka zdrowotna

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

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej utrzymał się zarówno trwający od kilkunastu lat systematyczny wzrost liczby poradni świadczących tę formę opieki medycznej jak i spadek liczby praktyk lekarskich, które udzielały porad w ramach umowy podpisanej bezpośrednio z NFZ.

Nieznacznie wzrosła liczba porad udzielonych w tych placówkach. W 2018 r. odnotowano ich 328 mln. W strukturze porad podstawową część stanowiły te udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (53,3 %), 36 % dotyczyło specjalistycznej opieki zdrowotnej, a 10,7 % porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 85% wszystkich porad ambulatoryjnych z czego 48 % dotyczyło POZ, 41,3 % – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 10,7 % porad w miastach stanowiły porady udzielone przez lekarzy dentyistów. Struktura porad udzielonych w placówkach usytuowanych na obszarach wiejskich różniła się nieco: 83,4 % dotyczyło POZ, 6,3 % - AOS, a 10,3% porad stomatologicznych. Struktura porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej nie zmieniła się istotnie w porównaniu z ubiegłym rokiem, w podstawowych analizowanych przekrojach.

## Ratownictwo medyczne

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM) został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Funkcjonuje w oparciu o wojewódzkie plany działania systemu. Jednostkami systemu są zespoły ratownictwa medycznego (ZRM), w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego (LZRM) oraz szpitalne oddziały ratunkowe (SOR), z którymi zawarto umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Z systemem współpracują centra urazowe oraz jednostki organizacyjne szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM.

W 2018 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało 1541 zespołów wyjazdowych, o 22 więcej niż przed rokiem. Zrealizowały one niemal 3,15 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 82 wyjazdów ZRM. Nie zmieniła się struktura płci i wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Nadal pomoc najczęściej była udzielana mężczyznom (53,4%) oraz osobom w wieku 18-64 lat (50,5%).

W roku 2018 załogi śmigłowców zrealizowały najwięcej lotów w swojej historii – łącznie 11 392 lotów (o 14,6% więcej niż przed rokiem), w tym 10 111 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1281 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 386 misji. Zwiększyła się o 4 liczba baz HEMS w porównaniu z zeszłym rokiem.

W ramach systemu ratownictwa medycznego pomocy udzielało ponadto 230 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 4 więcej niż przed rokiem), 149 izb przyjęć w szpitalach oraz 14 centrów urazowych – tyle samo co przed rokiem. Z SOR w trybie ambulatoryjnym skorzystało znacznie więcej osób niż w zeszłym roku, natomiast zmalała liczba pacjentów, którym udzielono pomocy w trybie stacjonarnym.

## Krwiodawstwo

W 2018 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe) oraz 139 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 614,8 tys. osób. Krwiodawcy przekazali łącznie 1235 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 555,7 tys. litrów. Wśród dawców 75% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Wśród krwiodawców zdecydowanie przeważali mężczyźni (72% dawców krwi). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim. Bazując na danych dla województw, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim. W 2018 r. pobrano w Polsce 1314 tys. donacji krwi i jej składników.

## Apteki

W 2018 r. na terenie Polski zbadano 12,9 tys. aptek ogólnodostępnych (o 439 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe i 1,2 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,8%) należały do prywatnych właścicieli. W 2018 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,0 tys. osób, w tym 2,1 tys. osób w miastach. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2018 r. wyniosła przeciętnie 4,6 tys. W omawianym roku, podobnie do 2017 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,9% aptek ogólnodostępnych. Prawie 22% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2018 r. 79% aptek posiadało jakiekolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Były to najczęściej

pochylnie, podjazdy, platformy. Sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu prowadziło w 2018 r. 1,7% aptek ogólnodostępnych.

### Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2018 r. osiągnęły ponad 95 411 mln zł, co oznacza wzrost o 6,8% w porównaniu z ubiegłym rokiem. 85% tej sumy stanowiły koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ. Wyniosły one ponad 81 091 mln zł, czyli o 6,3% więcej niż przed rokiem.

Obok NFZ, dysponentami środków publicznych na ochronę zdrowia były: budżet państwa, który w 2018 r. na ochronę zdrowia przeznaczył o 9,2% większą kwotę niż w 2017 r., bo 10 479,1 mln zł i budżety jednostek samorządu terytorialnego, które na ten cel wydatkowały łącznie 3 840,8 mln zł (o 10,4% więcej niż przed rokiem). Na każdym szczeblu jednostek samorządu dostrzec można wzrost wydatków przeznaczonych na ochronę zdrowia, porównując je do zeszłego roku.

### Narodowy Rachunek Zdrowia

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

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2017 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 130,1 mld zł i były wyższe niż w 2016 r. o około 8,4 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,54% PKB, podczas gdy w 2016 r. ich udział wyniósł również 6,54%. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (58,3%).

### Pomiar dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych

Złożoność systemu opieki zdrowotnej oraz brak spójności między źródłami informacji, stanowiącymi potencjalnie źródła danych statystycznych, powoduje, że opis systemu opieki zdrowotnej w Polsce to niezwykle skomplikowane zagadnienie. Udoskonalenie metod badawczych jest możliwe w ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NIZP-PZH, CSIOZ i NFZ). Analiza przedstawiona w publikacji stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych prowadzonych w ramach pracy badawczej pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” realizowanej w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014-2020 oraz programowania i monitorowania polityki spójności po 2020 roku”. Analiza została przeprowadzona z perspektywy terytorialnej, co w przypadku ochrony zdrowia oznacza głównie powiaty (NTS 4) lub województwa (NTS 2), a w niektórych przypadkach gminy (NTS 5) oraz w odniesieniu do świadczeń szpitalnych wykonanych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia, i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria). Podczas analiz wzięto pod uwagę zjawisko migracji pacjentów poszukujących miejsca wykonania świadczenia również na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. Przeprowadzone analizy ukazały, iż w 2018 r. najwięcej świadczeń szpitalnych wykonanych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na 1 tys. mieszkańców powiatu wykonano dla pacjentów zamieszkujących powiaty: sejneński, bieszczadzki, pińczowski, lipski oraz łosicki (ponad 120), najmniej dla mieszkańców zamieszkujących powiaty: policki, bydgoski, chełmski, rzeszowski, tarnowski oraz rzeszowski (poniżej 50) oraz dla mieszkańców miastach na prawach powiatu np.: m. Wrocław, m. Bydgoszcz, m. Białystok, m. Szczecin, m. Kraków, m. Łomża, m. Zielona Góra (poniżej 50). Największe natężenie w liczbie świadczeń wykonano dla mieszkańców powiatów polski północno-wschodniej oraz północnej części województwa wielkopolskiego, najmniejsze dla mieszkańców powiatów województwa małopolskiego oraz miast na prawach powiatu.

# CZĘŚĆ I

## Part I

### WYNIKI BADAŃ

#### Results of surveys

## 1. STAN ZDROWIA

### 1. Health status

#### 1.1. Zachorowalność na wybrane choroby

##### 1.1. Incidence of selected diseases

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie 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 2018 r.

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży w Polsce są nadal powszechne<sup>1</sup>. Większość chorób zakaźnych występuje znacznie rzadziej. Od 2001 r. nie stwierdzono na przykład zachorowań na błonicę oraz porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio, a od 2016 r. również wirusem szczepionkowym.

W ciągu 2018 r. stwierdzono jedynie 8 przypadków zachorowań na tężec, tj. o 3 przypadki mniej niż rok wcześniej. O ponad połowę zmniejszyła się również liczba zachorowań na krztusiec – wykryto 1,5 tys. przypadków, podczas gdy przed rokiem – ponad 3 tys. Krztusiec występował na terenie całego kraju, zwłaszcza w województwie łódzkim (blisko 13 przypadków na 100 tys. ludności) i kujawsko-pomorskim, najrzadziej natomiast w województwie warmińsko-mazurskim, lubelskim, podkarpackim, opolskim i świętokrzyskim – mniej niż 2 zachorowania na 100 tys. ludności.

W 2018 r. znacznie wzrosła – ponad pięciokrotnie – liczba zachorowań na odrę; stwierdzono 359 przypadków, podczas gdy przed rokiem tylko 63. Odrę wykrywano głównie u mieszkańców województwa mazowieckiego – 127 przypadków (blisko 1/3 wszystkich zachorowań), jak również podkarpackiego i śląskiego (odpowiednio 45 i 32 zachorowania). Pojedyncze przypadki odry odnotowano u mieszkańców województwa podlaskiego, świętokrzyskiego, zachodniopomorskiego i kujawsko-pomorskiego. W województwie lubuskim odry nie stwierdzono.

W porównaniu do poprzedniego roku, w 2018 r. zmniejszyła się częstość wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) wszystkich typów. Wyraźnie niższa była liczba stwierdzonych nowych zachorowań na WZW typu A – zarejestrowano 1445 przypadków, podczas gdy przed rokiem w skali kraju było ich 3006.

<sup>1</sup> W ostatnim dziesięcioleciu wzrasta jednak systematycznie liczba przypadków uchylania się od szczepień obowiązkowych (w r. 2018 liczba ta wyniosła niemal 40 tys., o 1/3 więcej, niż w r. 2017) – dane na podst. NIZP – PZH, Szczepienia ochronne w Polsce w 2018 roku, Warszawa 2019, s. 85.



Niższa była również – w porównaniu z rokiem ubiegłym – o blisko 570 przypadków liczba zachorowań na WZW typu C i spadła ona znacznie poniżej 4 tys. Nieznacznie zmniejszyła się liczba stwierdzonych nowych przypadków WZW typu B (3,2 tys., tj. o prawie 170 mniej niż przed rokiem).

Najwięcej przypadków WZW typu A zarejestrowano w województwie śląskim (809) – w sumie 56% ogółu zachorowań w skali kraju, a w następnej kolejności w województwie mazowieckim i kujawsko-pomorskim – odpowiednio 134 i 103 przypadki.

Relatywnie najwięcej przypadków zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców województwa łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, wielkopolskiego oraz podlaskiego i śląskiego; na 100 tys. ludności przypadało od 10 do 15 zachorowań, podczas gdy wskaźnik ten na poziomie kraju wynosił 8,3 zachorowań.

Wirusowe zapalenie wątroby typu C bardzo licznie wykrywano u mieszkańców województwa lubuskiego, dolnośląskiego, zachodniopomorskiego, łódzkiego i kujawsko-pomorskiego, – co najmniej 12 zachorowań na 100 tys. ludności, najrzadziej u mieszkańców województwa podkarpackiego i małopolskiego – odpowiednio 3,3 i 4,8 i zachorowań na 100 tys. ludności.

W 2018 r. odnotowano 519 biegunek na 10 tys. dzieci do lat 2, podczas gdy w poprzednim roku 548. W tej grupie liczba zachorowań na biegunki wyniosła 40585, tj. o 1222 mniej niż w roku poprzednim. Zachorowania na salmonellozy i inne bakteryjne zatrucia pokarmowe pozostały na poziomie roku ubiegłego; na 100 tys. mieszkańców naszego kraju przypadało mniej niż 2 przypadki innych bakteryjnych zatruc pokarmowych, natomiast zakażeń salmonellozą – 26 przypadków. Niestety, można zaobserwować znaczny i postępujący wzrost liczby przypadków zachorowań na czerwonkę bakteryjną; stwierdzono 284 przypadki, podczas gdy w roku ubiegłym 44, a dwa lata wcześniej – 15. Czerwonkę rejestrowano głównie w województwie podkarpackim (89 przypadków), pomorskim (53) i zachodniopomorskim (34). W województwach: mazowieckim, łódzkim, małopolskim i wielkopolskim stwierdzono po 23–25 zachorowań oraz pojedyncze przypadki w śląskim, podlaskim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, lubuskim i opolskim.

W ciągu 2018 r. biegunki u dzieci do lat 2 najliczniej występowały w województwie pomorskim – 867 przypadków na 10 tys. Stosunkowo licznie biegunki rejestrowano również w województwie lubelskim, gdzie stwierdzono ponad 656 przypadków na 10 tys. dzieci w tej grupie wieku.

Zakażenia salmonellozą najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw: podkarpackiego, małopolskiego, mazowieckiego, opolskiego, świętokrzyskiego i zachodniopomorskiego. Na 100 tys. mieszkańców tych województw przypadało, bowiem od 29 do 42 zachorowań, podczas gdy analogiczny wskaźnik dla całego kraju wyniósł 26.

Zmniejszyła się liczba nowych przypadków zachorowań na gruźlicę. Spadek ten jest zauważalny i następuje systematycznie. W ciągu 2018 r. gruźlicę stwierdzono u 5,5 tys. osób, co oznacza 300 przypadków mniej niż w roku poprzednim oraz ponad 950 mniej w porównaniu z rokiem 2016. Najczęściej występującą postacią gruźlicy w 2018 r. była gruźlica płuc – 95% wszystkich zachorowań; pozostałe 5% zmian gruźliczych dotyczyło innych narządów ciała (gruźlica pozapłucna).

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2018 r. gruźlica we wszystkich postaciach relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa lubelskiego – 23 przypadki na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa śląskiego, mazowieckiego, świętokrzyskiego i łódzkiego (16–19 przypadków), podczas gdy wskaźnik dla kraju był wyraźnie niższy – 14 zachorowań na 100 tys. ludności.

Liczba przypadków zachorowań na choroby weneryczne utrzymuje się na tym samym poziomie. W 2018 r. nieznacznie spadła liczba zachorowań na kiłę; stwierdzono ponad 1,6 tys. przypadków, tj. o 65 mniej niż przed rokiem. Natomiast liczba wykrywanych zakażeń rzeżączką wyniosła 394, czyli odnotowano o 15 zachorowań więcej niż w 2017 r. Stosunkowo najwięcej przypadków chorób wenerycznych wykryto w województwie mazowieckim – 788 (blisko 40% wszystkich zachorowań), a także w województwie małopolskim, pomorskim, śląskim i dolnośląskim – odpowiednio 232, 190, 157 i 125 przypadków. W sumie w tych 5 województwach zdiagnozowano ponad 3/4 wszystkich przypadków kiły czy rzeżączki w Polsce.

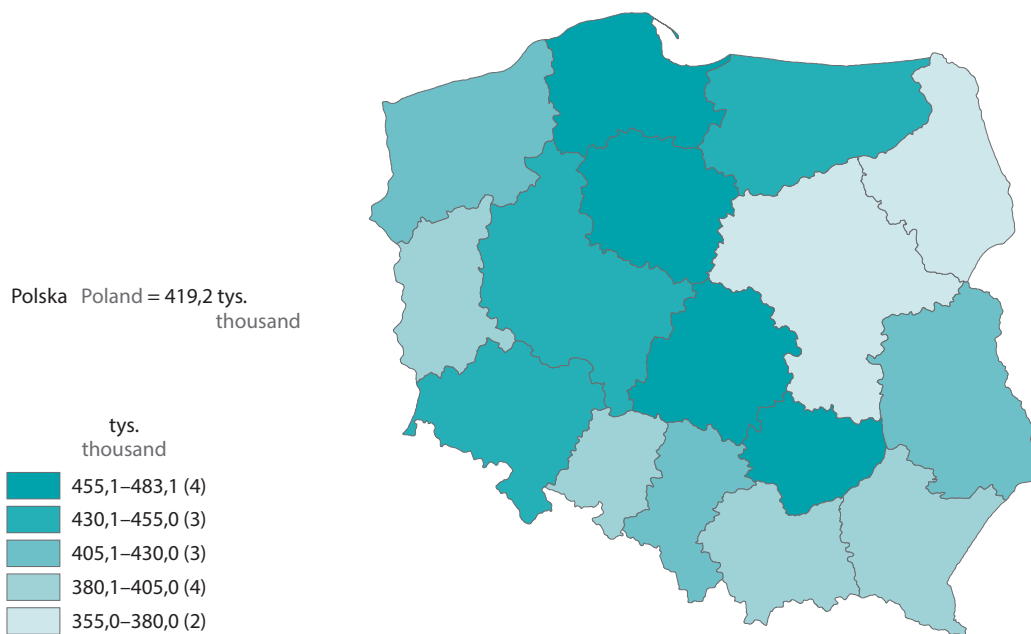
## Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2016 r.<sup>2</sup>

Nowotwory złośliwe stanowią narastający i bardzo poważny problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. Od 2003 r. liczba nowych zachorowań na nowotwory złośliwe wynosi powyżej 120 tys. rocznie, a w ciągu 2016 r. stwierdzono ich ponad 161 tys. Wskaźnik zachorowalności wyniósł 419 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy na początku tej dekady – 299, czyli o 120 przypadków mniej. Zachorowalność na nowotwory złośliwe związana jest z wiekiem człowieka. U mężczyzn (70% zachorowań), jak i u kobiet (60% zachorowań) zachorowania na nowotwór złośliwy częściej pojawiają się po 60 roku życia<sup>3</sup>. Stosunkowo najczęściej nowotwory złośliwe wykrywane są w narządach trawiennych, płciowych oraz oddechowych i klatki piersiowej – stanowiły one prawie 55% wszystkich nowotworów wykrytych w 2016 r.

Wzrost liczby zachorowań w 2016 r. nie dotyczył całego kraju. W dziewięciu województwach zarejestrowano mniej przypadków niż przed rokiem, a szczególnie znaczący spadek zachorowań odnotowano w zachodniopomorskim, warmińsko-mazurskim, podkarpackim i lubuskim. W pozostałych województwach obserwowano większą liczbę zachorowań w porównaniu z rokiem poprzednim; najszybciej wzrosła liczba rejestracji nowo wykrytych nowotworów u mieszkańców województwa łódzkiego i świętokrzyskiego (wzrost o ponad 5%) oraz w województwach: dolnośląskim i pomorskim – wzrost prawie o 3%.

W 2016 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe stwierdzono u mieszkańców województwa świętokrzyskiego (483 zachorowania na 100 tys. ludności) i pomorskiego (478 przypadków), a w następnej kolejności wśród mieszkańców łódzkiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego, wielkopolskiego, warmińsko-mazurskiego (co najmniej 430 nowych zachorowań na 100 tys. ludności). Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane, podobnie jak przed rokiem, u mieszkańców województwa mazowieckiego i podlaskiego – mniej niż 360 nowych przypadków na 100 tys. mieszkańców.

**Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe w 2016 r. na 100 tys. ludności**  
Map 1. New cases of malignant neoplasms in 2016 per 100 thousand population



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2016 r. można stwierdzić, że najczęściej nowotwory złośliwe w narządach trawiennych stwierdzano u mieszkańców województwa dolnośląskiego (103 nowe zachorowania na 100 tys. ludności) oraz łódzkiego, wielkopolskiego i śląskiego (co najmniej 92 zachorowania na 100 tys. ludności), a najrzadziej u mieszkańców województwa mazowieckiego i małopolskiego.

<sup>2</sup> Najnowsze, dostępne dane z Krajowego Rejestru Nowotworów dotyczą 2016 r.

<sup>3</sup> <http://onkologia.org.pl/nawotwory-zlosliwe-ogolem-2/> [dostęp: 21.02.2020 r.].

Nowotwory złośliwe narządów płciowych były najczęściej wykrywane u mieszkańców województwa kujawsko-pomorskiego i świętokrzyskiego – co najmniej 92 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności, najrzadziej natomiast u mieszkańców województwa małopolskiego i zachodniopomorskiego – mniej niż 72 zachorowania na 100 tys. ludności. Z kolei nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej diagnozowano najczęściej u mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego – co najmniej 80 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności, a najrzadziej u mieszkańców województwa podlaskiego (49 przypadków).

### Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2017 r.<sup>4</sup>

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2017 r. w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczono ponad 1,6 mln osób, czyli blisko 5% wszystkich Polaków, tj. o ponad 40 tys. więcej niż przed rokiem.

Uwzględniając przyczyny korzystania z tej formy opieki zdrowotnej można powiedzieć, że ponad 1,4 mln osób potrzebowało pomocy z uwagi na występujące zaburzenia psychiczne lub zaburzenia zachowania. Kolejne 167 tys. osób leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, a ponad 42 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 adekwatnie: 3669, 436 i 110 i były nieco wyższe niż w 2016 r. (odpowiednio – 3584, 430 i 101).

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych dominowały zaburzenia nerwicowe (1246 leczonych na 100 tys. ludności) oraz zaburzenia nastroju (857 leczonych na 100 tys. ludności). W sumie te dwie grupy diagnoz dotyczyły prawie 49% ogółu pacjentów. Co 10 pacjent leczono z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem alkoholu, głównie z powodu zespołu uzależnienia, a blisko co 40–ty z powodu zaburzeń spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych.

Porównując dane z kolejnych dwóch lat, można powiedzieć, że w 2017 r. wzrosła znacząco liczba pacjentów, u których zdiagnozowano zaburzenia nerwicowe (o ponad 14 tys. osób więcej), zaburzenia afektywne (o prawie 11 tys.) oraz zaburzenia rozwojowe (o blisko 7 tys. osób więcej) niż przed rokiem. Nieznacznie więcej osób leczonych było z powodu organicznych zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń osobowości i zachowania dorosłych. Mniej natomiast osób leczono z powodu pozostałych zaburzeń psychicznych. Zwiększyła się nieznacznie (o ponad 2 tys.) liczba leczonych z powodu używania alkoholu, głównie z powodu wzrostu liczby pacjentów z zespołem uzależnienia. Zwiększyła się również o prawie 3,5 tys. liczba osób leczonych z powodu używania środków psychoaktywnych; główną tego przyczynę stanowił wzrost liczby osób z rozpoznaniem zespołu uzależnienia lub zespołu abstynencyjnego.

Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne osób leczących się w warunkach ambulatoryjnych można stwierdzić, że najliczniej w poradniach zdrowia psychicznego, odwykowych i uzależnień leczono mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego (5,2% ludności województwa) i lubuskiego (5,1%), mazowieckiego i łódzkiego (po 4,9% ludności), a w następnej kolejności mieszkańcy świętokrzyskiego (4,7%); najrzadziej natomiast mieszkańcy województwa zachodniopomorskiego i opolskiego – mniej niż 3,6% ludności.

<sup>4</sup> Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2017 r.



**Tablica 1. Zachorowania na niektóre choroby w 2018 r.**  
Table 1. Incidence of selected diseases in 2018

WOJEWÓDZTWA	Gruźlica Tuberculosis	Grypa Influenza	Wirusowe zapalenie wątroby typu B Viral hepatitis type B	Wirusowe zapalenie wątroby typu C Viral hepatitis type C	Świnka Mumps	Krzztusiec Whooping cough	Szkarlatyna Scarlet fever	Różyczka Rubella	Choroby weneryczne Venereal diseases	Nowotwory złośliwe <sup>a</sup> Malignant neoplasms <sup>a</sup>
W liczbach bezwzględnych In absolute numbers										
<b>POLSKA</b>	<b>5487</b>	<b>5239293</b>	<b>3196</b>	<b>3443</b>	<b>1585</b>	<b>1548</b>	<b>18781</b>	<b>437</b>	<b>2039</b>	<b>161100</b>
Dolnośląskie	377	263965	165	371	77	115	789	50	125	13101
Kujawsko-pomorskie	211	315249	221	251	86	158	1137	20	55	9708
Lubelskie	497	137949	45	148	62	22	605	0	50	8978
Lubuskie	119	65388	64	140	32	42	441	11	64	4007
Łódzkie	406	260468	367	305	83	313	710	19	73	11593
Małopolskie	440	519932	205	164	165	140	2362	37	232	12972
Mazowieckie	954	1008288	464	413	242	221	4040	65	788	19072
Opolskie	127	73179	76	72	65	12	440	10	55	3964
Podkarpackie	263	80004	47	70	71	23	575	60	29	8514
Podlaskie	86	105617	118	106	49	60	709	2	6	4216
Pomorskie	349	876257	338	175	123	78	1652	53	190	11050
Śląskie	844	493475	456	405	204	141	2502	69	157	19217
Świętokrzyskie	209	106508	28	69	45	22	498	5	14	6060
Warmińsko-mazurskie	124	95113	109	124	37	13	468	2	49	6189
Wielkopolskie	279	725897	353	415	152	129	1237	29	94	15468
Zachodniopomorskie	202	112004	140	215	92	59	616	5	58	6991
Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population										
<b>POLSKA</b>	<b>14,3</b>	<b>13639,3</b>	<b>8,3</b>	<b>9,0</b>	<b>4,1</b>	<b>4,0</b>	<b>48,9</b>	<b>1,1</b>	<b>5,3</b>	<b>419,2</b>
Dolnośląskie	13,0	9099,1	5,7	12,8	2,7	4,0	27,2	1,7	4,3	451,2
Kujawsko-pomorskie	10,1	15156,8	10,6	12,1	4,1	7,6	54,7	1,0	2,6	465,7
Lubelskie	23,4	6502,1	2,1	7,0	2,9	1,0	28,5	0,0	2,4	420,4
Lubuskie	11,7	6439,4	6,3	13,8	3,2	4,1	43,4	1,1	6,3	393,8
Łódzkie	16,4	10542,7	14,9	12,3	3,4	12,7	28,7	0,8	3,0	465,9
Małopolskie	13,0	15311,6	6,0	4,8	4,9	4,1	69,6	1,1	6,8	384,2
Mazowieckie	17,7	18700,4	8,6	7,7	4,5	4,1	74,9	1,2	14,6	356,0
Opolskie	12,9	7406,7	7,7	7,3	6,6	1,2	44,5	1,0	5,6	398,6
Podkarpackie	12,4	3758,3	2,2	3,3	3,3	1,1	27,0	2,8	1,4	400,3
Podlaskie	7,3	8930,3	10,0	9,0	4,1	5,1	59,9	0,2	0,5	355,0
Pomorskie	15,0	37636,4	14,5	7,5	5,3	3,4	71,0	2,3	8,2	478,1
Śląskie	18,6	10869,2	10,0	8,9	4,5	3,1	55,1	1,5	3,5	421,0
Świętokrzyskie	16,8	8559,1	2,3	5,5	3,6	1,8	40,0	0,4	1,1	483,1
Warmińsko-mazurskie	8,7	6645,2	7,6	8,7	2,6	0,9	32,7	0,1	3,4	430,4
Wielkopolskie	8,0	20795,8	10,1	11,9	4,4	3,7	35,4	0,8	2,7	444,8
Zachodniopomorskie	11,9	6576,8	8,2	12,6	5,4	3,5	36,2	0,3	3,4	409,1

a Dane dotyczą 2016 r.

## 2. OPIEKA ZDROWOTNA

### 2. Health care

#### 2.1. Kadra medyczna

##### 2.1. Medical personnel

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

Lekarze oraz inni przedstawiciele zawodów medycznych pełnią w społeczeństwie szczególną rolę, powierza się im zdrowie, które jest jednym z największych dóbr człowieka. Zapewnienie odpowiednio wykształconej i rozmieszczonej kadry medycznej to jedno z najistotniejszych wyzwań w obecnym systemie ochrony zdrowia.

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

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

Od lat podejmowane są próby poszerzenia informacji o zasobach pracy w ochronie zdrowia. W pracy badawczej „Usługi publiczne w obszarze ochrony zdrowia” realizowanej w GUS w latach 2017–2018, w ramach projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014–2020, opracowano dane w oparciu o rejestry i źródła administracyjne i dostępne na poziomie powiatów.

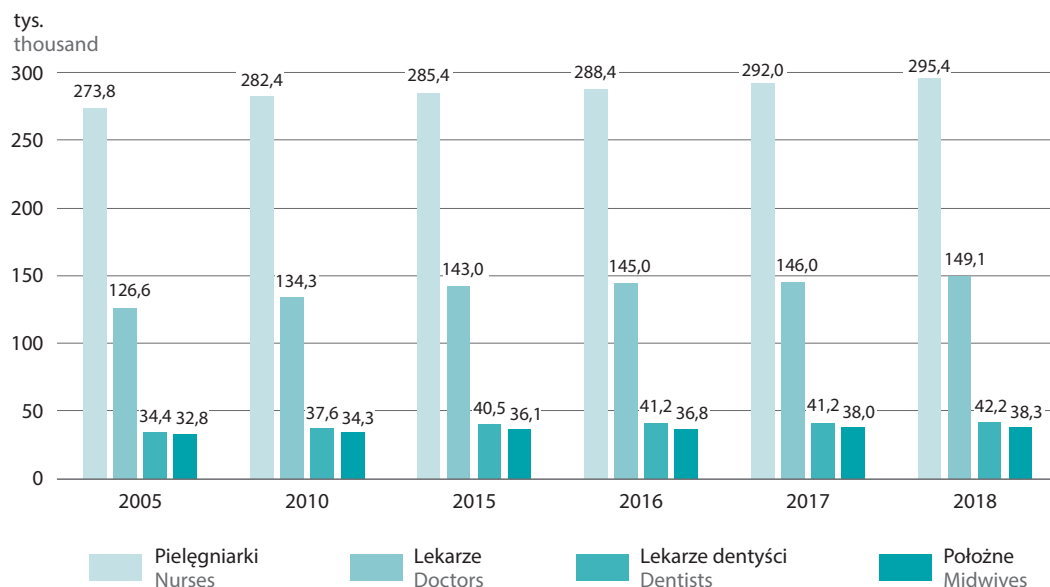
W 2019 r. w ramach projektu „Dane niefinansowe z zakresu statystyki zdrowia” współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej przeprowadzono w GUS próbę obliczenia zasobów kadry medycznej wyłącznie w oparciu o źródła administracyjne. Wypracowane algorytmy naliczania wymagają jeszcze dalszych prac i weryfikacji.

Dane liczbowe zawarte w niniejszym rozdziale odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2018 r. (z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2017/2018).

##### 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 2018 prawo wykonywania zawodu posiadało 149 tys. lekarzy, 42 tys. lekarzy dentyistów, 295 tys. pielęgniarek, 38 tys. położnych, 35 tys. farmaceutów i 16 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy przyrost w 2018 r. zarejestrowano w grupie lekarzy dentyistów (wzrost o 2,4%), lekarzy (wzrost o 2,1%) oraz diagnostów laboratoryjnych (wzrost o prawie 2%).

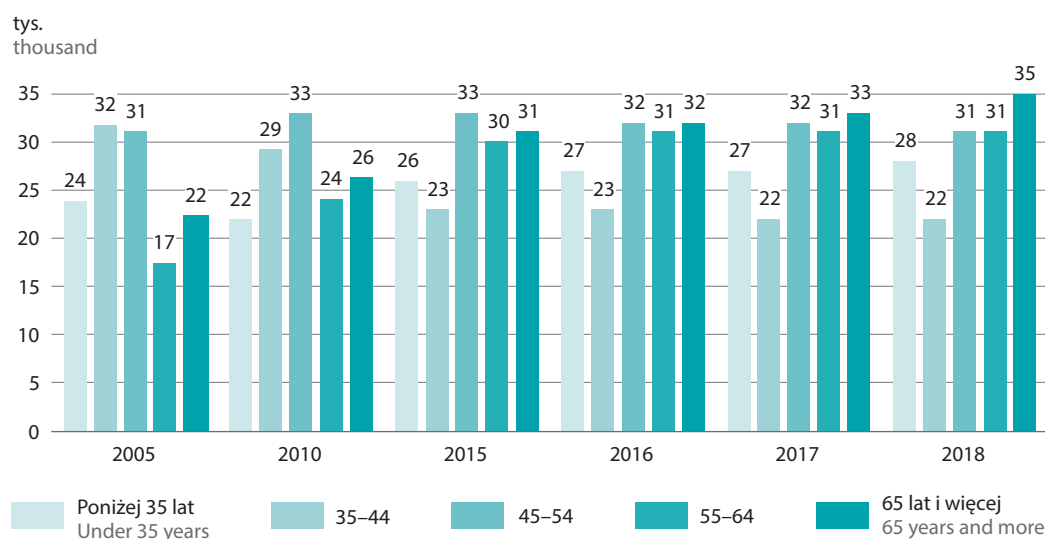
**Wykres 1. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej**  
Chart 1. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife



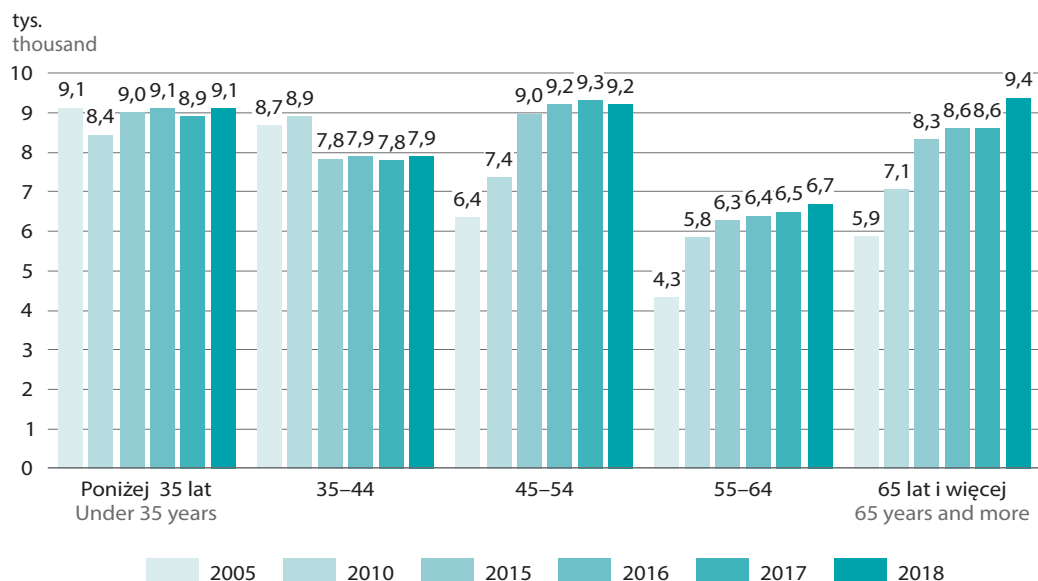
Na dynamikę liczby osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego ma wpływ przyrost nowych osób z wykształceniem medycznym oraz naturalny ubytek spowodowany odchodzeniem roczników starszych.

Analiza struktury wieku osób posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego wskazała na istotne różnice w tym względzie między poszczególnymi zawodami. W 2018 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystry uprawnionych do wykonywania zawodu. Podobnie jak w latach poprzednich, miał miejsce wzrost liczby osób należących do najstarszej grupy wieku – 65 lat i więcej. W 2018 r. udział lekarzy w tej grupie wśród posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry wyniósł w przypadku lekarzy 23,9% i lekarzy dentystry 22,3%.

**Wykres 2. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku**  
Chart 2. Doctors entitled to perform their profession by age



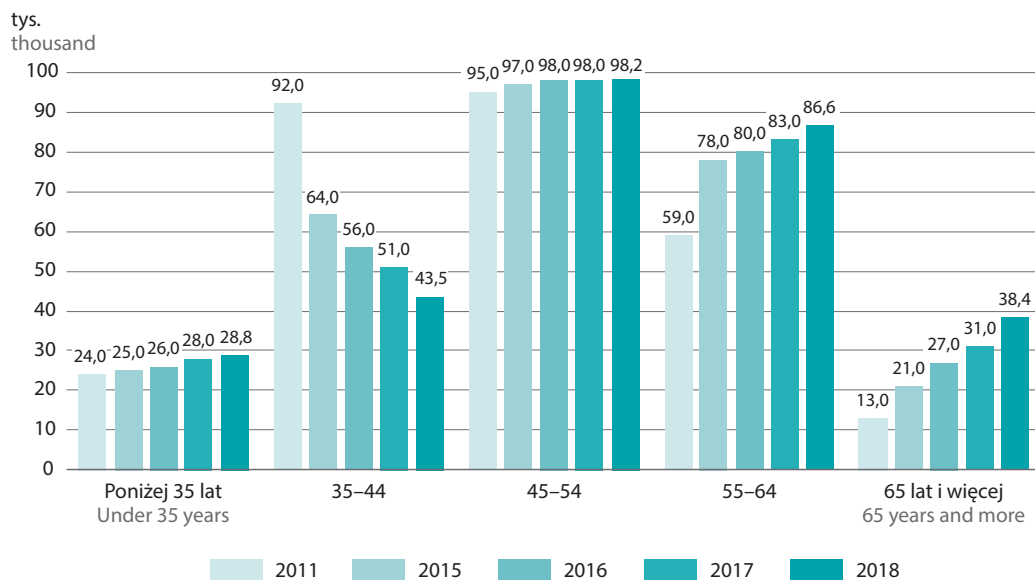
**Wykres 3. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku**  
Chart 3. Dentists entitled to perform their profession by age



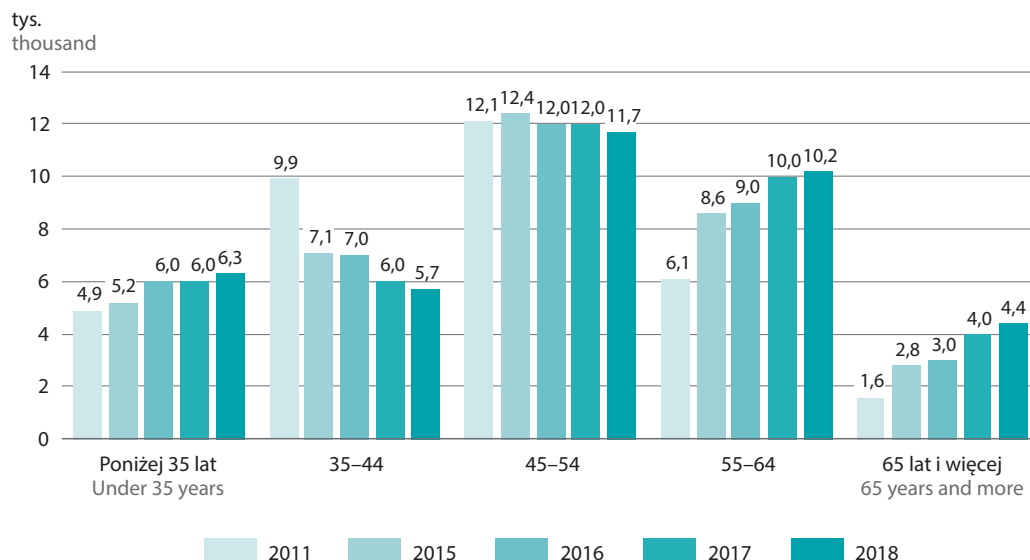
Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. W roku 2018 najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 45–54 lata – 98 tys. Podobnie jak w poprzednim roku najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku poniżej 35 lat. W 2018 r. było ich prawie 29 tys., co stanowiło 9,7% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu pielęgniarki.

Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 65 lat i więcej. W 2018 r. wzrost ten był dość znaczny – o prawie 7 tys. Pielęgniarki w wieku 65 lat i więcej stanowiły 13% wszystkich posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki (w 2011 r. – 4,4%). Podobna sytuacja wystąpiła także w grupie wieku 55–64, gdzie liczba pielęgniarek wzrosła o prawie 4 tys.

**Wykres 4. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku**  
Chart 4. Nurses entitled to perform their profession by age



**Wykres 5. Położne uprawnione do wykonywania zawodu według wieku**  
Chart 5. Midwives entitled to perform their profession by age

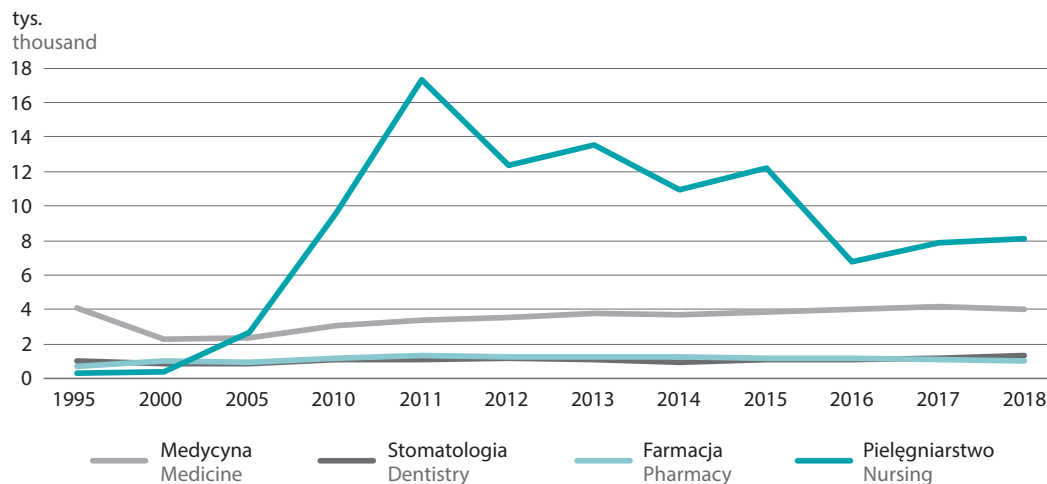


Podobne tendencje jak w roku ubiegłym wystąpiły w strukturze wieku położnych. Największą grupę stanowiły położne w wieku 45–54 lata – ponad 11 tys. osób. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 65 lat i więcej – ponad 4 tys., tj. o 686 osób więcej niż przed rokiem. Położne mające mniej niż 35 lat stanowiły 16,4%, a ich liczba w porównaniu z poprzednim rokiem wzrosła o 119 osób.

Powyższe dane potwierdzają tendencję starzenia się społeczeństwa, co dotyczy także pracowników systemu ochrony zdrowia. Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych, tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego, a także najlepsze wykorzystanie ich potencjału zawodowego, zgodnie z potrzebami systemu oraz wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników.

W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat<sup>5</sup>.

**Wykres 6. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce**  
Chart 6. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland



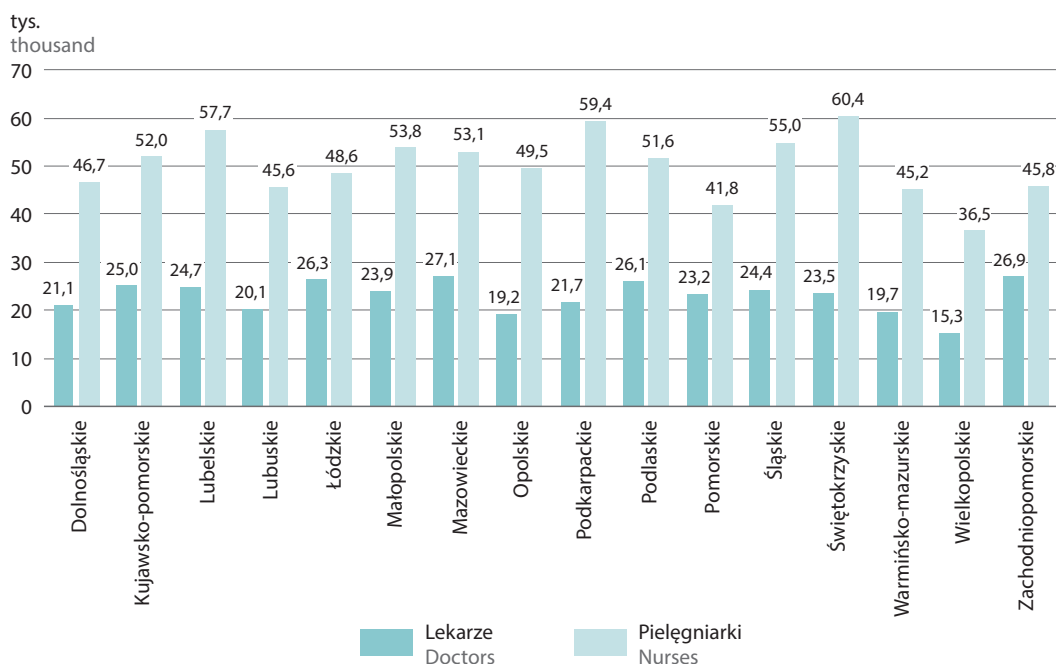
5 Dane GUS – formularz S-10.

Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo<sup>6</sup>. Jednakże w roku 2018 został odnotowany jedynie jej nieznaczny wzrost, jak również wzrost liczby absolwentów na kierunku stomatologia.

### Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem. Lekarze specjaliści

Jedną z najważniejszych kwestii jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego opartej na potrzebach mieszkańców stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność ta zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami. Liczba lekarzy przypadająca na 10 tys. ludności wahała się od 15,3 w województwie wielkopolskim do 27,1 w województwie mazowieckim. Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców w roku 2018 była najniższa w województwie wielkopolskim – 36,5 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców oraz w województwie pomorskim, gdzie przypadają 41,8 pielęgniarki na 10 tys. osób. Najwięcej pielęgniarek było w województwie lubelskim – 57,7 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców, w województwie podkarpackim – 59,4 oraz w świętokrzyskim – 60,4.

**Wykres 7. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności w 2018 r.**  
Chart 7. Doctors and nurses working with patients at 10 thousand of the population in 2018



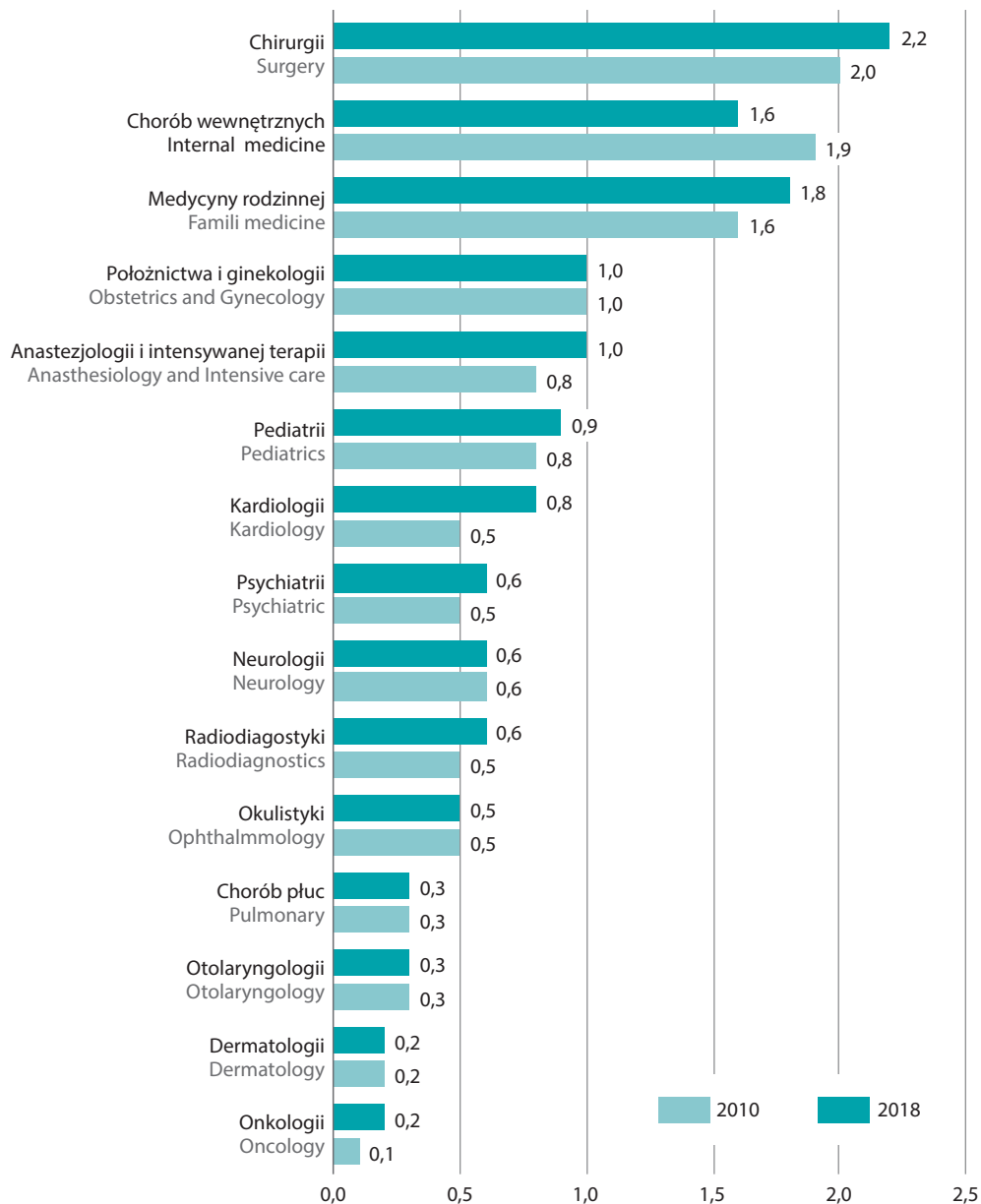
Poza dostępnością pracowników medycznych wyrażoną przez odniesienie liczby pracujących z pacjentem do liczby potencjalnych pacjentów, ważnym czynnikiem wpływającym na jakość opieki zdrowotnej są kwalifikacje kadry medycznej. Na potrzeby niniejszej publikacji przyjęto, że miernikiem poziomu kwalifi-

<sup>6</sup> W latach 2000–2011 obserwowany był znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Był to przede wszystkim efekt wejścia Polski do Unii Europejskiej. Dyplom potwierdzający ukończenie średniej szkoły medycznej nie stanowił już wystarczającego potwierdzenia kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarki muszą mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw. pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe miał się odbyć w roku 2010/2011. Wiąże się z tym, widoczny na wykresie wyraźny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo w roku 2011. Inną przyczyną gwałtownego wzrostu liczby absolwentów kierunku pielęgniarstwo mogły być przypadki podwójnego liczenia absolwenta w statystykach. Ostatnie lata charakteryzowały się wahaniami w liczbie absolwentów kierunku pielęgniarstwo. Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach).

kacji dla lekarzy i lekarzy dentyistów jest odsetek specjalistów<sup>7</sup>, a w odniesieniu do pielęgniarek, położnych i fizjoterapeutów, odsetek osób z wyższym wykształceniem, w tym z tytułem magistra.

**Wykres 8. Lekarze specjaliści (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) w roku 2010 i 2018 (na 10 tys. ludności)**

Chart 8. Doctors specialists (with specialization in the II degree and specialist title) in 2010 and 2018 (per 10 thousand of the population)



W 2018 r. liczba lekarzy specjalistów w Polsce wynosiła ponad 60 tys., a wśród lekarzy dentyistów specjalizację posiadało 2,7 tys., co stanowiło 21,2% wszystkich lekarzy dentyistów. Dobrze przedstawia to

<sup>7</sup> Patrz na str 146 definicja o zawodzie lekarza i lekarza dentyisty. Zarówno w przypadku lekarzy pracujących z pacjentem jak również lekarzy specjalistów, liczby do wyliczenia wskaźnika dotyczą osób wg głównego miejsca pracy, co dla specjalistów oznacza specjalizację wskazaną przez lekarza w głównym miejscu pracy.

wskaźnik dotyczący liczby lekarzy dentyistów przypadających na 10 tys. ludności, który utrzymuje się od lat na podobnym niskim poziomie (2016 r. – 3,5, 2017 r. – 3,5, 2018 r. – 3,4).

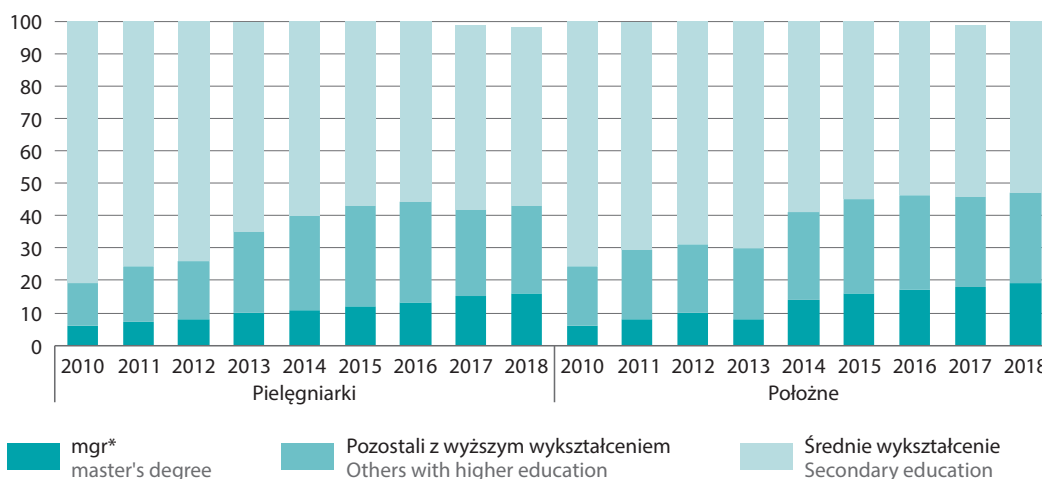
Według opinii krajowych konsultantów można wskazać wiele obszarów, gdzie występują deficyty specjalistów i zachodzą obawy o powiększanie się tych deficytów w przyszłości. Co kilka lat minister zdrowia wydaje rozporządzenie, w którym określone są priorytetowe dziedziny medycyny, czyli te, gdzie brakuje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

Na koniec 2018 r. najczęściej przez lekarzy posiadaną specjalizacją była specjalizacja z zakresu chirurgii, medycyny rodzinnej oraz chorób wewnętrznych. Spośród wymienionych na wykresie lekarzy specjalistów, najmniej liczną grupę stanowili lekarze specjalizujący się w dziedzinach takich jak: onkologia czy dermatologia.

Analiza poziomu wykształcenia pielęgniarek i położnych wykazuje, że w 2018 r., spośród ogółu pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem tytuł magistra pielęgniarstwa posiadało 16%.

### Wykres 9. Poziom wykształcenia pielęgniarek i położnych

Chart 9. The education level of nurses, midwives



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

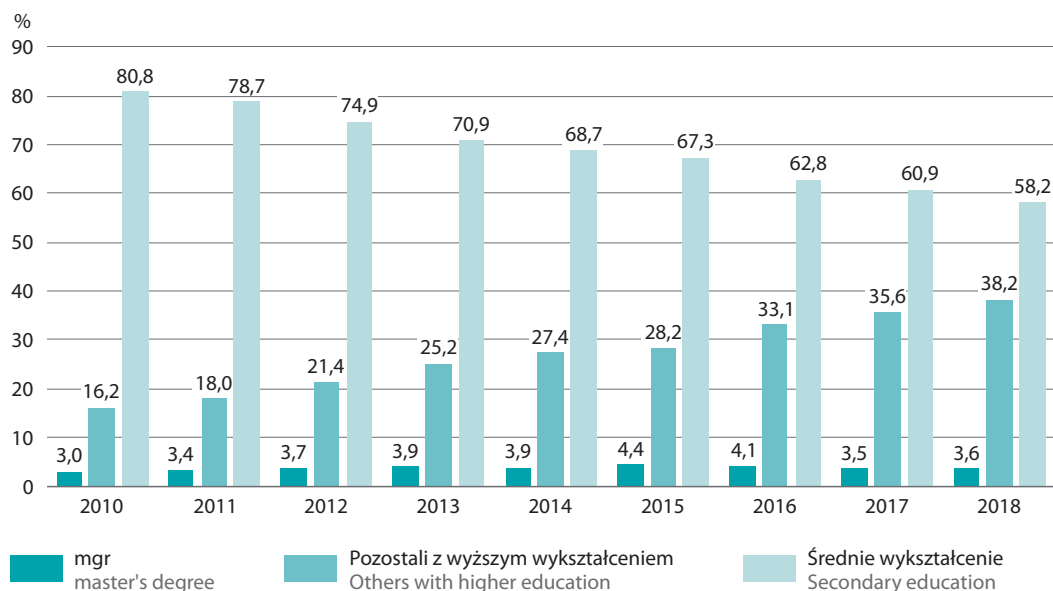
Odsetek osób z tytułem magistra w grupie położnych wyniósł w 2018 r. 19,5%, wskaźnik dotyczący grupy: „pozostali z wyższym wykształceniem” był wyrównany w obu zawodach: w zawodzie pielęgniarki wyniósł 27,5%, natomiast w zawodzie położnej – 28%.

W 2018 r. w systemie ratownictwa medycznego pracowało 8,7 tys. ratowników medycznych<sup>8</sup> ze średnim wykształceniem. Natomiast ratowników medycznych z wykształceniem wyższym magisterskim było 0,5 tys.

<sup>8</sup> Obecnie w Polsce tytuł zawodowy i uprawnienia ratownika medycznego uzyskuje się po ukończeniu 3-letnich studiów licencjackich na uczelni o profilu medycznym. Po ukończeniu wyższych studiów zawodowych uzyskuje się tytuł zawodowy licencjata na kierunku ratownictwo medyczne. Absolwenci ratownictwa medycznego wykonują w myśl znowelizowanej ustawy o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 roku zawód ratownika medycznego. Ratownik medyczny posiadający tytuł licencjata ratownictwa medycznego posiada możliwość podjęcia studiów II stopnia (magisterskich) oraz studiów III stopnia (doktoranckich). Do 2013 r., by zostać ratownikiem medycznym, wystarczyło ukończyć 3-letnie studia lub 2-letnią policealną szkołę średnią oraz uzyskać dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowy ratownik medyczny albo dyplom potwierdzający kwalifikacje zawodowe w zawodzie ratownik medyczny, więcej na stronie: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/ratownicy-medyczni>.

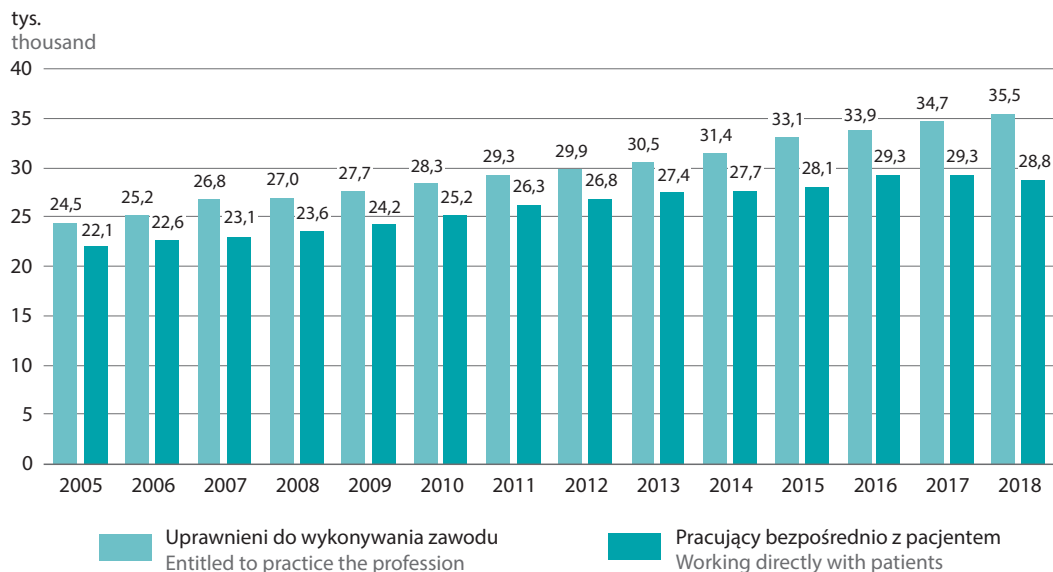


**Wykres 10. Poziom wykształcenia ratowników medycznych**  
Chart 10. The level of education of paramedics



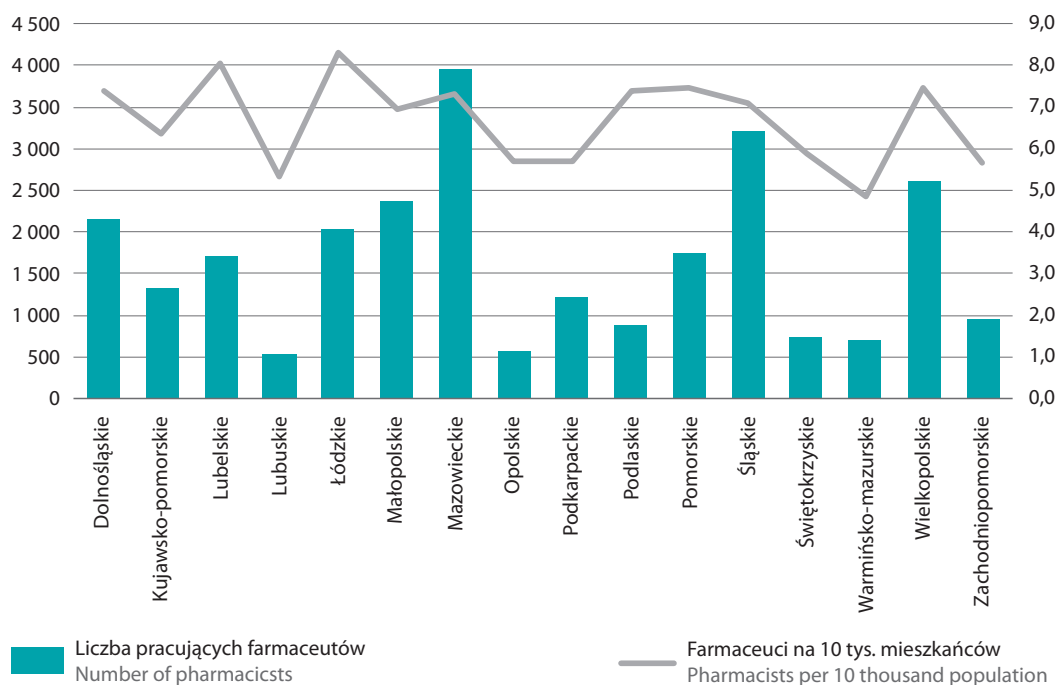
Do wykonywania zawodu farmaceuty w 2018 r. uprawnionych było ponad 35 tys. osób (o 0,7 tys. więcej jak przed rokiem). Dane wskazują, że 75% wszystkich uprawnionych pracowało w aptekach bezpośrednio z pacjentem.

**Wykres 11. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem oraz uprawnieni do wykonywania zawodu**  
Chart 11. Pharmacists working directly with patients and entitled to practice the profession



Liczba osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty systematycznie rośnie. W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2018 r. pracowało prawie 27 tys. magistrów farmacji oraz ponad 33 tys. techników farmaceutycznych.

**Wykres 12. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców w 2018 r.**  
 Chart 12. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population in 2018



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

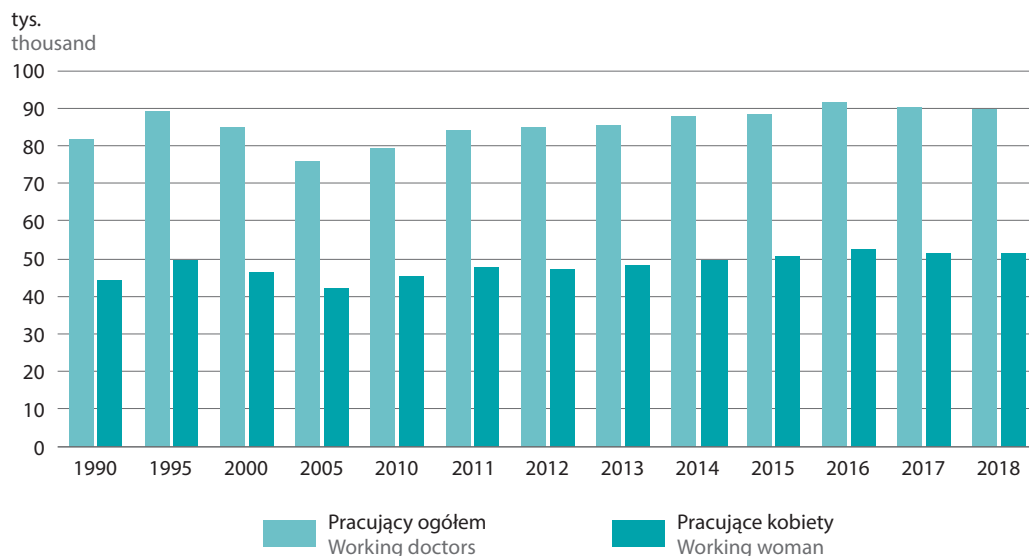
Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy, tak samo jak przed rokiem, w województwie lubelskim i łódzkim – ponad 8 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwach: warmińsko-mazurskim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

### Feminizacja zawodów medycznych

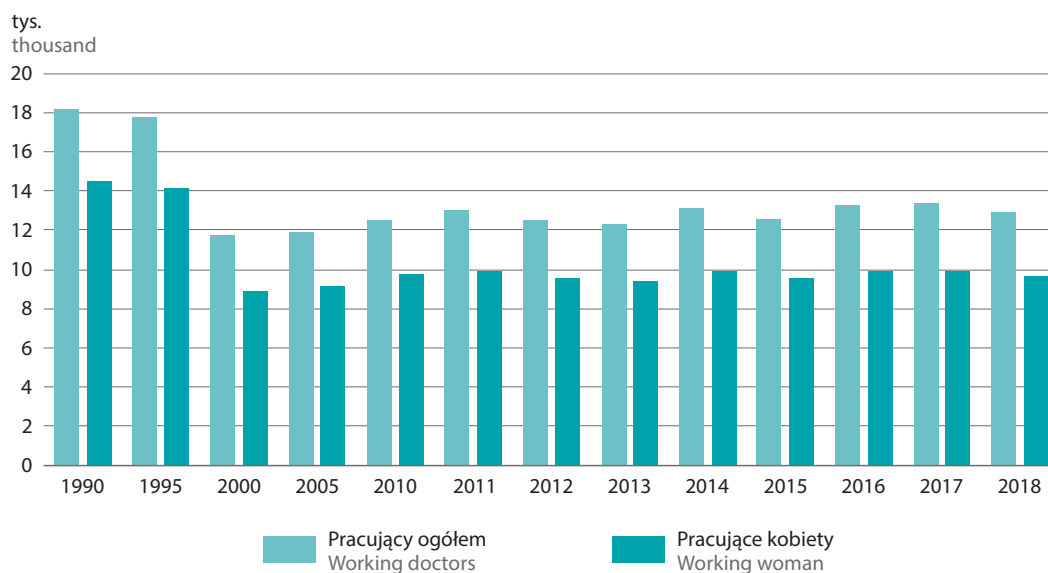
W Polsce w 2018 r. najsilniej sfeminizowane są zawody położnych i pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych oraz farmaceutów. Mniej kobiet jest wśród lekarzy, chociaż i tu ich rola jest dominująca. Na przestrzeni zaprezentowanych w niniejszym podrozdziale 25 lat, kobiety zawsze stanowiły ponad 50% wśród wszystkich lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem. W zawodzie lekarza dentystry także przeważają kobiety, które stanowią prawie 75% wszystkich osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

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

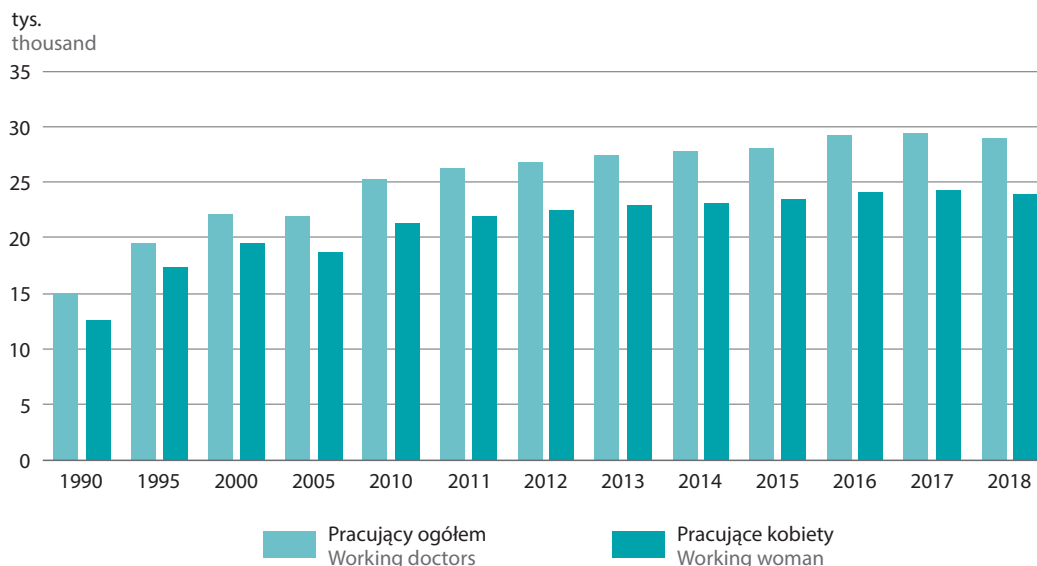
**Wykres 13. Lekarze pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet**  
Chart 13. Doctors working directly with the patient including the number of female



**Wykres 14. Lekarze dentyści pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet**  
Chart 14. Dentists working directly with the patient the number of female



**Wykres 15. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet**  
**Chart 15. Pharmacists working directly with the patient including the number of female**



**Tablica 2. Posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego**  
**Stan w dniu 31 XII**

**Table 2. Persons Entitled to practice medical profession**  
**As of 31 XII**

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017	2018
Lekarze Doctors	134292	142962	144982	146037	149134
Lekarze dentyści Dentists	37104	40455	41194	41281	42282
Farmaceuci Pharmacists	28330	33111	33914	34797	35553
Pielęgniarki Nurses	282420	285431	288446	291864	295464
Położne Midwives	34302	36103	36839	37694	38312
Diagności laboratoryjni <sup>a</sup> Laboratory diagnosticians <sup>a</sup>	12966	15109	15563	16051	16340

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

**Tablica 3. Pracownicy medyczni<sup>a</sup>  
Stan w dniu 31 XII**

Table 3. Medical personnel<sup>a</sup>  
As of 31 XII

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2010	2015	2016	2017	2018
W LICZBACH BEZWZGLĘDNYCH IN ABSOLUTE NUMBERS					
Lekarze Doctors	83201	88437	91730	90284	89532
w tym kobiety of which women	47131	50343	52422	51318	51291
Lekarze dentyści Dentists	12549	12603	13308	13331	12927
w tym kobiety of which women	9717	9544	9930	9918	9664
Farmaceuci Pharmacists	25203	28121	29268	29330	28873
w tym kobiety of which women	21237	23441	24178	24364	23920
Pielęgniarki Nurses	200769	197381	195838	193700	192964 <sup>b</sup>
Położne Midwives	22616	22464	22885	22742	22880 <sup>c</sup>
Fizjoterapeuci Physiotherapists	21470	25145	26003	26495	27787
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	.....	11477	10602	11599	11657
NA 10 tys. LUDNOŚCI PER 10 thousand POPULATION					
Lekarze Doctors	21,6	23,0	23,9	23,5	23,3
Lekarze dentyści Dentists	3,3	3,3	3,5	3,5	3,4
Farmaceuci Pharmacists	6,5	7,3	7,6	7,6	7,5
Pielęgniarki Nurses	52,1	51,4	51,0	50,4	50,2
Położne <sup>d</sup> Midwives <sup>d</sup>	11,4	11,3	11,5	11,5	11,5
Fizjoterapeuci Physiotherapists	5,6	6,5	6,8	6,9	7,2
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	.....	3,0	2,7	3,0	3,0

a W 2015 r. bez stażystów. b, c W tym magistrzy: b — pielęgniarstwa — 31248, c — położnictwa — 4454. d Na 10 tys. kobiet.  
a In 2015 excluding trainees. b, c Of which masters: b — of nursing — 31248, c — of midwifery — 4454. d Per 10 thousand females.

## 2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna

### 2.2. In-patient health care

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

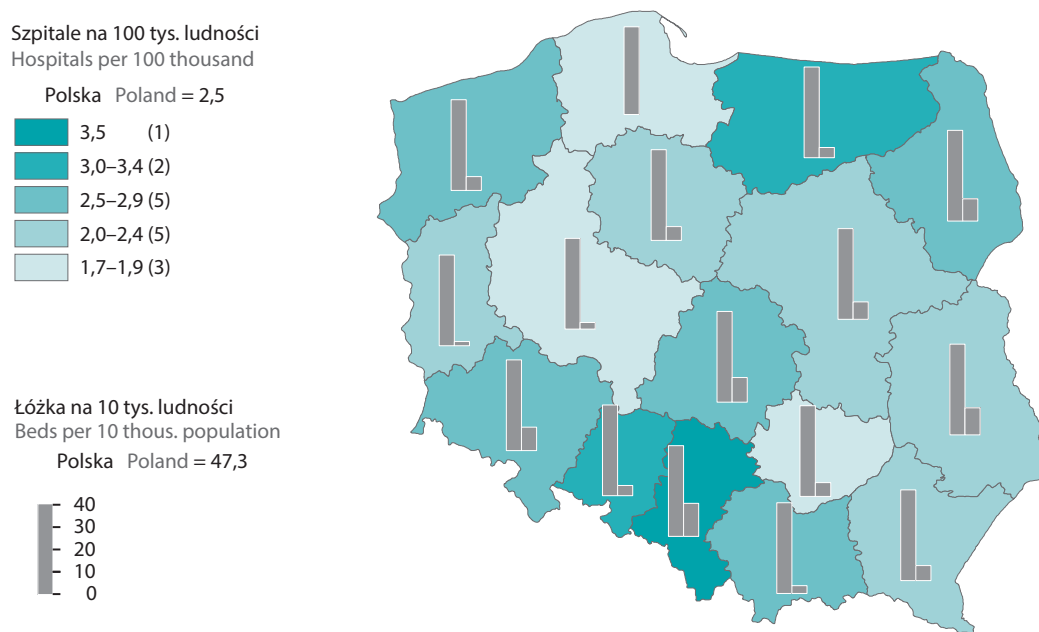
#### Szpitala ogólne

W Polsce na koniec 2018 r. funkcjonowało 949 stacjonarnych szpitali ogólnych, dysponujących 181,7 tys. łóżek oraz 198 szpitali dziennych (lub inaczej „jednego dnia”) oferujących 1,1 tys. miejsc opieki dziennej. Podobnie jak przed rokiem liczba szpitali stacjonarnych na 100 tys. mieszkańców wyniosła 2,5 szpitala natomiast liczba łóżek w przeliczeniu na mieszkańca była niższa niż rok temu i wyniosła 47,3 łóżka na 10 tys. ludności (blisko o 1 łóżko mniej). Oznacza to, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 211 mieszkańców (o 4 mieszkańców więcej niż rok temu).

W okresie ostatnich kilku lat widoczna jest tendencja malejąca zarówno w przypadku wskaźnika liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców (od 2012 r. zmniejszył się o 1,7), jak i w przypadku bezwzględnej liczby łóżek, która w stosunku do 2012 r. zmniejszyła się o 3,8% tj. o 7,1 tys. łóżek.

#### Mapa 2. Szpitale ogólne<sup>9</sup> na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2018)

Map 2. General hospitals<sup>9</sup> per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2018)



Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców był największy w województwach: śląskim, warmińsko-mazurskim i opolskim, a najmniejszy w województwie wielkopolskim, pomorskim i świętokrzyskim. Natomiast wskaźnik liczby łóżek na 10 tys. mieszkańców, podobnie jak przed rokiem, był największy

<sup>9</sup> Bez szpitali dziennych. Excluding day care hospitals.

w województwach: śląskim, lubelskim i łódzkim, a najmniejszy w województwach: pomorskim, lubuskim i wielkopolskim.

W 2018 r., w porównaniu do poprzedniego roku, liczba łóżek przypadająca na 10 tys. mieszkańców poszczególnych województw była mniejsza we wszystkich województwach za wyjątkiem województwa dolnośląskiego, w którym odnotowano nieznaczny wzrost (o 0,1). Największy spadek wystąpił w województwach: świętokrzyskim (o 3,0), warmińsko-mazurskim (o 1,9), wielkopolskim (o 1,6), opolskim (o 1,4), podkarpackim (o 1,3) oraz lubuskim (o 1,1).

Rozpatrując bezwzględną liczbę łóżek, nadal blisko 28% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnodostępnych w Polsce znajdowało się w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim (25,8 tys. łóżek) i śląskim (24,7 tys. łóżek), ale w obu województwach odnotowano mniejszą liczbę łóżek niż przed rokiem (w województwie mazowieckim spadek o 1,1%, a w śląskim o 1,6%). Najmniejsze województwa pod względem liczebności mieszkańców, takie jak województwo lubuskie i opolskie, łącznie skupiały niespełna 5% łóżek w szpitalach ogólnych w kraju (lubuskie – 4,3 tys. łóżek i opolskie – 4,4 tys.).

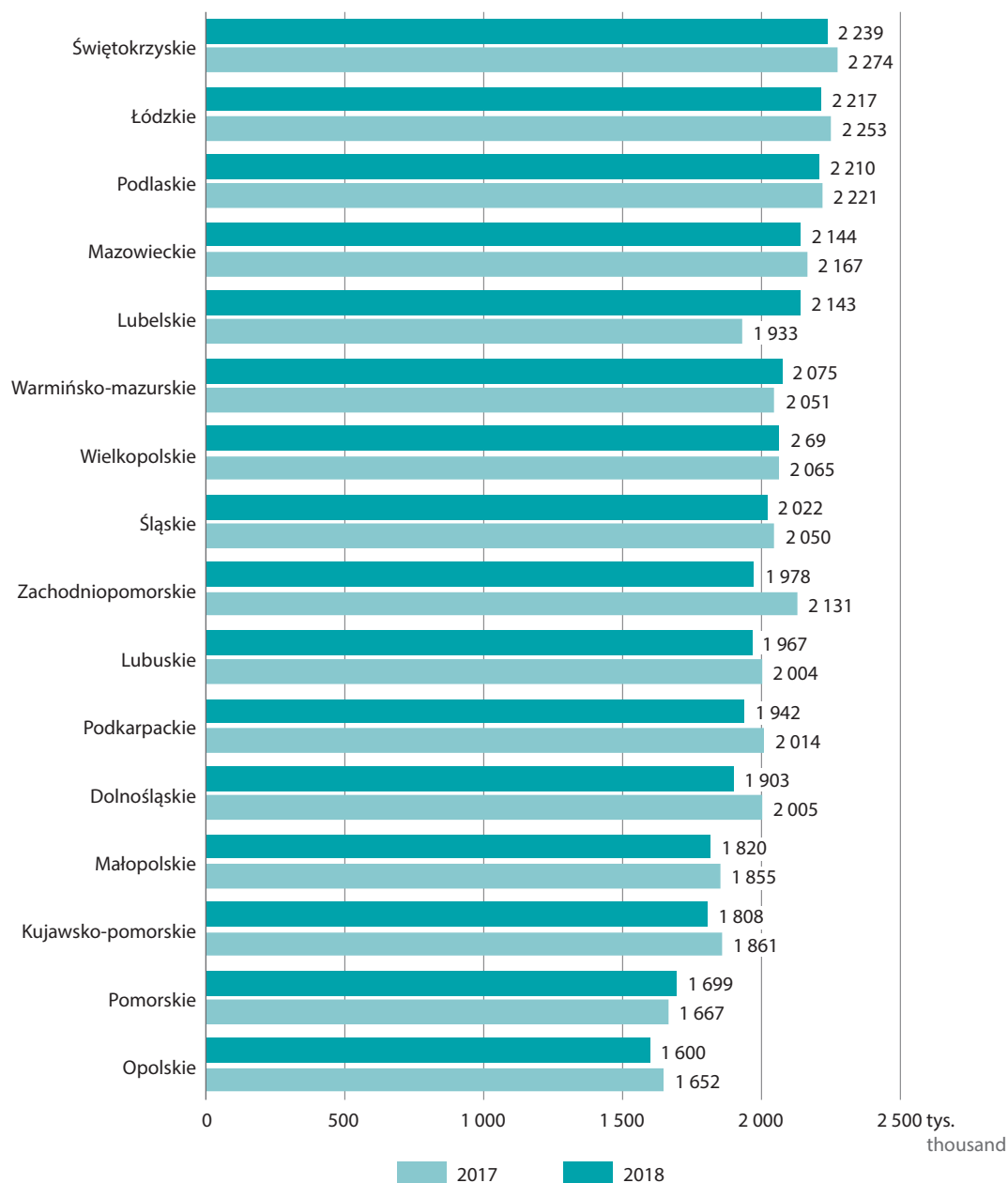
W 2018 r. w szpitalach ogólnych hospitalizowano 7685,0 tys. pacjentów<sup>10</sup> (o 1,1% mniej niż w roku poprzednim) co oznacza, że na 10 tys. ludności Polski hospitalizowano 2001 pacjentów, o 22 mniej w porównaniu do poprzedniego roku. Największy wzrost wskaźnika odnotowano w województwie lubelskim (o 209) natomiast spadek w województwie zachodniopomorskim (o 153) i dolnośląskim (o 103).

W ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych, a także w szpitalach dziennych (tzw. szpitale jednego dnia), leczonych było łącznie, podobnie jak przed rokiem, 3419,4 tys. pacjentów (o 0,5% mniej niż w 2017 r.) przy czym pacjenci szpitali dziennych stanowili 3,9% ogółem leczonych w trybie dziennym.

Analiza bezwzględnej liczby pacjentów leczonych stacjonarnie wskazuje, iż podobnie jak przed rokiem najwięcej hospitalizacji miało miejsce w województwach o największej liczbie mieszkańców, czyli w województwie: mazowieckim (15,0% ogółem w kraju), śląskim (12,0%) i wielkopolskim (9,3%). A najmniej pacjentów przebywało w szpitalach województwa opolskiego (2,1% ogółem leczonych w kraju), lubuskiego (2,6%) i podlaskiego (3,4%), czyli województwach o najmniejszej liczbie ludności. Największy wzrost liczby pacjentów korzystających ze stacjonarnej opieki szpitalnej w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano w województwie lubelskim (o 10,0%) i pomorskim (o 2,3%). Największy spadek – w województwach zachodniopomorskim (o 7,4%) i dolnośląskim (o 5,2% mniej).

<sup>10</sup> Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala (tzw. leczeni bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i przyjęci do szpitala (hospitalizowani). Ten sam pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku, bądź przebywający kilka razy w tym samym szpitalu w ciągu roku, liczony jest za każdy razem niezależnie.

**Wykres 16. Pacjenci hospitalizowani<sup>11</sup> w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw**  
 Chart 16. Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodships

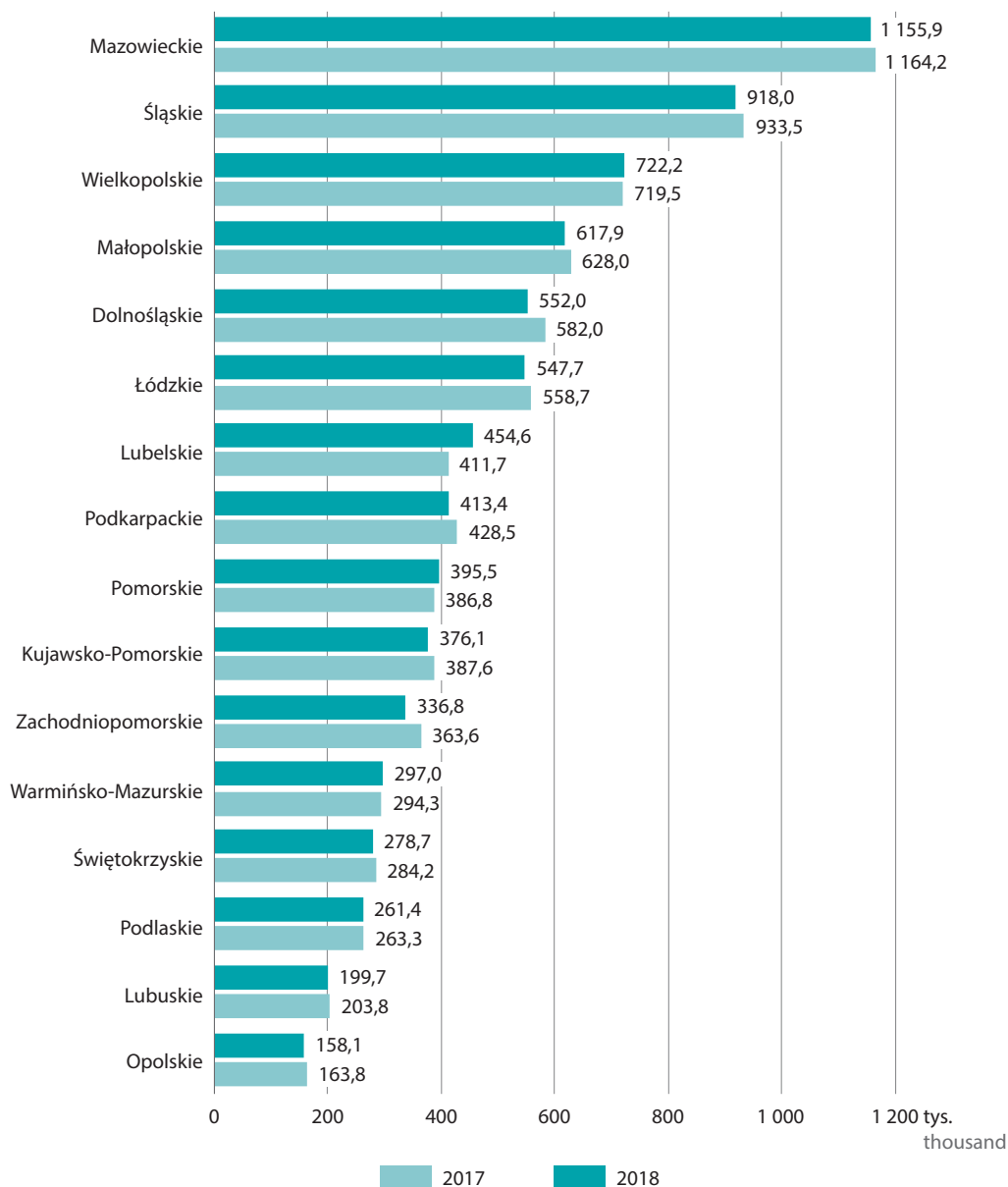


Odsetek dzieci i młodzieży do 18 roku życia, hospitalizowanych w szpitalach ogólnych w kraju, wyniósł 17,3% (tj. 1332,6 tys. osób) i był różny w poszczególnych województwach. W województwach: kujawsko-pomorskim, mazowieckim i warmińsko mazurskim niemal 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (do 18 roku życia), podczas gdy w woj. opolskim było to 11,1%, a w świętokrzyskim 12,7%. Najwięcej dzieci i młodzieży do 18 roku życia odnotowano w szpitalach województwa mazowieckiego (234,5 tys. osób) i było to 17,6% wszystkich dzieci hospitalizowanych w kraju.

<sup>11</sup> Pacjenci wpisani w księgę głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala) i bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta. Patients without inter-wards transfers and regardless of patient's place of residence.



**Wykres 17. Pacjenci hospitalizowani<sup>12</sup> w szpitalach ogólnych według województw**  
 Chart 17. Inpatients in general hospitals by voivodships



W szpitalach ogólnych przyjęto 382,7 tys. porodów (o 2,6% mniej niż przed rokiem), z czego 53,8% stanowiły porody fizjologiczne, a 44,7% cesarskie cięcia. Urodziło się 385,7 tys. dzieci<sup>13</sup> i było to w skali kraju o 2,5% mniej niż w 2017 r., ale o 1,4% więcej w porównaniu do 2016 r.

<sup>12</sup> Pacjenci wpisani w księdze głównej szpitala i hospitalizowani w ciągu roku (są to leczeni stacjonarnie bez ruchu chorych między oddziałami szpitala). Ten sam pacjent przebywający w kilku szpitalach w ciągu roku bądź przebywający kilka razy w tym samym szpitalu liczony jest za każdy razem niezależnie. Patients without inter-wards transfers and regardless of patient's place of residence.

<sup>13</sup> Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dób życia i bez dzieci martwo urodzonych.

Więcej dzieci niż przed rokiem urodziło się w szpitalach 5 województw: lubelskiego (18,9 tys. dzieci, o 5,1% więcej), podkarpackiego (21,2 tys. dzieci, o 2,7%), kujawsko-pomorskiego (20,1 tys., o 1,7%), opolskiego (9,2 tys., o 0,7%) i małopolskiego (38,1 tys., o 0,1% więcej).

W pozostałych województwach urodziło się mniej dzieci niż przed rokiem, przy czym największy spadek odnotowano w województwie lubuskim (o 8,0%), zachodniopomorskim (o 6,7%), warmińsko-mazurskim (o 6,6%), śląskim (o 5,1%), wielkopolskim (o 4,7%) i dolnośląskim (o 4,1%). W województwie mazowieckim, w którym urodziło się najwięcej dzieci (62,3 tys.), spadek był rzędu 2,9%.

## Oddziały szpitalne

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

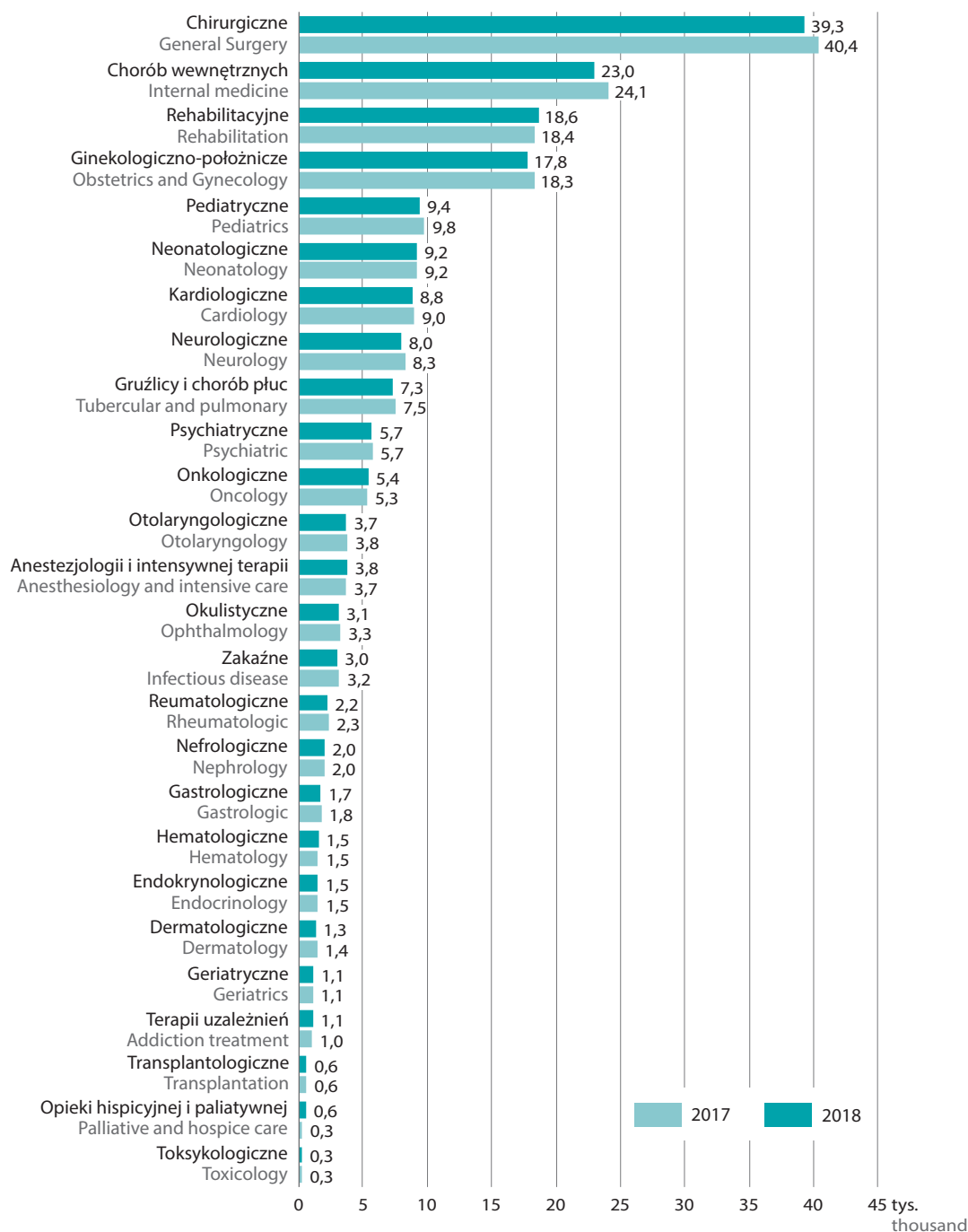
W skali kraju, podobnie jak w latach poprzednich, najwięcej łóżek – 39,3 tys. (tj. 21,6% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych), przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego<sup>14</sup>. Ponad połowa łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (20,1 tys. łóżek) i nieco ponad 1/4 (10,1 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej. Najmniejszą liczbą łóżek, spośród oddziałów o specjalnościach chirurgicznych, dysponowały oddziały chirurgii szczękowo-twarzowej (0,4 tys. łóżek). Oddziałami, posiadającymi znaczną liczbę łóżek, są kolejno oddziały: chorób wewnętrznych (12,7% łóżek), ginekologiczno-położnicze (9,8%), rehabilitacyjne (10,3%), pediatryczne (5,2%), neonatologiczne (5,0%), kardiologiczne (4,9%), neurologiczne (4,4%) oraz gruźlicy i chorób płuc (4,0%).

Najmniejszą liczbą łóżek dysponują m.in. oddziały toksykologiczne (250 łóżek), leczenia jednego dnia (301 łóżek), oddziały opieki hospicyjno-paliatywnej (573 łóżka), a także oddziały transplantologiczne (621 łóżek). Łącznie łóżka na tych oddziałach stanowiły 1,0% wszystkich łóżek w szpitalach ogólnych.

Z roku na rok struktura liczebności łóżek na oddziałach o poszczególnych specjalnościach ulega pewnym wahaniom. W 2018 r. zwiększyła się liczba łóżek m.in. na oddziałach: hospicyjno-paliatywnych (o 292 łóżka, co stanowi około dwukrotny wzrost), rehabilitacyjnych (o 1,6%, tj. o 287 łóżek), terapii uzależnień (o 7,5%, tj. o 78 łóżek), onkologicznych (o 1,4%, tj. o 77 łóżka), anestezjologii i intensywnej terapii (o 1,9%, tj. o 71 łóżek). Oddziały, na których odnotowano największy spadek liczby łóżek w porównaniu do 2017 r. to m.in. oddziały: chorób wewnętrznych (o 4,3%, tj. o 1031 łóżek mniej), oddziały o charakterze chirurgicznym rozpatrywane łącznie (o 2,6%, tj. o 1034 łóżek), oddziały ginekologiczno-położnicze (o 2,7%, tj. o 499 łóżek), pediatryczne (o 4,3%, tj. o 422 łóżka), neurologiczne (o 3,4%, tj. o 282 łóżka), gruźlicy i chorób płuc (o 3,1%, tj. o 231 łóżek), chorób zakaźnych (o 5,6%, tj. o 178 łóżek), okulistyczne (o 5,0%, tj. o 163 łóżka), dermatologiczne (o 8,0%, tj. o 116 łóżek) i otolaryngologiczne (o 2,9%, tj. o 109 łóżek mniej).

<sup>14</sup> Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo-ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym.

**Wykres 18. Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych (stan w dniu 31 grudnia 2018)**  
 Chart 18. Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals (as of 31 December 2018)



W 2018 r. na oddziałach szpitalnych przebywało blisko 8369,8 tys. pacjentów<sup>15</sup>, o 1,1% mniej niż w 2017 r. Podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejszą grupę, blisko 1/4 ogółu leczonych (2055,0 tys. osób, o 0,2%

<sup>15</sup> Leczeni stacjonarnie z tzw. międzyoddziałowym ruchem chorych (suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych i na każdym oddziale pacjent liczony był niezależnie).

mniej niż w 2017 r.) stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków były to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (1025,4 tys. pacjentów).

Kolejną liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych (13,2%, tj. 1102,7 tys. pacjentów) oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych (11,3% ogółem leczonych, tj. 946,1 tys. osób).

Mniejszy odsetek stanowili pacjenci na oddziałach kardiologicznych – 6,9% (tj. 577,1 tys. osób), pediatrycznych – 5,1% (tj. 426,3 tys.), neonatologicznych – 4,7% (tj. 391,2 tys.), onkologicznych – 4,3% (tj. 360,8 tys.) czy neurologicznych (3,9% tj. 329,1 tys. osób).

W 2018 r. największy wzrost liczby pacjentów (kierując się bezwzględną liczbą pacjentów) w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano na oddziałach: onkologicznych (o 4,9%, tj. o 16,9 tys. osób), chirurgii urazowo-ortopedycznej (o 2,4%, tj. o 11,5 tys. osób), hematologicznych (o 6,3%, tj. o 4,7 tys.) opieki paliatywnej (o 20,4%, tj. o 4,7 tys.), neurochirurgicznych (o 4,1%, tj. o 3,6 tys. osób), endokrynologicznych (3,5%, tj. o 3,2 tys. osób) i rehabilitacyjnych (o 1,4%, tj. o 3,1 tys. osób). Największy spadek liczby pacjentów zarejestrowano na oddziałach: chorób wewnętrznych (o 39,4 tys. osób, tj. o 4,0% mniej), okulistycznych (o 33,0 tys., tj. o 10,3%), ginekologiczno-położniczych (o 29,5 tys., tj. o 2,6%), chorób zakaźnych (o 25,6 tys., tj. o 17,0%), pediatrycznych (o 20,5 tys., tj. o 4,6%) i neonatologicznych (o 18,7 tys. osób mniej).

Istotnych informacji obrazujących działalność szpitali i oddziałów szpitalnych dostarcza porównanie liczby pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych (leczeni z ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (tzw. leczeni bez ruchu chorych). Na podstawie tych danych szacunkowa wielkość tzw. ruchu chorych dla wszystkich szpitali w kraju w 2018 r., wyniosła 8,9%, przy czym największy ruch chorych odnotowały szpitale w województwie pomorskim (blisko 24,6%) natomiast najmniejszy w województwie świętokrzyskim (niespełna 2,6%). Znaczące różnice w wielkości ruchu chorych pomiędzy województwami mogą być przejawem nie tylko faktycznego poziomu ruchu chorych, ale także mogą wynikać z różnych zasad elektronicznej rejestracji pacjentów w poszczególnych szpitalach.

Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest tzw. wskaźnik przelotowości<sup>16</sup> oraz średni czas pobytu na oddziale<sup>17</sup>.

W skali kraju wskaźnik przelotowości dla wszystkich oddziałów łącznie był podobny jak przed rokiem i wyniósł 45,6 pacjenta na jedno łóżko.

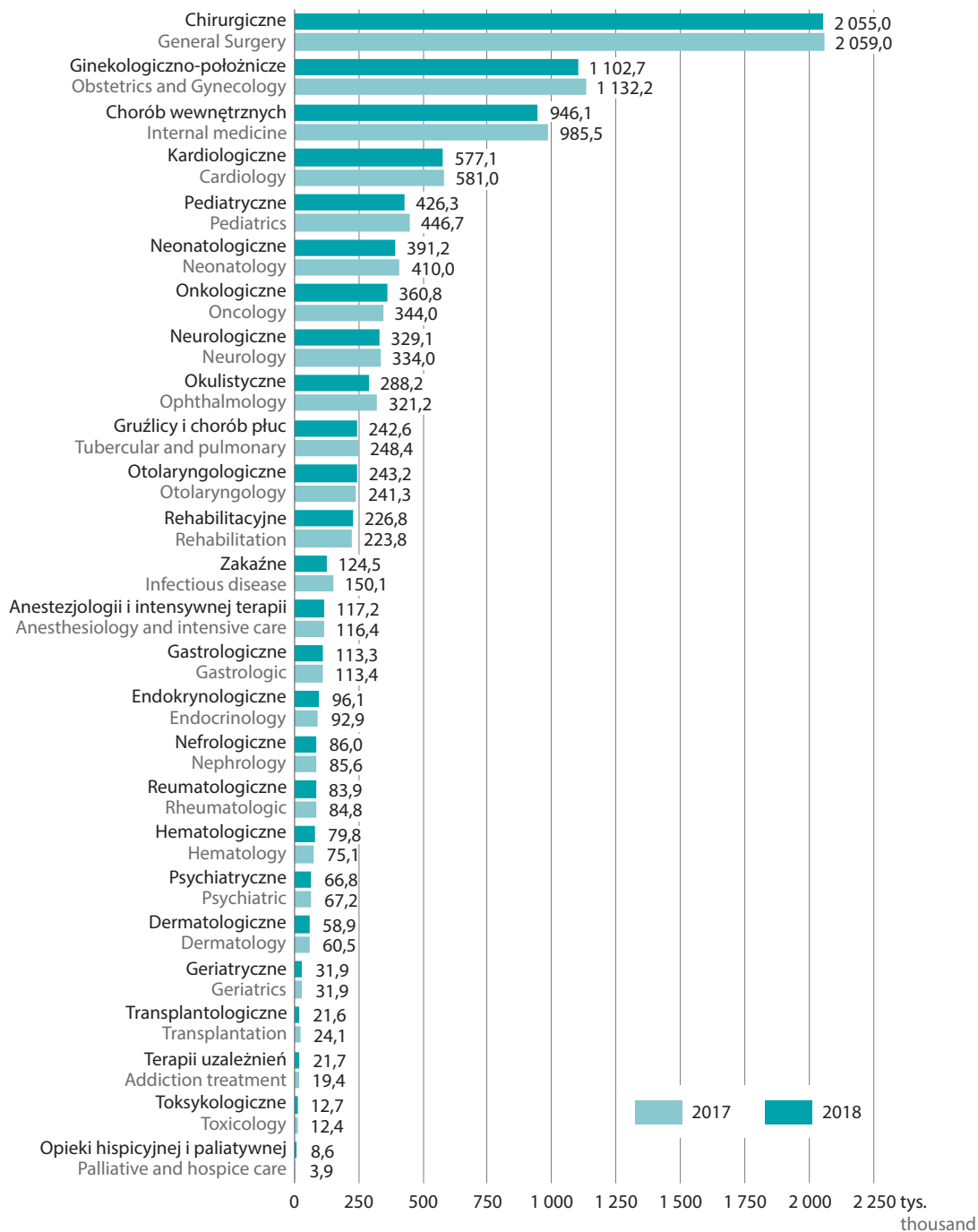
Podobnie jak w latach ubiegłych, największą liczbę pacjentów w przeliczeniu na łóżko szpitalne odnotowano na oddziałach okulistycznych (91, o 6 mniej niż przed rokiem), urologicznych (70, o 1 więcej), chirurgicznych dla dzieci (66, o 1 mniej) oraz onkologicznych (65 bez zmian do roku poprzedniego). Natomiast najmniej pacjentów na łóżko przypadało na oddziałach: psychiatrycznych i rehabilitacyjnych (12, bez zmiany do roku poprzedniego), opieki paliatywnej i hospicyjnej (15, bez zmiany do roku poprzedniego) czy terapii uzależnień<sup>18</sup> (20, o 1 więcej niż w roku poprzednim). W największym stopniu uległ zmianie na oddziałach neurochirurgicznych (42, o 5 więcej), chirurgii urazowo-ortopedycznej (49, o 4 więcej), otolaryngologicznych (65, o 3 więcej), hematologicznych (53, o 3 więcej), chirurgii szczękowo-twarzowej (50, o 6 mniej) i oddziałach chorób zakaźnych (40, o 7 mniej).

<sup>16</sup> Wskaźnik tzw. przelotowości – iloraz liczby pacjentów na oddziale i przeciętnej miesięcznej liczby łóżek w roku na oddziale.

<sup>17</sup> Iloraz osobodni pobytu i leczonych na oddziale.

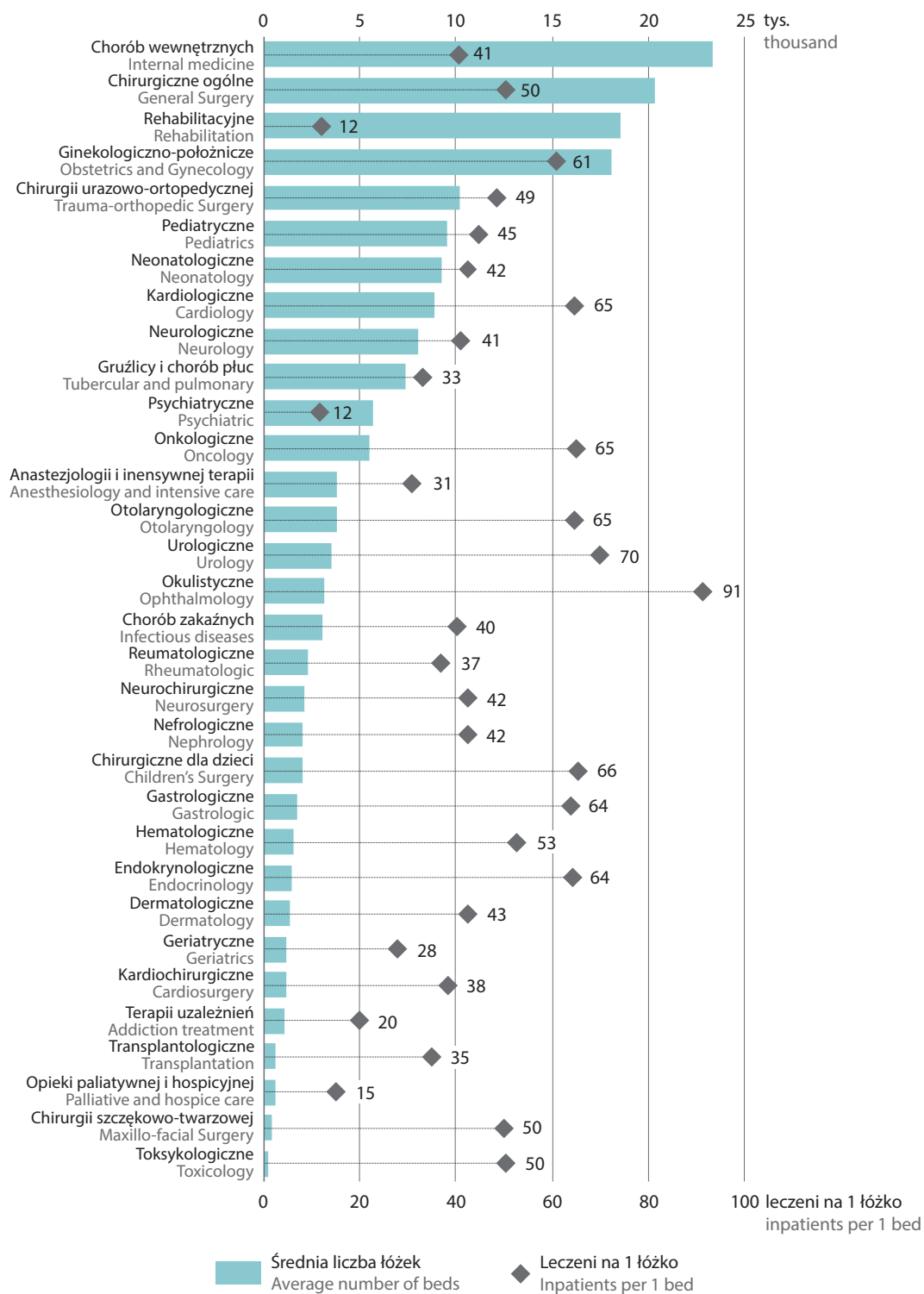
<sup>18</sup> Do 2016 r. były to oddziały odwykowe.

**Wykres 19. Pacjenci leczenia stacjonarnie na oddziałach<sup>19</sup> w szpitalach ogólnych**  
 Chart 19. Number of inpatients in wards of general hospitals

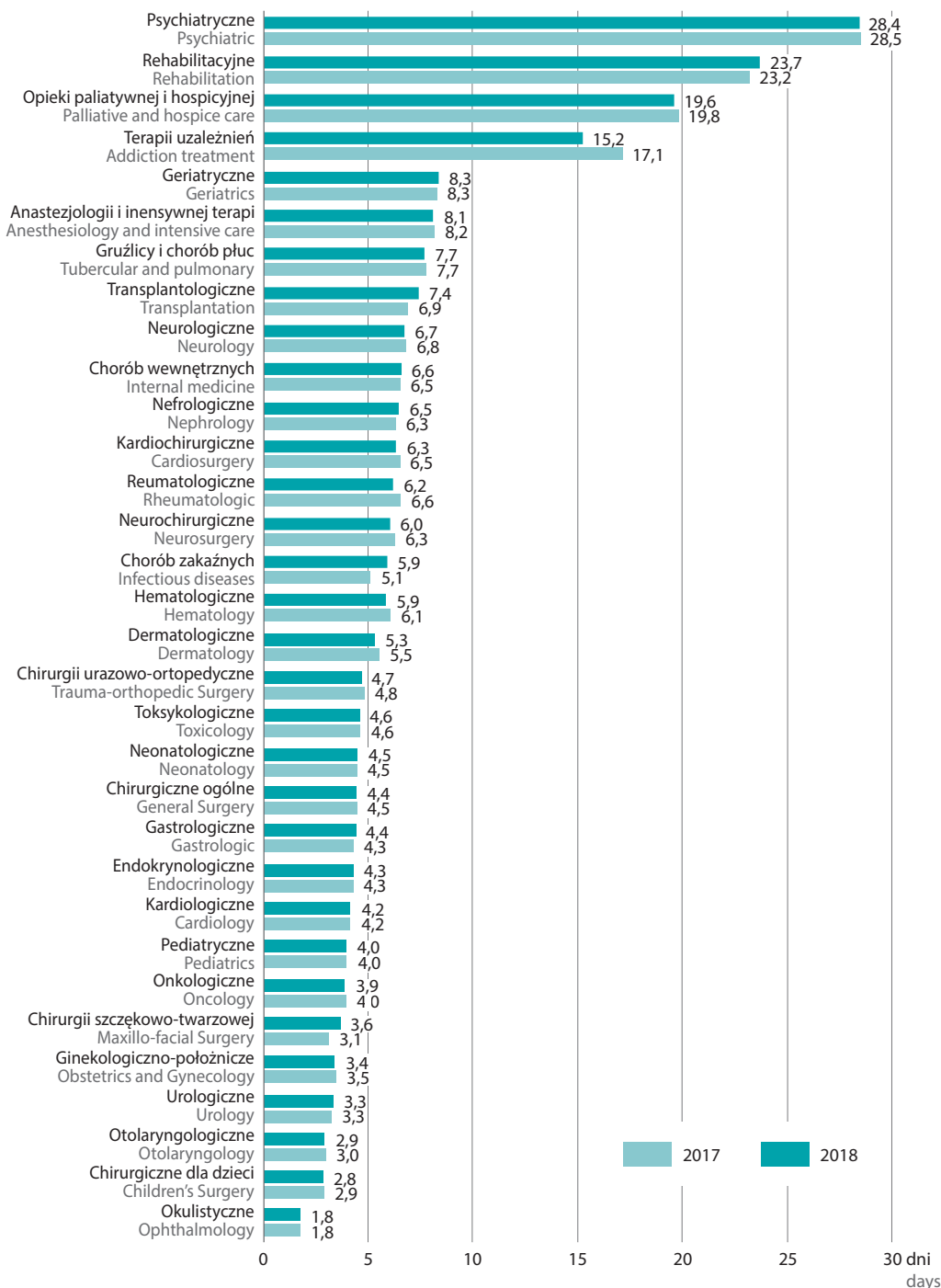


<sup>19</sup> Łącznie z ruchem między oddziałami szpitala. Patrz przypis nr 16 na str. 45.

**Wykres 20. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2018 r.**  
**Chart 20. Beds and number of impatients per one bed in wards of general hospitals in 2018**



**Wykres 21. Średnia liczba dni pobytu pacjenta na oddziałach szpitalnych**  
 Chart 21. Average patient stay in hospital wards by types of wards



W 2018 r. średni czas pobytu<sup>20</sup> chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju, wyniósł 5,3 dnia i nie zmienił się w porównaniu do 2017 r., natomiast w odniesieniu do 2010 r. był krótszy o 0,4 dnia.

Średni czas pobytu pacjentów na oddziale wahał się w zależności od rodzaju oddziału od 28,4 dnia na oddziałach psychiatrycznych do 1,8 dnia na oddziałach okulistycznych. W odniesieniu do roku poprzedniego w największym stopniu uległ zmianie na oddziałach chorób zakaźnych (był o 0,8 dnia dłuższy) i oddziałach terapii uzależnień (był o 1,9 dnia krótszy).

W ujęciu regionalnym (wojewódzkim) średni pobyt pacjenta na oddziałach szpitalnych był najdłuższy na terenie województwa śląskiego (6,0 dnia), lubelskiego (6,0 dnia), oraz małopolskiego (5,8 dnia), a najkrótszy w województwie pomorskim (4,5 dnia), wielkopolskim (4,6 dnia), podlaskim i warmińsko-mazurskim (po 4,9 dnia). W 2018 r. w większości województw średni czas pobytu pacjenta był zbliżony jak przed rokiem przy czym w województwie zachodniopomorskim wydłużył się o 0,4 dnia, a w województwie pomorskim uległ skróceniu o 0,6 dnia.

Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie<sup>21</sup> łóżek w ciągu roku. Wskaźnik ten dla wszystkich szpitali w Polsce wyniósł 66,2% lub inaczej 241 dni i było to o 1 dzień więcej niż w 2017 r. i o 8 dni mniej niż w 2010 r.

W 2018 r. w przekroju wojewódzkim baza łóżkowa szpitali ogólnych była wykorzystana w największym stopniu w województwach: lubelskim (70,9%), małopolskim (69,9%) i świętokrzyskim (69,0%). Najniższe wykorzystanie łóżek odnotowano w województwach: podlaskim (61,9%), śląskim (64,0%) i kujawsko-pomorskim (64,1%). W województwie mazowieckim wskaźnik ten wyniósł 67,6%, o 0,9 p. proc. mniej niż w roku poprzednim.

W sześciu województwach wykorzystanie łóżek wzrosło, przy czym wzrost mieścił się w zakresie 7,5 p. proc. w województwie wielkopolskim do 0,3 p. proc. w województwie opolskim. W pozostałych województwach łóżka były wykorzystane w mniejszym stopniu niż przed rokiem. Spadek wartości wskaźnika mieścił się w zakresie od 0,1 p. proc. w województwie kujawsko-pomorskim do 1,9 p. proc. w województwie podlaskim.

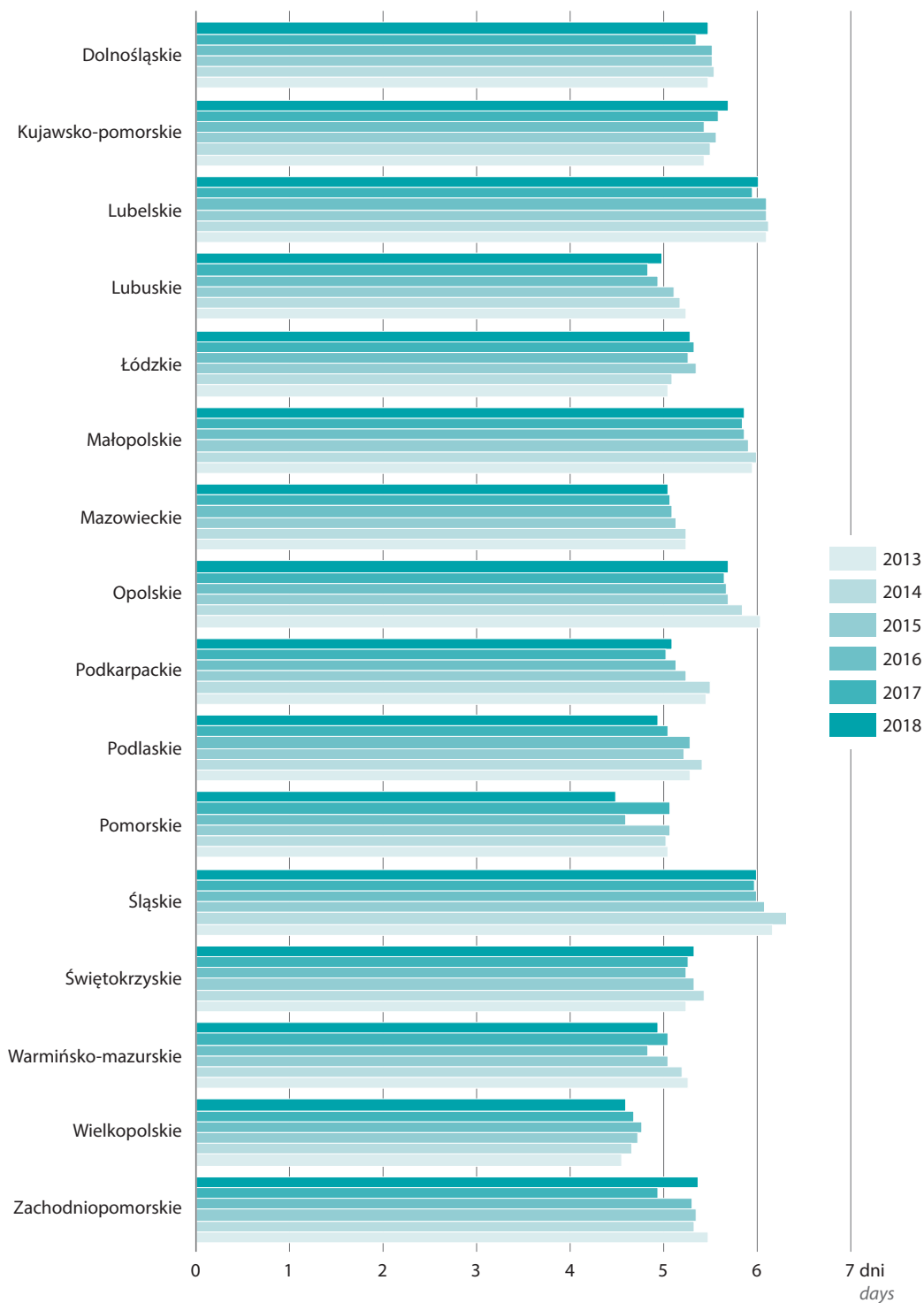
---

<sup>20</sup> Iloraz osobodni pobytu pacjenta na oddziale i liczby leczonych na oddziale.

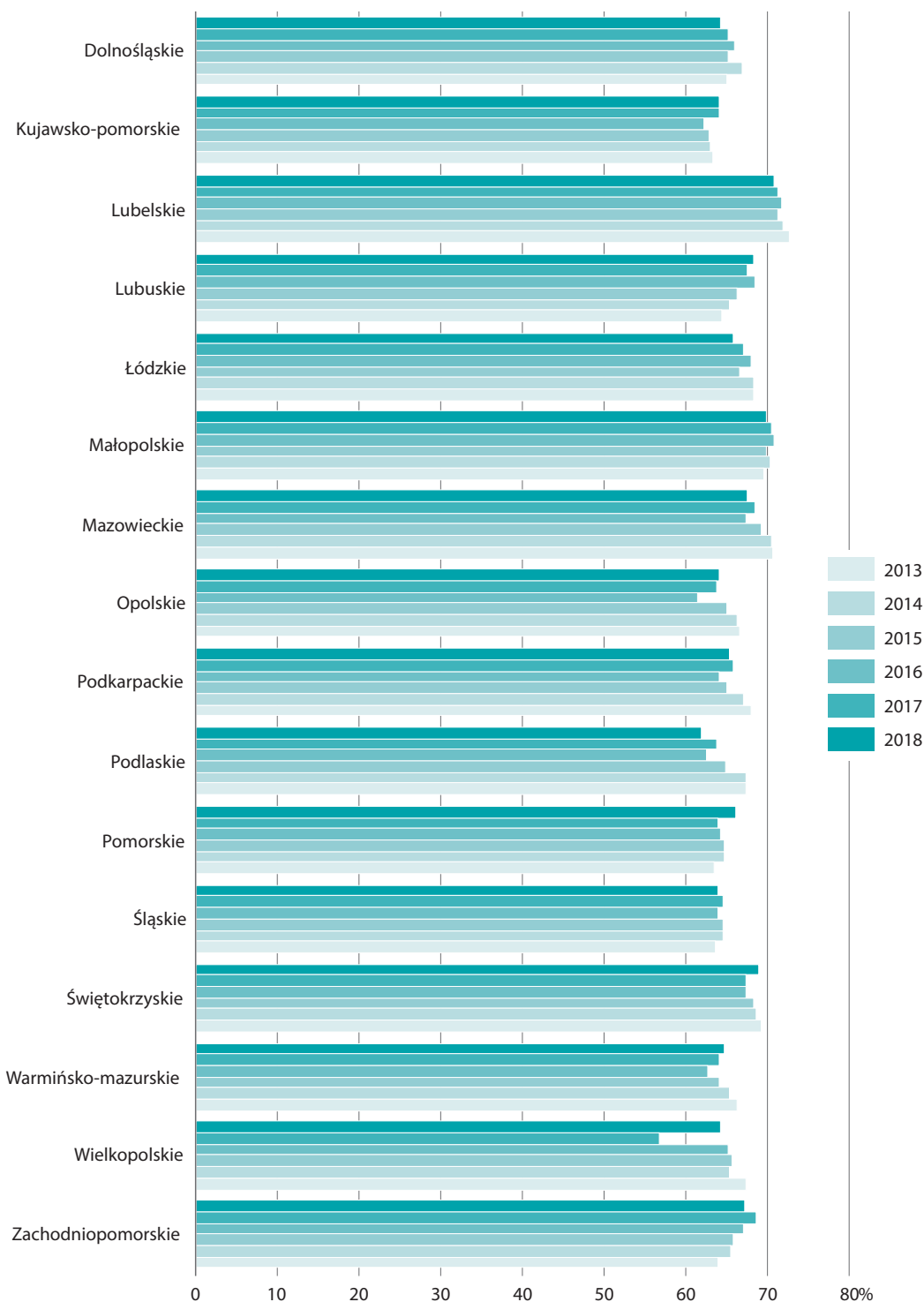
<sup>21</sup> Iloraz osobodni pobytu pacjenta i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział % dni w roku.



**Wykres 22. Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw**  
 Chart 22. Average patient stay in hospital wards by voivodships



**Wykres 23. Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw [%]**  
 Chart 23. Usage of beds in general hospitals by voivodships [%]



Omawiane powyżej wskaźniki charakteryzują i opisują działalność oddziałów o różnych specjalnościach i mogą stanowić cenne uzupełnienie informacji o specyfice poszczególnych oddziałów i ich przeznaczeniu w procesie leczenia. Inny bowiem charakter mają oddziały intensywnej terapii pełniące szczególną rolę

w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiochirurgiczne, w których wykonywane są operacje, prowadzona jest diagnostyka, sprawowana jest szeroka opieka przed- i pooperacyjna. Jeszcze inne funkcje pełnią oddziały rehabilitacyjne, na których przebywają pacjenci z zakończonym procesem właściwego leczenia, ale w dalszym ciągu wymagający stałego nadzoru lekarskiego, profesjonalnej pielęgnacji oraz prowadzenia zabiegów ukierunkowanych na określony długoterminowy efekt leczniczy.

### Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej

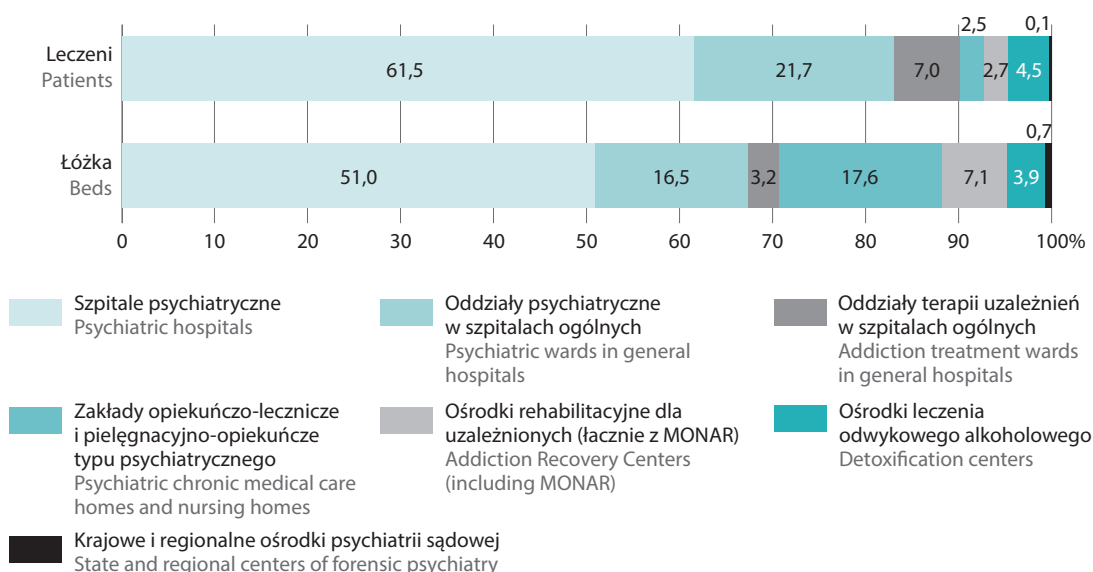
Do zakładów stacjonarnej całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się: szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze typu psychiatrycznego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

W 2018 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną<sup>22</sup> przeznaczonych było łącznie 34,4 tys. łóżek (o 0,2% mniej niż w 2017 r.). Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (24,3 tys. łóżek, o 0,8% mniej) realizowaną w szpitalach psychiatrycznych oraz w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych i oddziałach terapii uzależnień.

Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według typu zakładu nie uległa znaczącym zmianom. Łóżka wykorzystywane na leczenie szpitalne stanowiły 70,7% łóżek psychiatrycznych, łóżka przeznaczone na psychiatryczną opiekę długoterminową (zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze) skupiały 17,6% łóżek, a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, zakłady MONAR, Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej) dysponowały łącznie 11,6% łóżek.

### Wykres 24. Struktura łóżek (stan w dniu 31 grudnia 2018 r.) i pacjentów zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej (w ciągu roku)

Chart 24. Structure of beds (as of 31 December 2018) and inpatients of psychiatric facilities (during the year)



Na koniec 2018 r. na terenie kraju odnotowano, podobnie jak przed rokiem, 48 **szpitali psychiatrycznych**, dysponujących 17,5 tys. łóżek (o 1,2% mniej niż w końcu 2017 r.). Przebywało w nich 189,1 tys. pacjentów, o 3,4% (6,7 tys.) osób mniej niż w 2017 r.

Największą liczbę łóżek odnotowano w szpitalach psychiatrycznych województwa mazowieckiego (2,8 tys.), śląskiego (2,2 tys.) i wielkopolskiego (1,6 tys.), w których przebywało blisko 40% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w kraju.

<sup>22</sup> Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i terapii uzależnień w szpitalach ogólnych.

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także na 155 **oddziałach psychiatrycznych** i 49 **oddziałach terapii uzależnień w szpitalach ogólnych**. W oddziałach tych dostępnych było, podobnie jak przed rokiem, 6,8 tys. łóżek, z czego 83,6% łóżek znajdowało się na oddziałach psychiatrycznych, a pozostałe na oddziałach terapii uzależnień. Łącznie na obu typach oddziałów hospitalizowanych było 88,5 tys. pacjentów (o 2,3% więcej niż w roku poprzednim) przy czym pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili 75,5%.

Średni czas hospitalizacji (pobyt chorego) w szpitalu psychiatrycznym trwał 31,4 dnia, natomiast w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był nieco krótszy i wyniósł 28,4 dnia, a na oddziałach terapii uzależnień – 15,2 dnia.

Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwie podkarpackim (blisko 48 dni), następnie w małopolskim (41 dni) i śląskim (40 dni), a najkrótszy – w województwie opolskim (19 dni) i wielkopolskim (24 dni).

Kolejnym rodzajem placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób z problemami psychicznymi są **ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych oraz zakłady MONAR**. W 2018 r., dysponowały one łącznie 2,4 tys. łóżek (o 0,2% łóżek mniej niż w roku poprzednim), a skorzystało z nich 8,3 tys. osób uzależnionych (o 2,5% więcej niż w 2017 r.). Blisko 63,5% podopiecznych obu typów zakładów przebywało<sup>23</sup> w placówkach zlokalizowanych w pięciu województwach: mazowieckim, pomorskim, śląskim, zachodniopomorskim i lubuskim.

Podobnie jak przed rokiem, w 2018 r., na terenie kraju działało 29 **ośrodków rehabilitacyjnych dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych**. Dysponowały one podobną liczbą łóżek jak w 2017 r. (1,3 tys. łóżek), a skorzystało z nich 4,3 tys. osób (o 8,1% więcej niż w poprzednim roku). Średni czas pobytu w tego typu placówkach wyniósł 92,4 dnia i był o 10,3 dnia krótszy niż w 2017 r.

Liczba zakładów **MONAR** (26 placówek) nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego. Baza łóżkowa zwiększyła się o 29 łóżek (tj. o 2,6%). Opieki udzielono 4,1 tys. osób i było to o 2,7% mniej niż w 2017 r. Najwięcej placówek tego typu działało w województwie mazowieckim (6), zachodniopomorskim (4), wielkopolskim (3) i łódzkim (3). Dysponowały one także największą liczbą miejsc i udzieliły wsparcia blisko 2/3 ogółem leczonych w takich ośrodkach. Średni pobyt w placówkach poszczególnych województw wahał się od 322 dni w województwie świętokrzyskim do 49 dni w województwie mazowieckim. Średnio dla kraju wyniósł 86 dni i był o 3,0 dnia dłuższy w stosunku do 2017 r.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych, na terenie kraju funkcjonowało, podobnie jak przed rokiem, 26 **ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego**. Dysponowały one 1,3 tys. łóżek, z których skorzystało 13,8 tys. osób (o 1,3% mniej). Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 29,5 dnia i był blisko 14 dni dłuższy niż średni pobyt na oddziałach terapii uzależnień w szpitalach ogólnych (15,2 dnia). W zależności od województwa średni pobyt leczonego znacznie się wahał – od 18,9 dnia w województwie łódzkim do 65,9 dnia w województwie mazowieckim.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym są **Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej**. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych, skierowani do ośrodka przez Sąd, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne. Podobnie jak przed rokiem, w 2018 r. na terenie kraju odnotowano 5 ośrodków psychiatrii sądowej, dysponujących łącznie 250 łózkami. Przebywało w nich 358 osób (o 44 osoby więcej niż w roku poprzednim), a średni czas pobytu pacjenta wyniósł 209,4 dnia i był o 21 dni dłuższy niż w 2017 r.

## Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

Wobec postępującego procesu starzenia się społeczeństwa istotną rolę w systemie opieki zdrowotnej pełnią zakłady opieki długoterminowej, zapewniające pacjentom całodobowe świadczenia pielęgnacyjne, opiekuńcze i rehabilitacyjne, a także kontynuację leczenia farmakologicznego i dietetycznego w dłuższym okresie czasu.

<sup>23</sup> Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

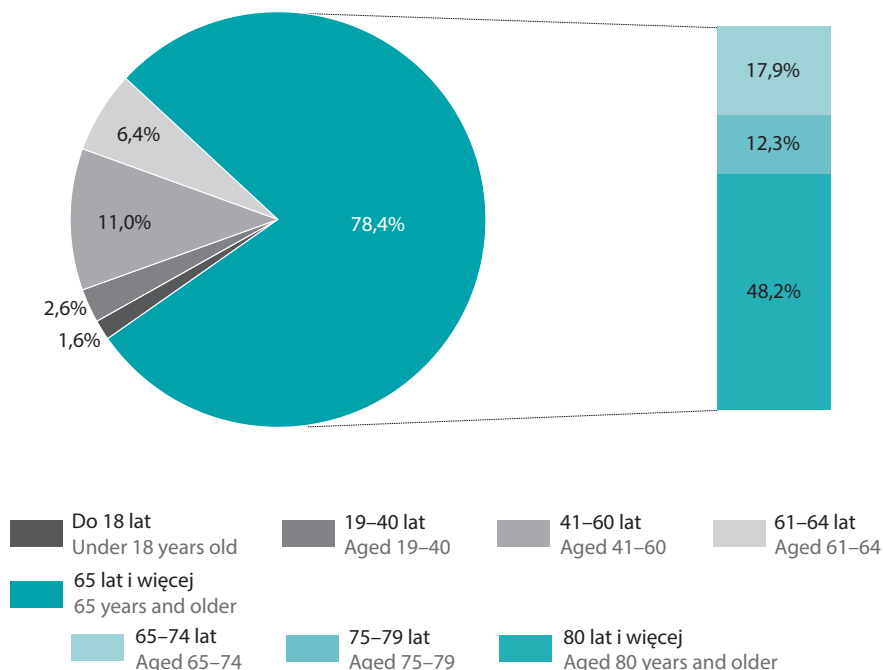
Opieka długoterminowa świadczona jest w zakładach opiekuńczo-leczniczych oraz pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym, a także zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. Inną formą opieki medycznej, często łączoną z opieką długoterminową, jest opieka hospicyjno-paliatywna mająca na celu łagodzenie bólu i cierpienia pacjenta w szczyłowym okresie jego życia.

W 2018 r. na terenie kraju funkcjonowało 590 zakładów typu leczniczo-pielęgnacyjnego<sup>24</sup>, o 2,4% więcej niż w 2017 r. i 184 stacjonarne placówki świadczące usługi hospicyjno-paliatywne<sup>25</sup>. Stacjonarne placówki opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 37,5 tys. łóżek, i było to o 3,1% więcej niż w 2017 r. Zapewniły opiekę w warunkach stacjonarnych 102,3 tys. osób, o blisko 2,2% więcej niż w poprzednim roku.

Analiza struktury płci i wieku osób przebywających w tego typu placówkach<sup>26</sup> nie zmieniła się istotnie w porównaniu do 2017 r. Podopieczni w wieku 65 lat i więcej stanowili 78,4% ogółu leczonych, przy czym osoby w wieku tzw. późnej starości (80 lat i więcej) stanowiły najliczniejszą grupę. Ich udział w ogółem leczonych był o 0,7 p. proc. większy niż przed rokiem.

**Wykres 25. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2018)**

Chart 25. Age structure of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2018)



Podobnie jak przed rokiem w zakładach tych przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (66,4%) niż mężczyzn (33,6%), przy czym, w grupie wiekowej 65 lat i więcej, na jednego mężczyznę przypadały blisko 3 kobiety, a w najstarszej grupie (80 lat i więcej) na jednego mężczyznę przypadało blisko 5 kobiet (w 2017 r. – 4 kobiety). W młodszych grupach wiekowych przeważali mężczyźni. W wieku do 65 roku życia mężczyźni stanowili 61,0%, a kobiety 39,0%.

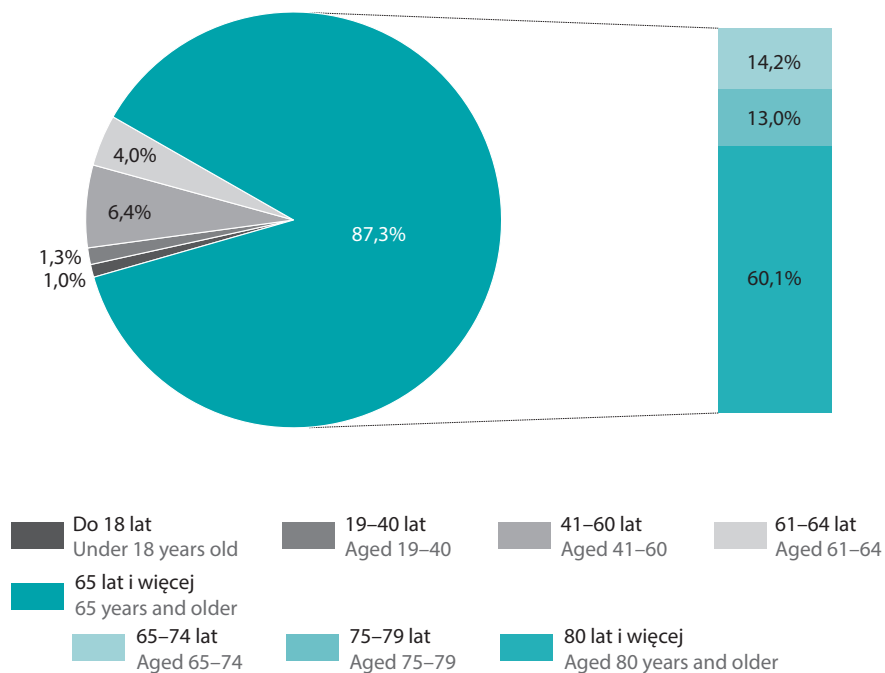
<sup>24</sup> Zakłady opiekuńczo-lecznicze oraz pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu ogólnym, a także zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o profilu psychiatrycznym.

<sup>25</sup> Hospicja stacjonarne, oddziały opieki paliatywnej oraz oddziały hospicyjno-paliatywne działające w szpitalach ogólnych.

<sup>26</sup> Struktura wieku pacjentów (według stanu pacjentów w dniu 31 grudnia) dotyczy zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych ogólnych i psychiatrycznych, hospicjów i oddziałów opieki paliatywnej; nie dotyczy oddziałów hospicyjno-paliatywnych w szpitalach ogólnych.

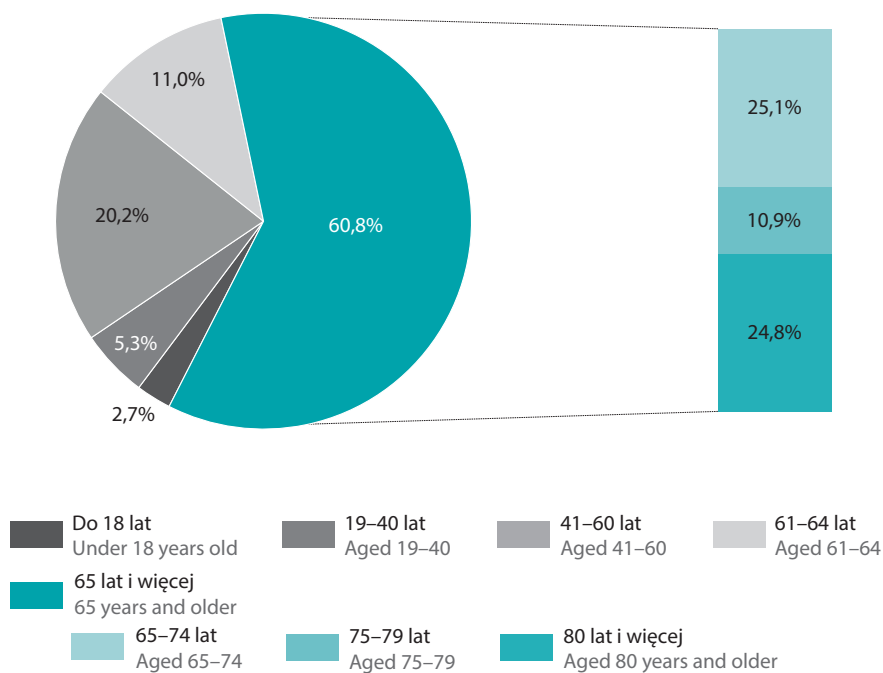
**Wykres 26. Struktura wieku kobiet w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2018)**

Chart 26. Age structure of females in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2018)



**Wykres 27. Struktura wieku mężczyzn w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej (stan w dniu 31 grudnia 2018)**

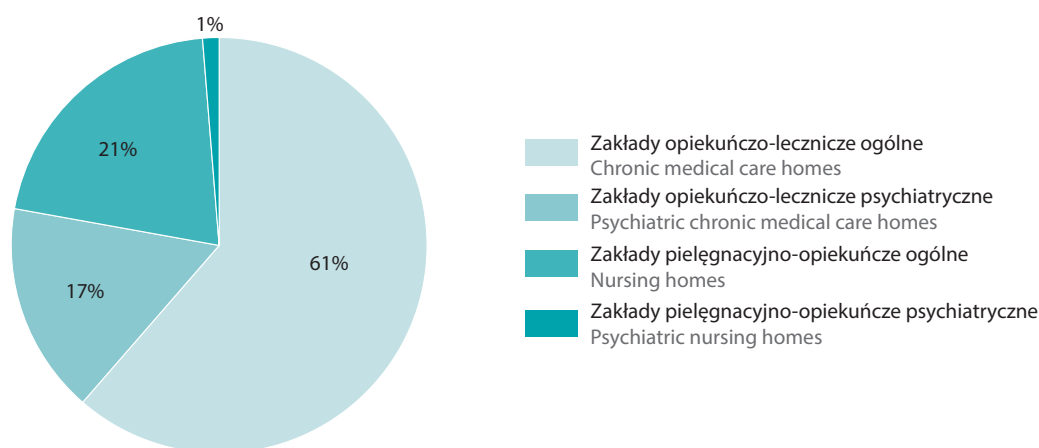
Chart 27. Age structure of males in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards (as of 31 December 2018)



Na koniec 2018 r. baza łóżkowa **zakładów opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym** wyniosła 34,1 tys., o blisko 3% łóżek więcej niż w 2017 r. Łóżka w zakładach o charakterze ogólnym stanowiły 82,3% łóżek (28,1 tys.), natomiast przeznaczone na opiekę psychiatryczną 17,7% łóżek (6,0 tys.). Opieką stacjonarną objęto łącznie 62,6 tys. osób, o 1,7% więcej niż przed rokiem. W przeliczeniu na 10 tys. ludności Polski, z tej formy opieki skorzystało 16,3 pacjentów, natomiast liczba łóżek przypadająca na 10 tys. ludności (według stanu w dniu 31 grudnia) wyniosła 8,6. W obu przypadkach wskaźnik zwiększył się o 0,3.

**Wykres 28. Struktura łóżek w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej (ZOL i ZPO) według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia 2018)**

Chart 28. Structure of beds in inpatient long-term care facilities by type of the facility (as of 31 December 2018)



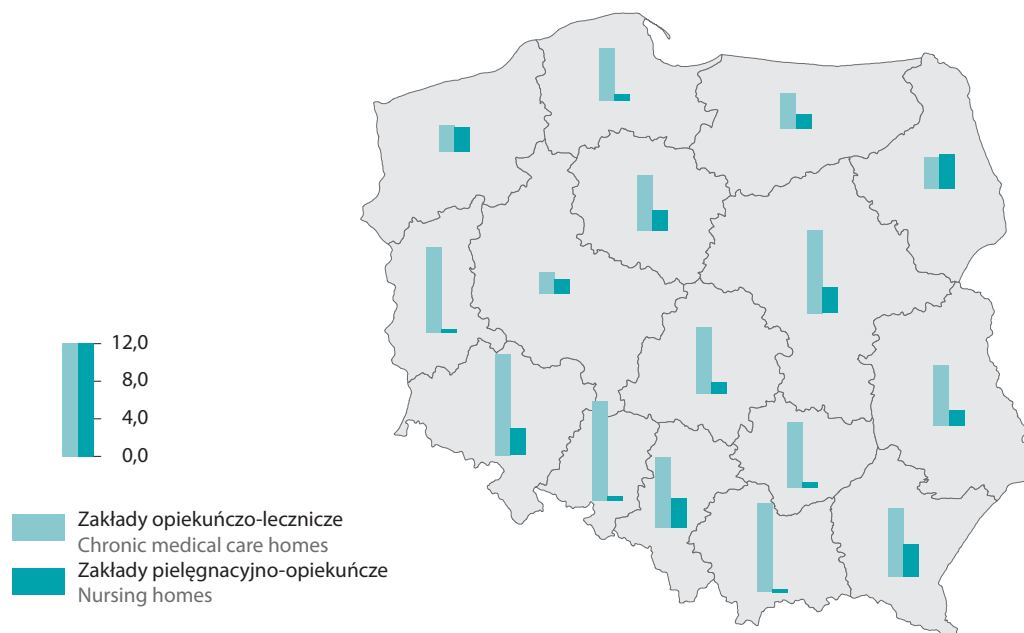
Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w przeliczeniu na 10 tys. ludności było w województwach: dolnośląskim (13,5), mazowieckim (11,5) i opolskim (11,0), a najmniej w województwach: wielkopolskim (3,8), warmińsko-mazurskim (5,4) i zachodnio-pomorskim (5,4). Największy wzrost wskaźnika wystąpił w województwach: opolskim (o 1,6), podkarpackim (o 1,1) i lubelskim (o 0,9), a spadek odnotowano w województwach: podlaskim (0,5), pomorskim i wielkopolskim (o 0,2).

Najwięcej pacjentów w przeliczeniu na 10 tys. ludności, przebywało w placówkach zlokalizowanych w województwach: dolnośląskim (22,4), opolskim (20,2) i śląskim (18,6), a najmniej w województwach: wielkopolskim (7,8), zachodniopomorskim (12,9) i pomorskim (12,9). Największy wzrost wskaźnika wystąpił w województwach: świętokrzyskim (o 1,4), lubuskim i podkarpackim (o 1,2). Mniejszy wskaźnik niż przed rokiem wystąpił w województwach wielkopolskim i pomorskim (o 1,1) oraz w dolnośląskim (o 0,2).

Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki wykorzystania łóżek. Dla zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym wskaźnik wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł 92,5% (338 dni), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych 89,2% (325 dni). W zakładach typu psychiatrycznego wykorzystanie łóżek było wyższe niż w przypadku zakładów o profilu ogólnym i wyniosło w placówkach pielęgnacyjno-opiekuńczych blisko 99% (360 dni), a w opiekuńczo-leczniczych 94% (343 dni).

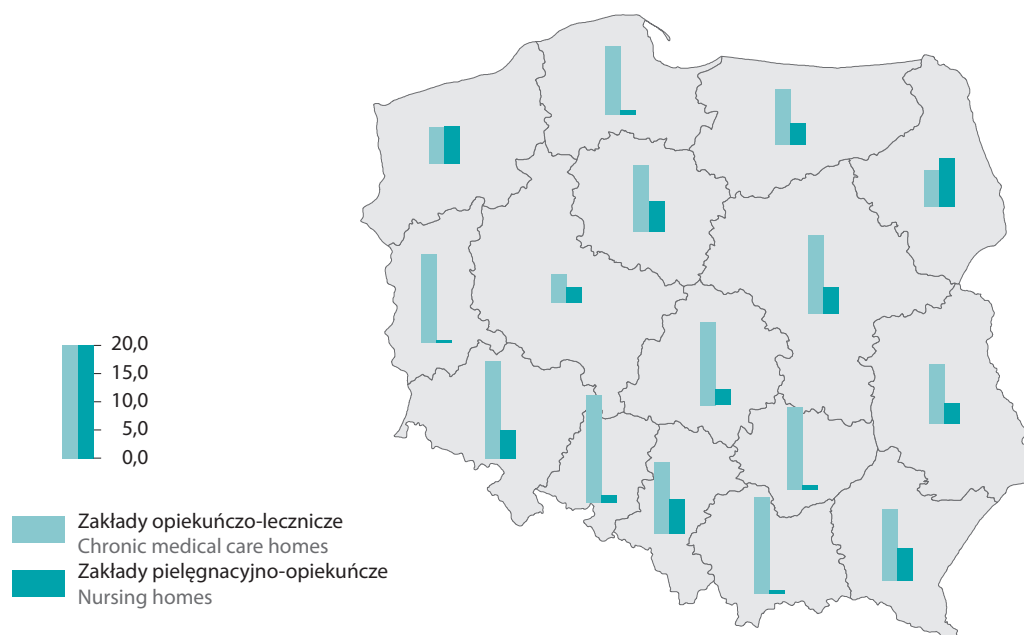
**Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności województw (stan w dniu 31 grudnia 2018)**

Map 3. Beds in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships (as of 31 December 2018)



**Mapa 4. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej w 2018 r.**

Map 4. Residents in long term care facilities per 10 thousand population of voivodships in 2018



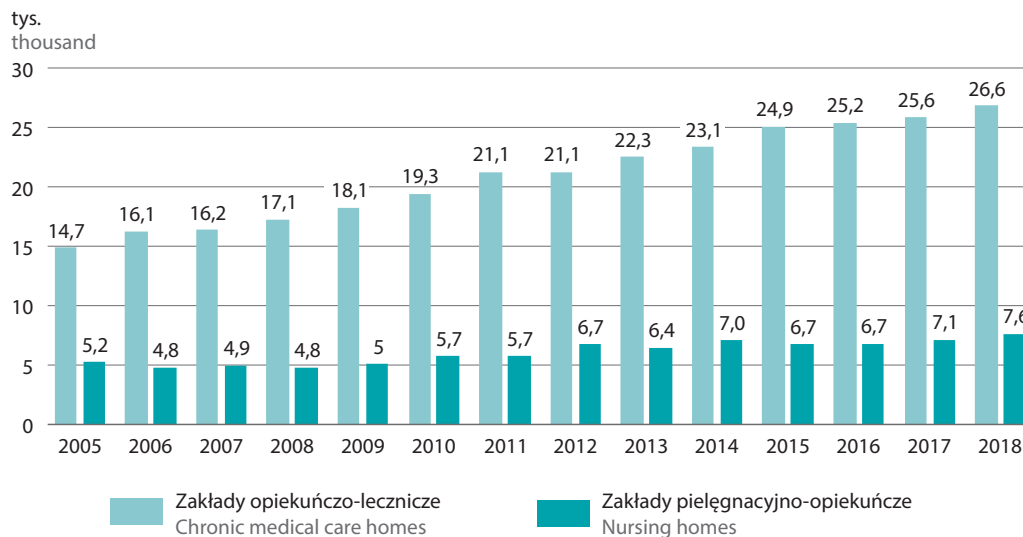
Rozpatrując liczbę łóżek oraz liczbę pacjentów w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych w dłuższym okresie czasu widoczna jest tendencja wzrostowa. W stosunku do 2005 r. łączna



liczba łóżek w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych zwiększyła się o 71%, a liczba pacjentów o 37%.

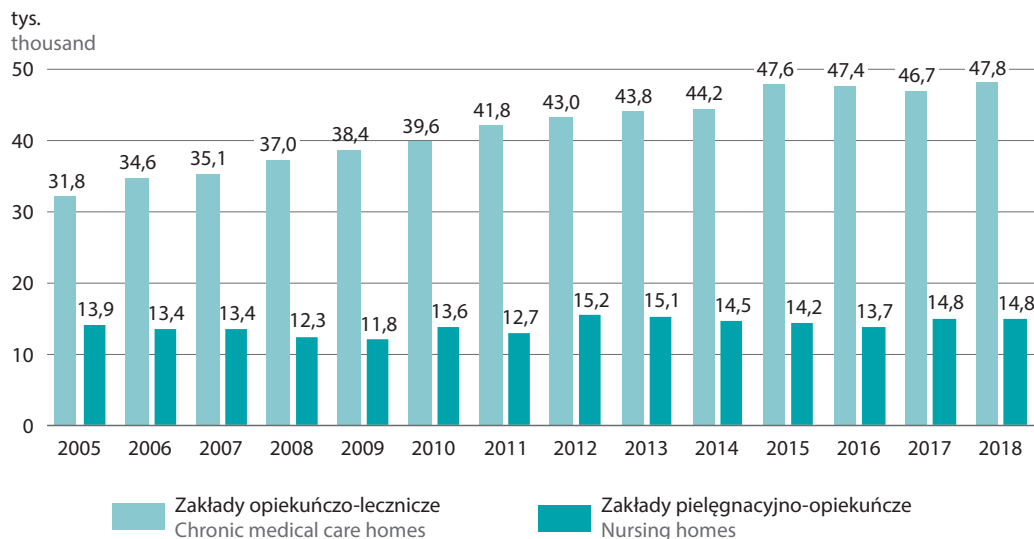
**Wykres 29. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych<sup>27</sup> (stan w dniu 31 grudnia)**

Chart 29. Beds in chronic medical care homes and nursing homes (as of 31 December)



**Wykres 30. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (w ciągu roku)<sup>28</sup>**

Chart 30. Residents in chronic medical care homes and nursing homes (during the year)



W 2018 r. odnotowano 372 zakłady **opiekuńczo-lecznicze o profilu ogólnym** (o 3,6% więcej niż w 2017 r.), które dysponowały 20,9 tys. łóżek (o 4,1% więcej niż przed rokiem). Z tej formy opieki skorzystało 40,9 tys. osób, o 2,6% więcej, a średni pobyt pacjenta (171 dni) był o 4 dni dłuższy niż w 2017 r.

<sup>27</sup> Łącznie z zakładami opiekuńczo-leczniczymi i pielęgnacyjno-opiekuńczymi typu psychiatrycznego. Including psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes.

<sup>28</sup> j.w.

Także przeciętny pobyt podopiecznych w zakładach **pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym** wydłużył się o 6 dni (do 162 dni) przy zbliżonej liczbie przebywających w tych placówkach pacjentów (14,2 tys., o 0,4% mniej) i nieznacznie większej w porównaniu do 2017 r. liczbie łóżek (7,1 tys., o 0,6%).

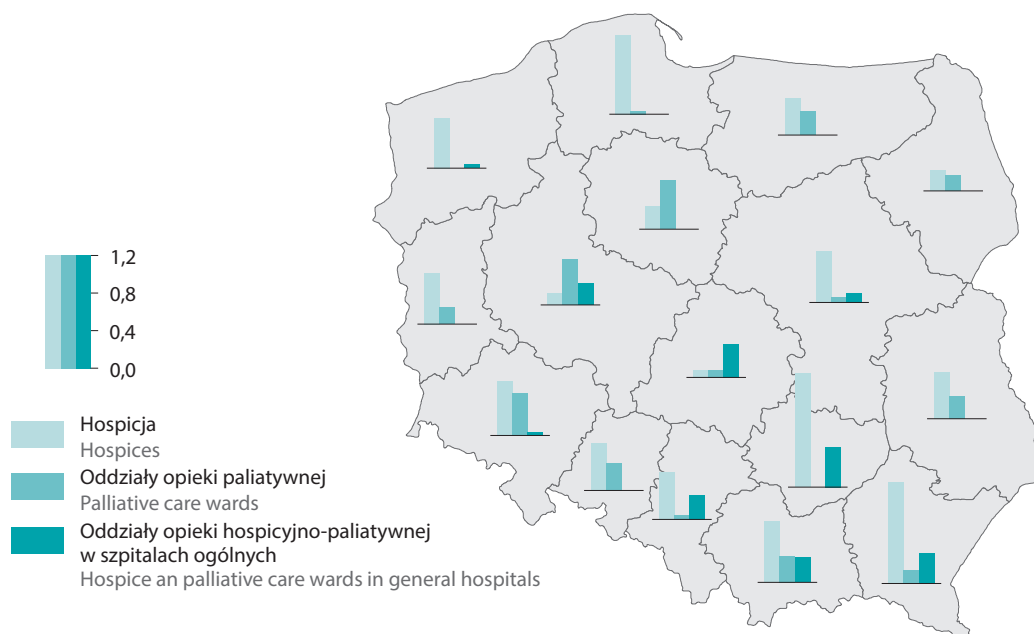
W 2018 r. sytuacja placówek **opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego**, w porównaniu do 2017 r., nie uległa zmianom. Łącznie odnotowano, podobnie jak przed rokiem, 64 placówki (o 2 więcej) dysponujące 6,0 tys. łóżek (o 1,9% więcej), z których skorzystało w ciągu roku 7,6 tys. pacjentów, o 1,0% więcej niż w 2017 r.

W 2018 r. opieka **hospicyjno-paliatywna** realizowana była w **hospicjach stacjonarnych** (106 placówek), **oddziałach opieki paliatywnej** (45 placówek) oraz na **oddziałach hospicyjno-paliatywnych działających w szpitalach ogólnych** (33 oddziały). Łącznie placówki te dysponowały 3,4 tys. łóżek, (o 4,2% więcej niż w 2017 r.) i udzieliły pomocy 39,7 tys. pacjentów (o 3,0% więcej niż przed rokiem), przy czym, ponad połowa pacjentów (51,9%) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostałe osoby skorzystały z oddziałów opieki paliatywnej, działających poza strukturą szpitala (26,3% pacjentów) lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych (21,7% pacjentów). Średni pobyt pacjenta w hospicjach trwał 30 dni, w oddziałach paliatywnych działających poza strukturą szpitali – 22 dni, a na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych był nieco krótszy – 19,8 dnia.

Podobnie jak w latach poprzednich, oprócz działalności stacjonarnej, prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz placówki opieki hospicyjnej i paliatywnej, niektóre z zakładów świadczyły także usługi w zakresie opieki domowej lub dziennej. W 2018 r. tego typu opieką objęto łącznie 4,8 tys. osób, o 1/3 mniej niż w 2017 r., z czego większość pacjentów (82%) stanowili pacjenci leczenia w domu.

#### Mapa 5. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia 2018)

Map 5. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice-palliative care in general hospitals per 10 thousand population (as of 31 December 2018)

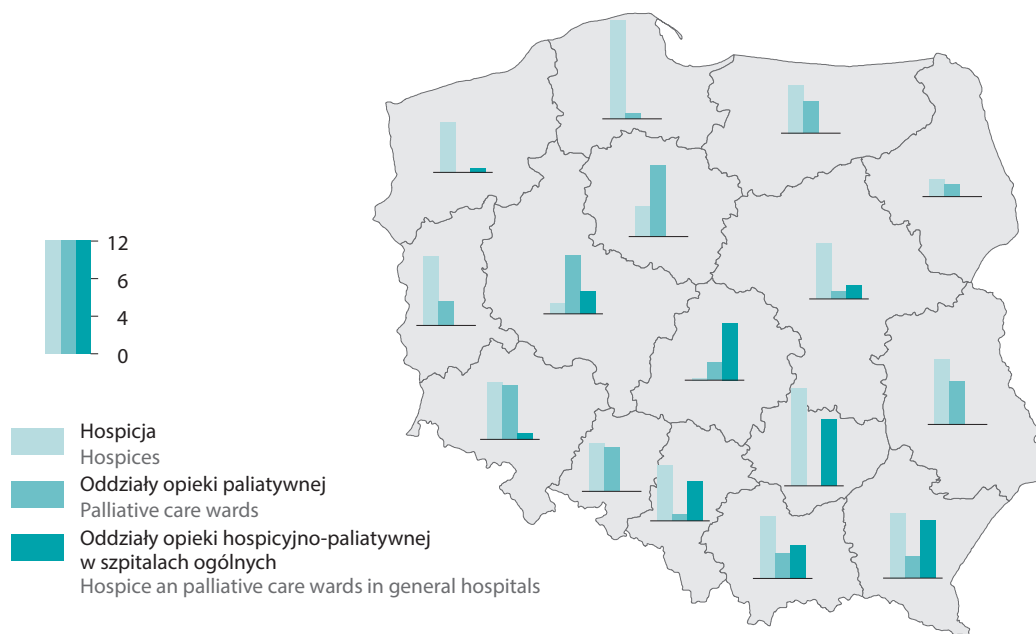


Analiza działalności tego typu placówek w dłuższym okresie czasu, która możliwa jest wyłącznie dla hospicjów stacjonarnych, wskazuje na stałe zwiększanie się zarówno bazy łóżkowej<sup>29</sup>, jak i liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki. W porównaniu do 2005 r. łączna liczba łóżek w omawianej grupie zakładów wzrosła o 126%, a liczba pacjentów zwiększyła się o 65%.

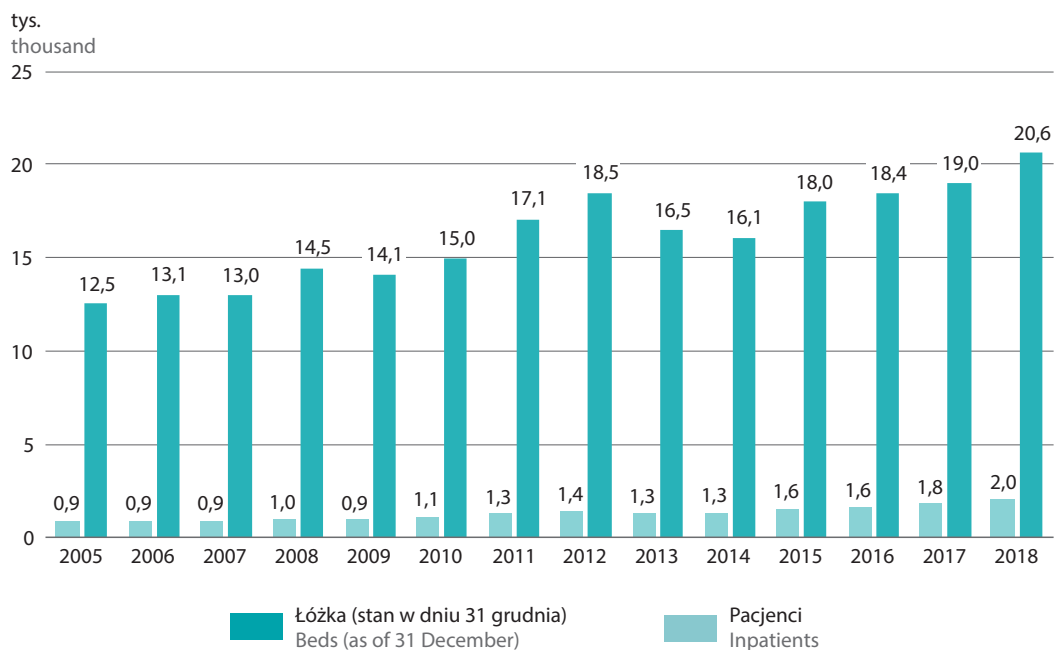
<sup>29</sup> Stan w dniu 31 grudnia 2018 r.

**Mapa 6. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2018 r.**

Map 6. Patients in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice – palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2018



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



## Lecznictwo uzdrowiskowe<sup>30</sup>

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

**Mapa 7. Uzdrowiska w Polsce w 2018 r.**  
Map 7. Health Resort Ara in Poland in 2018



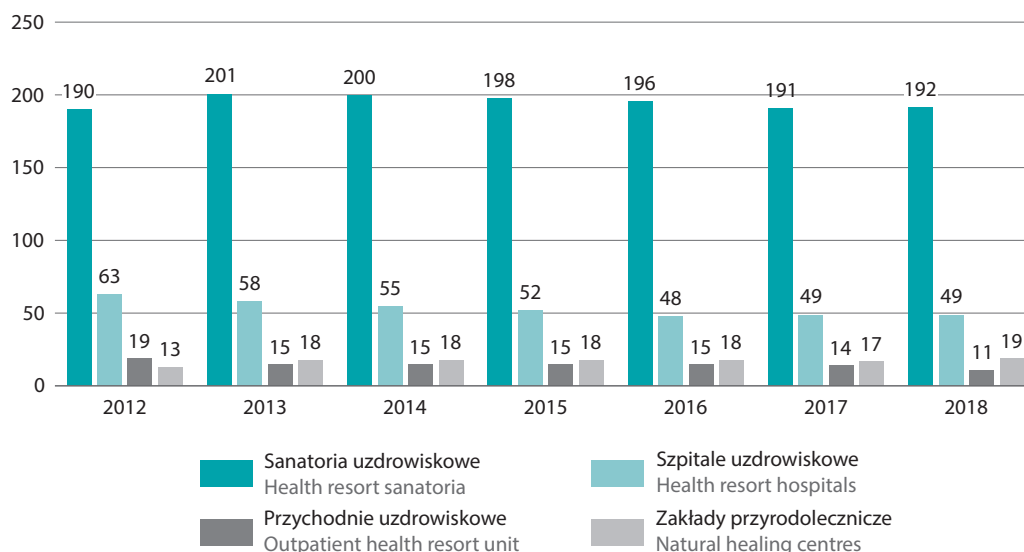
Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w czterech województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 57 zakładów) małopolskim (10 uzdrowisk – 48 zakładów), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 45 zakładów) i kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska

<sup>30</sup> Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

– 33 zakłady). W tych czterech województwach znajdowało się blisko 68% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym, najwięcej na terenie uzdrowiska Kołobrzeg (24) i Cieclocinek (25). Łącznie na terenie kraju, podobnie jak przed rokiem, odnotowano 271 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (stan na koniec 2018 roku).

### Wykres 32. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 32. Number of health resort facilities (as of 31 December)

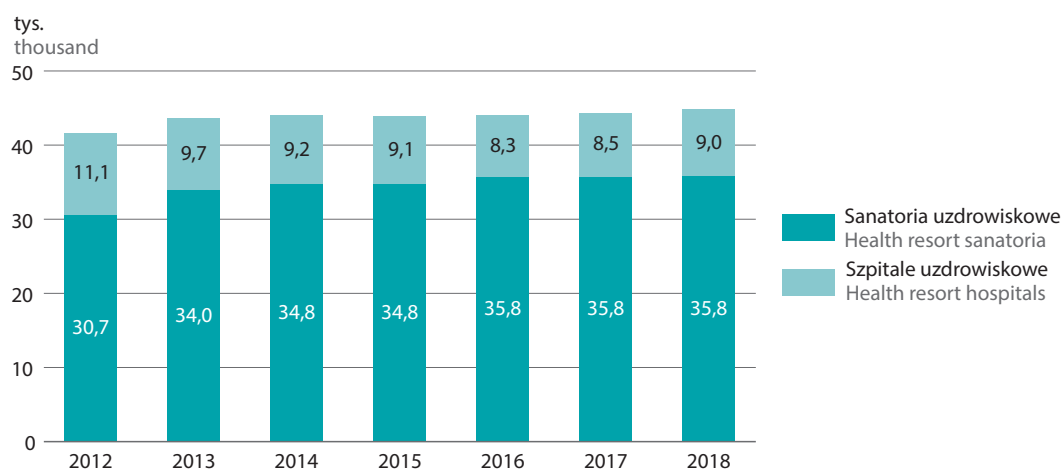


Przeważającą większość zakładów uzdrowiskowych (88,9%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarym – sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Zakłady uzdrowiskowe działające w trybie ambulatoryjnym – przychodnie uzdrowiskowe i samodzielne zakłady przyrodolecznicze<sup>31</sup> stanowiły 11,1%.

W 2018 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 44,8 tys. łóżek, o 1,1% więcej niż w 2017 r. i o 7,4% więcej niż w 2012 r. Podobnie jak w latach poprzednich, blisko 80% bazy łóżkowej znajdowało się w sanatoriach.

### Wykres 33. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu (stan w dniu 31 grudnia)

Chart 33. Health resort beds by type of facility (as of 31 December)



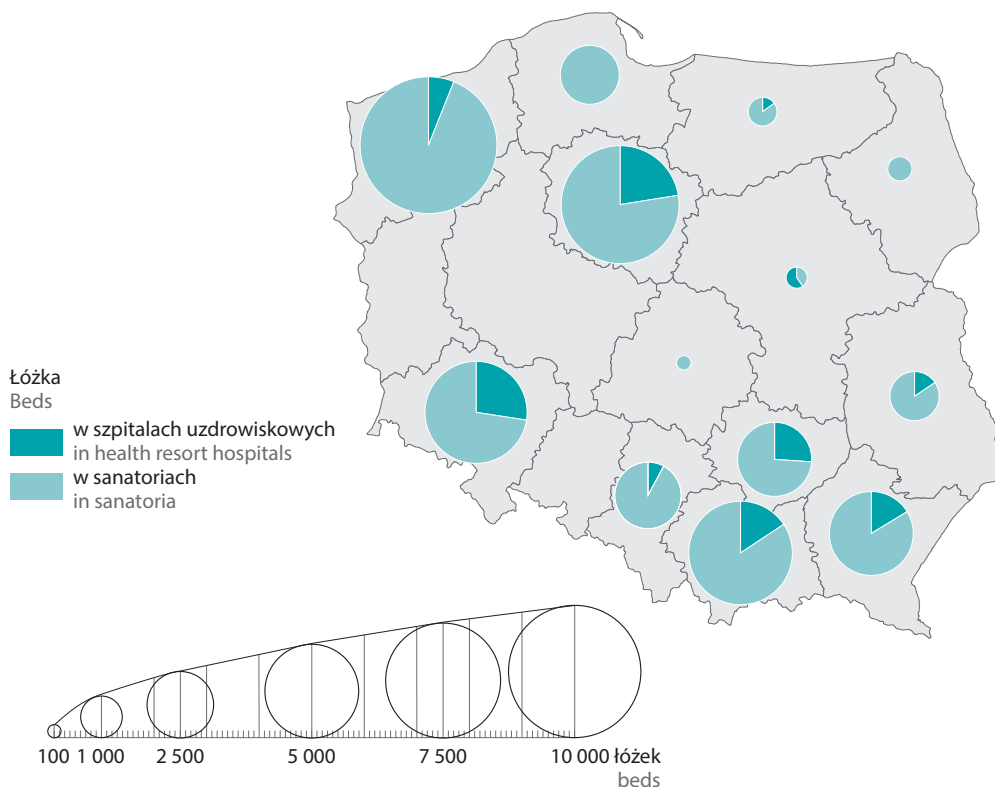
<sup>31</sup> W 2018 r. odnotowano ponadto 55 zakładów przyrodoleczniczych funkcjonujących w ramach struktury organizacyjnej poszczególnych rodzajów zakładów lecznictwa uzdrowiskowego.

**Tablica 4. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (stan w dniu 31 grudnia)**  
 Table 4. Dynamics of health resort beds in health resort facilities (as of 31 December)

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

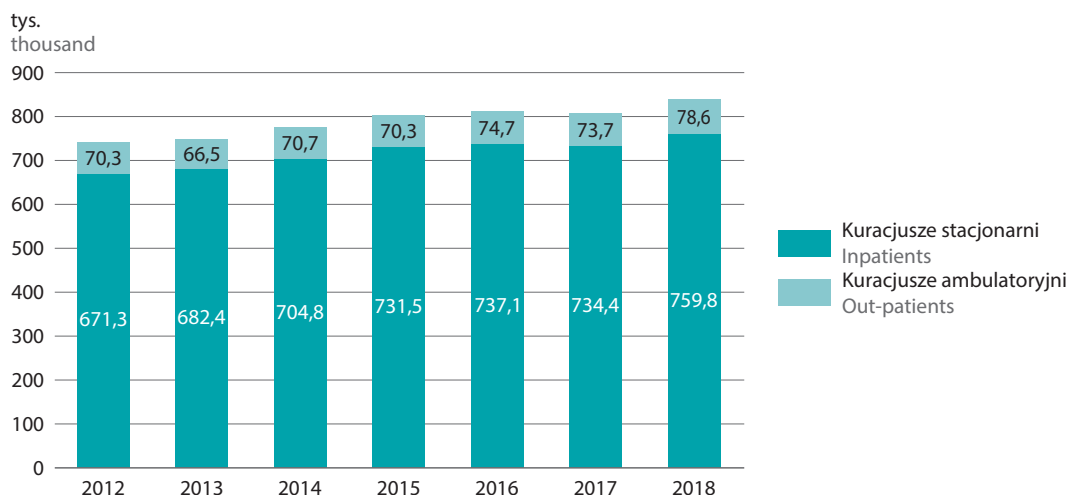
Najwięcej łóżek uzdrowiskowych, ponad 2/3 ogółu łóżek, znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskim (10,6 tys. łóżek, w tym 6,3 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskim (7,9 tys. łóżek, w tym 5,0 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskim (6,0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

**Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2018 r. (stan w dniu 31 grudnia)**  
 Map 8. Location of health resort beds in 2018 (as of 31 December)



W 2018 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 838,5 tys. osób, o 3,8% więcej niż w 2017 r., i o 13,1% więcej w porównaniu do 2012 r. Na leczeniu stacjonarnym przebywało 759,8 tys. osób, o 3,5% więcej niż przed rokiem, natomiast z leczenia ambulatoryjnego skorzystało 78,6 tys. osób, o 6,7% więcej.

**Wykres 34. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego**  
Chart 34. Inpatients in health resort facilities

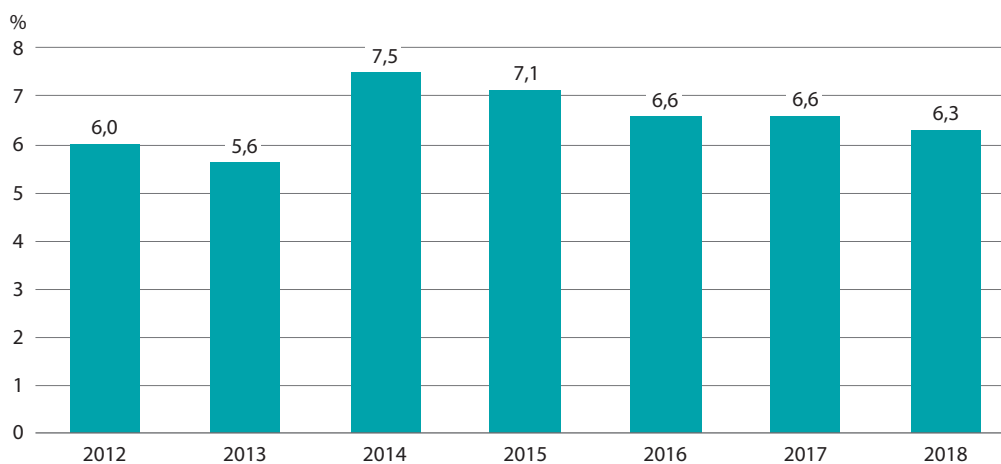


Spośród leczonych stacjonarnie, polskich kuracjuszy było o 3,8% więcej niż w roku poprzednim natomiast kuracjuszy zagranicznych – o 1,1% mniej niż przed rokiem. Cudzoziemcy (47,9 tys. osób) stanowili 6,3% ogółu leczonych stacjonarnie i było to o 0,3 p. proc. mniej w porównaniu do 2017 r.

**Tablica 5. Dynamika zmian liczby kuracjuszy leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym**  
Table 5. Dynamics of health resort patients inpatient and out-patients

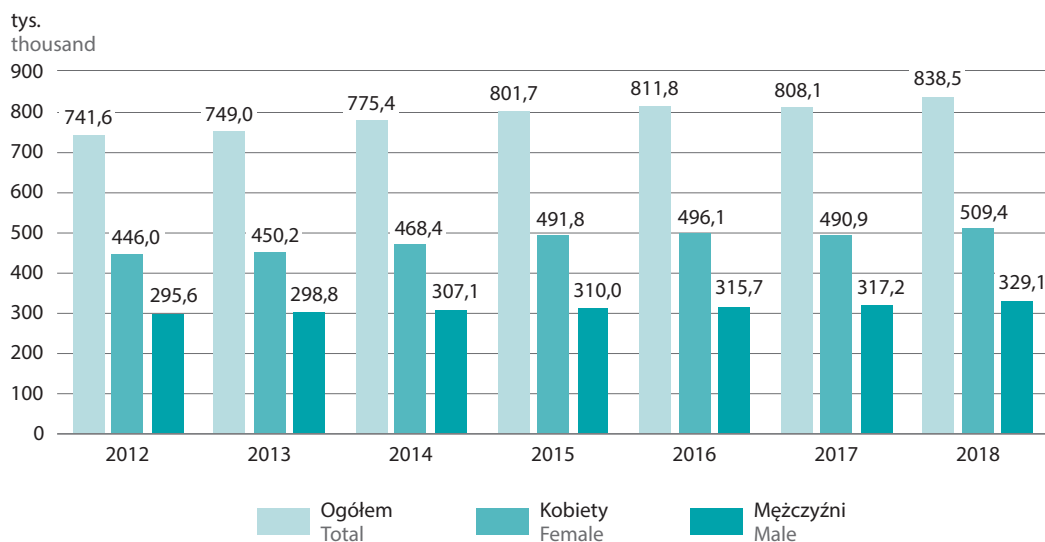
Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018
	rok poprzedni = 100 previous year = 100					
Kuracjusze ogółem Total patients	101,0	103,5	103,4	101,3	99,5	103,8
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	101,7	103,3	103,8	100,8	99,6	103,5
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	94,6	106,2	99,5	106,3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

**Wykres 35. Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego**  
Chart 35. Share of foreigners in inpatients of health resort facilities

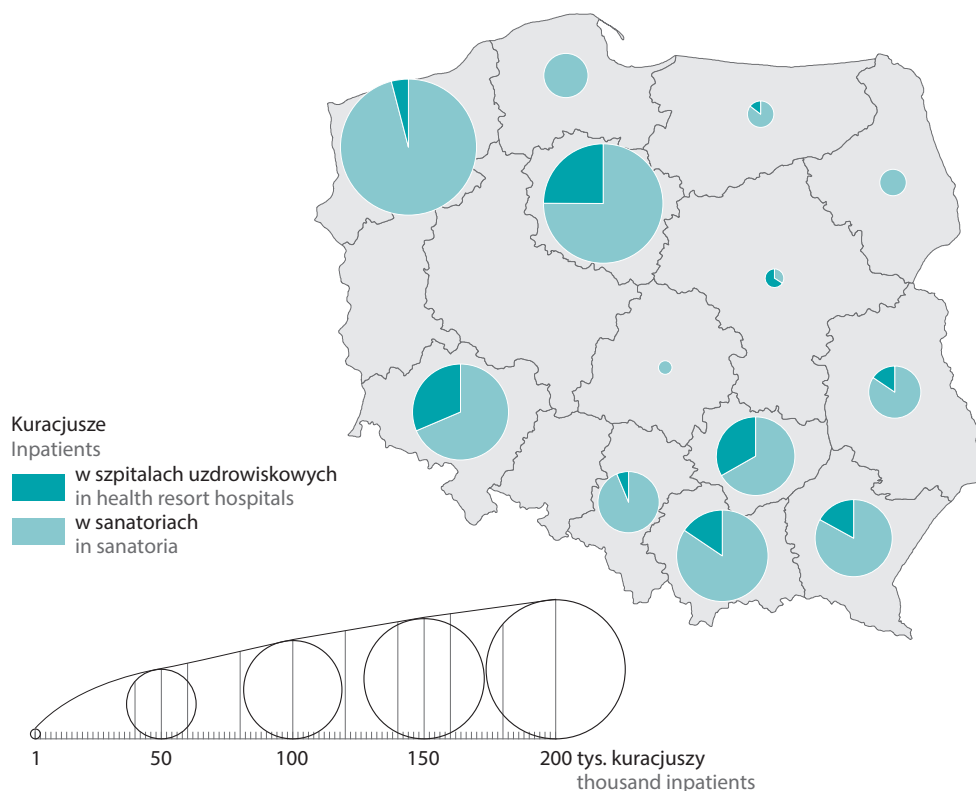


W odniesieniu do ludności Polski z leczenia uzdrowiskowego<sup>32</sup> skorzystało 2,1% mieszkańców (790,6 tys. osób) i podobnie jak w latach ubiegłych, leczyło się więcej kobiet (61% ogółu kuracjuszy) niż mężczyzn (39%). Z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 2,4% kobiet oraz 1,7% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

**Wykres 36. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci**  
Chart 36. Patients of health resort facilities by sex



**Mapa 9. Kuracjusze leczenia stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2018 r.**  
Map 9. Inpatients by type of health resort facilities in 2018



32 W trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym



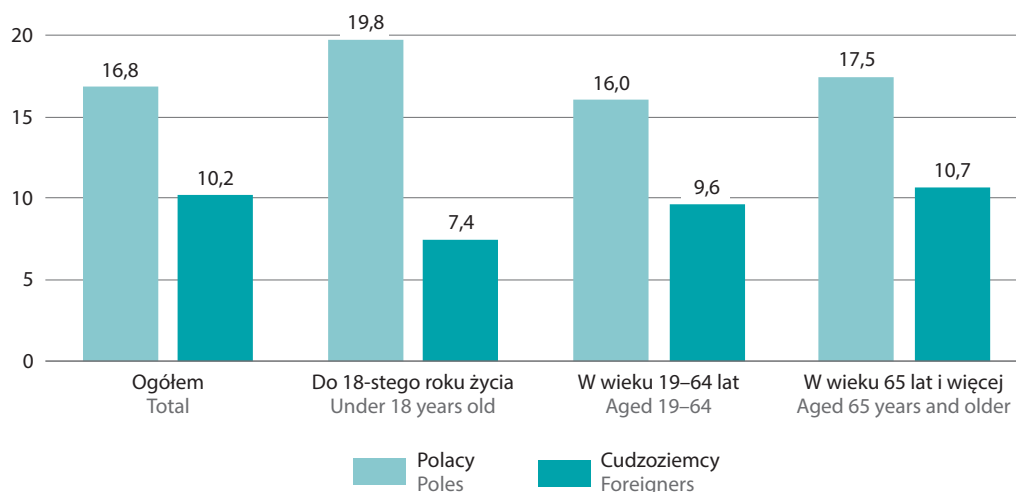
Lecznictwo uzdrowiskowe w większym stopniu służy zaspokajaniu potrzeb osób starszych na co wskazuje wyższy odsetek kuracjuszy w wieku 65 lat i więcej w odniesieniu do ogółu mieszkańców w tym wieku. Kuracjusze w tej grupie wiekowej (364,2 tys. osób) stanowili 5,5% mieszkańców w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65 roku życia, pomimo że było ich więcej (426,4 tys. osób) stanowiły 1,3% ogółu ludności w tym wieku. W porównaniu do poprzedniego roku odsetek osób korzystających z leczenia uzdrowiskowego w wieku 65 lat i więcej wzrósł o 0,2 p. proc., a w przypadku osób poniżej 65 roku życia nie uległ zmianie.

W ślad za rozmieszczaniem bazy łóżkowej najwięcej kuracjuszy leczonych stacjonarnie<sup>33</sup>, przebywało w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego i małopolskiego.

Analizując liczbę kuracjuszy w poszczególnych powiatach, zdecydowanie największą liczbę pacjentów przebywających na leczeniu stacjonarnym odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 118,1 tys. osób (o 8,1% więcej niż przed rokiem), następnie w powiatach: aleksandrowskim – 99,0 tys. osób (o 3,3% więcej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 64,4 tys. osób (o 1,9% więcej) – tereny uzdrowisk Busko-Zdrój i Solec-Zdrój, nowosądeckim 56.3 tys. osób (o 3,2% więcej) oraz w powiecie kłodzkim – 55,8 tys. osób (o 1,3 % mniej niż w 2017 r.) – tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój.

Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i narodowość, wyniósł 16,4 dnia i był o 0,3 dnia krótszy niż w roku poprzednim i o 0,8 dnia krótszy niż w 2012 r.

**Wykres 37. Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według grup wieku w 2018 r.**  
Chart 37. Average stay of inpatients in health resort facilities by age structure in 2018



W 2018 r., podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część polskich kuracjuszy skorzystała z różnych rodzajów dofinansowań do pobytu stacjonarnego. Pomoc ta przyznawana jest na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej<sup>34</sup> lub o systemie ubezpieczeń społecznych<sup>35</sup> albo o ubezpieczeniu społecznym rolników<sup>36</sup>, a także, w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej<sup>37</sup>.

<sup>33</sup> Bez względu na pochodzenie kuracjusza

<sup>34</sup> Osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2019 poz. 1373).

<sup>35</sup> Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych (Dz. U. 2019 poz. 300)).

<sup>36</sup> Osoby dofinansowane przez KRUS przebywających na rehabilitacji leczniczej (ustawa z dnia 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników (Dz. U. 2019, poz. 299)).

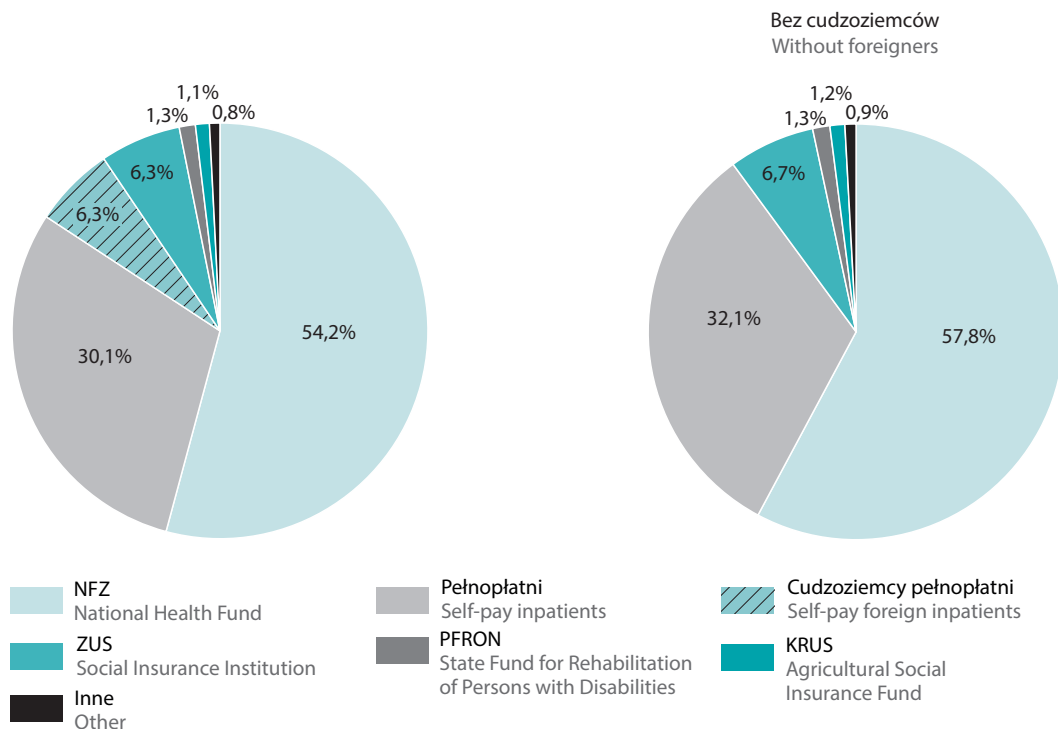
<sup>37</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 2019 poz. 1172) oraz rozporządzenia Ministra Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z dnia 15 listopada 2007 r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych (Dz. U. Nr 230 poz. 1694).

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinansowanych 411,7 tys. osób (o 1,2% więcej niż w 2017 r.) co stanowiło, nie uwzględniając cudzoziemców, 57,8% kuracjuszy leczonych stacjonarnie. W odniesieniu do ogółu ludności Polski stanowiło to 1,1% mieszkańców.

W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 47,9 tys. osób (o 2,1% mniej niż w roku poprzednim), a z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało, podobnie jak przed rokiem, 8,2 tys. osób.

**Wykres 38. Struktura kuracjuszy leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2018 r.**

Chart 38. Structure of health resort inpatients by type of financing in 2018



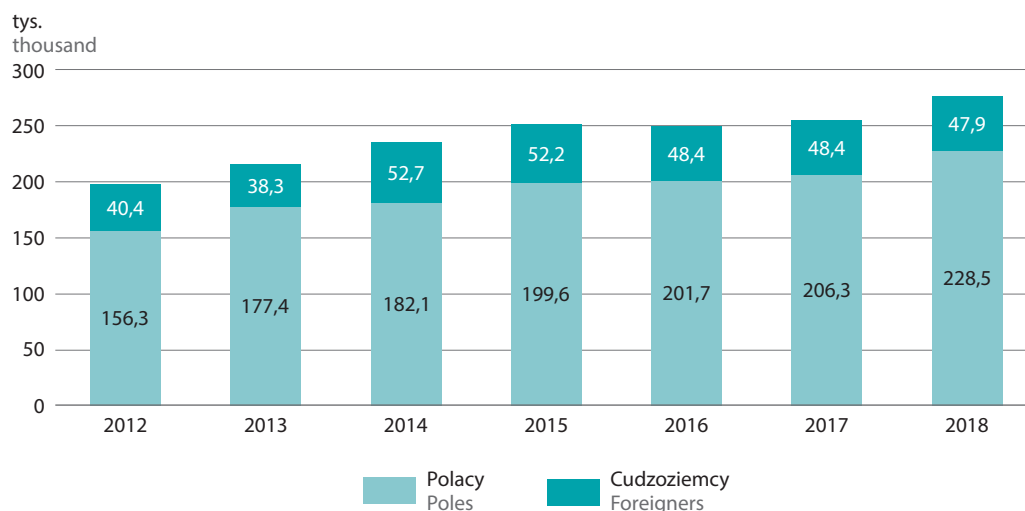
W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizowane są także turnusy rehabilitacyjne dofinansowywane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, których celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia w ramach rehabilitacji leczniczej. W 2018 r. w uzdrowiskach przebywało 9,5 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych z PFRON (o 12,7% mniej niż w 2017 r.).

Podobnie jak w latach poprzednich, uzdrowiska (w szczególności sanatoria), cieszyły się niemalejącą popularnością wśród kuracjuszy pełnopłatnych, czego wyrazem był 8,5% wzrost tej grupy kuracjuszy (276,4 tys. osób), przy jednoczesnym spadku liczby leczonych pełnopłatnych cudzoziemców (47,9 tys. osób, o 1,1% mniej).

W najliczniej odwiedzanych miejscowościach uzdrowiskowych, takich jak Kołobrzeg czy Ciechocinek, udział kuracjuszy pełnopłatnych<sup>38</sup> w ogólnej liczbie leczonych w systemie stacjonarnym wyniósł: w uzdrowisku Kołobrzeg – 55,0%, a Ciechocinek – 45,3%. Przy czym w Kołobrzegu odsetek cudzoziemców wśród pełnopłatnych sięgał 32,0% (20,8 tys. osób) natomiast w Ciechocinku udział obcokrajowców był niewielki – 3,0% (1,4 tys. osób).

<sup>38</sup> Łącznie z cudzoziemcami.

**Wykres 39. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego**  
Chart 39. Self-pay inpatients in health resort facilities

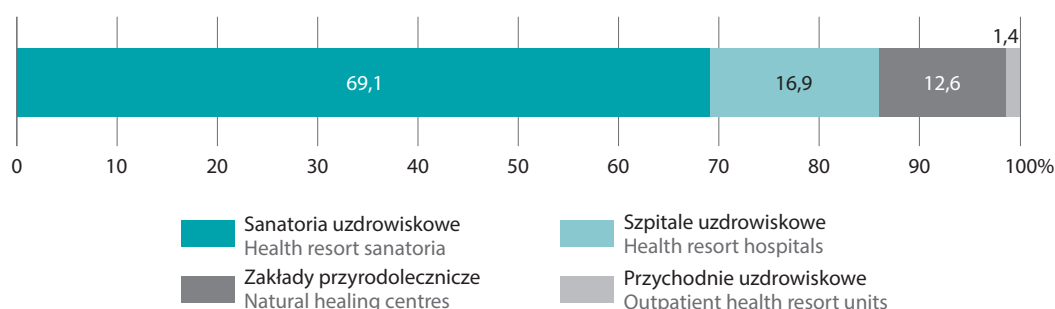


Podobnie jak w latach ubiegłych, zdecydowanie najwięcej cudzoziemców (89,7%) było w dwóch granicznych województwach zachodniej części Polski – województwie zachodniopomorskim (31,4 tys. osób) i dolnośląskim (11,5 tys. osób). W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców przebywała w sanatoriach dwóch uzdrowisk – Świnoujście, gdzie 31,0% pacjentów było obcego pochodzenia (o 7,6 pkt proc. mniej), oraz Kołobrzeg, w którym cudzoziemcy stanowili 17,5%. W województwie dolnośląskim zagraniczni kuracjusze przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego (8,9 tys.), w którym stanowili ponad połowę kuracjuszy (51,9%) oraz w Jeleniej Górze, gdzie ich udział sięgał 11,7% (1,8 tys. osób).

W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 37,1 mln zabiegów (o 1,6% więcej niż w 2017 r.) z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Średnio wykonano 44 zabiegi na osobę (o 1 mniej).

**Wykres 40. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu) w 2018 r.**

Chart 40. Structure of health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2018



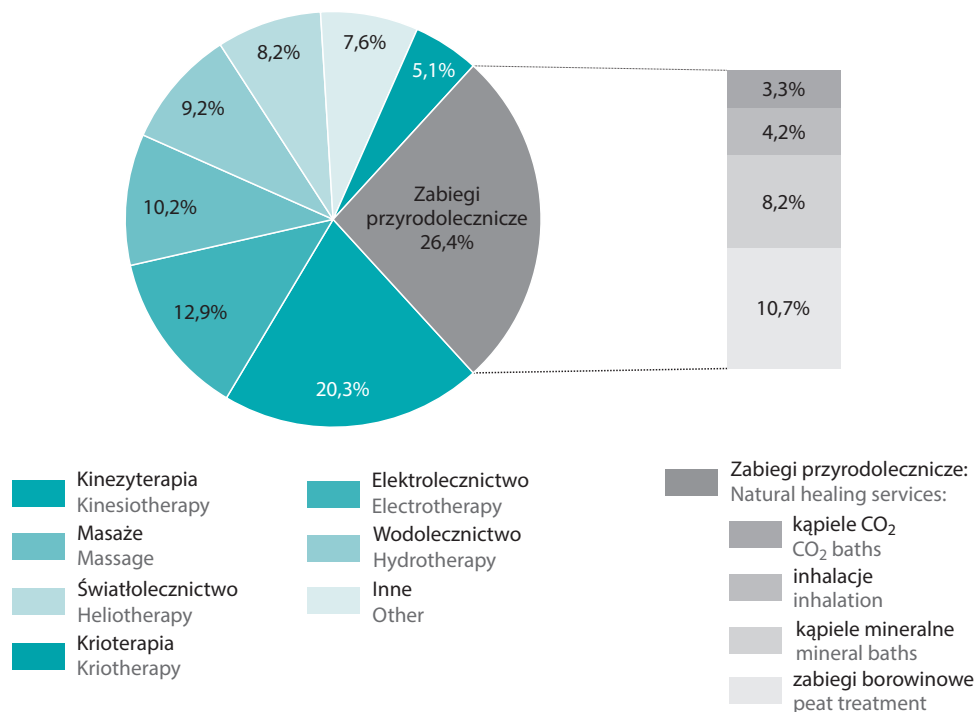
Struktura liczby i rodzajów wykonywanych zabiegów, rozpatrywana w skali kraju, jest stosunkowo stabilna. W 2018 r. najwięcej zabiegów, podobnie jak w latach poprzednich, wykonano z zakresu kinezyterapii, która nadal stanowiła około 1/5 wszystkich zabiegów. Zabiegi przyrodolecznicze takie jak: zabiegi borowinowe, solankowe, kąpiele CO<sub>2</sub> oraz inhalacje, łącznie stanowiły 26,4% wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach. Skorzystało z nich, 708,5 tys. kuracjuszy leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym (o 4,0% więcej niż w 2017 r.).

Więcej zabiegów niż w roku poprzednim odnotowano z zakresu światłolecznictwa (o 6,4% więcej), krioterapii (o 6,2% więcej), wodolecznictwa (o 6,1% więcej), elektrolecznictwa (o 2,5% więcej), masaży (o 2,6% więcej)

a także zabiegów borowinowych (o 3,2% więcej) i inhalacji (o 0,6% więcej). Wykonano mniej zabiegów inhalacji lekiem (o 20,3%), kąpeli CO<sub>2</sub> (o 5,6% mniej), zabiegów parafinowych (o 5,5%), kinezyterapii (o 1,6%) i kąpeli mineralnych.

**Wykres 41. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2018 r.**

Chart 41. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2018



Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego z uwagi na atrakcyjną lokalizację (tereny uzdrowiskowe), szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, są placówkami w których problem dostosowania zakładu do różnych rodzajów dysfunkcji osób leczonych jest szczególnie istotny.

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

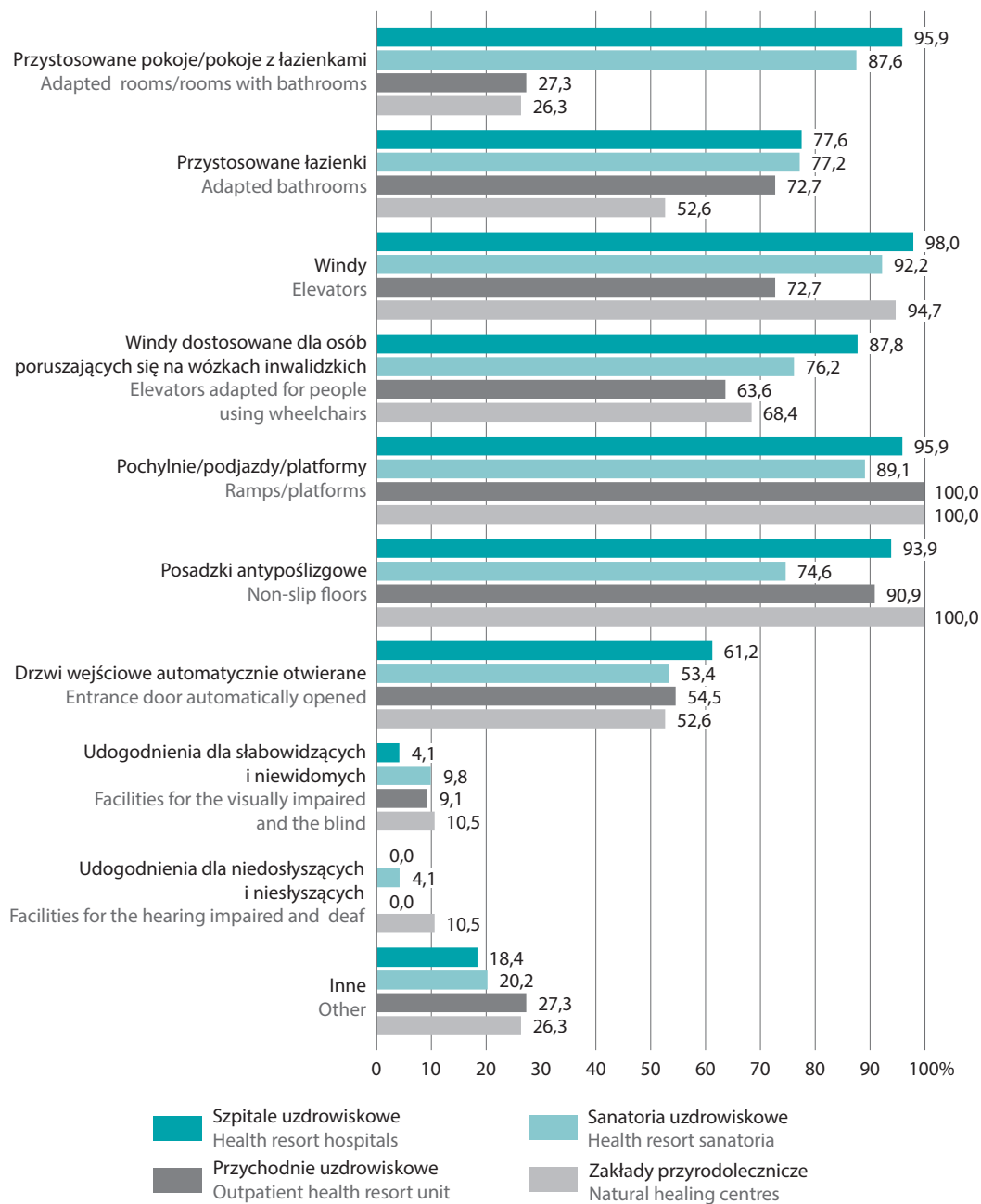
Spśród 192 sanatoriów, 92% zakładów wykazało obecność wind, a 76% – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, 89% – deklarowało posiadanie pochylni, podjazdów czy też platform, 88% zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i pokoje z łazienkami) jako dostosowane, a ponad połowa badanych placówek (53%) była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane.

Zarówno szpitale uzdrowiskowe, jak i sanatoria deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 4% i 10% zakładów.

Wśród nielicznych zakładów, udzielających świadczeń wyłącznie w trybie ambulatoryjnym, podjazdy czy też platformy, posiadały wszystkie badane zakłady przyrodolecznicze (19 placówek) i przychodnie uzdrowiskowe (11 placówek). W zakresie występowania wind przystosowanych do osób poruszających się na wózkach inwalidzkich – 64% przychodni i 68% zakładów przyrodoleczniczych określiło się jako dostosowane a w przypadku wyposażenia w posadzki antypoślizgowe – 100% zakładów przyrodoleczniczych i 91% przychodni.

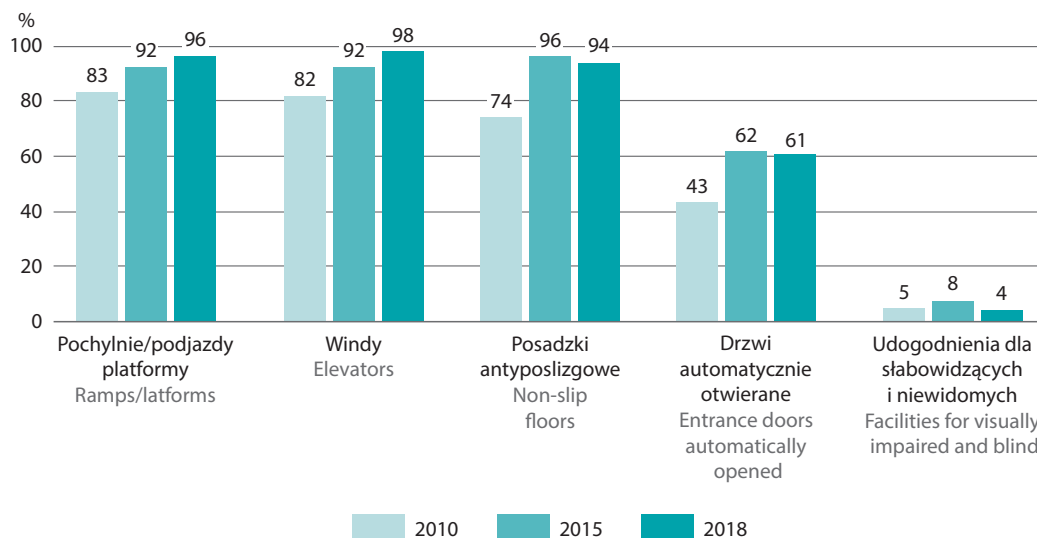
**Wykres 42. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych w 2018 r. (w %)**

Chart 42. The degree of adjustment of health resort facilities to the needs of the disabled persons in 2018 (in %)



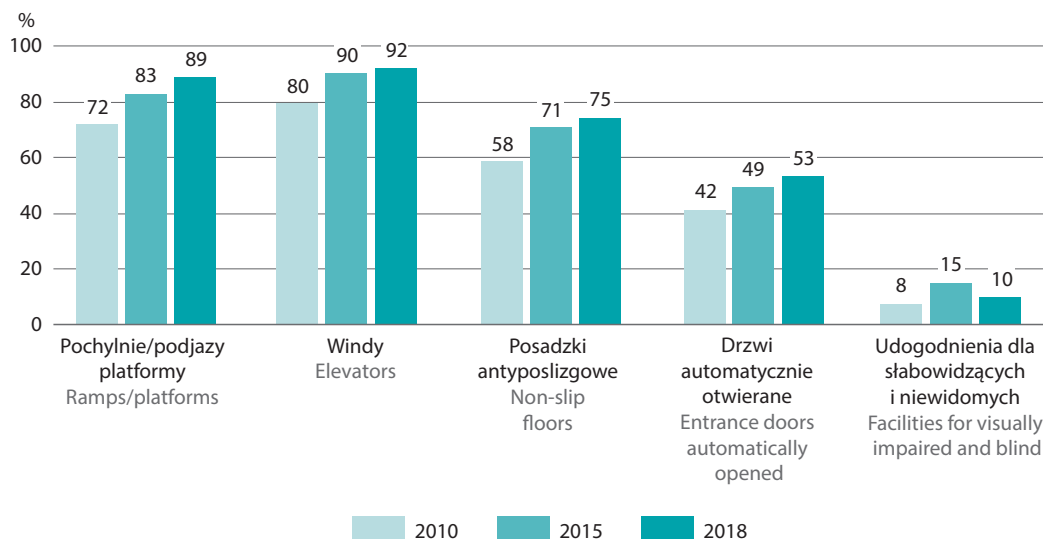
### Wykres 43. Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 43. Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)



### Wykres 44. Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)

Chart 44. Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)



Najpopularniejszą formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są sanatoria uzdrowiskowe. Na koniec 2018 r. funkcjonowały 192 sanatoria (o 1 więcej niż w roku poprzednim) dysponujące, podobnie jak przed rokiem, 35,8 tys. łóżek. Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim – 10,0 tys. (27,8% ogółu łóżek w sanatoriach), kujawsko-pomorskim – 5,6 tys. łóżek (15,7%), małopolskim – 5,0 tys. łóżek (13,9%) i dolnośląskim – 3,7 tys. łóżek (10,3%). Skorzystało z nich blisko 70% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

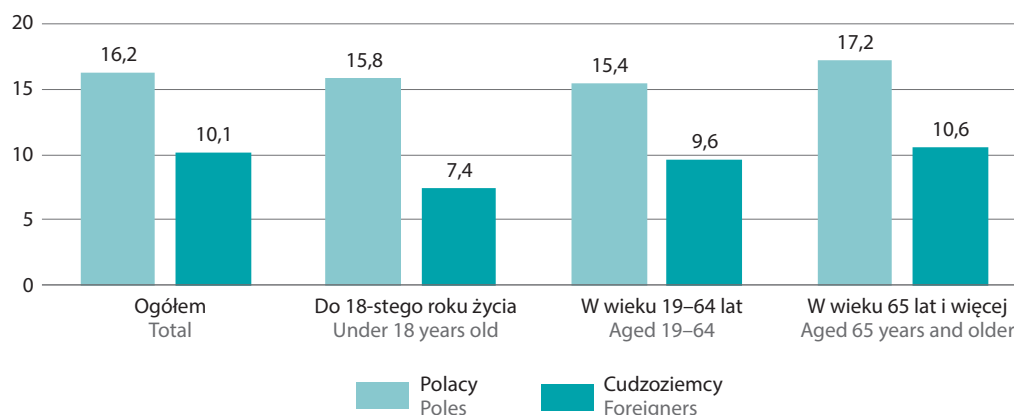
Z leczenia w sanatorium, w trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, łącznie skorzystało 656,2 tys. osób, z czego blisko 96% to kuracjusze leczenia stacjonarnie (o 3,7% więcej niż w 2017 r.). Ze środków NFZ skorzystało 51,3% kuracjuszy, a niespełna co trzeci polski kuracjusz był pacjentem pełnopłatnym. Pełnopłatni

cudzoziemcy (46,9 tys. osób, o 0,4% mniej niż w roku poprzednim), stanowili 7,5% kuracjuszy leczonych stacjonarnie i zarazem 98,0% ogółu obcokrajowców leczonych w polskich uzdrowiskach.

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość (ogółem kuracjusze), trwał 15,8 dnia (o 0,4 dnia krócej niż w 2017 r.) a w przypadku osób w wieku 65 lat i więcej, stanowiących blisko połowę leczonych (47,7%), pobyty były nieco dłuższe i średnio trwały – 16,6 dnia (o 0,2 dnia krócej niż w roku poprzednim i o 0,5 dnia krócej niż dwa lata temu).

#### Wykres 45. Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2018 r.

Chart 45. Average stay of inpatients in sanatoria by age structure in 2018.



Średni czas pobytu polskiego kuracjusza, bez względu na wiek, w porównaniu ze średnim pobytem cudzoziemca był dłuższy o 6,1 dnia a w przypadku kuracjuszy seniorów (w wieku 65 lat i więcej) pobyt polskiego seniora w sanatorium trwał średnio o 6,6 dnia dłużej.

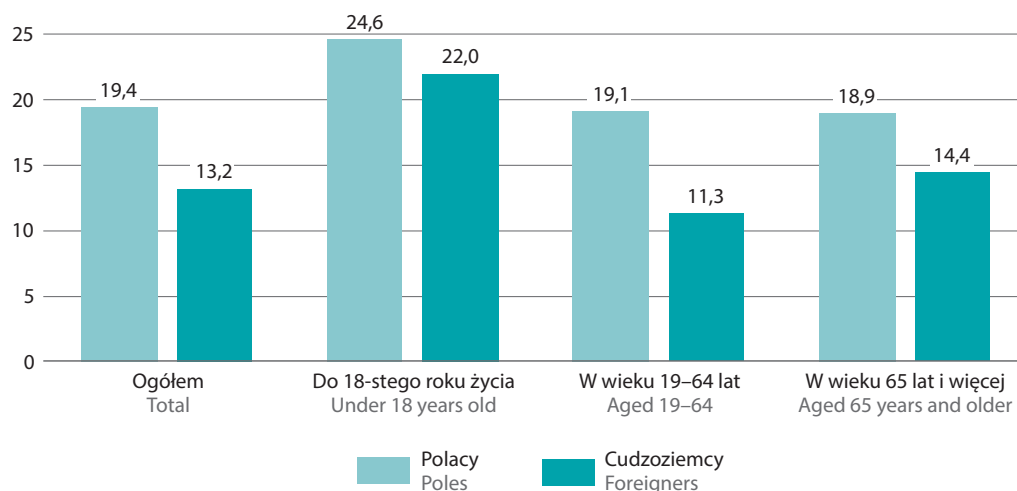
W porównaniu do poprzedniego roku, średni pobyt kuracjusza cudzoziemca był nieznacznie krótszy (o 0,1 dnia) a w przypadku cudzoziemców seniorów (w wieku 65 lat i więcej) był on o 0,8 dnia dłuższy niż przed rokiem.

W sanatoriach przeprowadzono 25,6 mln zabiegów, tj. 69,1% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego. Nie jest to jednak całkowita liczba zabiegów gdyż niejednokrotnie zabiegi są wykonywane w sąsiadujących zakładach uzdrowiskowych.

Na koniec 2018 r. odnotowano 49 szpitali uzdrowiskowych, które zlokalizowane były w 10 województwach i łącznie dysponowały 9,0 tys. łóżek (o 5,5% więcej niż w 2017 r.). Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w 4 województwach: kujawsko-pomorskim (2,3 tys. łóżek), dolnośląskim (2,2 tys. łóżek), świętokrzyskim (1,1 tys.) i małopolskim (1,1 tys. łóżek). W porównaniu do poprzedniego roku w województwie kujawsko-pomorskim odnotowano o 3,5% łóżek mniej, natomiast w województwie dolnośląskim i małopolskim łóżek przeznaczonych na uzdrowiskowe leczenie szpitalne było w obu województwach o blisko 13% więcej.

W 2018 r. w szpitalach uzdrowiskowych przebywało 131,1 tys. kuracjuszy, o 2,5% więcej niż w roku poprzednim. W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia skorzystało 68,2% pacjentów szpitali uzdrowiskowych (89,4 tys. osób), a 9,9% pobytych zostało sfinansowanych przez ZUS (12,9 tys. osób). Kuracjusze pełnopłatni, podobnie jak przed rokiem stanowili około 1/5 pacjentów szpitali uzdrowiskowych (26,3 tys. osób), z czego 3,7% (0,9 tys. osób) to pełnopłatni cudzoziemcy. Pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek, trwał średnio 19,4 dnia, natomiast w przypadku dzieci i młodzieży (osoby do 18-stego roku życia) był o 1,2 dnia dłuższy niż przed rokiem i średnio trwał – 24,6 dnia.

**Wykres 46. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według grup wieku w 2018 r.**  
 Chart 46. Average stay of inpatients in health resort hospitals by age structure in 2018



W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 6,3 mln zabiegów i było to o 2,4% więcej niż w roku 2017. Należy podkreślić, że podobnie jak w przypadku sanatoriów, nie są to wszystkie zabiegi jakich udzielono pacjentom przebywającym na leczeniu w szpitalach uzdrowiskowych gdyż niejednokrotnie pacjenci korzystają z zabiegów wykonywanych w sąsiadujących placówkach (przychodniach uzdrowiskowych, zakładach przyrodolecznich lub sanatoriach).

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, omówionymi powyżej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w systemie ambulatoryjnym, takich jak przychodnie uzdrowiskowe (11 zakładów) i samodzielne zakłady przyrodolecznice (19 zakładów). W 2018 r. z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 43,6 tys. kuracjuszy, niespełna o 2 tys. mniej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodolecznich, przeprowadzono 5,2 mln zabiegów (o 1,3% więcej niż w roku poprzednim). Stanowiły one tak jak przed rokiem, 14,0% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

Kolejną formą opieki stacjonarnej są stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej, których lokalizacja nie jest ograniczona do terenów uzdrowiskowych tak jak w przypadku zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, ale może być i jest sprawowana także poza terenami o statucie uzdrowiska.

Na koniec 2018 r. funkcjonowało 29 stacjonarnych zakładów rehabilitacji leczniczej<sup>39</sup> (o 4 zakłady więcej niż w końcu 2017 r.). Dysponowały one łącznie podobną jak przed rokiem liczbą łóżek (3,4 tys. łóżek) a skorzystało z nich o 8,1% osób więcej niż przed rokiem (59,1 tys. osób). Pacjenci pełnopłatni stanowili 56,1% ogółem leczonych (33,1 tys. osób) spośród których 11,6% to cudzoziemcy w znacznej większości przebywający na terenie województwa zachodniopomorskiego (86,2% ogółem cudzoziemców).

Stosunkowo liczną grupę – 8,6 tys. osób (14,6%) stanowili pacjenci korzystający z rehabilitacji leczniczej finansowanej przez ZUS, w dalszej kolejności – dofinansowani przez KRUS – 12,8% (7,5 tys. osób) a następnie pacjenci przebywający na leczeniu w ramach środków NFZ (6,1 tys. osób – 10,3%). Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych stanowiły 2,7% ogółu rehabilitowanych w tego typu placówkach.

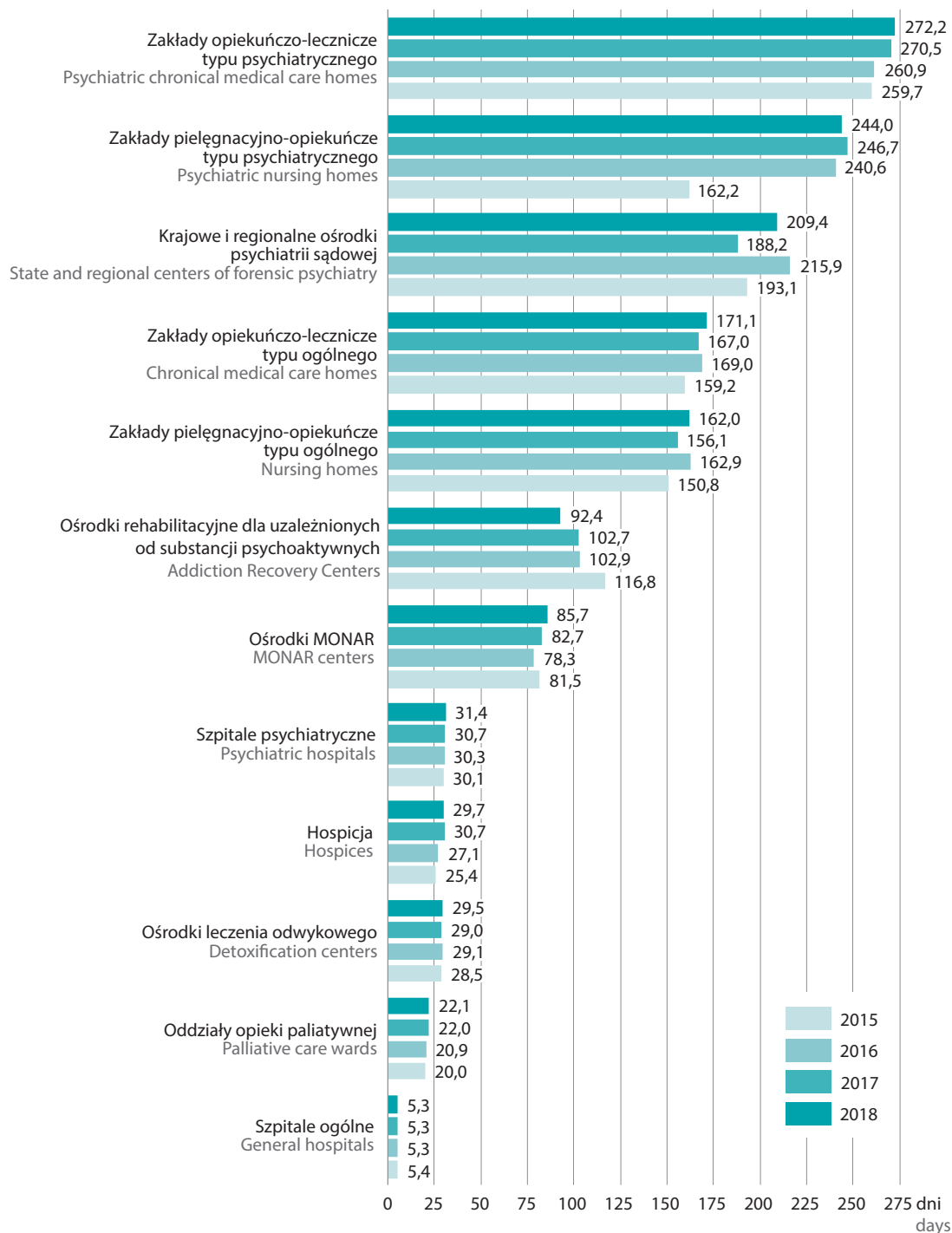
<sup>39</sup> Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31 grudnia 2018r.) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu resortowego – 7400), ale które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.



**Tablica 6. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska**  
 Table 6. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located

Województwo Voivodeships	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Stan w dniu 31.12 Number of beds as of 31.12	Uzdrowisko Health resort area
Dolnośląskie	p. kłodzki	3651	Długopole Zdrój, Duszniki Zdrój, Kudowa Zdrój, Lądek Zdrój, Polanica Zdrój
	p. lubański	704	Czerniawa Zdrój, Świeradów Zdrój
	p. wałbrzyski	765	Jedlina Zdrój, Szczawno Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	831	Cieplice Śląskie Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5018	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2015	Inowrocław
	p. włocławski	900	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1238	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3647	Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów Zdrój
	p. nowotarski	1720	Rabka Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	664	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	95	Swoszowice – Kraków
Mazowieckie	p. piaseczyński	248	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	594	Horyniec Zdrój
	p. krośnieński	2508	Iwonicz Zdrój, Rymanów Zdrój
	p. leski	879	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	220	Augustów
	p. białostocki	122	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1164	Ustka
	p. m. Sopot	794	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	494	Goczałkowice Zdrój
	p. cieszyński	2015	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3152	Busko Zdrój, Solec Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
Zachodniopomorskie	p. sławieński	1355	Dąbki
	p. kamieński	467	Kamień Pomorski
	p. kołobrzegi	6331	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1063	Połczyn Zdrój
	p. m. Świnoujście	1427	Świnoujście

**Wykres 47. Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej**  
 Chart 47. Average length of stay in inpatient health care facilities



## 2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

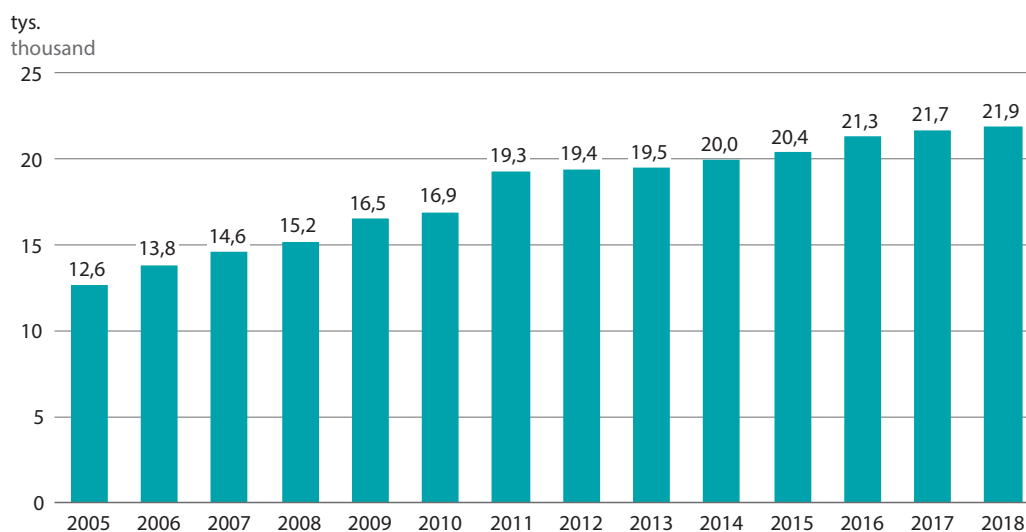
### 2.3. Out-patient health care

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

#### Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2018 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem prawie 22 tys. przychodni<sup>40</sup> (o 216 więcej niż w roku poprzednim). Utrzymał się więc trwający od kilkunastu lat systematyczny wzrost liczby placówek ambulatoryjnej opieki medycznej.

**Wykres 48. Przychodnie**  
Chart 48. Out-patient departments



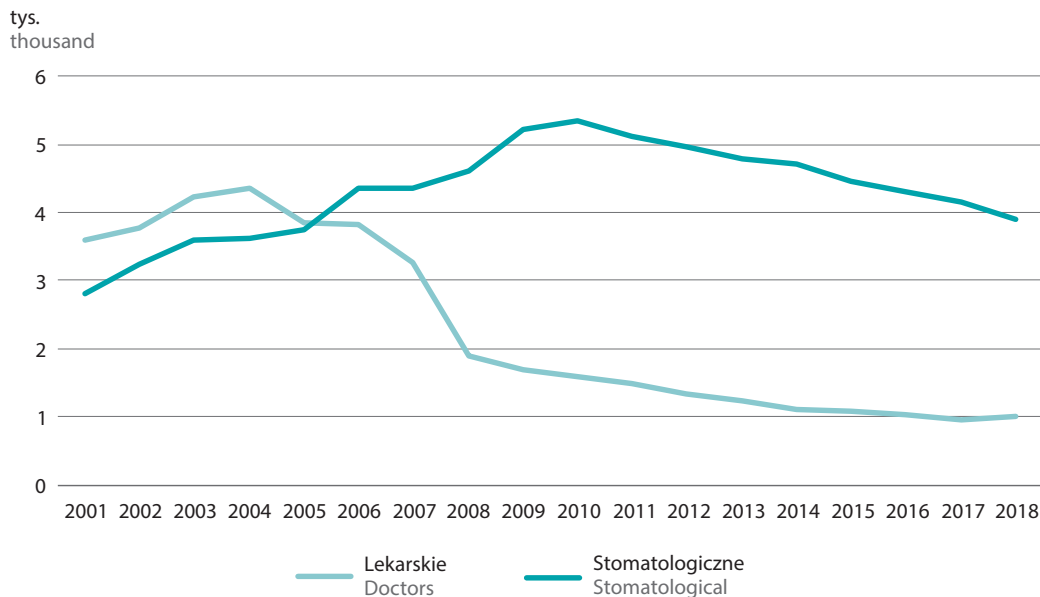
Nieco odmienne tendencje można zauważyć w przypadku praktyk<sup>41</sup> lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Od 2011 roku obserwujemy tendencję spadkową obu typów praktyk.

40 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.

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

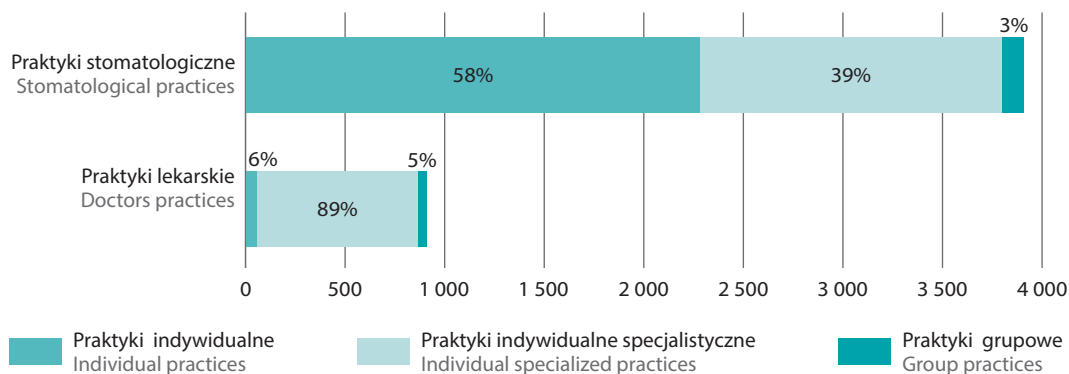
### Wykres 49. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych

Chart 49. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



### Wykres 50. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych

Chart 50. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources



W 2018 r. odnotowano łącznie 4,8 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o 5,6 % mniej niż w ubiegłym roku), przy czym 81,1% z nich stanowiły praktyki stomatologiczne.

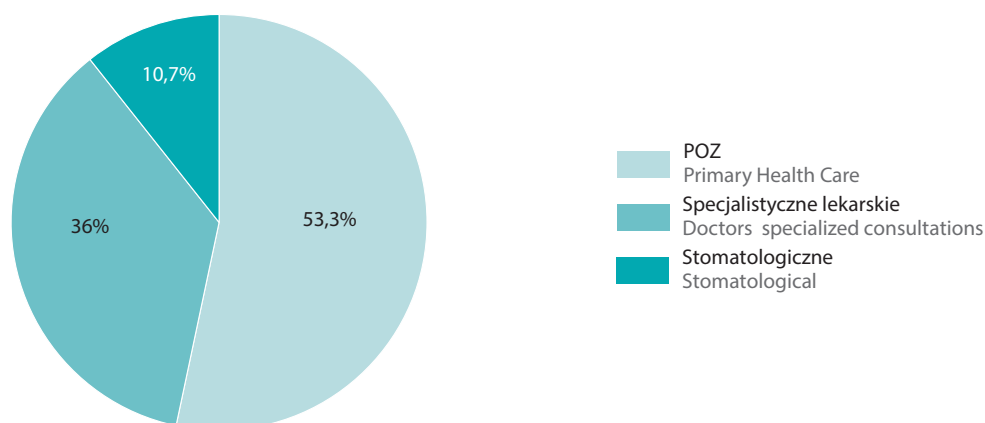
Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (89,1%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 6,0% i 5,0%). Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,3%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal pozostaje bardziej popularna w miastach (37,8% praktyk stomatologicznych) niż na wsi (20,4% praktyk stomatologicznych).

## Udzielone porady

Ogółem w ciągu 2018 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 328 mln porad<sup>42</sup>. Spośród porad udzielonych przez lekarzy 53,3% udzielono w podstawowej opiece zdrowotnej, a 36,0% – w opiece specjalistycznej. Liczba porad stomatologicznych wyniosła 34,3 mln (pozostała na takim samym poziomie jak w 2017 r.) i stanowiła 10,7% porad ambulatoryjnych. Porady udzielone w przychodniach stanowiły 96,5% wszystkich porad ambulatoryjnych; o 0,3 p. proc. więcej niż przed rokiem.

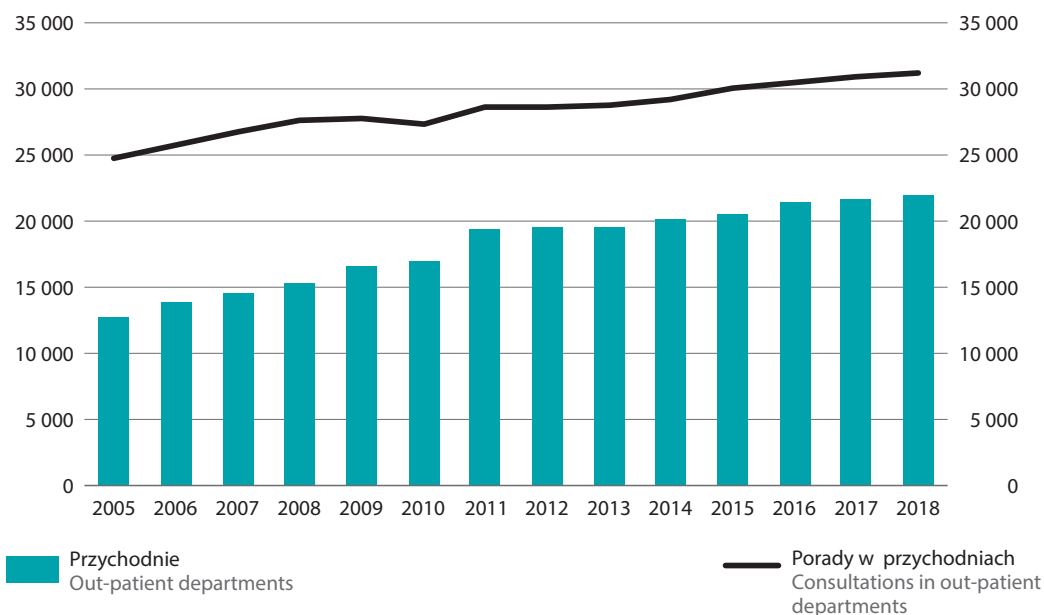
**Wykres 51. Struktura porad ambulatoryjnych według rodzajów porad**

Chart 51. Structure of out-patient health care consultations



**Wykres 52. Przychodnie i udzielone w nich porady**

Chart 52. Out-patient departments and doctors' consultations

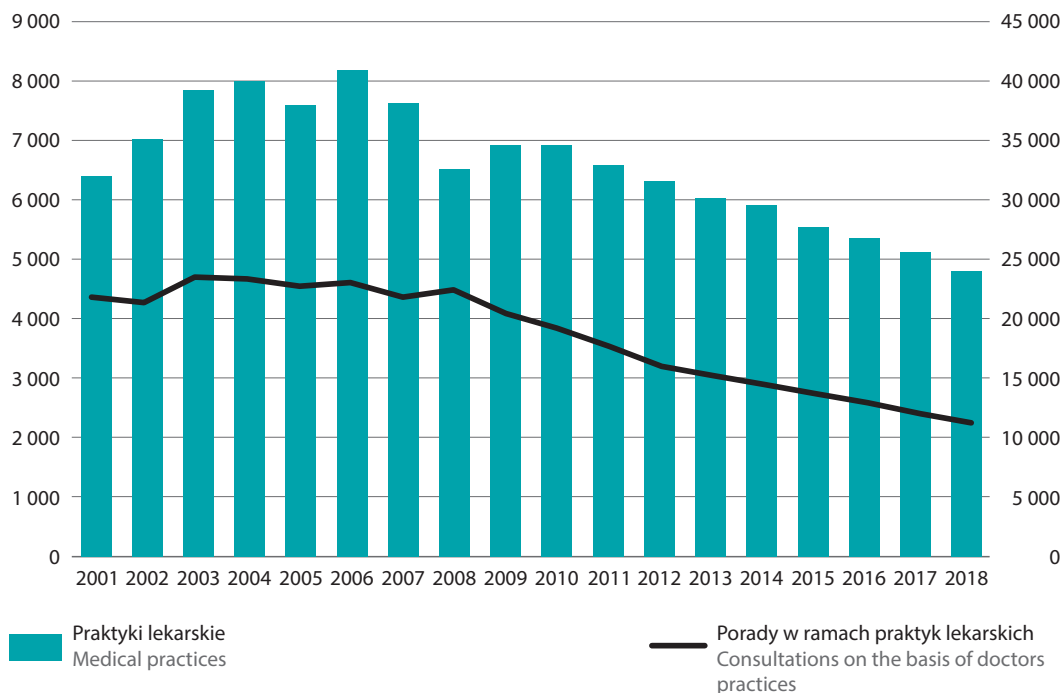


Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych zmalała, a spadek ten dotyczył zarówno wsi (o 7,6%) jak i miast (o 6,8%). Przeciętna liczba porad w ramach ambulatoryjnej opieki

<sup>42</sup> Łącznie z poradami i placówkami podległymi resortom MON i MSWiA. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2018 r. wyniosła 8,5 (podobnie jak przed rokiem).

**Wykres 53. Praktyki lekarskie<sup>a)</sup> i udzielone w nich porady**  
Chart 53. Medical Practices and doctors' consultations



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

### Struktura udzielonych porad

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

Wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 56,5% stanowiły porady udzielone kobietom. 22,0% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (podobnie jak przed rokiem), a 32,8% – osobom w wieku 65 lat i więcej (o 0,9 p. proc. więcej).

Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wynosił 55,6% (0,4 p. proc. mniej niż przed rokiem), 19,3% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 0,8 p. proc. mniej niż przed rokiem), natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat i więcej to 33,1% (o 0,5 p. proc. więcej).

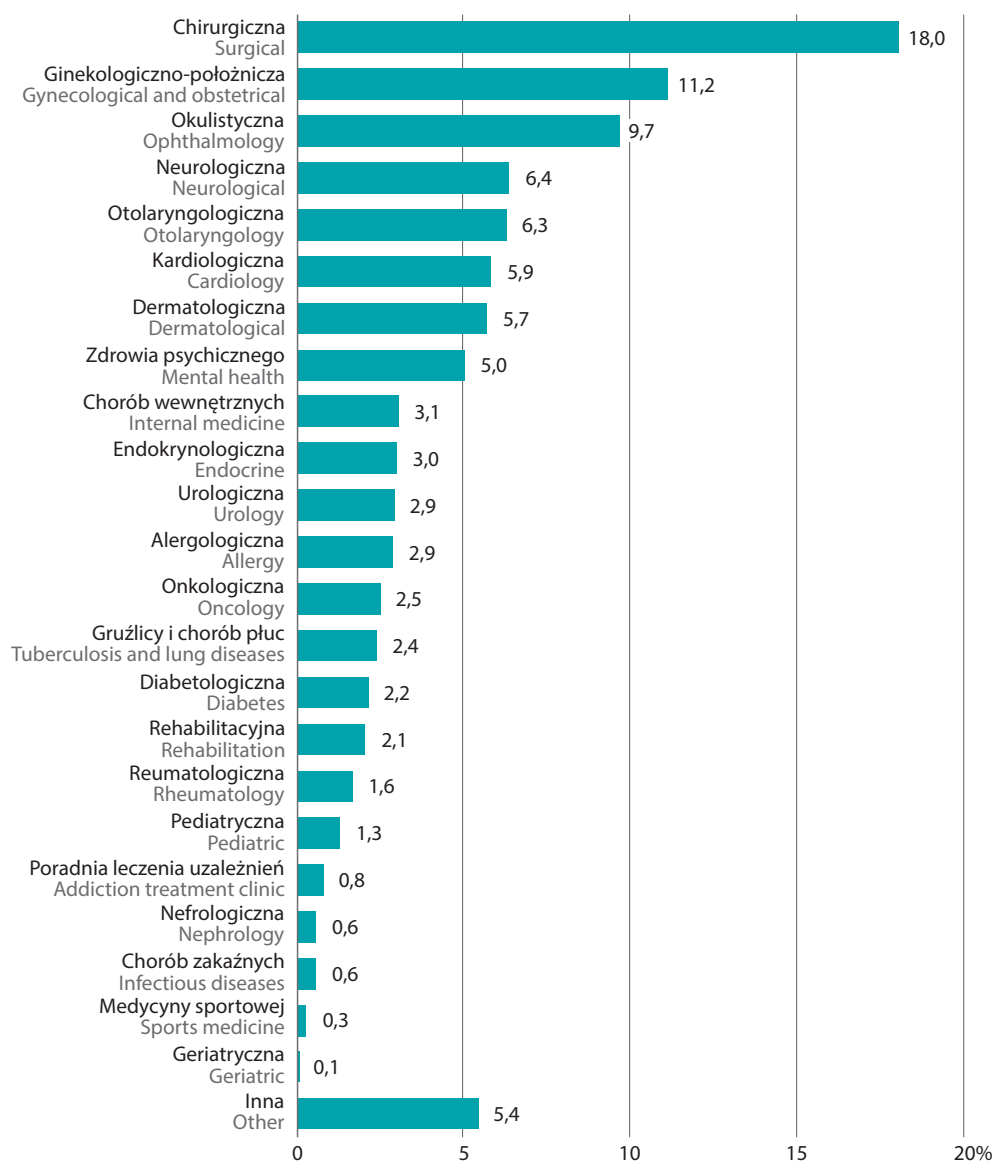
Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała, że zdecydowanie częściej niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej, pacjentami były kobiety (60,3%). Struktura porad udzielonych kobietom nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego i stanowiła 60,1% porad w miastach i 66,7% na wsi.

Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z porad lekarzy specjalistów. Porady udzielone tej grupie pacjentów stanowiły 12,5% porad w miastach (o 0,3 p. proc. mniej niż przed rokiem) i 13,5% (o 0,1 p. proc. więcej jak w 2017 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 29,1% w miastach (o 0,8 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 23,3% na wsi (o 0,8 p. proc. więcej) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

**Tablica 7. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2018 r.**  
**Table 7. The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2018**

Wyszczególnienie Specification	Ludność (stan 30 VI) Population (as of 30VI)	Porady Consultations		
		POZ primary health care	specjalistyczne lekarskie doctors specialized	stomatologiczne stomatological
Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0–17 lat	18,0	21,4	12,6	28,5
18–64	64,7	45,8	58,5	56,0
65 +	17,2	32,9	28,9	15,5

**Wykres 54. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2018 r.**  
**Chart 54. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2018**



Również w przypadku porad stomatologicznych częściej udzielano ich kobietom. W miastach stanowiły one 55,4% (o 0,1 p. proc. mniej niż w 2017 r.) ogółu porad stomatologicznych, natomiast na wsi – 53,9% (o 1,5 p. proc. mniej). 28,5% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w przypadku porad udzielonych w miastach było to 28,1%, a w przypadku wsi odsetek ten był o ponad 2,5 p. proc. wyższy). Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej w miastach stanowiły 15,8% ogółu tych porad. Na wsi zaobserwowano ich o 2,2 p. proc. mniej.

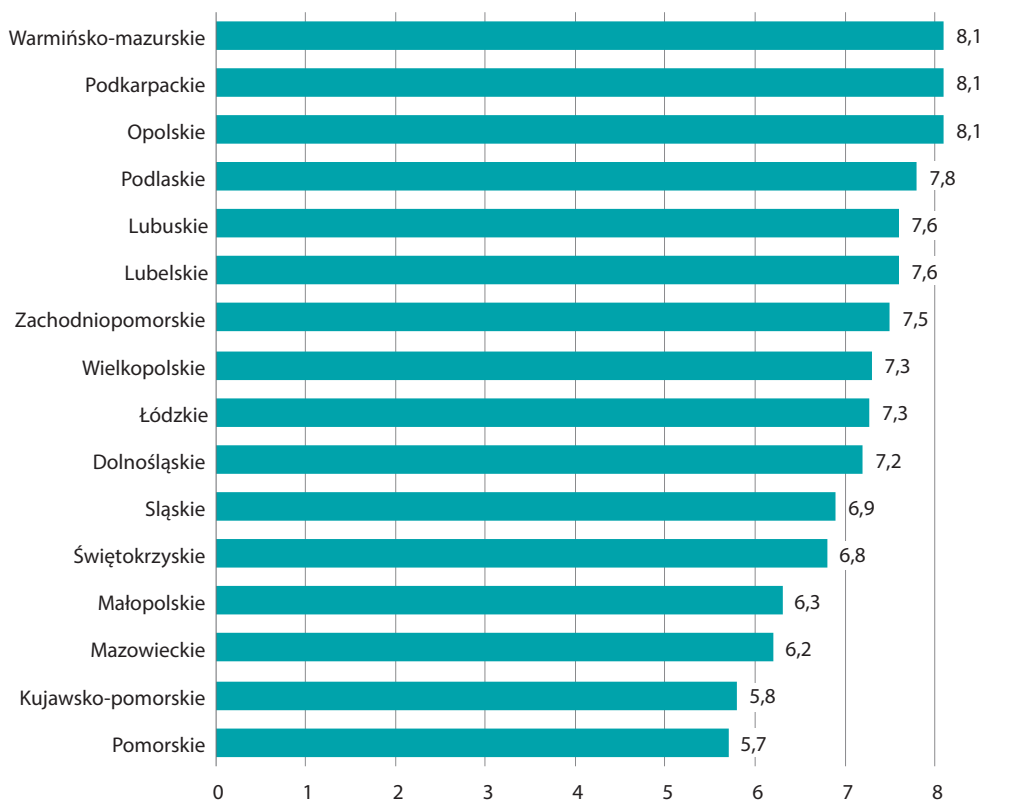
Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski w 2018 r. wynika, że w przypadku POZ, udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat i więcej był o 15,7 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Znaczący jest udział porad udzielonych osobom w wieku 18–64 lat w specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej. Dzieci i młodzież poniżej 18 lat miały natomiast najwyższy wskaźnik udzielonych porad stomatologicznych w odniesieniu do udziału w populacji tej grupy wiekowej.

### Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach

W 2018 r. struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przedstawiała się następująco: najwięcej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentyków<sup>43</sup> zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,3 tys.), a najmniej odnotowano w województwach lubuskim, opolskim i świętokrzyskim – po 0,8 tys. Z łącznej liczby 4,8 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najwięcej czyli 13,0% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze województwa małopolskiego – 3,3%.

#### Wykres 55. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców w 2018 r.

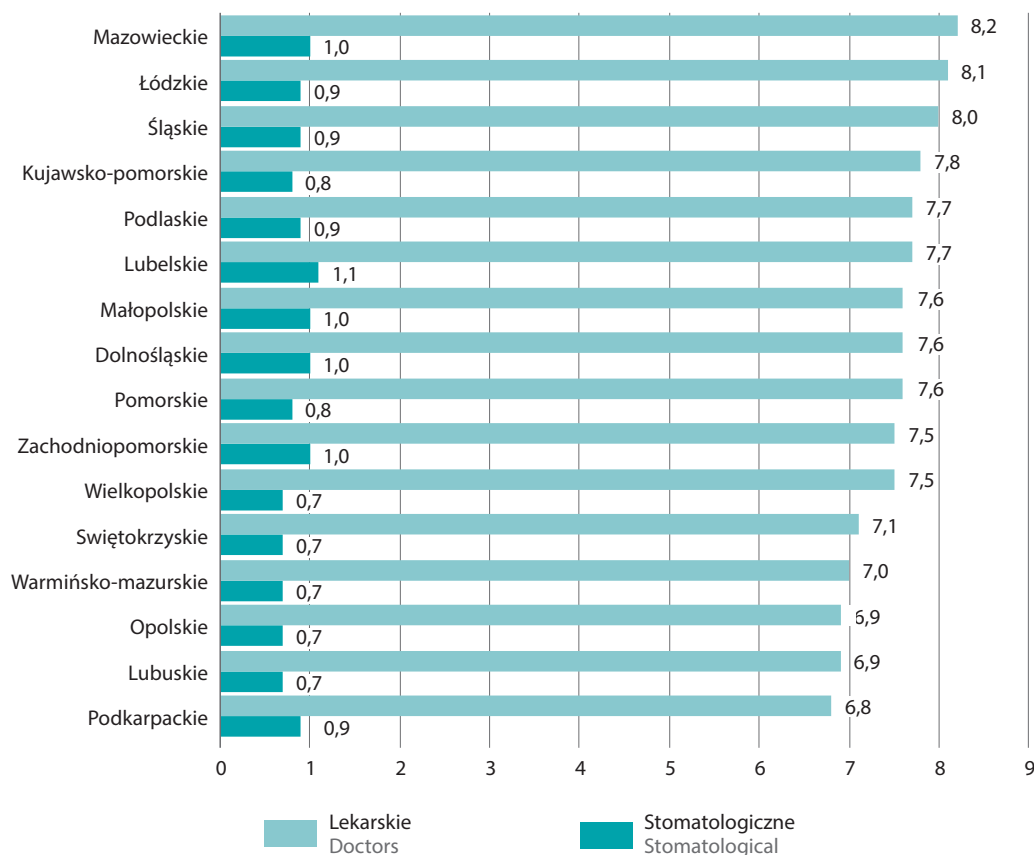
Chart 55. Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population in 2018



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



**Wykres 56. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej<sup>a)</sup> na 1 mieszkańca w 2018 r.**  
 Chart 56. Doctors' consultations provided in out-patient health care per capita in 2018



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 49 mln porad, a najniższą – w województwie opolskim ponad 7 mln porad. Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,4 w województwach opolskim i lubuskim do 9,2 w województwie mazowieckim.

Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 44,5% (woj. mazowieckie) do 59,9% (woj. lubuskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 21,4% wszystkich porad udzielonych w POZ. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 18,2% do 24,1% (wartość maksymalną odnotowano w województwie małopolskim, a minimalną w świętokrzyskim). W przypadku osób starszych, odsetek ten wahał się od 30,8% w województwie pomorskim do 36,4% w województwie opolskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 10,9% w województwie zachodniopomorskim do 14,2% w województwie mazowieckim. Porady udzielone starszym osobom stanowiły 28,9% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 25,9% (województwo mazowieckie) do 32,5% (województwo świętokrzyskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży w ogólnej liczbie porad stomatologicznych kształtował się od 25,4% w województwie śląskim i dolnośląskim do 38,6% w województwie lubelskim.

Porady udzielone starszym osobom stanowiły 15,5% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 13,1% (województwo kujawsko-pomorskie) do 18,6% (województwo zachodniopomorskie).

### Dostosowanie placówek do potrzeb osób z niepełnosprawnościami

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

Spośród ponad 26 tys. jednostek (przychodni i praktyk lekarskich) 9,9% wykazało brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych, było to jednak o 1,4 p. proc. mniej niż przed rokiem. Poziom dostosowania obiektów jest różny w przypadku przychodni i praktyk lekarskich, co w znacznym stopniu wynika z wielkości i charakteru lokali, gdzie świadczone są usługi lecznicze.

W przypadku przychodni najczęściej występowały udogodnienia dla osób mających ograniczenia w poruszaniu się: toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych (73,5%), pochylnia/podjazd/platforma ułatwiająca wejście do budynku (70,3%), windy (29,9%), windy dostosowane dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich (19,0%), posadzki antypoślizgowe (26,9%) oraz drzwi automatycznie otwierane (8,7%). Udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych miało tylko 2,7% przychodni. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych zarejestrowano w 7,5% przychodni.

Jeśli chodzi o praktyki lekarskie i stomatologiczne, 58,5% z nich deklarowało posiadanie pochylni/podjazdu/platformy ułatwiających wejście do budynku, 53,1% posiadało toalety przystosowane dla osób niepełnosprawnych tylko 0,6% posiadało udogodnienia dla słabowidzących i niewidomych. Niemal 1,2 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych (21,2%) nie posiadało żadnych udogodnień.

**Tablica 8. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 r.**

Table 8. Out-patient health care in 2018

Wyszczególnienie Specification	2017	2018		
		ogółem total	miasta urban areas	wieś rural areas
Przychodnie (stan w dniu 31 XII) Out-patient departments (as of 31 XII)	21665	21881	17077	4804
Praktyki lekarzy i lekarzy dentyków <sup>a</sup> (stan w dniu 31 XII) Doctors and dentists practices <sup>a</sup> (as of 31 XII)	5106	4820	3590	1230
Porady udzielone <sup>bc</sup> (w tysiącach) Consultations provided <sup>bc</sup> (in thousands)	325869	328098	279789	48309
w tym w ramach praktyk lekarzy i lekarzy dentyków <sup>a</sup> of which on the basis of doctors and dentists practices <sup>a</sup>	12094	11251	8825	2426
lekarskie <sup>c</sup> doctors <sup>c</sup>	291337	293711	250375	43336
w tym specjalistyczne of which specialized	116281	116315	113261	3054
stomatologiczne stomatological	34532	34387	29414	4973

**Tablica 8. Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2018 r. (dok.)**  
 Table 8. Out-patient health care in 2018 (cont.)

Wyszczególnienie Specification	2017	2018		
		ogółem total	miasta urban areas	wieś rural areas
na 1 mieszkańca per capita	8,5	8,5	12,1	3,2
lekarskie <sup>c</sup> doctors <sup>c</sup>	7,6	7,6	x	x
stomatologiczne stomatological	0,9	0,9	x	x

a Dane obejmują praktyki, które podpisały kontrakty z NFZ lub z przychodniami. b Łącznie z poradami opłaconymi w przychodniach przez pacjentów. c Łącznie z poradami lekarskimi udzielonymi w izbach przyjęć szpitali ogólnych (w 2018 r. — 5467 tys.) nieuwzględnionymi w specjalistycznej opiece lekarskiej.

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

a Data concern practices that have signed contract with the National Health Fund or out-patient departments. b Including consultations paid by patients in out-patient departments. c Including doctors consultations provided in admission rooms of general hospitals (in 2018 — 5467 thousand) not included in specialized doctors care.

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

## 2.4. Ratownictwo medyczne

### 2.4. Emergency medical services

System Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)<sup>44</sup> został stworzony w celu zapewnienia pomocy każdej osobie znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Na terenie całego kraju system funkcjonuje w oparciu o „wojewódzkie plany działania systemu”<sup>45</sup> sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizację, 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

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

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

szpitali wyspecjalizowane w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego, które zostały ujęte w wojewódzkim planie działania systemu PRM.

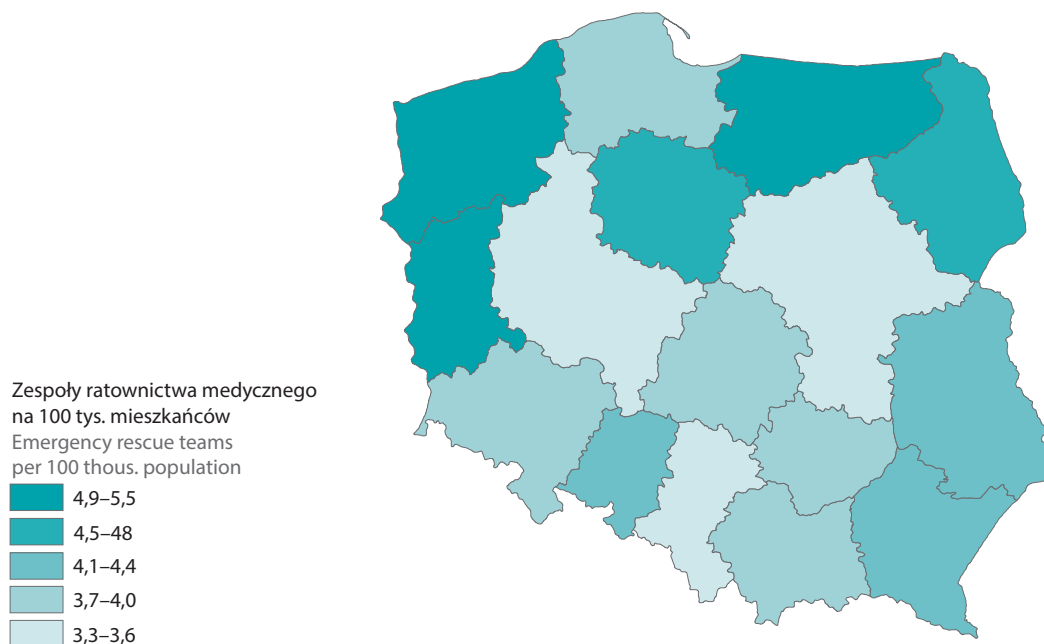
W 2018 r. w całej Polsce funkcjonował System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)<sup>46</sup>. Jest to system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112, 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie ZRM. Na terenie kraju utrzymanie oraz obsługę systemu zapewnia minister do spraw administracji publicznej, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części których dysponentami są właściciwi wojewodowie. Pełne wdrożenie SWD PRM ma m.in. zakończyć erę zleceń wyjazdów przekazywanych drogą radiową i wypełniania dokumentacji papierowej. Kolejnym rezultatem wprowadzenia SWD PRM będzie zmniejszenie liczby dyspozytorni medycznych – docelowo, do 2028 r., w całej Polsce ma funkcjonować 18 dyspozytorni medycznych – po jednej w każdym województwie i po dwie, z racji wielkości i specyfiki, w województwach mazowieckim i śląskim.

### Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

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

W 2018 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1541 zespołów (o 22 więcej niż przed rokiem), w tym 1128 (73%) zespołów podstawowych i 413 (27%) specjalistycznych. W porównaniu z rokiem 2017 nastąpiło zauważalne zmniejszenie udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa (spadek z 32% do 27%) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (z 68% do 73%).

**Mapa 10. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2018 r.**  
Map 10. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2018

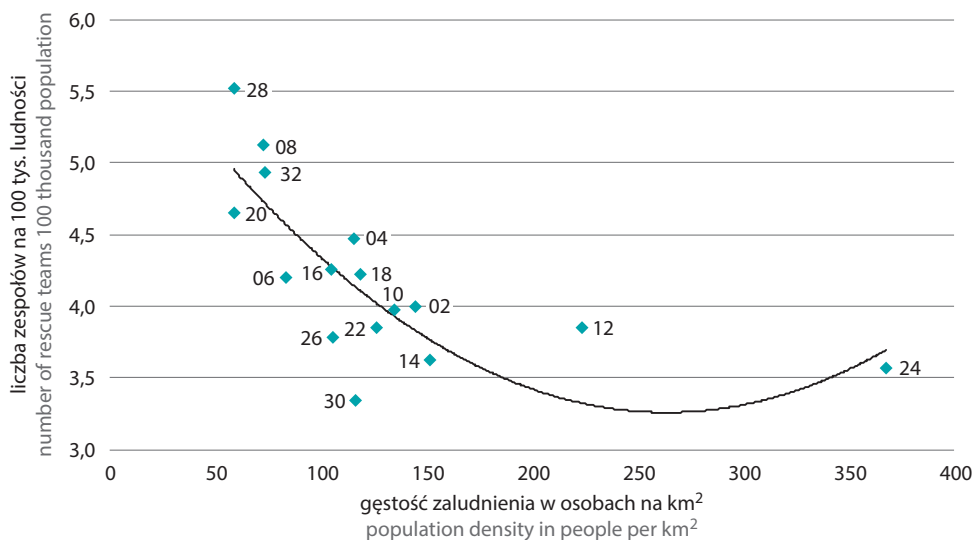


<sup>46</sup> System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności. Wskaźnik ten był największy w województwie warmińsko-mazurskim, lubuskim, zachodniopomorskim oraz podlaskim – od 4,7 do 5,5 zespołu na 100 tys. ludności, a najmniejszy w województwie wielkopolskim, śląskim i mazowieckim – od 3,3 do – 3,6 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 57. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2018 r.**  
Chart 57. Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2018



Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego<sup>47</sup> wskazują, że w 2018 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego<sup>48</sup> stanowiło 10 191 ratowników medycznych, 1 484 pielęgniarek systemu i 1 231 lekarzy systemu. W odniesieniu do zeszłego roku nastąpiło zwiększenie liczby ratowników medycznych o 148, chociaż ich liczba nadal jest mniejsza niż w latach poprzednich. W przypadku liczby pielęgniarek i lekarzy systemu nadal utrzymuje się tendencja spadkowa wśród tej kadry ratownictwa medycznego. Liczba pielęgniarek systemu spadła w porównaniu do roku 2017 o 138 pielęgniarek a lekarzy systemu o 236 osób).

### Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

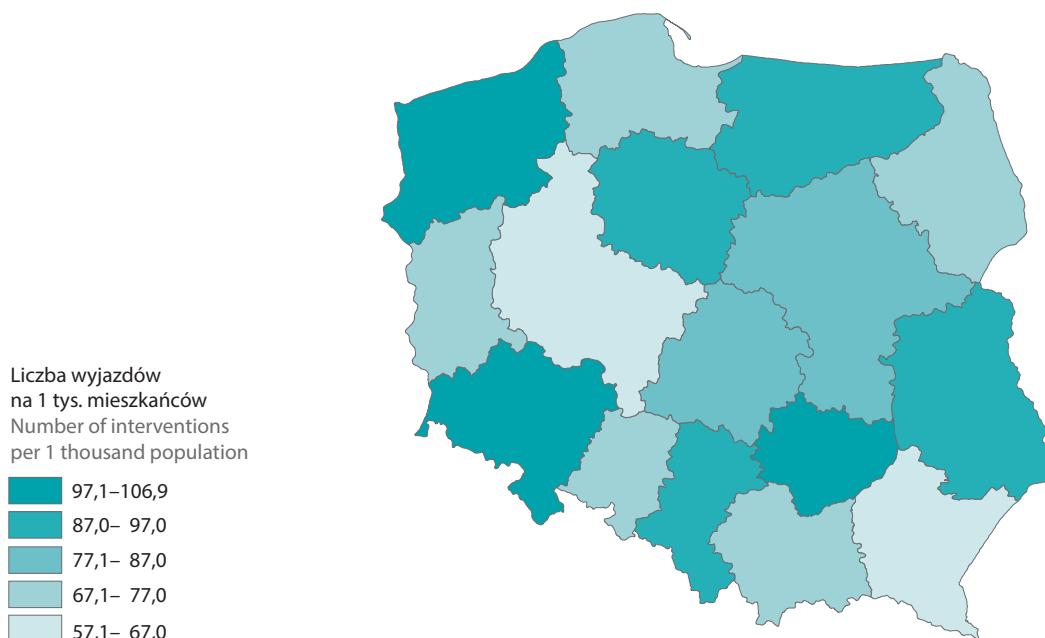
W 2018 r. zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały około 3,15 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, niemal o 1,3% mniej niż w zeszłym roku. Przeciętnie w przeliczeniu na 1000 ludności przypadało 82 wyjazdy ZRM (o 1,03 mniej niż przed rokiem).

Struktura wyjazdów zespołów PRM ze względu na miejsce zdarzenia nie zmieniła się od 2004 r. Zdecydowaną większość, bo ok. 70,6% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. Drugie co do liczebności miejsce zdarzenia (ok. 21,2% wyjazdów) to kategoria „inne”, która obejmuje m.in. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół. Wyjazdy do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym stanowiły 5, %, a do zdarzeń w pracy lub w szkole odpowiednio 2,1% i 1,1%.

47 Dane GUS – formularz ZD-4.

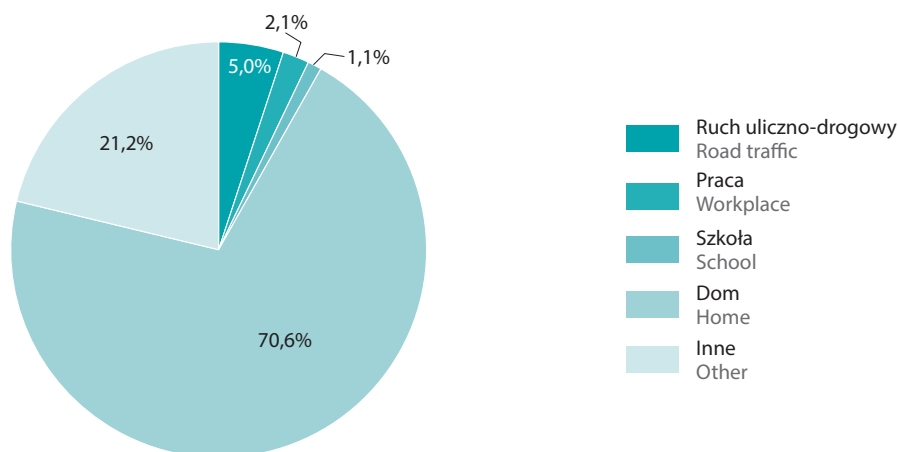
48 Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia, dla których jest to główne miejsce pracy.

**Mapa 11. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, na 1 tys. ludności w 2018 r.**  
Map 11. Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2018



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

**Wykres 58. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2018 r.**  
Chart 58. Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2018



W trakcie jednego wyjazdu pomoc mogła zostać udzielona więcej niż jednej osobie, dlatego liczba osób, którym udzielono świadczeń w trakcie wyjazdów zespołów ratownictwa była nieco większa niż liczba wyjazdów i wyniosła nieco powyżej 3,17 mln. (o 1,3% mniej niż w ubiegłym roku). Najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (107), a najmniej w wielkopolskim (57).

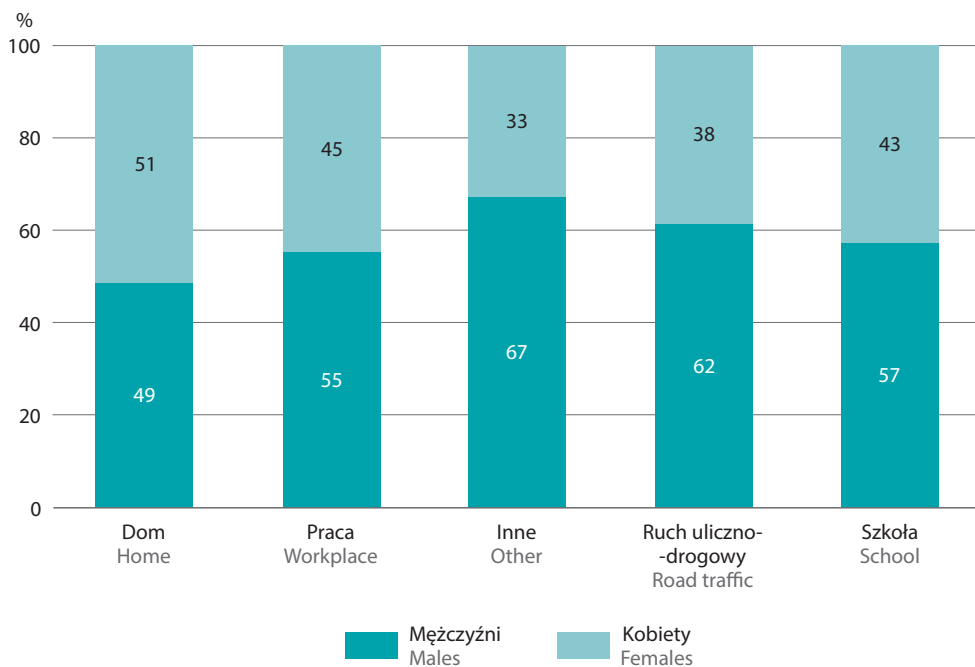
Struktura płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wyniósł

6%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 50,5%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 43,6% (w 2017 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 6,2%, 50,6% i 43,2%).

Pomocy częściej udzielano mężczyznom niż kobietom (53,4%). Przewaga mężczyzn ogółem była o 0,3 p. proc. większa niż w 2017 r. Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad 55% w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu; kobiety stanowiły w tym przypadku 51,5% populacji.

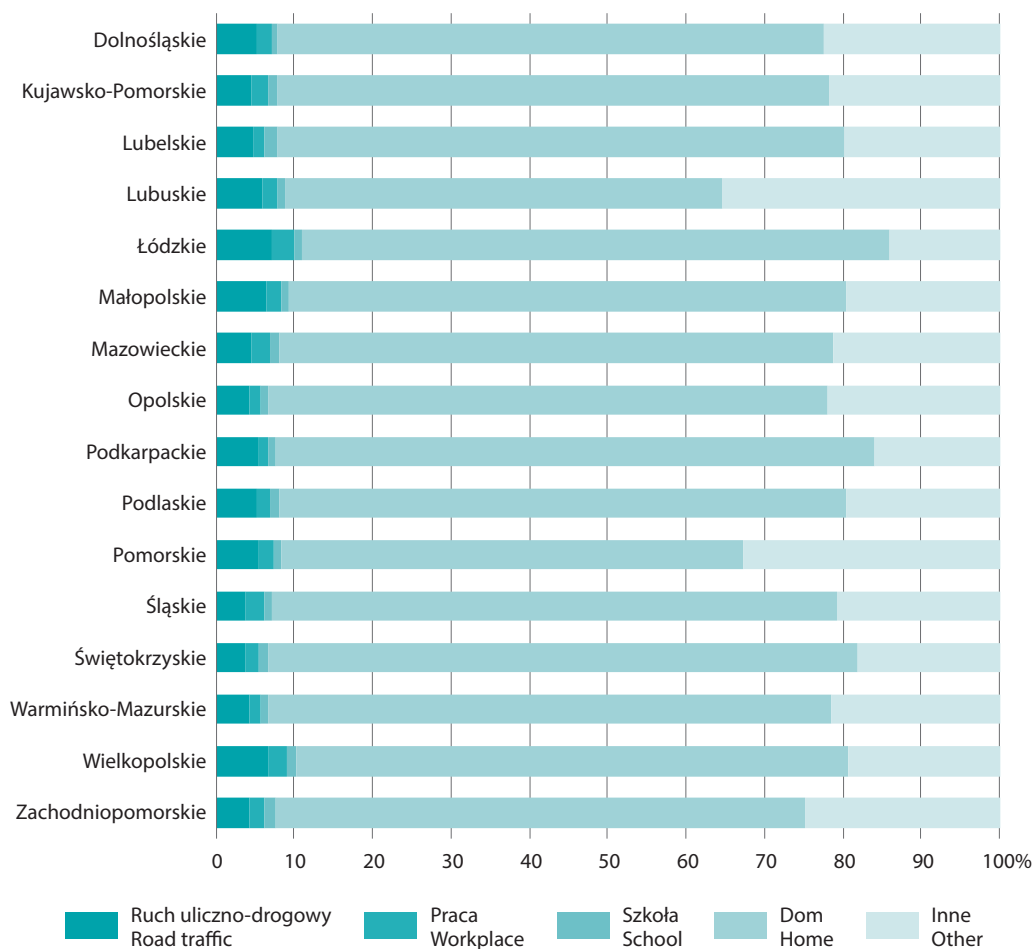
**Wykres 59. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2018 r.**

Chart 59. Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2018



W każdym województwie liczba wyjazdów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. W podlaskim, świętokrzyskim i łódzkim stanowiły one aż 75–76% wszystkich wyjazdów, natomiast w lubuskim i pomorskim odpowiednio 56% oraz 59%. Podobnie w każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – od 2,1% ogółu wyjazdów w przypadku województwa podkarpackiego do 3,8% ogółu wyjazdów w przypadku województwa łódzkiego. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 3,7% (województwo śląskie) do 7,2% (województwo łódzkie) ogółu wyjazdów. Dokładną strukturę pokazuje poniższy wykres.

**Wykres 60. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw**  
 Chart 60. Structure of calls to the occurrence places by voivodships



Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą<sup>49</sup> czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany, trzeciego kwartyla oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartył czasu dotarcia odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Z szacunkowych danych za 2018 r. wynika, że mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona w 11 województwach, w tym w 4 województwach wahała się pomiędzy 8 a 9 min. Największe mediany w przypadku miasta powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie pomorskim (odpowiednio – 10:03 i 16:57), jak i obszarów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim, łódzkim i pomorskim (odpowiednio – 12:05, 17:58, 11:13)). W przypadku terenów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców, największe mediany odnotowano również w województwach dolnośląskim oraz pomorskim oraz dodatkowo w województwie warmińsko-mazurskim (odpowiednio: 20:39, 17:24, 17:18)

<sup>49</sup> Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993.).

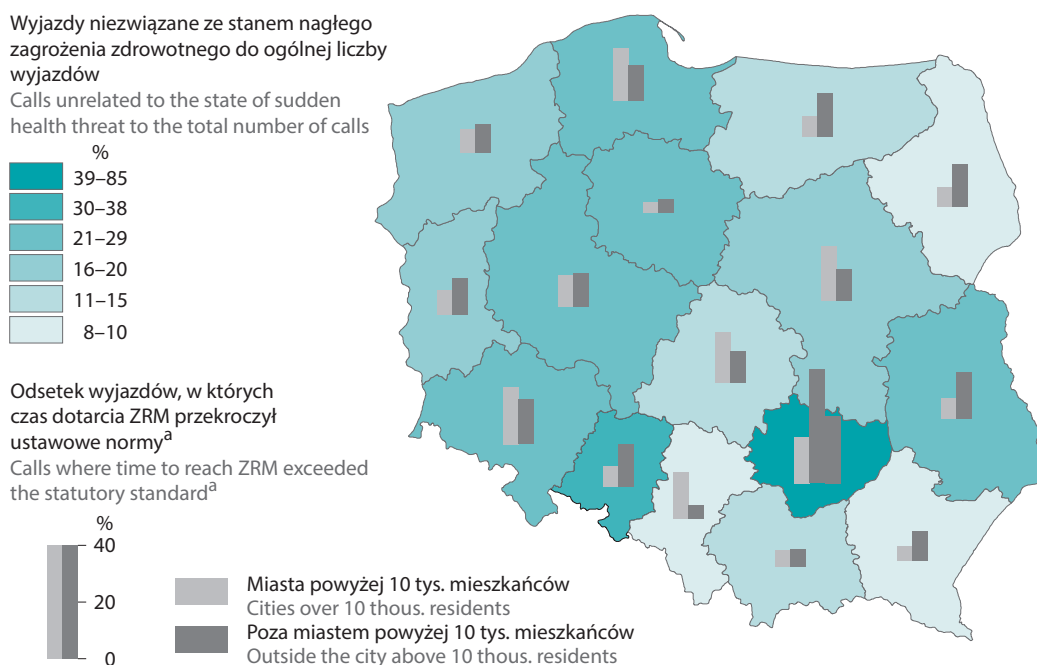


W celu sprawnego działania systemu i zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia, każde województwo podzielone zostało przez swoich wojewodów na rejony operacyjne. Ich liczba jest bardzo zróżnicowana i kształtuje się od 2 w województwie małopolskim do 31 w wielkopolskim.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzają się wezwania do sytuacji nie zagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu. Szacunkowe dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów mówią, że najwięcej takich wyjazdów było w województwach: świętokrzyskim, opolskim i wielkopolskim (odpowiednio: 85%, 36%, 28% wszystkich wyjazdów). Najmniej takich wyjazdów było w podkarpackim, podlaskim oraz śląskim (8–9% wszystkich wyjazdów). Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwie dolnośląskim (20,2%) i mazowieckim (19,2%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w lubelskim (16,3%) i świętokrzyskim (63,7%). W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej w tym zakresie działały zespoły w województwie kujawsko-pomorskim oraz podkarpackim. Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w tych województwach wyniósł odpowiednio 3,8% oraz 5,3%. Na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej działały zespoły w województwach: kujawsko-pomorskim, małopolskim oraz śląskim. Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w tych województwach wyniósł odpowiednio 5%, 6,4% oraz 5,2%

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

Map 12. Calls unrelated to the state of sudden health threat to the total number of calls and calls where time to reach ZRM exceeded the statutory standard



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

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

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

## Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2018 r. LPR posiadało 21 stałych baz Śmigłowcowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS<sup>50</sup>) – 4 nowe bazy zaczęły działać pod koniec 2016 r. – rozmieszczonych na terenie całej Polski oraz jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji, a także jeden zespół transportowy.

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

W roku 2018 załogi śmigłowców zrealizowały najwięcej lotów od kiedy funkcjonuje Lotnicze Pogotowie Ratunkowe – łącznie 11 392 lotów (o 14,6% więcej niż przed rokiem), w tym 10 111 lotów do wypadków i nagłych zachorowań i 1281 transportów międzyszpitalnych, Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 386 misji, to jest prawie tyle samo co przed rokiem.

Wśród wszystkich wezwań śmigłowców, nadal dominowały loty do wypadków na drogach (2 086 lotów, tj. ponad 18,3% wszystkich misji (lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz transportów międzyszpitalnych),. Częste były również wezwania do nagłych zachorowań: udarów (1 605 – 14% wszystkich lotów), zatrzymania krążenia (844 – 7,4%) czy zawałów mięśnia sercowego (620 – 5,4%). 318 razy załogi startowały do osób z poparzeniami, 198 razy do osób, u których stwierdzono duszność, 143 do drgawek oraz 67 do utonięć. W 2018 r. łącznie na pokładach statków powietrznych przetransportowano 8 530 pacjentów (o 2 115 osób więcej niż przed rokiem), w tym 1 341 dzieci (o 255 więcej niż przed rokiem).

Spośród wszystkich baz HEMS najwięcej lotów zrealizowały: z baz całodobowych – Kraków (753 misji), Wrocław (692 misji), z baz dyżurujących w godzinach 7–20 – Szczecin (660 misji), Łódź (598 misji), z baz dyżurujących od wschodu do zachodu słońca – Gorzów Wielkopolski (528 misji)<sup>51</sup>.

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

W SOR<sup>52</sup> świadczenia opieki zdrowotnej polegają na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia niezbędnego dla stabilizacji funkcji życiowych osób znajdujących się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. W razie potrzeby SOR zapewnia transport sanitarny pacjenta do najbliższego podmiotu leczniczego wykonującego świadczenia opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie.

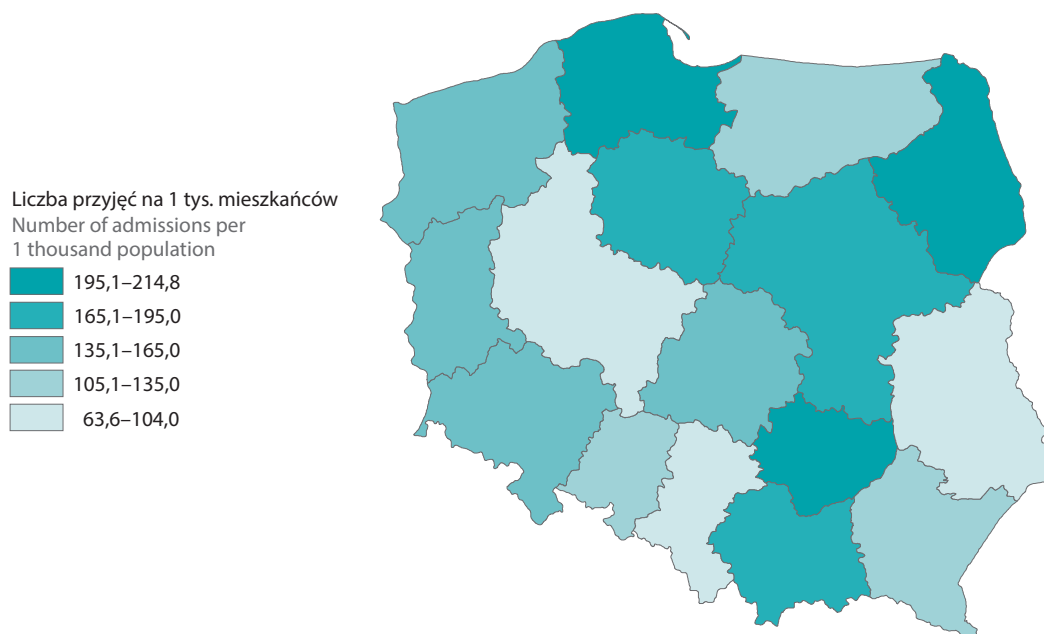
W końcu 2018 r. w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 230 **szpitalnych oddziałów ratunkowych**, o 4 więcej niż w 2017 r.

50 HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

51 Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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

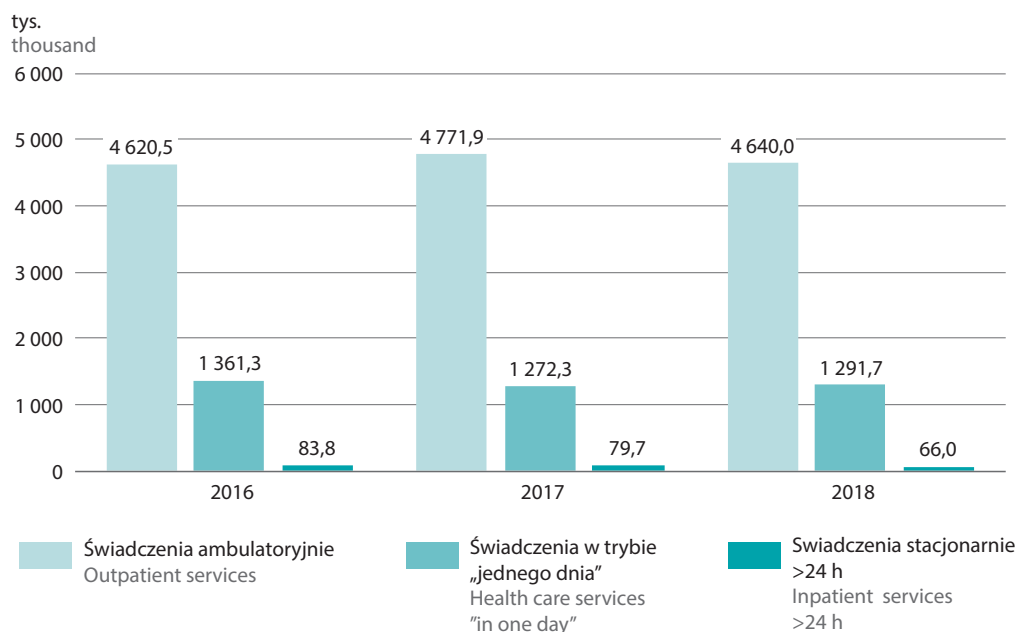
**Mapa 13. Działalność szpitalnych oddziałów ratunkowych w 2018**  
Map 13. Activity of hospital emergency wards in 2018



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

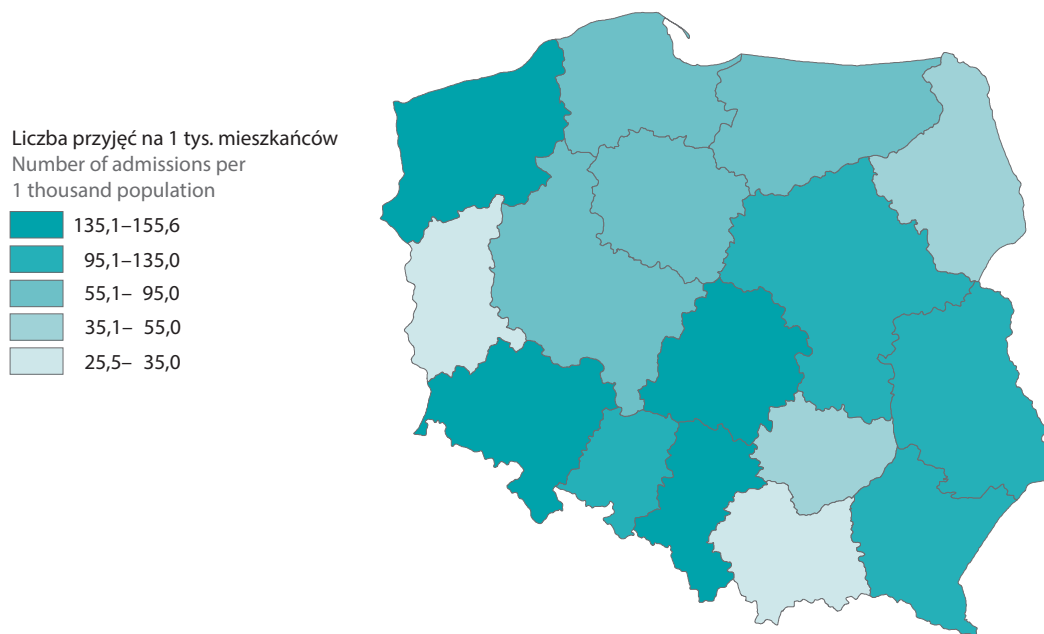
**Wykres 61. Świadczenia udzielone w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć według rodzajów świadczeń**

Chart 61. Health care services in hospital emergency wards and admission rooms by type of service provided



Ponadto, w 2018 r. z systemem PRM współpracowało 149 **izb przyjęć w szpitalach**, o 11 mniej niż w 2017 r.

**Mapa 14. Działalność izb przyjęć w 2018**  
Map 14. Activity of admission rooms in 2018



W izbie przyjęć lub SOR udzielono pomocy medycznej **w trybie ambulatoryjnym** niemal 4,6 mln osobom, o 130 tys. mniej niż w roku 2017. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 52,1%. Dzieci i młodzież do lat 18 stanowili 20,2%, a osoby w wieku 65 lat i więcej – 23,7%. Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym. Spośród pacjentów leczonych ambulatoryjnie najczęściej osób skorzystało ze świadczeń w zakresie chirurgii urazowo-ortopedycznej (24,8%).

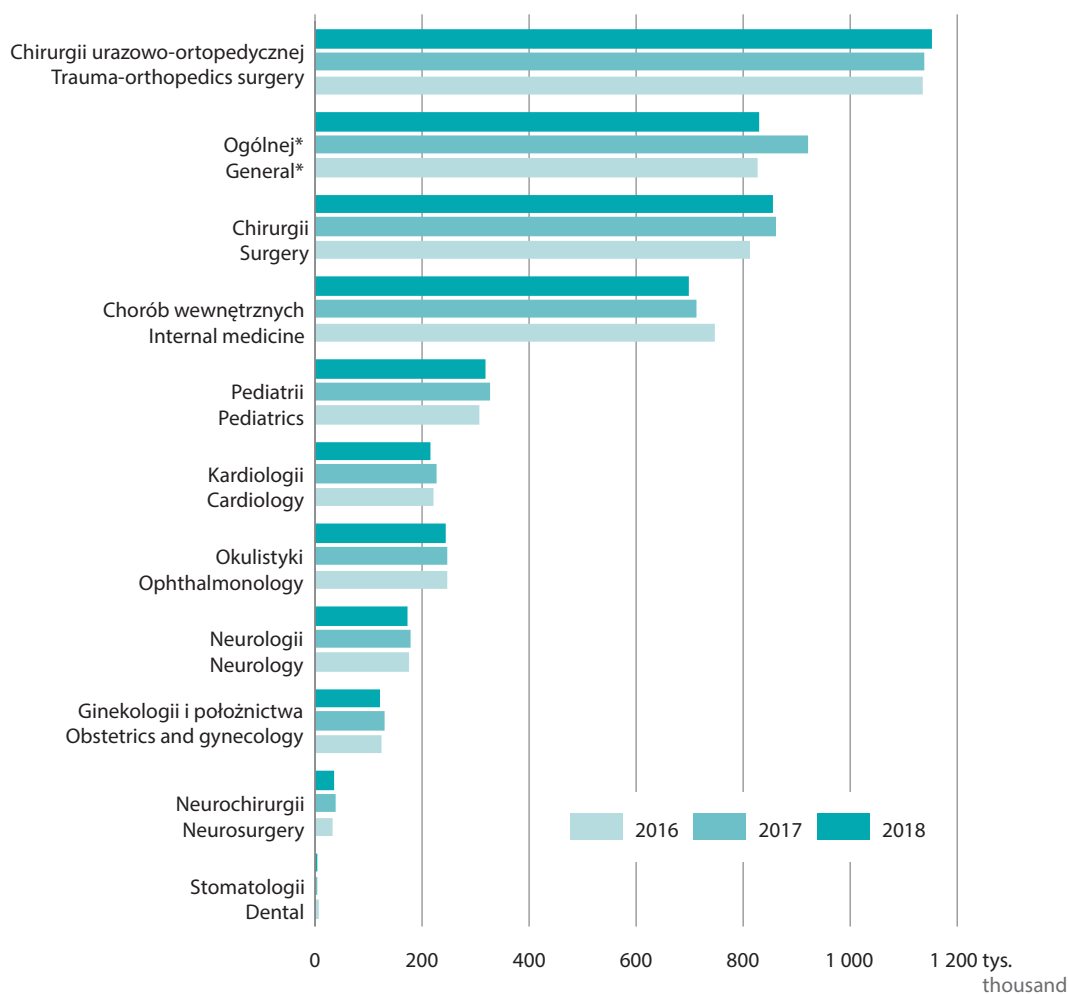
Szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały 1573 łózkami. Z SOR **w trybie stacjonarnym** (pobyt powyżej 24 godzin) skorzystało 66 tys. pacjentów. Było to o 17,3% mniej niż w roku 2017.

Z ogólnej liczby osób, którym udzielono pomocy, 8,6% stanowiły dzieci i młodzież do lat 18. Osoby w wieku co najmniej 65 lat stanowiły 42,9% wszystkich pacjentów. Wzrosła liczba osób leczonych w SOR **w trybie „jednego dnia”** (w porównaniu z zeszłym rokiem wzrost o 1,5%) i wyniosła ona 1292 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 (ponad 80% korzystających w tej grupie wieku), a osoby w starszym wieku – z pomocy ZRM, które głównie były wzywane do domu pacjenta.

**Wykres 62. Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni**

Chart 62. Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics



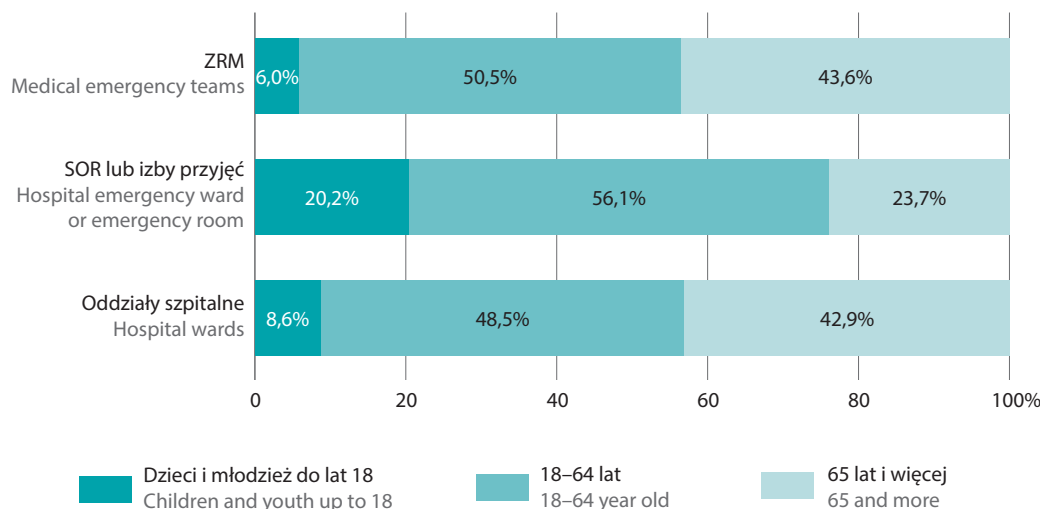
\* niezakwalifikowanym do wymienionych poradni specjalistycznych

\* unqualified to mentioned specialist clinics

Oprócz omówionych wyżej jednostek systemu PRM i izb przyjęć ważną rolę w systemie pełnią centra urazowe (CU)<sup>53</sup>. Są one wydzielonymi częściami szpitali, w których diagnozowani i leczeni są pacjenci z najcięższymi wielourazowymi obrażeniami zdrowotnymi i osoby w stanie zagrożenia życia. CU tworzą specjalistyczne oddziały szpitalne i pracownie diagnostyczne (oddział anestezjologii i intensywnej terapii, który zapewnia gotowość co najmniej dwóch stanowisk intensywnej terapii; blok operacyjny, który zapewnia gotowość co najmniej jednej sali operacyjnej; pracownia endoskopii diagnostycznej i zabiegowej, czynna całą dobę oraz inne oddziały, w szczególności: chirurgii ogólnej lub obrażeń wielonarządowych, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii lub chirurgii ogólnej z profilem neurotraumatologii, chirurgii naczyń lub chirurgii ogólnej z profilem chirurgii naczyń).

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

**Wykres 63. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku**  
 Chart 63. Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age



Po zakończeniu zabiegów ratujących życie, pacjent kierowany jest na inny oddział szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub do innej placówki leczniczej, w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji.

Centrum urazowe musi mieć lotnisko lub lądowisko dla śmigłowca ratunkowego zlokalizowane na tyle blisko, aby możliwe było przejście pacjentów urazowych ze śmigłowca bezpośrednio do szpitala, bez konieczności przewożenia ich karetką. Zgodnie z założeniami pogotowie ratunkowe ma przewieźć poszkodowanego z miejsca zdarzenia do centrum w ciągu półtorej godziny.

W Polsce w 2018 r. działało 14 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych, w tym siedem dziecięcych<sup>54</sup>. Docelowo ma powstać również 12 centrów urazowych dla dzieci (CUD)<sup>55</sup>.

### Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)<sup>56</sup>

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

Do jednostek, które współpracują z systemem PRM zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych, w górach i nad wodą udzielają pomocy ratowniczej. Ponadto w grupie tej znajdują się również inne społeczne organizacje ratownicze, które, w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych,

<sup>54</sup> Centra urazowe dla dzieci przeznaczone są dla osób do 18. roku życia, będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego ciężkimi, mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała. Centra urazowe dla dorosłych nie są przystosowane do niesienia pomocy dzieciom, zwłaszcza młodszym, toteż dzieci nie były w nich przyjmowane. Obecnie wytypowane szpitale są na etapie dostosowania się do wymagań obowiązujących w zakresie takich centrów. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

<sup>55</sup> Centra urazowe dla dzieci przeznaczone są dla osób do 18. roku życia, będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego ciężkimi, mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała. Centra urazowe dla dorosłych nie są przystosowane do niesienia pomocy dzieciom, zwłaszcza młodszym, toteż dzieci nie były w nich przyjmowane. Obecnie wytypowane szpitale są na etapie dostosowania się do wymagań obowiązujących w zakresie takich centrów. Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

<sup>56</sup> Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

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

## 2.5. Apteki

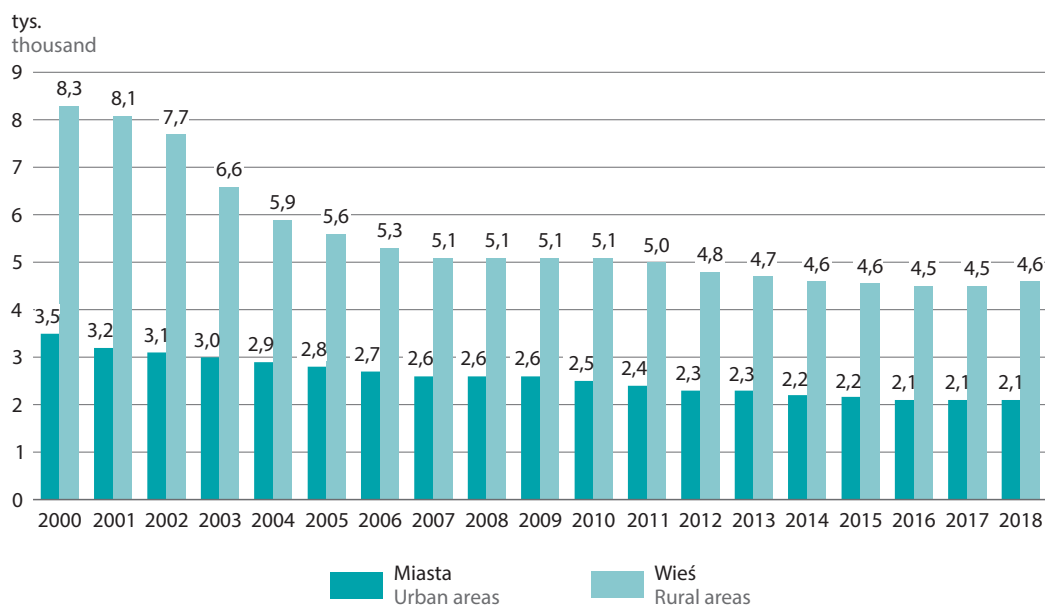
### 2.5. Pharmacies

**Apteki i punkty apteczne** są ważnym elementem systemu ochrony zdrowia zaopatrującym ludność w leki i środki medyczne. Punkty apteczne działają niemal w całości na terenach wiejskich<sup>57</sup> i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe.

W 2018 r. na terenie Polski zbadano 12,9 tys. aptek ogólnodostępnych (o 439 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe<sup>58</sup> i 1,2 tys. punktów aptecznych. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (99,8%) należały do prywatnych właścicieli.

W 2018 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,0 tys. osób, w tym 2,1 tys. osób w miastach. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,6 tys. (dla województwa wielkopolskiego, lubelskiego) do 3,3 tys. (dla województwa warmińsko-mazurskiego i kujawsko-pomorskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 7,3 tys. mieszkańców. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2018 r. wyniosła przeciętnie 4,6 tys.

**Wykres 64. Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny**  
Chart 64. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet



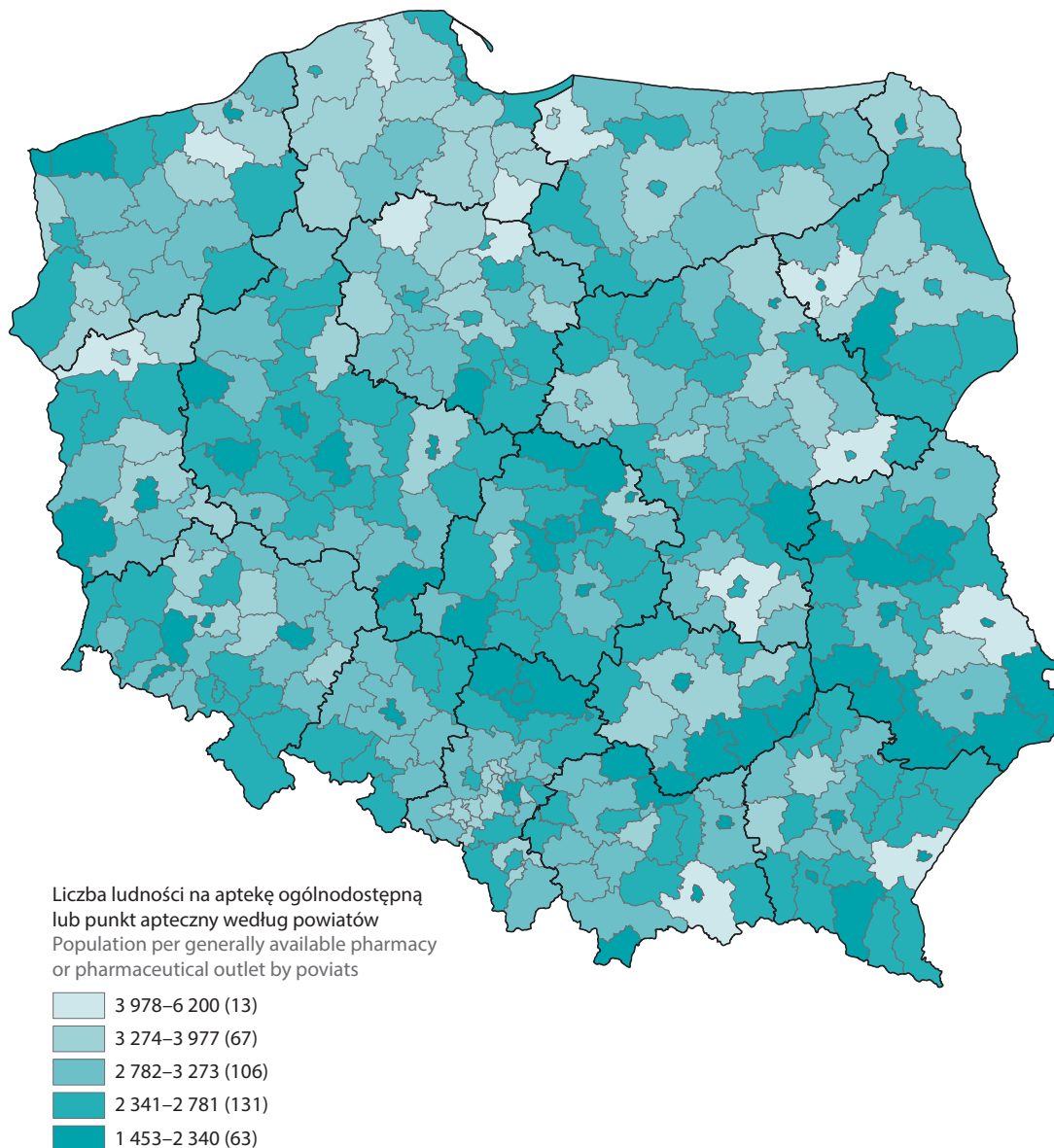
Najwięcej aptek i punktów aptecznych zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,4% i 11,5%). Samych aptek najmniej było na obszarze województwa opolskiego i lubuskiego

57 Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art.70 ust.3 ustawy z dnia 6 września 2001, Dz. U. 2019 poz. 499), 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.

58 Apteki zakładowe – zaopatrujące w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne, a także inne zakłady lecznicze podmiotów leczniczych wykonujących stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne (Prawo farmaceutyczne art. 87 ust.1, Dz. U. 2019 poz. 499). Wśród zbadanych 25 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS 14 aptek.

– odpowiednio 2,4% i 2,5% ogółu aptek, natomiast w województwie opolskim, warmińsko-mazurskim oraz lubuskim odnotowano najmniej punktów aptecznych (od 3,2% do 3,3% ogólnej liczby punktów aptecznych).

**Mapa 15. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2018 r.**  
Map 15. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2018



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

W 2018 r. w każdym województwie ubył aptek ogólnodostępnych. Największy spadek odnotowano w województwie mazowieckim (57) i wielkopolskim (48), natomiast najmniejszy w warmińsko-mazurskim (7). W województwie lubuskim i śląskim ubył po 8 punktów aptecznych, natomiast w zachodniopomorskim i dolnośląskim przybyły po 3 punkty.

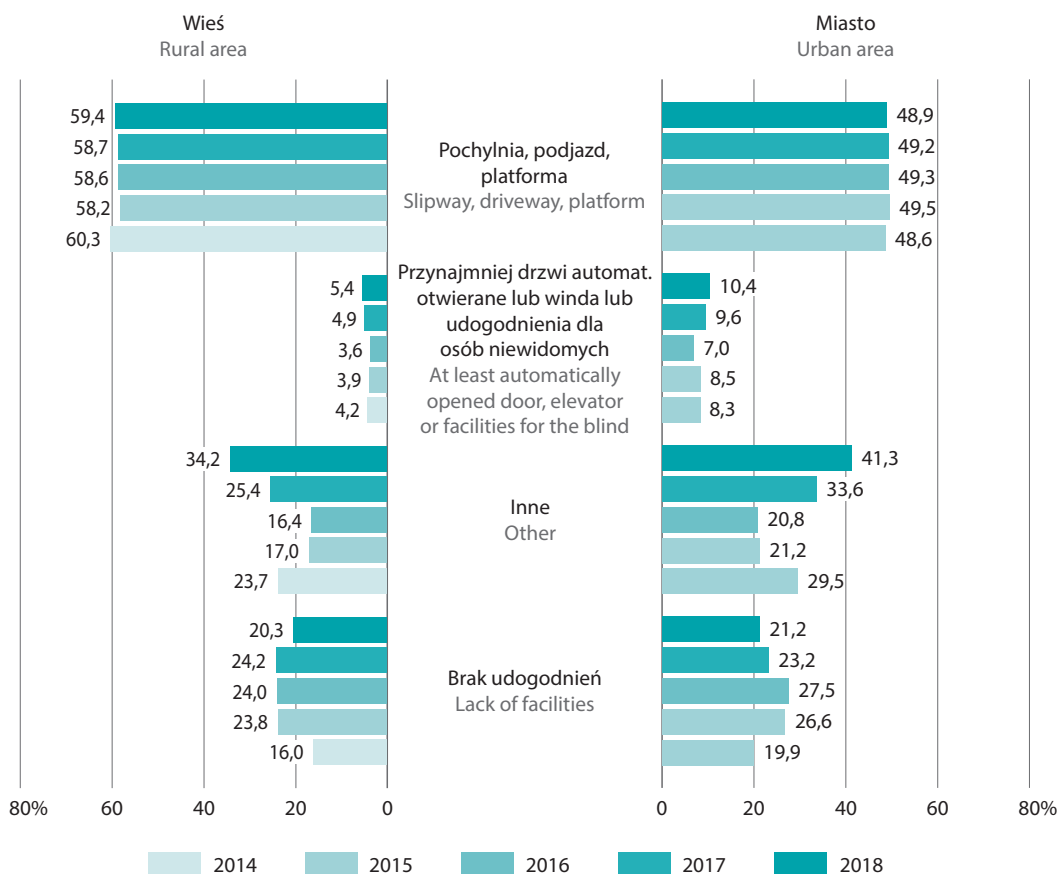


W omawianym roku, podobnie do 2017 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,9% aptek ogólnodostępnych. Prawie 22% placówek pełniło dyżury okresowo.

W 2018 r. 79% aptek posiadało jakiegokolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (50,5% aptek ogółem, co przekładało się na 58,9% aptek na wsi i 48,8% aptek w mieście). Również w punktach aptecznych na wsi większość udogodnień stanowiły pochylnie, podjazdy, platformy – 60,2% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 1,3% punktów aptecznych na wsi, 3,3% aptek na wsi, 7,6 aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 21,3% aptek w mieście, 19,6% aptek na wsi, oraz w 21,5% punktów aptecznych na wsi.

### Wykres 65. Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi

Chart 65. Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas



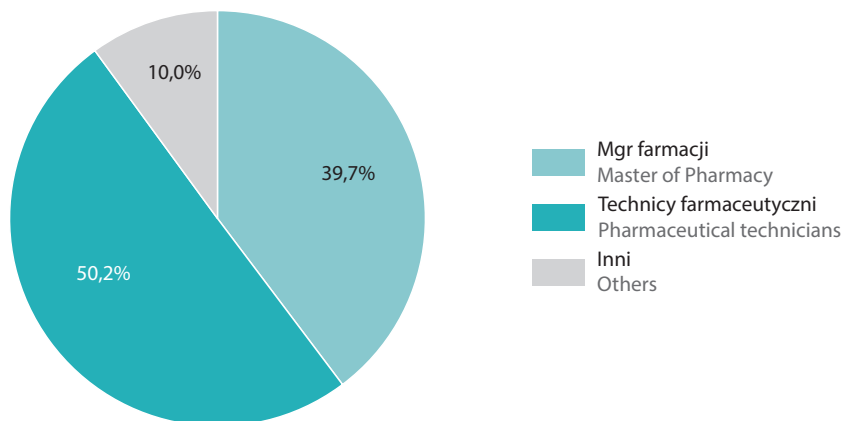
Wykres obejmuje korekty za 2015 r.  
The chart includes corrections for 2015.

Okazało się, że w 2018 r. 1,7% aptek ogólnodostępnych prowadziło sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu. Największy odsetek takich aptek posiadało województwo łódzkie (3,8%), najmniejszy – województwo lubuskie, podkarpackie, świętokrzyskie, dolnośląskie, wielkopolskie – między 0,3% a 0,9%). Co piąta taka apteka miała swoją siedzibę w województwie śląskim. Sprzedaż wysyłkowa w przypadku punktów aptecznych miała marginalne znaczenie. Tylko 5 jednostek (0,4%) zgłosiło taką działalność. Dotyczyła ona województw: małopolskiego, śląskiego, wielkopolskiego, łódzkiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych pracowało łącznie 26,6 tys. magistrów farmacji oraz 33,6 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto w aptekach 203 praktykantów<sup>59</sup> odbywało obowiązkową praktykę. Przeciętnie jeden praktykant przypadał na 64 apteki ogólnodostępne. Podobnie jak w ubiegłym roku, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 83,0% wśród farmaceutów i 94,4% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji, a w 2 aptekach ogólnodostępnych 5 z tytułem technika farmaceutycznego.

W przypadku aptek ogólnodostępnych usytuowanych na wsi przeciętnie 3 magistrów farmacji przypadało na 2 apteki i jeden technik farmaceutyczny na aptekę. Jeżeli chodzi o punkty apteczne, to przeciętnie w jednym punkcie aptecznym pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co 8 punkcie pracował magister farmacji.

**Wykres 66. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2018 r.**  
Chart 66. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2018



W aptekach zakładowych szpitali resortowych pracowało łącznie 80 magistrów farmacji, co przy 24 aptekach zakładowych daje średnio 3 farmaceutów na aptekę, a więc więcej niż średnio w aptekach ogólnodostępnych. Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 48 techników farmaceutycznych.

**Tablica 9. Apteki i punkty apteczne**  
Table 9. Pharmacies and pharmaceutical outlets

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Apteki Pharmacies		Liczba ludności na 1 aptekę Number of population per phar- macy	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets		Farmaceuci pracujący Pharmacists employed		
	ogółem total	w tym prywatne of which private		ogółem total	w tym prywatne of which private	ogółem total	w tym prywatnie of which private	
OGÓŁEM TOTAL								
POLSKA	2017	13363	13302	2876	1284	1284	27033	26856
POLAND	<b>2018</b>	<b>12923</b>	<b>12871</b>	<b>2972</b>	<b>1243</b>	<b>1243</b>	<b>26671</b>	<b>26509</b>
WIEŚ RURAL AREAS								
POLSKA	2017	2154	2152	7114	1266	1266	3452	3450
POLAND	<b>2018</b>	<b>2094</b>	<b>2092</b>	<b>7328</b>	<b>1225</b>	<b>1225</b>	<b>3379</b>	<b>3377</b>

<sup>59</sup> Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania określonych czynności, obowiązki opiekuna praktyki, zakres czynności, które mogą być wykonywane samodzielnie przez praktykanta, formę i sposób prowadzenia dziennika praktyki aptecznej (Prawo Farmaceutyczne, art. 91 ust. 3, Dz. U. 2019 poz. 499).

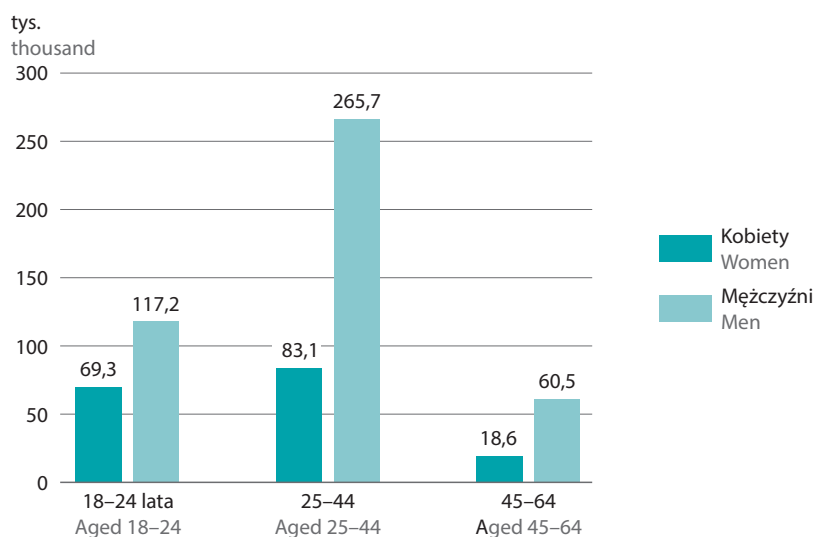
## 2.6. Krwiodawstwo

### 2.6. Blood donation

W 2018 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe<sup>60</sup>) oraz 139 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centr regionalnych w stosunku do roku poprzedniego nie zmieniła się, a ubył 1 oddział terenowy.

Zbiorowość krwiodawców<sup>61</sup> liczyła 614,8 tys. osób, co stanowi spadek o 2 tys. w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1235 tys. donacji krwi pełnej, czyli podobnie jak przed rokiem ok. 555,7 tys. litrów. Wśród dawców 75% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Udział dawców wielokrotnych wśród krwiodawców nie zmienił się w porównaniu z 2017 r.

**Wykres 67. Krwiodawcy według płci i wieku (w tysiącach) w 2018 r.**  
Chart 67. Blood donors by sex and age (in thousands) in 2018



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

<sup>60</sup> Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

<sup>61</sup> Krew lub jej składniki może oddać osoba, która:

- odpowiada wymaganiam 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 przeciwskażeń 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.

Jednorazowo pobiera się tylko 450 ml pełnej krwi. Samo pobranie trwa zwykle 5–8 minut. Należy do tego doliczyć czas konieczny na wypełnienie ankiety, rejestrację, badania i wywiad lekarski – w sumie ok. 40–60 minut. Ponadto można również oddać poszczególne składniki krwi metodą aferazy.

Krew pełna może być pobierana nie częściej niż 6 razy w roku od mężczyzn i nie częściej niż 4 razy w roku od kobiet z tym, że przerwa pomiędzy pobraniami nie może być krótsza niż 8 tygodni.

Dawca nie musi znać swojej grupy krwi. Każdorazowo przy pobieraniu krwi oznaczana jest grupa krwi. Dodatkowo krew jest badana w kierunku zakażenia wirusem HIV, wirusem zapalenia wątroby typu B i C oraz kiły.

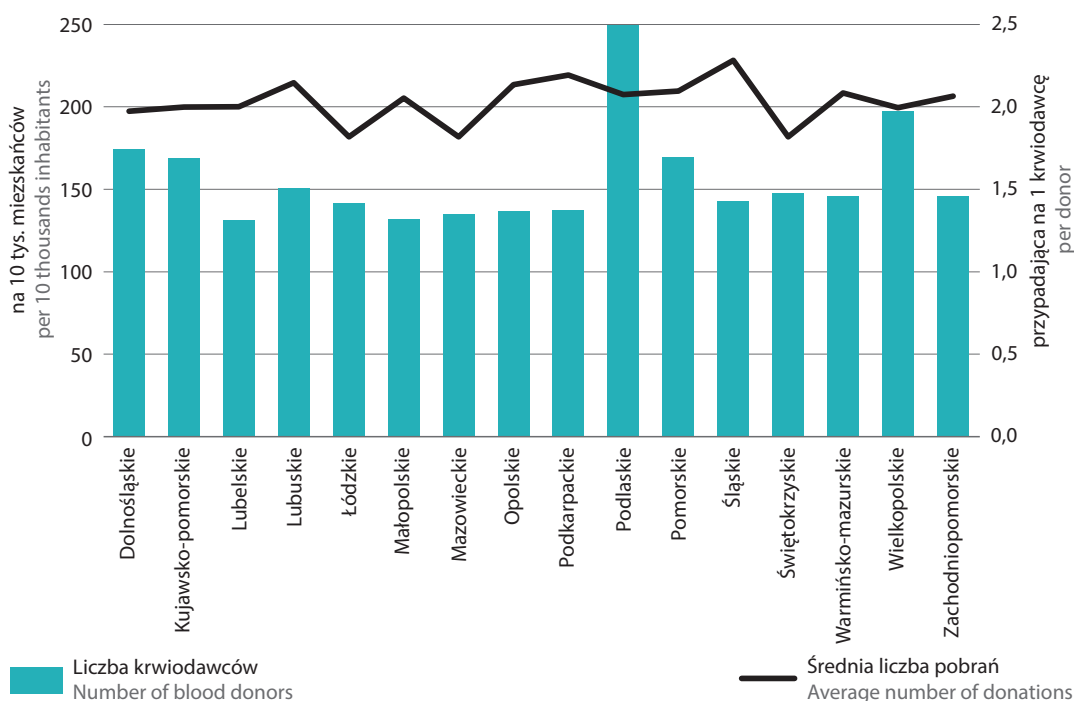
(Źródło: Narodowe Centrum Krwi)

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

Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)<sup>62</sup> pozwalają sądzić, że nie zmieniło się istotnie zaangażowanie w ideę krwiodawstwa w układzie przestrzennym. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 206 tys. krwiodawców, co stanowiło 34,9% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców. Oddali oni 418 tys. donacji krwi pełnej (35% krwi pełnej pobranej w całej Polsce). Bazując na danych dla województw, widać, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców jest w województwie podlaskim (wykres poniżej), gdzie wszystkie donacje realizowane są w stacjach podlegających Narodowemu Centrum Krwi.

### Wykres 68. Krwiodawcy według województw

Chart 68. Blood donors by voivodships



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

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

W 2018 r. pobrano w Polsce 1314 tys. donacji krwi i jej składników<sup>63</sup>. W porównaniu do danych za 2017 r. znacząco zmalała liczba donacji pobranego osocza (z 40 tys. do 37 tys.).

<sup>62</sup> W regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 24100 krwiodawców i pozyskano 40054 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 3,9% wszystkich krwiodawców i 3,2% wszystkich donacji krwi pełnej.

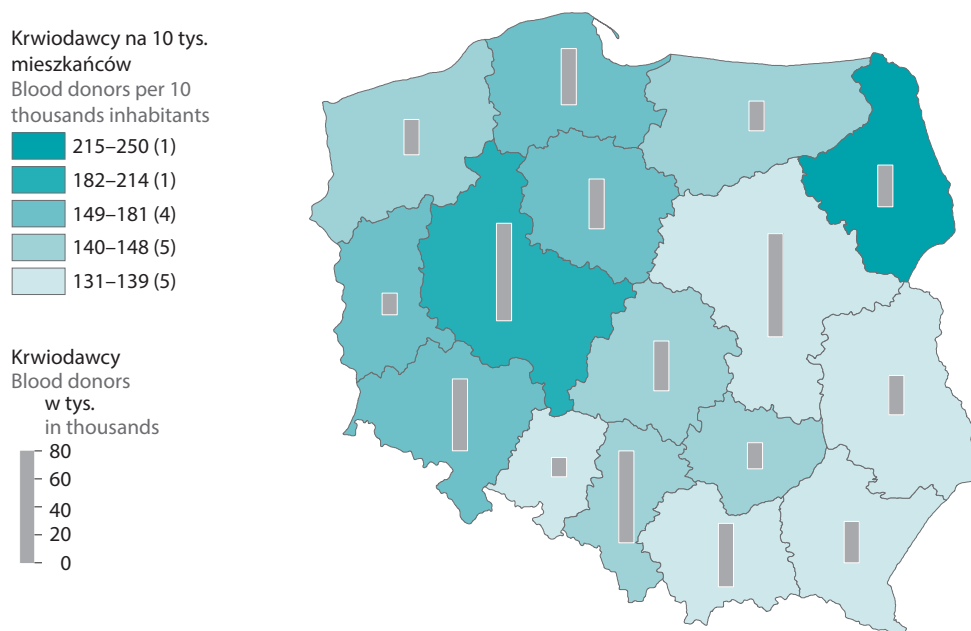
<sup>63</sup> Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferozy, leukaferozy i innych składników.

**Tablica 10. Krwiodawcy i pobrana krew**  
Table 10. Blood donors and collected blood

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Krwiodawcy (w tysiącach) Blood donors (in thousands)	646,4	616,6	631,5	622,2	612,8	614,8
Pobrana krew pełna w donacjach (w tysiącach) Collected whole blood in donations (in thousands)	1184,0	1186,3	1217,6	1218,1	1225,7	1234,8
Wyprodukowano w jednostkach (w tysiącach): Prepared in units (in thousands):						
koncentrat krwinek czerwonych <sup>64</sup> red blood cell concentrates	1157,0	1163,0	1189,8	1184,5	1193,5	1201,0
świeżo mrożone osocze fresh frozen plasma	1220,4	1271,9	1322,3	1311,9	1318,2	1329,1

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

**Mapa 16. Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2018 r.**  
Map 16. Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2018



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

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

Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi<sup>65</sup> wynika, że niedobory krwi i jej składników występują okresowo w ciągu całego roku, a najdłużej utrzymują się w okresie wakacyjnym. Jest to spowodowane między innymi większą liczbą wypadków oraz faktem, że krwiodawcy przebywają w tym okresie na urlo-pach. Jednak zapotrzebowanie na krew występuje przez cały rok.

<sup>64</sup> Z informacji uzyskanych w Narodowym Centrum Krwi wynika, że koncentrat krwinek czerwonych praktycznie w całości jest wykorzystywany na potrzeby lecznictwa w Polsce.

<sup>65</sup> Informacje zostały przygotowane w Narodowym Centrum Krwi na potrzeby publikacji.

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

Wszystkie grupy krwi są pożądane, bo istnieją biorcy o różnych grupach. Z użytecznego punktu widzenia najbardziej oczekiwana jest krew grupy O RhD– (ujemne), ponieważ w nagłych wypadkach, przy braku krwi właściwej grupy, może być przetoczona każdemu biorcy. Problem polega na tym, że jest to jedna z rzadziej występujących grup krwi. Posiada ją zaledwie ok. 6 proc. Polaków. Statystyka ta jest podobna na całym świecie – odsetek takich osób waha się pomiędzy 4–9% w różnych społeczeństwach.

Pomimo trwających intensywnych badań nad wytworzeniem syntetycznej krwi, dotychczas naukowcy nie opracowali metody pozwalającej na wyprodukowanie krwi w warunkach laboratoryjnych. Nie są dostępne sposoby przemysłowego pozyskania składników krwi, więc jedynym sposobem na pozyskanie krwi, jest jej oddawanie.

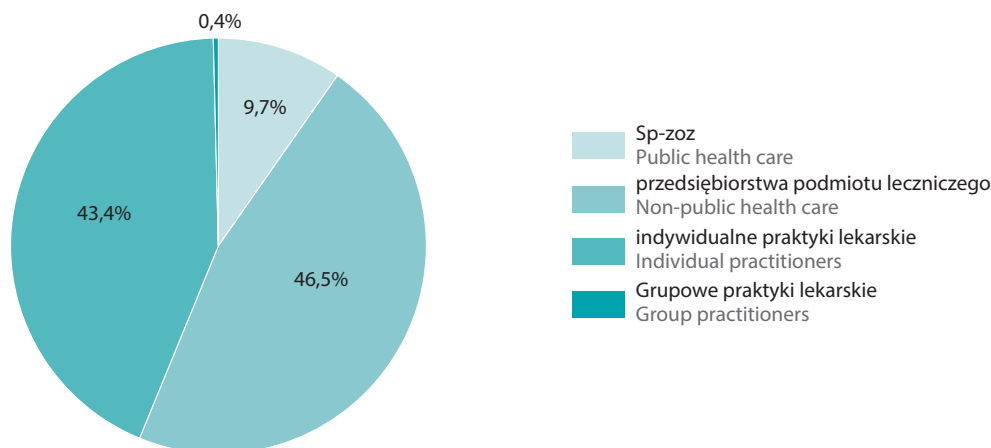
Krwiodawcy deklarują, że oddawanie krwi daje ogromną satysfakcję z tego, iż mogą uratować zdrowie i życie drugiemu człowiekowi. Bardzo często podkreślają również, że najważniejsza jest świadomość bezinteresownej pomocy drugiej osobie, gdyż człowiek jest jedynym źródłem leku, którego w żaden sposób nie można wyprodukować. Jedna donacja krwi jest warta tyle, ile uratowane dzięki niej życie i zdrowie, czyli jest bezcenna. Z punktu widzenia biorcy wartość krwi jest nieprzeliczalna na pieniądze, gdyż oddawanie krwi jest czynem bezinteresownym.

## 2.7. Służba medycyny pracy

### 2.7. Occupational medicine

Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2018 r. została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości<sup>66</sup>, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz przez jednostki służby medycyny pracy (smp).

**Wykres 69. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy w 2018 r.**  
Chart 69. Structure of occupational medicine service units in 2018



Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, zgodnie z ustawą<sup>67</sup>, są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem

<sup>66</sup> Rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz.U. 2016 poz. 1426 z późn. zm.). Program zobowiązuje jednostki organizacyjne służby medycyny pracy do składania rocznych sprawozdań z prowadzonej działalności.

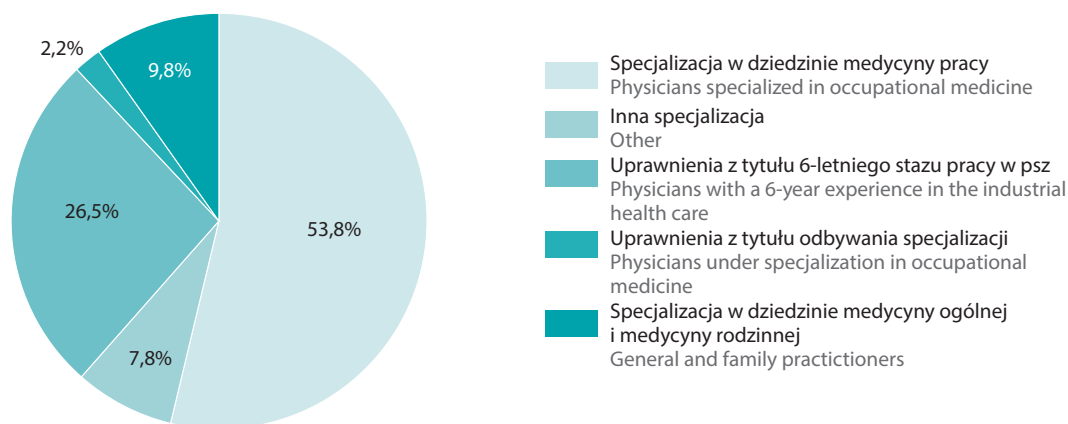
<sup>67</sup> Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (tekst jednolity: Dz.U. 2019 poz. 1175).

pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (womp).

W 2018 r. zarejestrowano 6005 jednostek podstawowych smp (ich liczba w porównaniu do roku 2017 spadła o 0,8%), w tym: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2703, indywidualnych praktyk lekarskich – 2607, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) – 582 oraz grupowych praktyk lekarskich – 24. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy nie uległa istotnym zmianom.

Badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną niezbędną z uwagi na warunki pracy mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w § 7 Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS) z dnia 30 maja 1996 roku<sup>68</sup>. W 2018 r. liczba lekarzy posiadających wyżej wymienione uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia, dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny, wynosiła 6685 lekarzy. Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej<sup>69,70</sup> corocznego obowiązku sporządzania sprawozdań lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących nie wszyscy lekarze dopełnili tego obowiązku. Z pozyskanych danych można jednak wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Przedstawia ją poniższy wykres.

**Wykres 70. Struktura lekarzy medycyny pracy według wymogów kwalifikacyjnych w 2018 r.**  
Chart 70. Structure of occupational physicians by qualification in 2018



Dodatkowe kwalifikacje, niezależnie od spełnienia kryteriów warunkujących posiadanie uprawnień do wykonywania badań profilaktycznych pracowników, które wymagane są w przypadku badania osób pracujących w warunkach szczególnych narażeń (J, T, K)<sup>71</sup> posiadało 1769 lekarzy (o blisko 2,3% więcej niż przed rokiem).

Uprawnienia do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich mają także lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Uprawnienie to jest ograniczone, ponieważ badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji. W 2018 r. lekarzy takich było 90 (o 15 lekarzy mniej niż przed rokiem).

68 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz. U. 2016 poz. 2067).

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

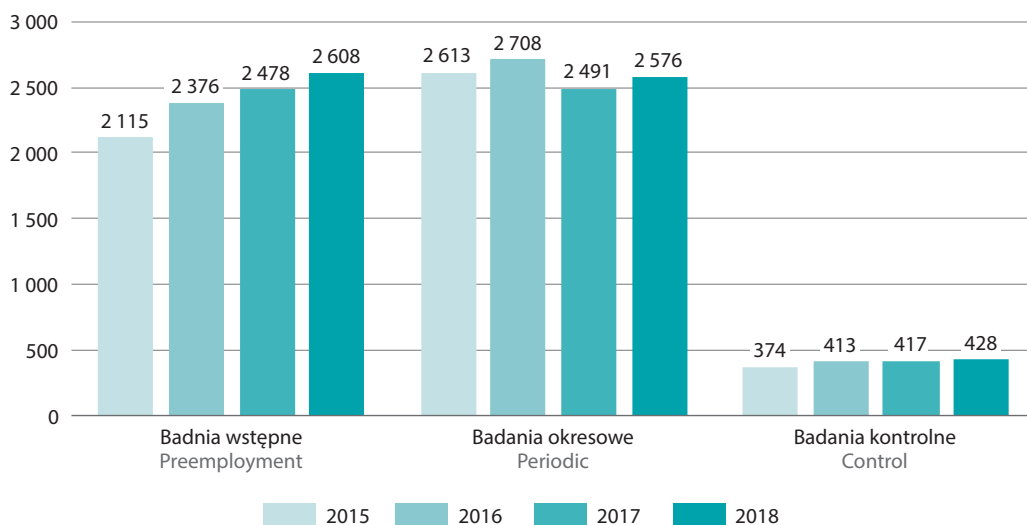
70 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 28 lipca 2016 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2017 (Dz.U. 2016 poz. 1426 z późn. zm.).

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

W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi jest orzecznictwo lekarskie do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek przeprowadzania badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców (art. 229 Kodeksu pracy<sup>72</sup>) zobligowanych do kierowania pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, jak i pracowników, którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniom poddawać. Pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na badania lekarskie.

W 2018 r. orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie ponad 5,6 mln badań lekarskich (o ponad 4,2% więcej niż przed rokiem), w tym: ponad 2,6 mln badań wstępnych i 2,5 mln badań okresowych oraz ponad 428 tys. badań kontrolnych.

**Wykres 71. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych**  
Chart 71. No. of pre-employment, periodic and control prophylactic examinations



W 2018 r. w strukturze wydawanych orzeczeń – 99,5% badań profilaktycznych kończy się orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Negatywne decyzje orzecznicze skutkujące odsunięciem od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub ze względu na brak predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac na konkretnym stanowisku stanowiły 0,4%.

Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie umowy pisemnej zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe smp (łącznie z jednostkami szczebla wojewódzkiego) kształtowała się na poziomie ponad 397 tys. (o ponad 17% więcej niż w roku poprzednim).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarz służby medycyny pracy kieruje do właściwego, wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy, na badania lekarskie w związku z podejrzeniem choroby zawodowej. W 2018 r. zarejestrowano 430 takich podejrzeń (o ponad 23% mniej niż w roku poprzednim). Ponieważ zgodnie z art. 235 Kodeksu pracy podejrzenie choroby zawodowej mają prawo zgłosić pracodawcy, sami pracownicy oraz lekarze każdej specjalności, którzy podczas wykonywania zawodu stwierdzą taką potrzebę, warto zwrócić uwagę, że udział podejrzeń zgłaszanych przez lekarzy służby medycyny pracy w ogólnej liczbie stwierdzanych chorób zawodowych wyniósł 21% (w 2018 r. liczba stwierdzonych chorób zawodowych wynosiła 2022).

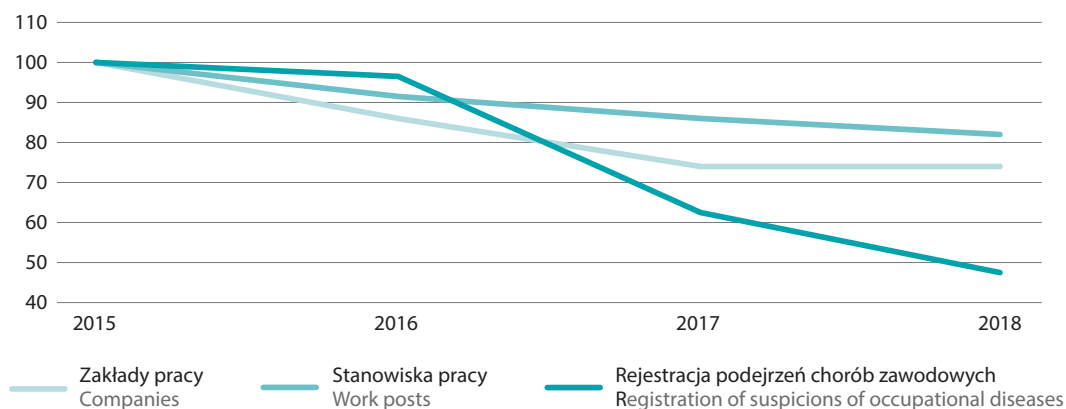
<sup>72</sup> Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz.U. 2019 poz. 1040).



Pracodawca kierujący pracownika na badania profilaktyczne ma obowiązek przekazania lekarzowi informacji o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych i/lub warunków uciążliwych oraz przedstawienia aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia występujących na danym stanowisku pracy. Informacje pozyskane od pracodawcy powinny być uzupełnione spostrzeżeniami poczynionymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy. W aktualnym stanie prawnym wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2018 r. lekarze smp przeprowadzili wizytację 7,5 tys. zakładów i skontrolowali 51,8 tys. stanowisk pracy.

## Wykres 72. Dynamika zmian liczby wizytowanych zakładów i stanowisk pracy oraz zarejestrowanych podejrzeń chorób zawodowych

Chart 72. Change in number of visits in companies and visits work posts and registered of suspicions of occupational diseases



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

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa<sup>73</sup>, „jest właściwa do realizowania zadań w zakresie prowadzenia działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej”. Świadczenia te realizują wojewódzkie ośrodki medycyny pracy.

W 2018 r. objęto ambulatoryjną rehabilitacją leczniczą 9006 osób (o 34,7% mniej niż w roku poprzednim) i wykonano blisko 324 tys. zabiegów (o 10,4% mniej niż w 2017 r.).

Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 10 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy. Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszające powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegające dalszemu rozwojowi choroby. W 2018 r. zabiegi te stanowiły 37,2% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych<sup>74</sup> udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo<sup>75</sup> wskazany zakres zadań. Zadania te obejmują m.in. 1/ wspomaganie jednostek podstawowych smp działalnością konsultacyjną, 2/ sprawowanie kontroli i nadzoru nad działalnością jednostek podstawowych, w zakresie obejmującym tryb, zakres i jakość udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, 3/ rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych przez jednostki podstawowe, skutkujące przeprowadzeniem ponownych badań lekarskich w przypadkach wniesienia przez zainteresowanych zastrzeżeń do treści wydanych zaświadczeń.

<sup>73</sup> Art. 6 ustawy o służbie medycyny pracy.

<sup>74</sup> Zabiegi rehabilitacyjne udzielane w oparciu o kontrakty z NFZ i ZUS.

<sup>75</sup> Art. 7 ustawy o służbie medycyny pracy.

W ramach działalności konsultacyjnej wyróżniamy trzy rodzaje świadczeń: 1/ badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych smp w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych (w 2018 r. w ośrodkach wojewódzkich udzielono 4212 takich konsultacji), 2/ świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (17543 konsultacje), 3/ konsultacje w zakresie chorób zawodowych – wydano 3639 orzeczeń.

W ramach działalności kontrolnej wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3805 kontroli jednostek podstawowych smp, z tego skierowano 58 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej. Oznacza to, że kontrolujący mieli zastrzeżenia co do jakości pracy 58 lekarzy.

W ramach działalności orzeczniczej wojewódzkich ośrodków medycyny pracy corocznie z trybu odwoławczego korzysta niewielki procent osób. W 2018 r. rozpatrzono 1558 odwołań (o 10,5% mniej niż w roku poprzednim), w tym 604 przypadki utrzymujące w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy medycyny pracy. Skala zjawiska kwestionowania prawidłowości wydawanych orzeczeń (ponad 61% w 2018 r.) w dalszym ciągu jest znaczna. Wychwycenie zdecydowanych uchybień w tym orzecznictwie jest rolą nadzoru sprawowanego przez womp w stosunku do jednostek podstawowych służby medycyny pracy.

### 3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

#### 3. Economic aspects of health care

##### 3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia

##### 3.1. National Health Accounts

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

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

Od kilku lat rachunki te sporządzane są według metodologii SHA2011<sup>76</sup>, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych: w roku 2015 (dane za 2013) na podstawie umowy dżentelmeńskiej, natomiast od roku 2016 – zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) 2015/359 z dnia 4 marca 2015 r.<sup>77</sup>

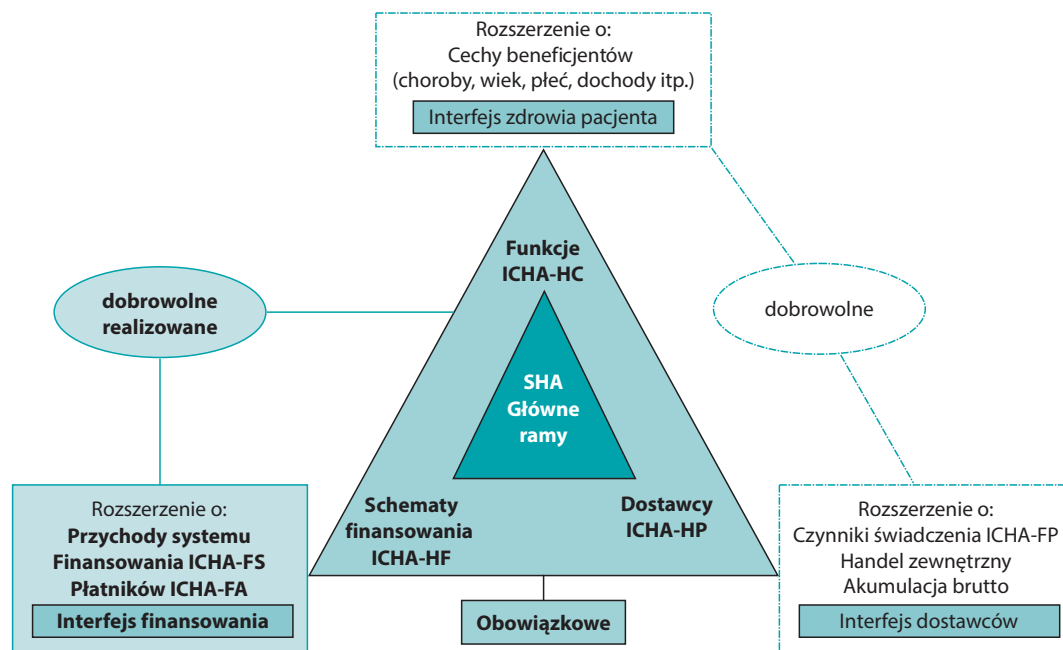
<sup>76</sup> Proces tworzenia SHA 2011 rozpoczął się w 2007 r., w ramach współpracy pomiędzy ekspertami z OECD, WHO oraz Eurostatu, działającymi pod wspólną nazwą Międzynarodowy Zespół ds. Rachunków Zdrowia (IHAT). Przygotowany przez Zespół podręcznik był przedmiotem szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii od międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele Głównego Urzędu Statystycznego czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania. Od 2015 r. – dane za 2013, zgodnie z Rozporządzeniem Komisji, Narodowy Rachunek Zdrowia jest opracowywany według metodologii SHA 2011.

<sup>77</sup> 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.

Wydatki w Narodowym Rachunku Zdrowia prezentowane w trzech podstawowych przekrojach, wskazanych w przytaczanym Rozporządzeniu<sup>78</sup>: HF (schematy finansowania), HC (funkcje opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawcy) oraz dodatkowym przekroju FS (przychody schematów finansowania).

Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii wyniki NRZ za lata 2013–2017 nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach; można analizować jedynie wybrane agregaty na wysokim poziomie ogólności rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0.

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



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

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

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

<sup>78</sup> Metodologia SHA2011 zawiera również inne dodatkowe przekroje, ważne z punktu widzenia polityki zdrowotnej, według których można klasyfikować i analizować wydatki na zdrowie. Są to np. klasyfikacja płatników (FA), wydatków inwestycyjnych (HK), czynników dostarczania opieki zdrowotnej (FP) czy przychodów schematów finansowania (FS) – według tej ostatniej klasyfikacji opracowywany jest NRZ dla Polski (tablica HFxFS).

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

## Wyniki Narodowego Rachunku zdrowia za 2017 rok

### Analiza wydatków

Interpretując wyniki Narodowych Rachunków Zdrowia w porównaniu wartości zawartych we wcześniejszych publikacjach z cyklu „Zdrowie i Ochrona Zdrowia w ...r.” należy mieć na uwadze, że dane za lata 2015–2017 zostały poddane gruntownej rewizji mającej na celu poprawienie precyzności i porównywalności.

Szacuje się, że wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. wyniosły 130 140,4 mld zł i były wyższe niż 2016 r. o około 8,4 mld zł. Nakłady te stanowiły 6,54% PKB (tak jak rok wcześniej). Wzrost wydatków zaobserwowano zarówno w przypadku wydatków publicznych jak i wydatków prywatnych. Bieżące wydatki publiczne poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia wynosiły w 2017 r. 90,4 mld zł i stanowiły 4,55 % PKB (4,45% w 2016 r.), natomiast bieżące wydatki prywatne wyniosły 39,7 mld zł i stanowiły 2% PKB (tyle samo co w 2016 r.).

**Tablica 11. Wydatki na ochronę zdrowia w mln zł i ich udział w PKB**  
Table 11. Expenditure on health care in mln PLN and its share in GDP

Wyszczególnienie Specification	2015		2016		2017	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
<b>Produkt krajowy brutto</b> GDP	<b>1 800 228</b>	<b>100,00</b>	<b>1 861 112</b>	<b>100</b>	<b>1 989 314</b>	<b>100</b>
<b>Wydatki bieżące na ochronę zdrowia razem<sup>a)</sup></b> Total Current Health Expenditure	<b>115 177,40</b>	<b>6,39</b>	<b>121 774,10</b>	<b>6,54</b>	<b>130 140,40</b>	<b>6,54</b>
<b>Wydatki publiczne</b> Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	<b>80 329,40</b>	<b>4,46</b>	<b>84 415,00</b>	<b>4,54</b>	<b>90 446,00</b>	<b>4,55</b>
z tego: of which:						
schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych Government schemes	10 897,10	0,61	11 828,30	0,64	13 515,70	0,68
instytucje rządowe Central government schemes	6 280,40	0,35	7 021,30	0,38	8 351,60	0,42
instytucje samorządowe State/regional/local government schemes	4 616,7	0,26	4 806,90	0,26	5 164,10	0,26
schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach Compulsory contributory health insurance schemes	69 432,40	3,86	72 586,70	3,9	76 930,40	3,87
<b>Wydatki prywatne</b> Voluntary health care payment schemes	<b>34 848,00</b>	<b>1,94</b>	<b>37 359,10</b>	<b>2,01</b>	<b>39 694,40</b>	<b>2</b>
z tego: of which:						
bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych Household out-of-pocket payment	26 533,90	1,47	27 787,20	1,49	29 679,20	1,49

**Tablica 11. Wydatki na ochronę zdrowia w mln zł i ich udział w PKB (dok.)**  
 Table 11. Expenditure on health care in mln PLN and its share in GDP (cont.)

Wyszczególnienie Specification	2015		2016		2017	
	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB	mln zł	% PKB
inne wydatki prywatne other private health care expenditure	8 314,10	0,46	9 571,90	0,51	10 015,20	0,5

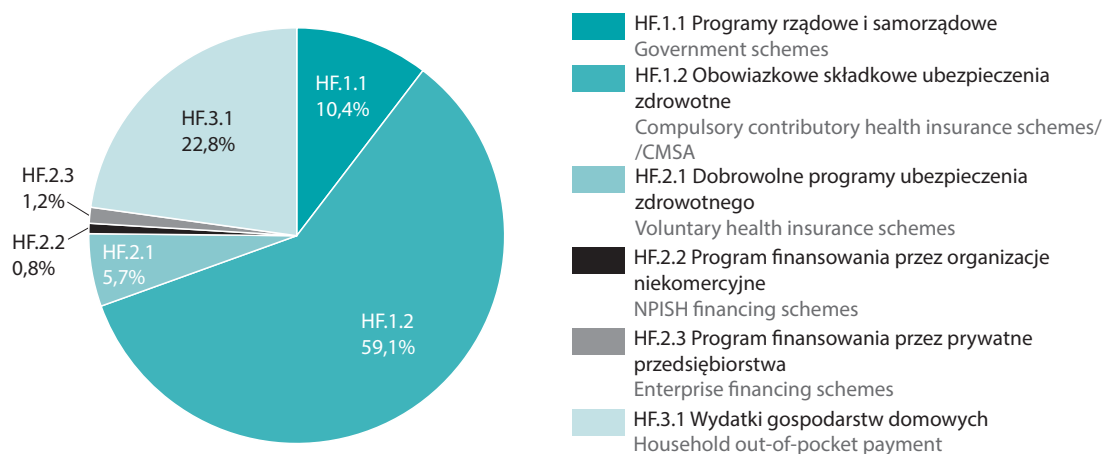
a) łącznie z zagranicznymi schematami finansowania (HF.4)  
 a) Including foreign financing schemes (HF.4)

### Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania

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

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA–HF) przedstawiała się w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2017 r. następująco: wydatki publiczne stanowiły 70% nakładów bieżących na ochronę zdrowia (69,3% w 2016 r.), w tym: schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 10,4% (9,7 % w 2016 r.), schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach<sup>79</sup> – 59,1% (59,6% w 2016 r.); wydatki prywatne zaś stanowiły 30% (31% w 2016 r.). Bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych stanowiły 22,8% (22,8% w 2016 r.) wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia).

**Wykres 73. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według schematów finansowania**  
 Chart 73. Current expenditure on health care in 2017 according to financing schemes



### Struktura wydatków ze względu na funkcje

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

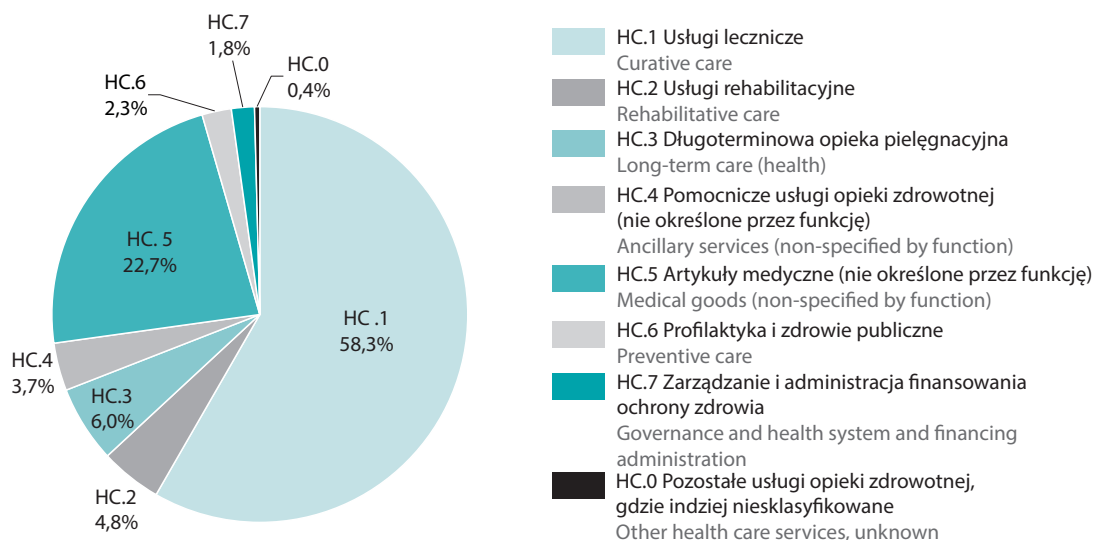
<sup>79</sup> Do kategorii HF.1.2 – Schematów obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych opartych na składkach zaliczają się: HF.1.2.1 – Społeczne ubezpieczenie zdrowotne (stanowiące 99,2% HF.1.2) i HF.1.2.2 Obowiązkowe ubezpieczenia prywatne (0,8% HF.1.2)

na wygenerowanie wskaźników określających udziały wydatkowanych środków w każdej z usług opieki zdrowotnej.

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA–HC) największy strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w roku 2017 dotyczył usług leczniczych 58,3% – (57,2% w 2016 r.), w tym głównie leczenia szpitalnego – 30,6% całości wydatków (30% w 2016 r.), oraz leczenia ambulatoryjnego – 27,1% (26,8% w 2016 r.). Kolejne miejsce pod względem przypisanych wydatków zajmowały wydatki na artykuły medyczne (m.in. leki) – 22,7% (23,2% w 2016 r.), oraz nakłady na długoterminową opiekę zdrowotną – 6% (5,9% w 2016 r.). Najmniejsze wydatki poniesiono na usługi rehabilitacyjne 4,8% (4,7% w 2016 r.), profilaktykę i zdrowie publiczne – 2,3% (2,8% w 2016 r.) oraz zarządzanie i administrację finansowaniem ochrony zdrowia – 1,8% (1,9% w 2016 r.) całości nakładów.

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych funkcji ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju usługi. Na przykład „Usługi lecznicze” w 78% były finansowane ze środków publicznych, a w 22% z sektora prywatnego (w 2016 r. proporcje te układały się odpowiednio: 78,8% i 21,2%), natomiast udział finansowania z funduszy publicznych „Długoterminowej opieki (zdrowotnej)” wyniósł 96,8%, a tylko 3,2% z funduszy prywatnych (w 2016 r. proporcje te kształtowały się odpowiednio 96% i 4%). Natomiast w przypadku kategorii „Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)” proporcje układały się odmiennie, mianowicie 35,9% funduszy pochodziło ze źródeł publicznych, 64,1% było finansowane z prywatnych opłat na opiekę zdrowotną (w 2016 r. odpowiednio: 35,2% i 64,8%).

**Wykres 74. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według funkcji**  
Chart 74. Current expenditure on health care in 2017 according to functions

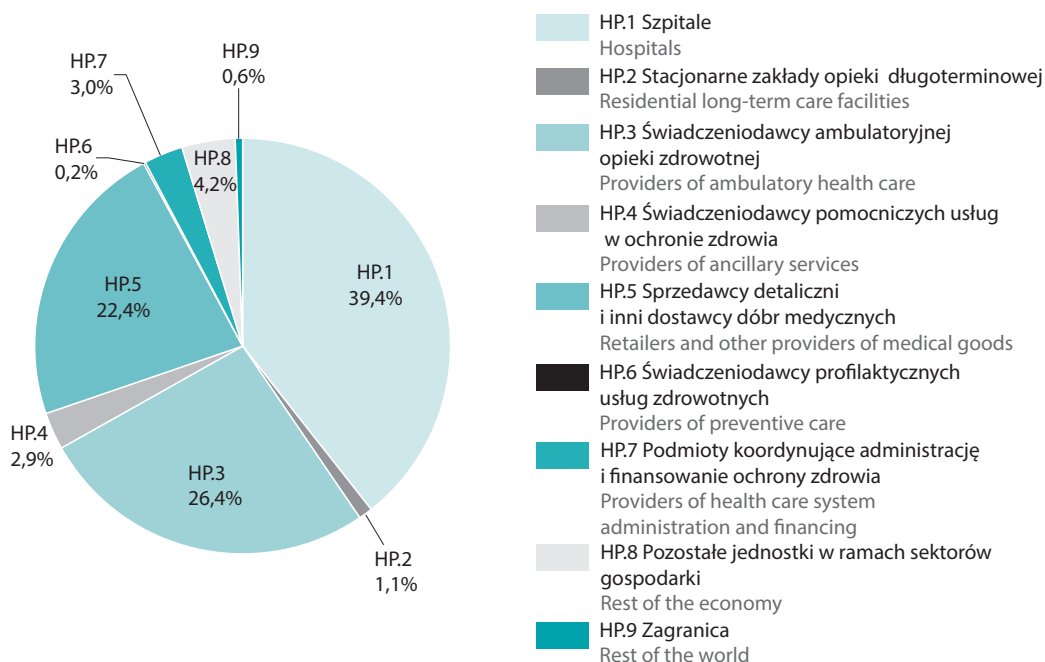


### Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców

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



**Wykres 75. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według świadczeniodawców**  
 Chart 75. Current expenditure on health care in 2017 according to providers



W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP) w roku 2017 największy strumień środków, trafił do szpitali – 39,4% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w 2016 r. 37,9%). Były to głównie kwoty skierowane do szpitali ogólnych – 30,2% wszystkich wydatków (w 2016 r. – 29%). Kolejne pozycje dotyczyły placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, do których trafiło 27,1% wydatkowanych środków (w 2016 r. 26,8%), oraz sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 22,4%, przede wszystkim aptek, do których przekazano ponad 89% tych środków (w 2016 r. odsetki wyniosły odpowiednio: 22,8% oraz 89,7%).

Udział sektorów publicznego i prywatnego w finansowaniu poszczególnych dostawców ochrony zdrowia był różny, w zależności od rodzaju podmiotu dostawczego. Na przykład „szpitale” w 94,1% były finansowane ze środków publicznych, a w 5,9% przez sektor prywatny (w 2016 r. proporcje te układały się odpowiednio 94,8% i 5,2%).

W przypadku świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej udział środków publicznych w finansowaniu ambulatoryjnych usług zdrowotnych wyniósł 54,2%, a 45,8% finansowane było z funduszy prywatnych (w 2016 r. proporcje te układały się tak samo). Natomiast w przypadku kategorii „Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych”, sytuacja była odwrotna – 35,8% środków finansowych pochodziło ze źródeł publicznych, 64,1% było finansowane bezpośrednio przez gospodarstwa domowe (w 2016 r. odpowiednio: 34,1% i 65,9%).

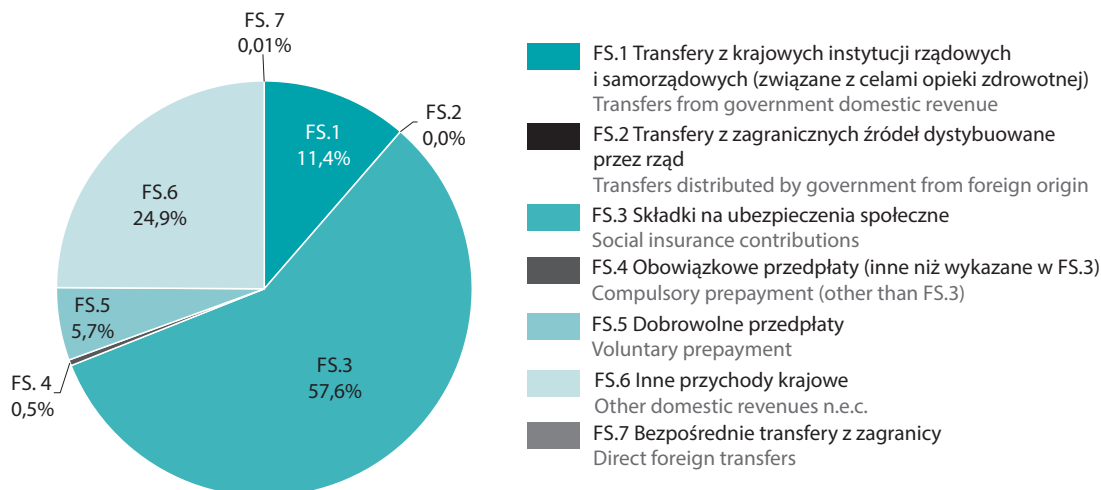
### Struktura wydatków ze względu na przychody schematów finansowania

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

przekroje. Jednym z nich jest przekrój „Przychodów schematów finansowania opieki zdrowotnej” – FS, obrazujący sposoby finansowania wydatków na ochronę zdrowia.

### Wykres 76. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według przychodów schematów finansowania ochrony zdrowia

Chart 76. Current expenditure on health care according to revenues of health financing schemes in 2017



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 finansowania zasilające system opieki zdrowotnej.

W 2017 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych społecznych składek na ubezpieczenia zdrowotne – 57,6% środków wydatkowanych na realizację opieki zdrowotnej stanowiły wpływy z tego rodzaju składek (w 2016 r. 57,9%). Kategoria ta obejmuje zarówno składki opłacane przez samych pracowników, jak i pracodawców, pracujących na własny rachunek czy inne instytucje opłacające składki w imieniu ubezpieczonych. Prawie jedną czwartą (24,9%) (w 2016 r. 25,3%) wydatków na ochronę zdrowia stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne (gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne). Kolejną grupą przychodów w systemie opieki zdrowotnej były fundusze alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe. 11,4% (w 2016 r. 10,9%) 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 5,7% (w 2016 r. 5,4%) wydatków na ochronę zdrowia. Udział pozostałych form finansowania opieki wyniósł 0,5% środków wydatkowanych na ten cel.



## Porównanie wydatków w krajach OECD

**Tablica 12. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD**  
 Table 12. Current expenditure on health care in OECD countries

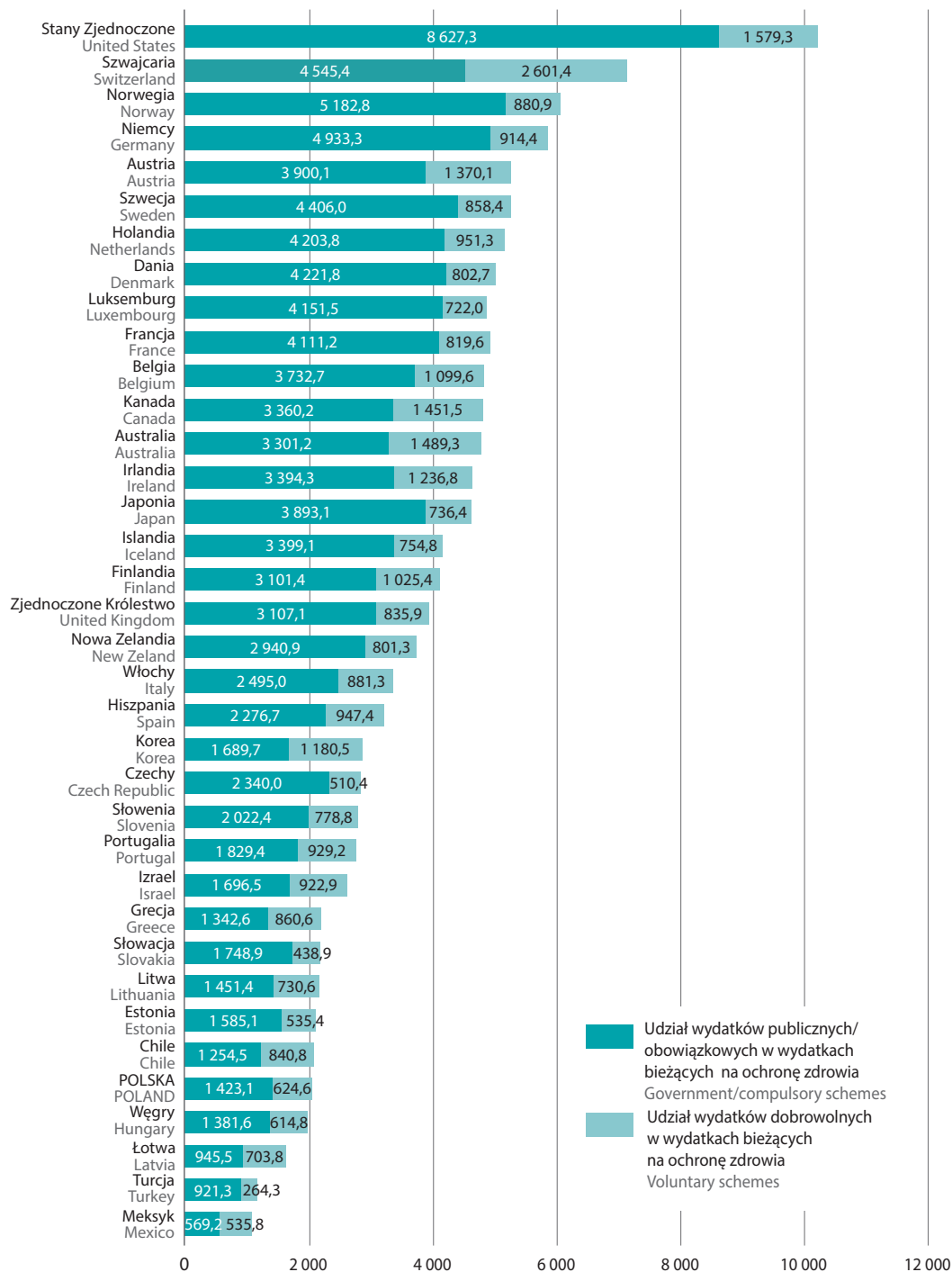
Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Australia/Australia	4 381,23	4 565,87	4 790,51	9,3	9,2	9,2	68,2	68,6	68,9
Austria/Austria	4 944,77	5 139,92	5 270,24	10,4	10,4	10,4	74,1	73,8	74,0
Belgia/Belgium	4 526,60	4 666,23	4 832,27	10,3	10,3	10,3	77,6	77,1	77,2
Kanada/Canada	4 550,83	4 698,02	4 811,79	10,6	10,8	10,7	70,8	70,1	69,8
Chile/Chile	1 837,69	1 897,80	2 095,28	8,3	8,5	9,0	58,7	58,5	59,9
Czechy/Czech Republic	2 545,51	2 627,70	2 850,41	7,2	7,2	7,2	82,4	82,0	82,1
Dania/Denmark	4 674,50	4 774,27	5 024,52	10,2	10,2	10,1	84,2	84,1	84,0
Estonia/Estonia	1 868,24	2 012,96	2 120,49	6,4	6,5	6,4	75,6	75,7	74,7
Finlandia/Finland	3 990,64	4 023,44	4 126,72	9,7	9,4	9,2	76,1	75,0	75,2
Francja/France	4 675,80	4 844,02	4 930,78	11,5	11,5	11,3	76,7	83,1	83,4
Niemcy/Germany	5 291,28	5 550,18	5 847,68	11,1	11,1	11,2	84,1	84,2	84,4
Grecja/Greece	2 100,34	2 198,04	2 207,06	8,1	8,3	8,0	58,0	61,1	60,8
Węgry/Hungary	1 891,73	1 965,02	1 996,45	7,0	7,1	6,9	68,2	68,1	69,2
Islandia/Iceland	3 735,25	3 916,33	4 153,87	8,1	8,2	8,3	80,8	81,5	81,8
Irlandia/Ireland	4 301,85	4 470,75	4 631,12	7,3	7,4	7,2	72,0	72,5	73,3
Izrael/Israel	2 309,13	2 551,40	2 666,40	7,1	7,3	7,4	63,5	63,5	63,6
Włochy/Italy	3 129,27	3 264,37	3 376,32	9,0	8,9	8,8	74,6	74,6	73,9
Japonia/Japan	4 516,86	4 512,85	4 629,56	10,9	10,8	10,9	84,1	84,0	84,1
Korea/Korea	2 488,02	2 678,23	2 870,25	7,0	7,3	7,6	58,9	59,1	58,9
Łotwa/Latvia	1 405,02	1 582,96	1 649,28	5,7	6,2	6,0	57,0	54,6	57,3
Litwa/Lithuania	1 917,59	2 057,83	2 182,47	6,5	6,6	6,5	67,1	66,6	66,5
Luksemburg/Luxembourg	4 820,83	4 873,86	4 940,67	5,5	5,5	5,5	83,9	84,0	84,0
Meksyk/Mexico	1 075,43	1 065,88	1 104,97	5,8	5,5	5,5	52,2	52,3	51,5
Niderlandy/Netherlands	4 928,37	5 018,41	5 155,04	10,3	10,3	10,1	81,4	81,2	81,5

**Tablica 12. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD (dok.)**  
 Table 12. Current expenditure on health care in OECD countries (cont.)

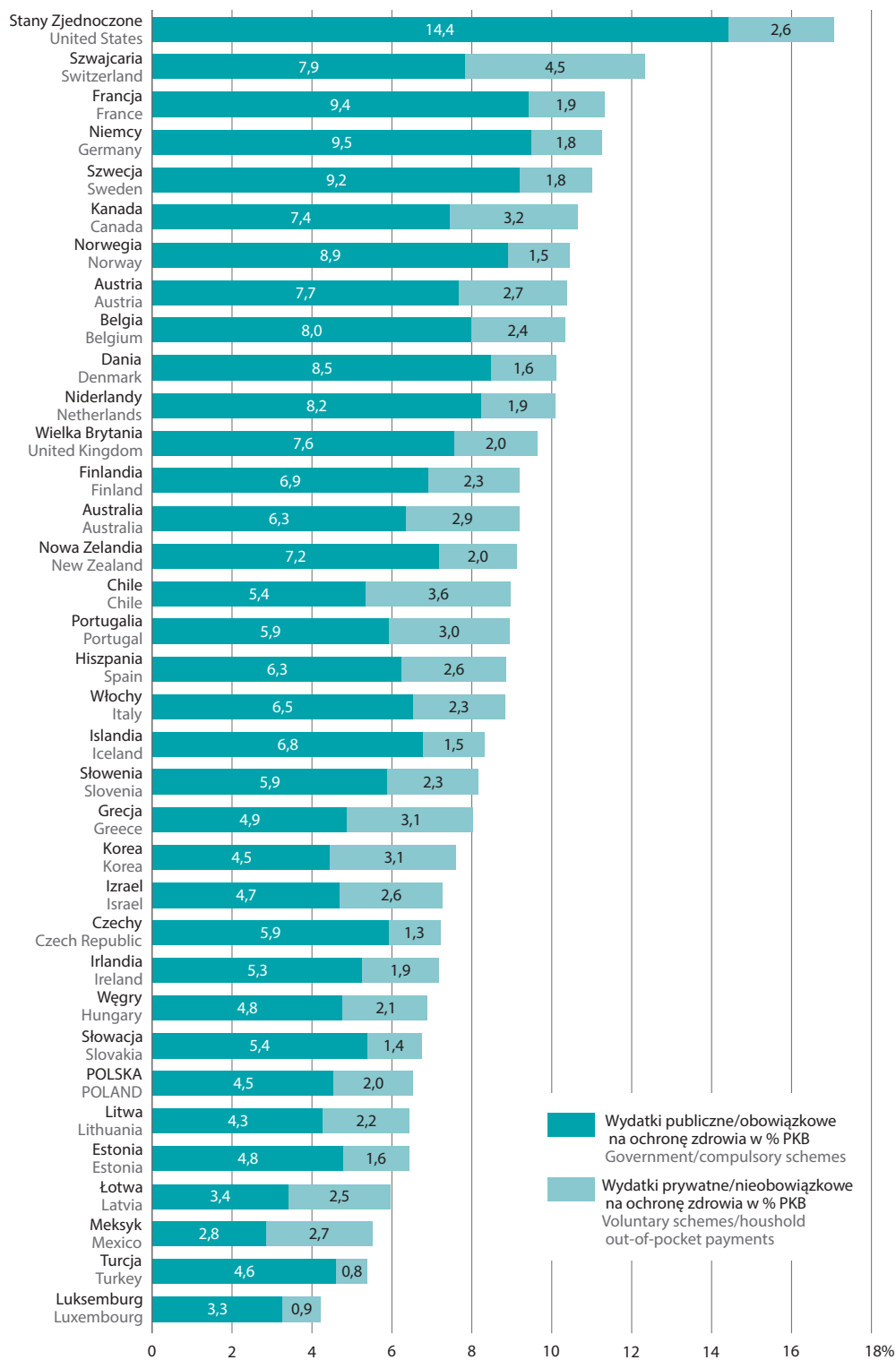
Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2015	2016	2017	2015	2016	2017	2015	2016	2017
Nowa Zelandia/New Zealand	3 513,38	3 662,22	3 742,23	9,3	9,3	9,1	79,0	78,7	78,6
Norwegia/Norway	5 728,33	5 803,70	6 063,61	10,1	10,5	10,4	85,5	85,4	85,5
<b>POLSKA/POLAND</b>	<b>1 803,00</b>	<b>1 915,05</b>	<b>2 047,73</b>	<b>6,3</b>	<b>6,5</b>	<b>6,5</b>	<b>70,0</b>	<b>69,8</b>	<b>69,5</b>
Portugalia/Portugal	2 540,07	2 667,69	2 758,53	9,0	9,0	9,0	66,2	66,3	66,3
Słowacja/Slovakia	2 059,65	2 187,37	2 187,76	6,8	7,0	6,7	79,7	80,4	79,9
Słowenia/Slovenia	2 574,16	2 682,92	2 801,23	8,5	8,5	8,2	71,7	72,7	72,2
Hiszpania/Spain	3 024,65	3 105,65	3 224,09	9,1	9,0	8,9	71,2	71,1	70,6
Szwecja/Sweden	5 027,33	5 048,88	5 264,40	11,0	11,0	11,0	83,3	83,4	83,7
Szwajcaria/Switzerland	6 760,51	6 942,19	7 146,84	11,9	12,2	12,3	63,4	62,8	63,6
Turcja/Turkey	1 040,37	1 126,76	1 185,60	4,1	4,3	4,2	78,1	78,4	77,7
Wielka Brytania/United Kingdom	3 703,08	3 833,25	3 942,90	9,7	9,7	9,6	79,4	79,5	78,8
Stany Zjednoczone/United States	9 505,07	9 903,65	10 206,51	16,7	17,1	17,1	84,6	84,5	84,5

**Wykres 77. Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD według parytetu siły nabywczej USD na 1 mieszkańca w 2017 r.**

Chart 77. Current expenditure on health care in OECD countries per capita in 2017, current prices, PPPs



**Wykres 78. Bieżące wydatki na zdrowie w krajach OECD jako % PKB w 2017 r.**  
 Chart 78. Current expenditure on health care in OECD countries as % of GDP in 2017



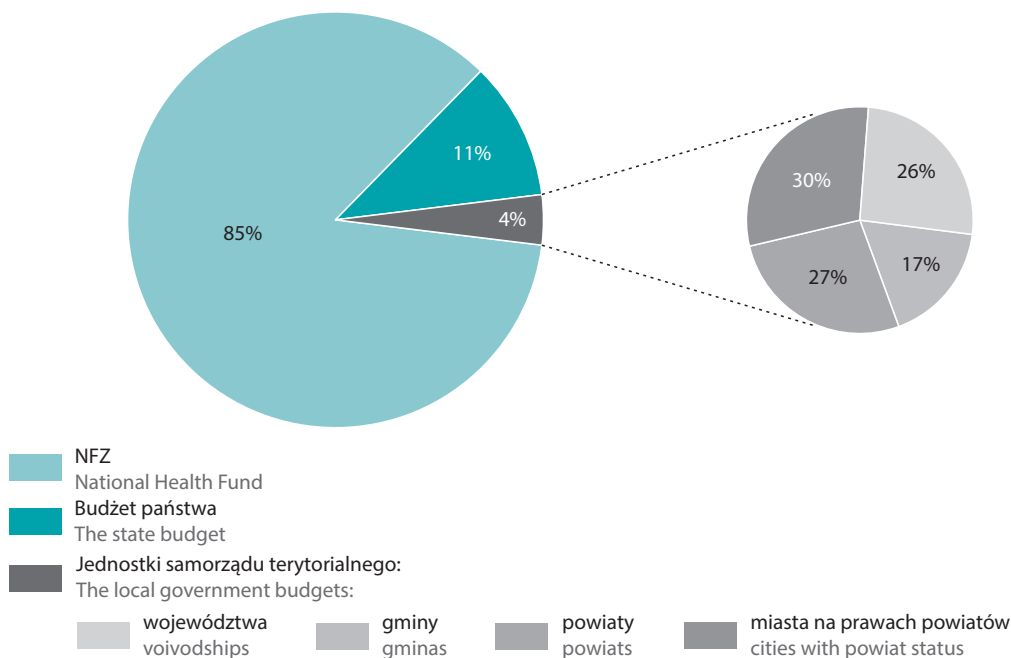
## 3.2. Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną

### 3.2. Public expenditure on health care

Wydatki publiczne na opiekę zdrowotną rejestrowane są w dziale „851 – Ochrona zdrowia” klasyfikacji budżetowej<sup>80</sup>. Wyniki badań wydatków publicznych<sup>81</sup>, realizowane corocznie w ramach pbspp, pozwalają na prezentację wybranych zagadnień finansowania ochrony zdrowia w 2018 r.

**Wykres 79. Struktura wydatków publicznych na ochronę zdrowia w 2018 r.**

Chart 79. Structure of public expenditure on health care in 2018



Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez NFZ<sup>82</sup> wyniosły 81 091 mln zł (o 6,3% więcej niż przed rokiem) i były przeznaczone głównie na lecnicstwo szpitalne (52,4%), podstawową opiekę zdrowotną (13,8%) oraz refundację leków (10,5%).

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

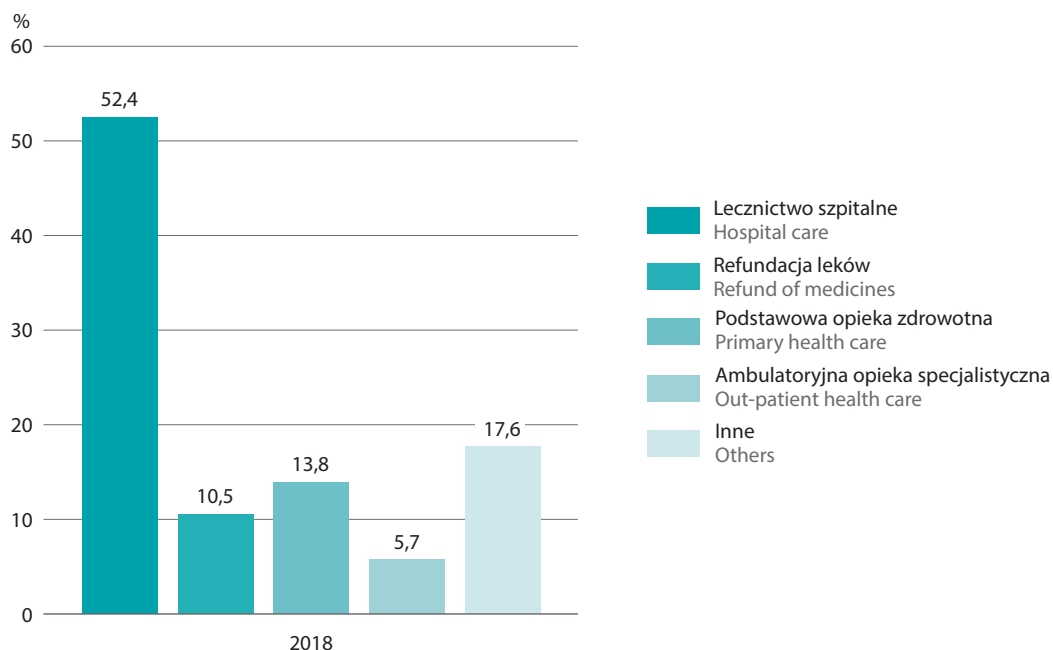
Dane zamieszczone w tabeli 13 pokazują, że w odniesieniu do zeszłego roku, wskaźniki charakteryzujące wydatki publiczne na opiekę zdrowotną w 2018 r. na poszczególnych poziomach administracji rządowej i samorządowej wzrosły. Widać też, że struktura jednostek administracyjnych, jako płatników ochrony zdrowia, ze względu na wielkość poniesionych wydatków niewiele się zmieniła: 73,2% stanowiły wydatki budżetu państwa (w 2017 r. – 73,4%), miast na prawach powiatu – 8,0% (w 2017 r. – 8,2%), powiatów – 7,2% (w 2017 r. – 7,1%), i województw – 6,9% (w zeszłym roku – 6,6%), a gmin – nieco poniżej 5% wydatków na ochronę zdrowia poniesionych przez budżet państwa i jednostki samorządu terytorialnego.

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

81 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).

82 Dane pochodzą ze sprawozdania finansowego NFZ za 2018 r.

**Wykres 80. Struktura kosztów świadczeń zdrowotnych poniesionych przez NFZ w 2018 r.**  
**Chart 80. Cost structure of health care services for the insured population covered by National Health Fund in 2018**



**Tablica 13. Wydatki budżetu państwa i jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia**  
**Table 13. The State and local government budget expenditure and on health care**

Wyszczególnienie	2016	2017	2018	2016	2017	2018	2017=100
	w mln złotych/in mln zł			w %/in %			
<b>Budżet państwa/The state budget</b>							
<b>BUDŻET PAŃSTWA OGÓŁEM</b> TOTAL STATE BUDGET	360 092,8	374 471,8	385 336,9	100,0	100,0	100,0	102,9
w tym ochrona zdrowia of which health care	8 233,8	9 598,4	10 479,1	2,3	2,6	2,7	109,2
<b>Budżety samorządów terytorialnych/The local government budgets</b>							
<b>Województwa ogółem</b> Voivodships in total	12 617,4	14 317,4	16 582,3	100,0	100,0	100,0	115,8
w tym ochrona zdrowia of which health care	732,5	863,8	990,3	5,8	6,0	6,0	114,6
<b>Miasta na pr. powiatu ogółem</b> Cities with powiat status in total	71 941,5	78 504,1	87 014,6	100,0	100,0	100,0	110,8
w tym ochrona zdrowia of which health care	965,5	1 066,0	1 149,2	1,3	1,4	1,3	107,8
<b>Powiaty ogółem</b> Powiats in total	23 300,6	25 360,4	28 656,6	100,0	100,0	100,0	113,0
w tym ochrona zdrowia of which health care	1 036,1	930,6	1 033,1	4,4	3,7	3,6	111,0
<b>Gminy ogółem</b> Gminas in total	98 175,1	111 984,4	127 132,8	100,0	100,0	100,0	113,5
w tym ochrona zdrowia of which health care	586,4	618,1	668,2	0,6	0,6	0,5	108,1

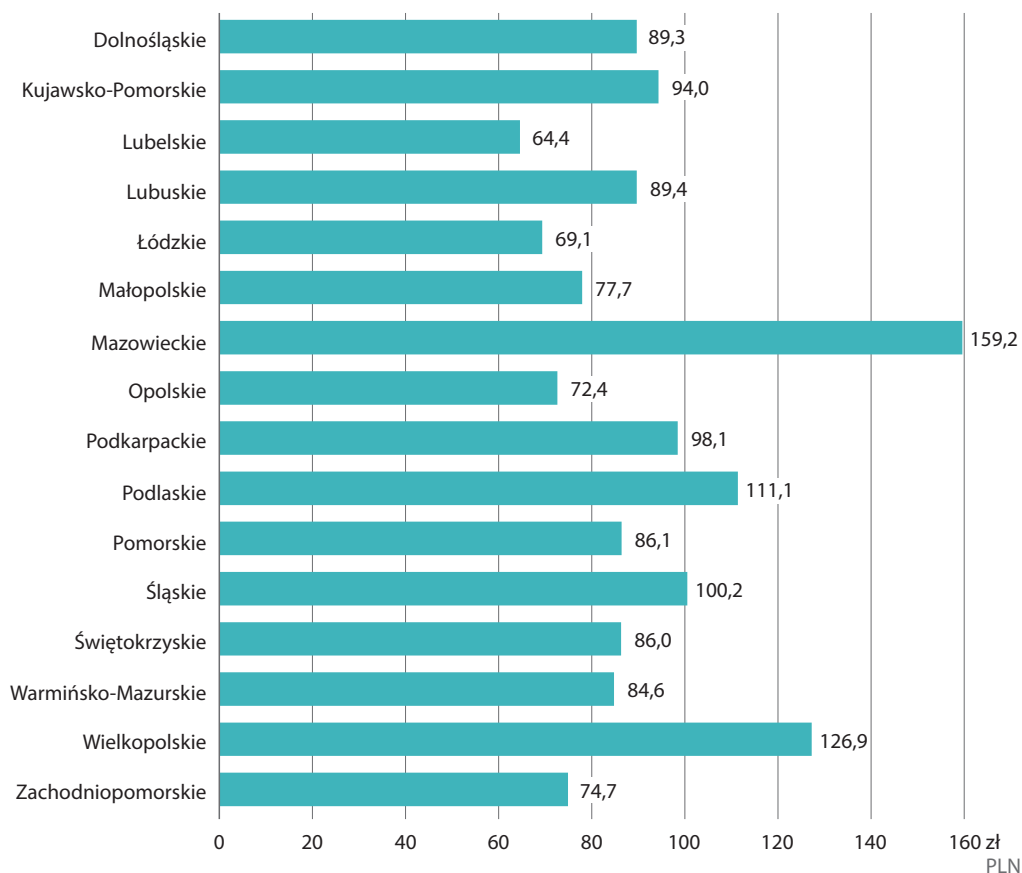
Źródło: Na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28) oraz rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-285).

W 2018 r. wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia wyniosły 10479,1 mln i stanowiły 2,7% łącznych wydatków z budżetu.

Natomiast samorządy terytorialne przeznaczyły ze swoich budżetów na ten cel 3 840,8 mln zł (łącznie ze środkami otrzymanymi z budżetu państwa), co stanowiło 1,5% ogółu wydatków samorządów terytorialnych (identycznie jak w roku poprzednim).

**Wykres 81. Wydatki samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia na 1 mieszkańca według województw w 2018 r.**

Chart 81. Local government budget expenditure on health care, per capita, by voivodships in 2018



W skali kraju samorządy terytorialne wydały na ochronę zdrowia przeciętnie 100,0 zł w przeliczeniu na jednego mieszkańca (w 2017 r. 90,5 zł). Kwoty te różniły się znacznie w przypadku poszczególnych województw. Najwyższe wydatki na osobę w 2018 r. odnotowano w województwie mazowieckim (159,2 zł) i wielkopolskim (126,9 zł), natomiast najmniej wydano w województwach: lubelskim (64,4 zł) i łódzkim (69,1 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 medyczne<sup>83</sup> (20,9%), składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (14,3%). Istotny był również udział wydatków na programy polityki zdrowotnej (8,3%), inspekcję sanitarną (10,4%) i funkcjonowanie szpitali (6,1%).

83 Zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz.U. 2019 poz. 993) główny ciężar finansowania ratownictwa medycznego został od 2007 r. nałożony na budżet państwa.

Gminy wydatkowały środki na ochronę zdrowia (668,2 mln zł) głównie w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi (64,3%) i na szpitale ogólne (7,0%).

Powiaty, w dominującej części przeznaczyły swoje środki (1033,1 mln) na składki na ubezpieczenia zdrowotne oraz świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (łącznie 48,9%) oraz na szpitale (45,1%).

Spośród jednostek terytorialnych, miasta na prawach powiatu dysponowały największym budżetem (łącznie 1149,2 mln zł) i przeznaczyły go głównie na 3 rozdziały budżetowe: szpitale ogólne (36,3%), przeciwdziałanie alkoholizmowi (25,2%) oraz na składki na ubezpieczenia zdrowotne i świadczenia dla osób nie objętych obowiązkiem ubezpieczenia zdrowotnego (13,2%).

W wydatkach zdrowotnych ponoszonych przez województwa (990,3 mln zł) nadal dominowały wydatki na szpitale (60,5% budżetu województw na zdrowie). Istotną częścią wydatków na ochronę zdrowia w budżecie województw były też środki przeznaczone na medycynę pracy (8,6%) i na lecnicstwo psychiatryczne (9,4%).

## 4. WYBRANE PROBLEMY

### 4. Selected problems

#### 4.1. Prowadzenie działalności leczniczej w świetle ustawy o działalności leczniczej

##### 4.1. Providing healthcare services in accordance with the Act on Health Care Activities

Od 1 lipca 2011 r. w sektorze ochrony zdrowia obowiązuje ustawa o działalności leczniczej<sup>84</sup>, która zastąpiła ustawę o zakładach opieki zdrowotnej i wprowadziła szereg zmian, w tym nowe nazewnictwo takie jak działalność lecznicza i podmiot leczniczy, a także klasyfikację podmiotów, które udzielają świadczeń opieki zdrowotnej (wykonują działalność leczniczą). Ustawa stanowi podstawę prawną prowadzenia działalności leczniczej. Określa zasady funkcjonowania podmiotów leczniczych i prowadzenia rejestru tych podmiotów. Definiuje normy czasu pracy pracowników tego typu jednostek oraz zasady sprawowania nadzoru nad działalnością podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Celem niniejszego opracowania jest omówienie głównych pojęć i zasad wykonywania działalności leczniczej oraz klasyfikacji podmiotów leczniczych. Ponadto zaprezentowano podstawowe dane o liczbie podmiotów zarejestrowanych w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) oraz Rejestrach Praktyk Zawodowych, które stanowią główny operat do badań statystycznych podmiotów leczniczych, prowadzonych zgodnie z programem badań statystycznych statystyki publicznej przez Główny Urząd Statystyczny, Ministerstwo Zdrowia oraz Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji.

Ustawa o działalności leczniczej wprowadziła prawną definicję pojęcia działalności leczniczej. Zgodnie z art. 3 ustawy polega ona na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, a także może polegać na promocji zdrowia lub realizacji zadań dydaktycznych i badawczych w powiązaniu z udzielaniem świadczeń zdrowotnych i promocją zdrowia, w tym wdrażaniem nowych technologii oraz metod leczenia. Działalność lecznicza może być wykonywana za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności.

Istotą działalności leczniczej są świadczenia zdrowotne, które obejmują działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Wyróżnia się następujące rodzaje działalności leczniczej (świadczeń zdrowotnych):

##### 1. stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

- szpitalne – kompleksowe, wykonywane całą dobę lub z zamiarem zakończenia ich udzielania w okresie nieprzekraczającym 24 godzin;
- inne niż szpitalne – świadczenia opiekuńcze, pielęgnacyjne, paliatywne, hospicyjne, z zakresu opieki długoterminowej, rehabilitacji leczniczej, leczenia uzależnień, psychiatrycznej opieki zdrowotnej oraz

<sup>84</sup> Ustawa o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (tekst jednolity, Dz. U. 2018, poz. 2190 z późn. zm.).



lecznictwa uzdrowiskowego udzielane np. przez zakład opiekuńczo-leczniczy, hospicjum, zakład rehabilitacji leczniczej itp.;

- ambulatoryjne świadczenia zdrowotne – świadczenia udzielane w ambulatorium, w przychodni, poradni, ośrodku zdrowia, ambulatorium z izbą chorych, a także w laboratorium diagnostycznym, które nie wymagają, aby pacjent stale przebywał w placówce. Obejmują m.in. konsultacje medyczne, szczepienia, badania diagnostyczne, profilaktyczny przegląd stanu zdrowia czy też świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej. Wykonuje się je w ramach podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej.

Ustawa posługuje się dwoma pojęciami odnoszącymi się do podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych: podmioty lecznicze i podmioty wykonujące działalność leczniczą.

**Wszystkie podmioty, które udzielają świadczeń zdrowotnych, zostały określone mianem podmiotów wykonujących działalność leczniczą. Pojęcie to obejmuje dwie kategorie świadczeniodawców: podmioty lecznicze i praktyki zawodowe.**

## Schemat 2. Rodzaje podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Schema 2. Types of units providing curative care



Podmiotami leczniczymi są:

- przedsiębiorcy w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców<sup>85</sup> we wszelkich formach przewidzianych dla wykonywania działalności gospodarczej, jeżeli ustawa nie stanowi inaczej,
- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej,
- jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarkę podstawowej opieki zdrowotnej lub położną podstawowej opieki zdrowotnej,
- instytuty badawcze,
- fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej,
- jednostki organizacyjne stowarzyszeń, które posiadają osobowość prawną,
- osoby prawne i jednostki organizacyjne, które działają na podstawie przepisów o:
  - stosunku Państwa do Kościoła Katolickiego w Rzeczypospolitej Polskiej,
  - stosunku Państwa do innych kościołów i związków wyznaniowych,
  - gwarancjach wolności sumienia i wyznania,

<sup>85</sup> Ustawa z dnia 6 marca 2018 r. – Prawo przedsiębiorców (tekst jednolity, Dz.U. 2019, poz. 1292).

- jednostki wojskowe,
  - w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą.

Do praktyk zawodowych zalicza się działalność leczniczą wykonywaną przez lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów<sup>86</sup> w formie jednoosobowej działalności gospodarczej (praktyka indywidualna) lub spółki cywilnej, spółki jawnej albo spółki partnerskiej (praktyka grupowa). Zgodnie z zapisami ustawy wykonywanie zawodu w ramach praktyki zawodowej nie jest prowadzeniem podmiotu leczniczego.

Zbiorowość podmiotów leczniczych obejmuje jednostki prowadzące działalność w różnych formach organizacyjno-prawnych, wśród których można wydzielić:

- przedsiębiorców (w świetle ustawy o swobodzie działalności gospodarczej to osoba fizyczna, osoba prawna i jednostka organizacyjna niebędąca osobą prawną, której odrębna ustawa przyznaje zdolność prawną – wykonująca we własnym imieniu działalność gospodarczą),
- podmioty niebędące przedsiębiorcami (samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – SPZOZ, jednostki budżetowe, jednostki wojskowe),
- inne podmioty, do których należą: instytuty badawcze, fundacje, stowarzyszenia i kościoły.

Podmioty lecznicze mogą być tworzone i prowadzone przez:

- Skarb Państwa reprezentowany przez ministra (np. właściwego ds. zdrowia, Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości, właściwego ds. wewnętrznych), centralny organ administracji rządowej albo wojewodę,
- jednostki samorządu terytorialnego (województwo, powiat, gmina, gmina miejska na prawach powiatu),
- uczelnie medyczne.

Wszystkie podmioty wykonujące działalność leczniczą mają obowiązek wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. W celu uzyskania wpisu podmiot, który zamierza prowadzić działalność leczniczą, składa wniosek o wpis do rejestru. Uzyskanie wpisu do rejestru jest podstawowym warunkiem rozpoczęcia działalności leczniczej i oznacza zezwolenie na jej prowadzenie. Wpis ma charakter formalny – organ rejestrowy jest zobligowany do wydania decyzji pozytywnej, chyba że znajdują się konkretne przesłanki wskazane w ustawie stanowiące podstawę materialnej odmowy. Rejestr jest prowadzony w formie elektronicznej i dostępny na stronie <https://rpwdl.csioz.gov.pl/>. Wszelkie zmiany danych objętych rejestrem podmiot wykonujący działalność leczniczą ma obowiązek zgłaszać organowi prowadzącemu rejestr w terminie 14 dni od dnia ich powstania.

Wpis do rejestru podlega opłacie 2% (dla praktyki lekarza, pielęgniarki lub fizjoterapeuty) lub 10% (dla podmiotu leczniczego) przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw bez wypłaty nagród z zysku za ubiegły rok, ogłaszanego przez Prezesa GUS w Dzienniku Urzędowym RP „Monitor Polski”, obowiązującego w dniu złożenia wniosku o wpis do rejestru. Opłaty pobierane od podmiotów wykonujących działalność leczniczą stanowią odpowiednio dochód dla budżetu państwa (podmioty lecznicze), przychód właściwej okręgowej izby lekarskiej (praktyki zawodowe lekarzy), przychód właściwej okręgowej izby pielęgniarek i położnych (praktyki zawodowe pielęgniarek) lub przychód Krajowej Izby Fizjoterapeutów (praktyki zawodowe fizjoterapeutów).

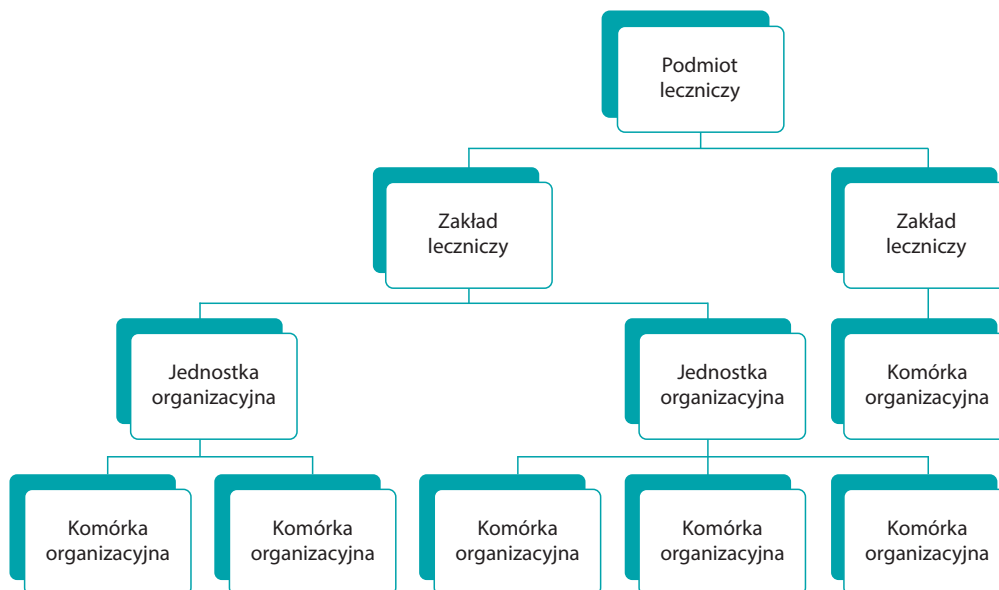
W zależności od rodzaju podmiotu wykonującego działalność leczniczą inny będzie organ właściwy w sprawie wpisu do rejestru. Organem prowadzącym rejestr jest dla podmiotów leczniczych – wojewoda właściwy dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego, a dla praktyk zawodowych – właściwa dla miejsca wykonywania praktyki okręgowa rada lekarska lub okręgowa rada pielęgniarek i położnych właściwa dla miejsca wykonywania praktyki oraz Krajowa Rada Fizjoterapeutów.

Każdy podmiot wpisany do RPWDL otrzymuje indywidualny dwunastocyfrowy numer księgi rejestrowej. W księdze rejestrowej określona jest struktura organizacyjna podmiotu leczniczego, która stanowi odzwierciedlenie zakładów, ośrodków, oddziałów, poradni czy pracowni funkcjonujących w podmiocie. Podmioty

<sup>86</sup> Zgodnie z ustawą z dnia 9 listopada 2018 r. o zmianie ustawy o działalności leczniczej oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2018, poz. 2219) od 1 kwietnia 2019 r. zawód fizjoterapeuty stanowi praktykę zawodową. Fizjoterapeuci wykonujący zawód w ramach działalności gospodarczej mogą prowadzić tę działalność bez wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą przez okres nie dłuższy niż do dnia 31 października 2019 r.

lecnicze charakteryzuje duża różnorodność sposobów organizacji i zasięgu prowadzenia działalności – mogą udzielać świadczeń zdrowotnych w placówkach zlokalizowanych w jednej miejscowości, regionie, województwie, a nawet na terenie całego kraju.

**Schemat 3. Przykładowy schemat struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego**  
 Schema 3. Exemplary schema of the health care unit organisational structure



Ustawa o działalności leczniczej przewiduje 3-stopniowy podział struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego:

- zakłady lecznicze (zespół składników majątkowych, za pomocą którego podmiot leczniczy wykonuje określony rodzaj działalności leczniczej),
- jednostki organizacyjne (wyodrębnioną w regulaminie organizacyjnym część zakładu leczniczego podmiotu leczniczego),
- komórki organizacyjne (wyodrębnioną w regulaminie organizacyjnym część jednostki organizacyjnej, albo, jeżeli to wynika ze struktury organizacyjnej podmiotu leczniczego, część zakładu leczniczego tego podmiotu działająca poza jednostką organizacyjną).

Na podstawie informacji zawartych we wniosku o wpis do rejestru, zgodnie z zakresem udzielanych świadczeń zdrowotnych nadawane są resortowe kody identyfikacyjne. System resortowych kodów identyfikacyjnych jest określony w drodze rozporządzenia Ministra Zdrowia<sup>87</sup>.

W księdze rejestrowej dla podmiotu leczniczego podawana jest forma organizacyjno-prawna:

- samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej;
- jednostka budżetowa;
- instytut badawczy;
- kościół, kościelna osoba prawna lub związek wyznaniowy;
- fundacja, związek zawodowy, samorząd zawodowy, stowarzyszenie;
- spółdzielnia;
- działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną;
- spółka cywilna;

<sup>87</sup> Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (tekst jednolity, Dz. U. 2019, poz. 173).

- spółka jawna;
- spółka partnerska;
- spółka komandytowa;
- spółka komandytowo-akcyjna;
- spółka z ograniczoną odpowiedzialnością;
- spółka akcyjna;
- inna.

W przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą wyróżnia się następujące podmioty tworzące:

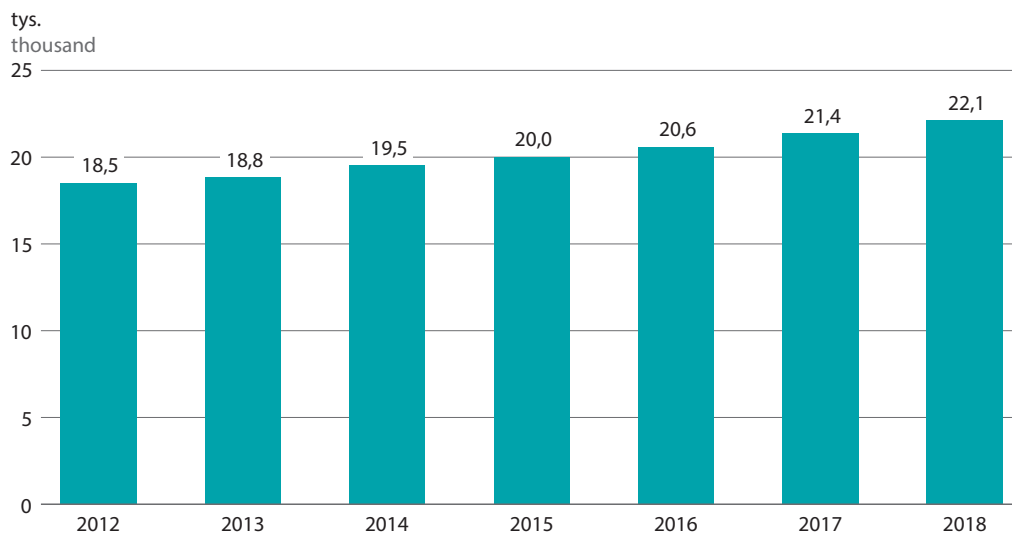
- Minister właściwy ds. zdrowia,
- Minister Obrony Narodowej,
- Minister Sprawiedliwości,
- Minister właściwy ds. wewnętrznych,
- inny minister albo centralny organ administracji rządowej,
- wojewoda,
- województwo,
- powiat,
- gmina,
- gmina miejska na prawach powiatu,
- publiczna uczelnia medyczna albo publiczna uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych, albo Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.

Na poziomie zakładu leczniczego określony jest jeden z trzech rodzajów działalności leczniczej:

1. stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne – szpitalne,
2. stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne – inne niż szpitalne,
3. ambulatoryjne świadczenie zdrowotne.

#### Wykres 82. Podmioty lecznicze (stan w dniu 31 XII)

Chart 82. Health care entities (as of 31 XII)



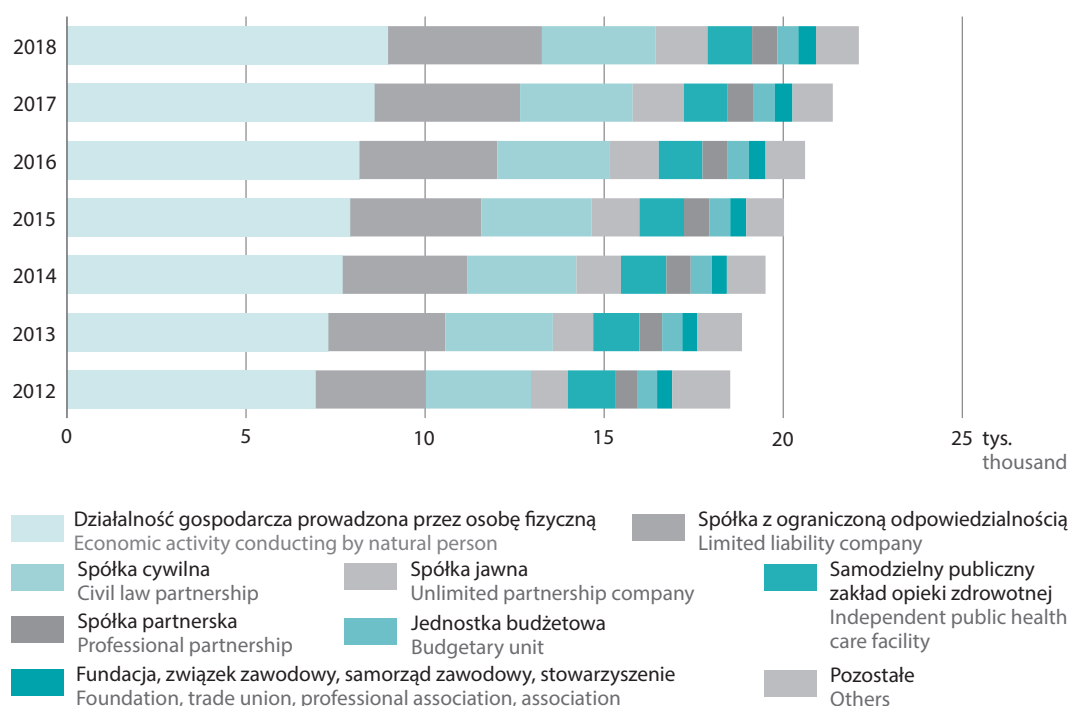
Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą  
Source: Register of Entities Providing Health Care

Zgodnie z Rejestrem Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą w końcu 2018 r. zarejestrowanych było ponad 22,1 tys. podmiotów leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych (o 3,4% więcej niż w roku ubiegłym). Od 2012 r. utrzymywał się systematyczny wzrost liczby tego typu placówek. W porównaniu do 2012 r. liczba zarejestrowanych podmiotów zwiększyła się o prawie 3,6 tys.

Podmioty lecznicze mogą udzielać świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych na podstawie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia<sup>88</sup>. Liczba podmiotów leczniczych, z którymi NFZ zawarł umowy na realizację świadczeń opieki zdrowotnej utrzymywała się w analizowanym okresie na zbliżonym poziomie i w 2018 r. wyniosła ponad 13,7 tys. (ponad 62% podmiotów leczniczych).

Podmioty lecznicze mogą być prowadzone w różnych formach organizacyjno-prawnych. Spośród zarejestrowanych podmiotów najwięcej realizowało świadczenia zdrowotne jako działalność gospodarcza prowadzona przez osobę fizyczną - prawie 9 tys. w końcu 2018 r., co stanowiło ponad 40% podmiotów leczniczych<sup>89</sup>. Popularnymi formami prowadzenia działalności leczniczej były również spółka z ograniczoną odpowiedzialnością oraz spółka cywilna (odpowiednio 19,5% i 14,3% podmiotów leczniczych). Ponad 1,2 tys. podmiotów funkcjonowało jako samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej.

**Wykres 83. Podmioty lecznicze według formy organizacyjno-prawnej (stan w dniu 31 XII)**  
Chart 83. Health care entities by organizational and legal form (as of 31 XII)



Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą  
Source: Register of Entities Providing Health Care

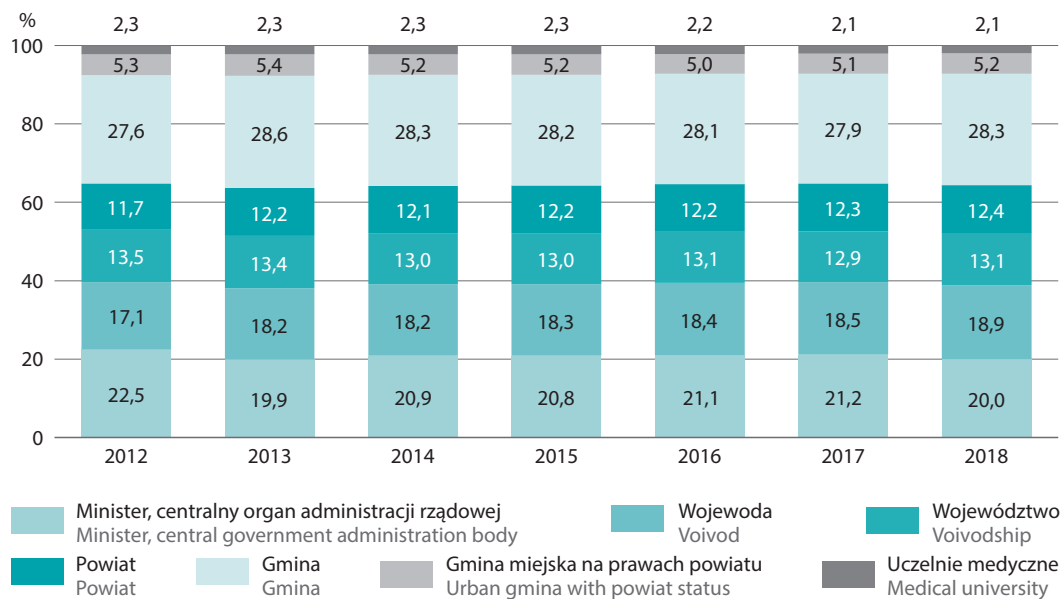
W przypadku podmiotów niebędących przedsiębiorcami w księdze rejestrowej identyfikuje się podmiot tworzący, który utworzył podmiot leczniczy w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, jednostki budżetowej lub jednostki wojskowej. W końcu 2018 r. działało ponad 1,8 tys. podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcami, w tym 33,5% zostało utworzonych przez gminy i gminy miejskie na prawach powiatu, 20% przez ministrów lub centralne organy administracji rządowej i prawie 19% przez wojewodę. Około 2% tego typu placówek stanowiły podmioty lecznicze uczelni medycznych.

<sup>88</sup> Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Tekst Jednolity Dz. U. 2019 poz. 1373 z późn. zm.).

<sup>89</sup> W analizie danych nie uwzględniono wielkości placówek (małe, średnie, duże).

### Wykres 84. Struktura podmiotów leczniczych niebędących przedsiębiorcą według podmiotu tworzącego (stan w dniu 31 XII)

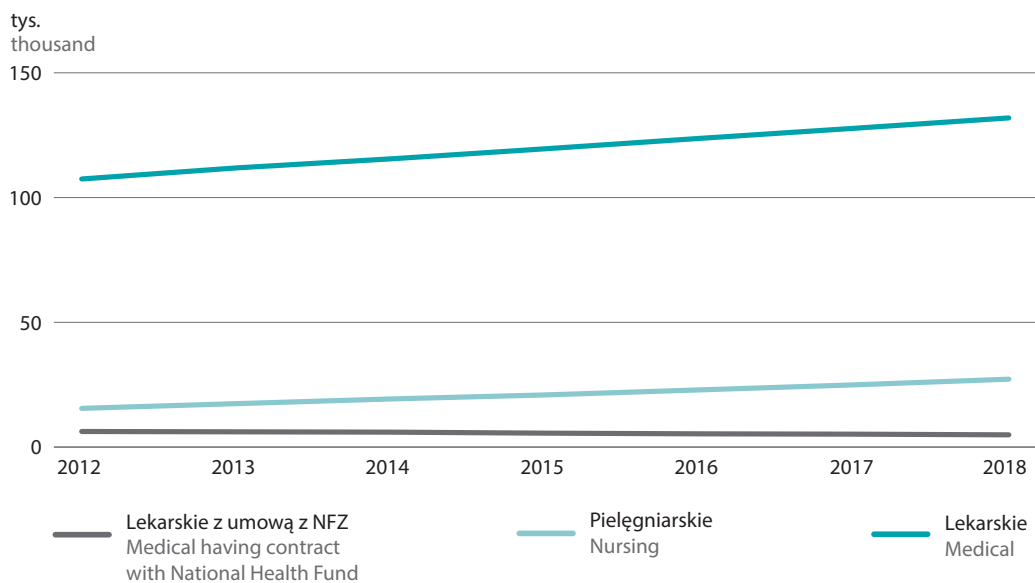
Chart 84. Health care entities being not entrepreneurs by originating entity (as of 31 XII)



Źródło: Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą  
Source: Register of Entities Providing Health Care

### Wykres 85. Praktyki lekarskie i pielęgniarskie (stan w dniu 31 XII)

Chart 85. Medical and nursing practices (as of 31 XII)



Źródło: Rejestry Praktyk Zawodowych, Sprawozdanie ZD-3  
Source: Registers of Practices, ZD-3 Form

W końcu 2018 r. w Rejestrze Zawodowym Praktyk Lekarzy i Lekarzy Dentystów zarejestrowanych było prawie 132 tys. praktyk, z czego 130,6 tys. indywidualnych. Rejestr Praktyk Zawodowych Pielęgniarek i Położnych obejmował 27,1 tys. praktyk, z czego 26,8 tys. indywidualnych. Od 2012 r. utrzymywał się systematyczny

wzrost liczby praktyk zawodowych. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba praktyk lekarskich zwiększyła się o 3,3%, a pielęgniarskich o 8,9%.

Działalność leczniczą w ramach praktyki zawodowej mogą prowadzić wyłącznie lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne oraz od 2019 r. również fizjoterapeuci w różnych formach: jako praktyka indywidualna lub indywidualna specjalistyczna (w tym praktyki działające wyłącznie w miejscu wezwania lub wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład), a także jako praktyka grupowa (spółka cywilna, spółka jawna, spółka partnerska). Możliwość tej nie mają inne osoby wykonujące zawód medyczny na własny rachunek np. rehabilitanci czy radiolodzy, którzy udzielają świadczeń zdrowotnych w ramach działalności gospodarczej.

Lekarze prowadzący praktyki zawodowe mogą podobnie jak podmioty lecznicze realizować świadczenia zdrowotne w ramach umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia. Ich liczba od 2012 r. wykazywała tendencję spadkową, a w 2018 r. wyniosła 4,8 tys. praktyk lekarskich (w tym lekarzy dentyistów), którzy udzielali porad lekarskich w ramach środków publicznych na podstawie bezpośredniej umowy z NFZ<sup>90</sup>.

## 4.2. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych

### 4.2. Measurement of access to public hospital services

#### Wprowadzenie

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

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

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

<sup>90</sup> Sprawozdanie ZD–3.

<sup>91</sup> Raport końcowy z pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” [https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultstronaopisowa/6150/1/1/raport\\_uslugi\\_publiczne\\_w\\_zakresie\\_ochrony\\_zdrowia.pdf](https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultstronaopisowa/6150/1/1/raport_uslugi_publiczne_w_zakresie_ochrony_zdrowia.pdf)



## Pomiar dostępności do świadczeń zdrowotnych

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze rządowe i samorządowe poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych, tak aby ograniczone strumienie środków publicznych skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania oraz do tych, które mogą przyczynić się do maksymalizacji efektów zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa, zgodnie z ustawami o samorządach: gminnym<sup>92</sup>, powiatowym<sup>93</sup> i wojewódzkim<sup>94</sup> realizują jednostki samorządu terytorialnego (JST), wykorzystując wskaźniki opracowywane m.in. przez Główny Urząd Statystyczny oraz Ministerstwo Zdrowia a następnie publikowane w ramach Programu Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

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

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

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

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

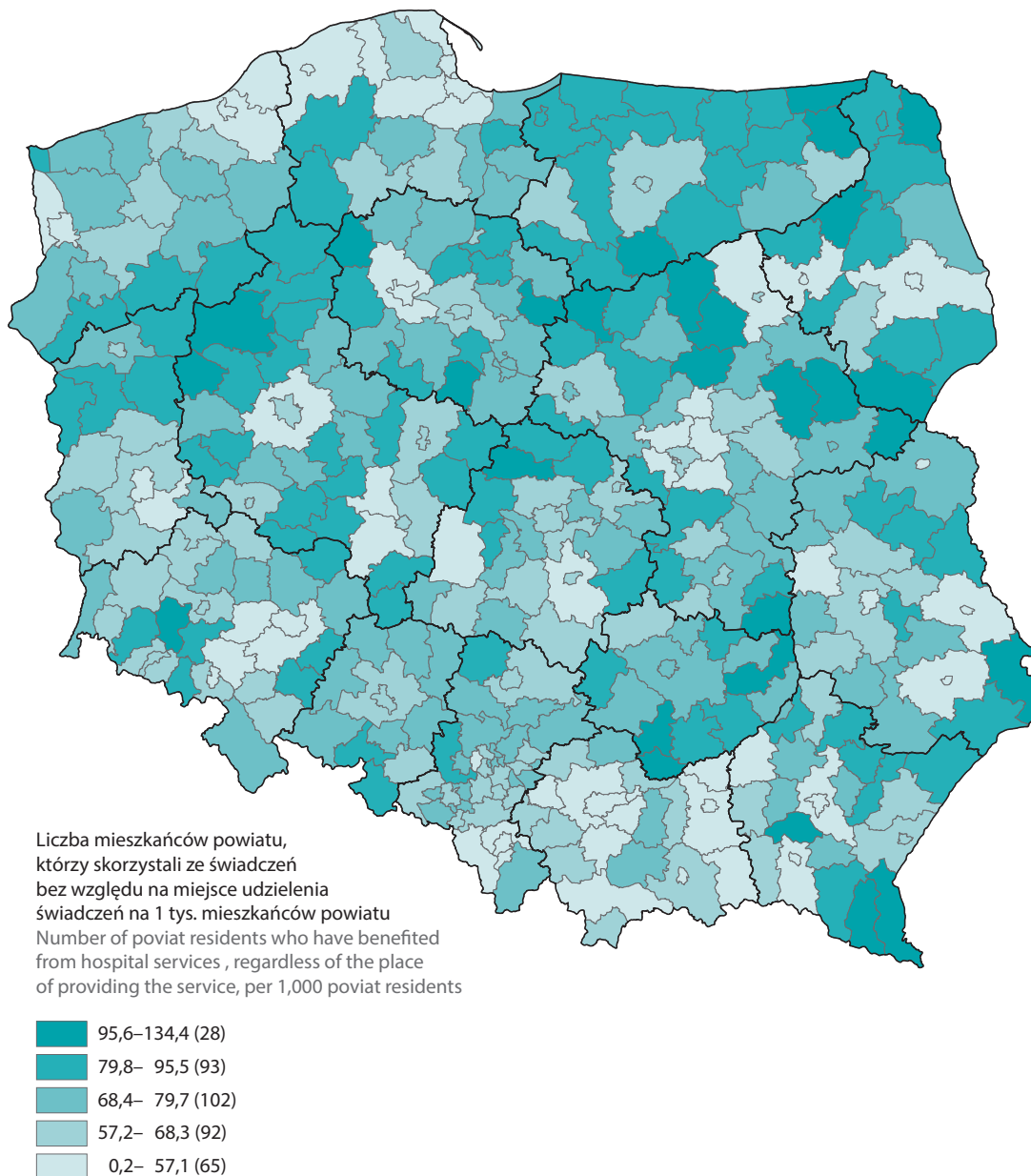
93 (Dz.U. 1998 nr 91 poz. 578)

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



**Mapa 17. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018 r.**

Map 17. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population [person] in 2018

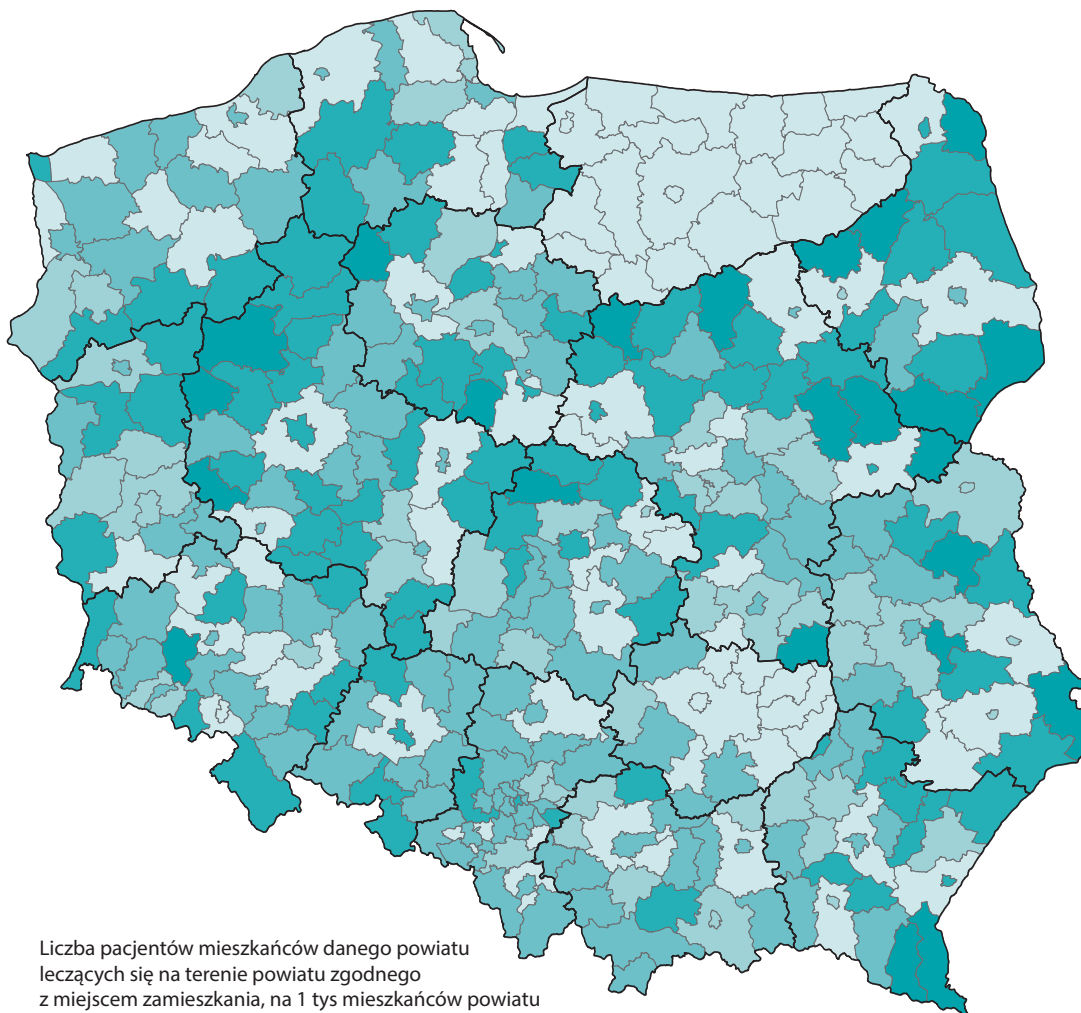


Istotne różnice pod kątem liczby świadczeń szpitalnych obrazuje mapa 17. W 2018 r. najwięcej świadczeń na 1 tys. mieszkańców wykonano dla mieszkańców powiatów: sejneńskiego, bieszczadzkiego, pińczowskiego, lipskiego oraz łosickiego (ponad 120), najmniej dla mieszkańców powiatów: polickiego, bydgoskiego, chełmskiego, rzeszowskiego, tarnowskiego oraz rzeszowskiego (poniżej 50) oraz dla mieszkańców miast na prawach powiatu np.: m. Wrocław, m. Bydgoszcz, m. Białystok, m. Szczecin, m. Kraków, m. Łomża,

m. Zielona Góra (poniżej 50), co jest zapewne wynikiem lepszego dostępu do specjalistycznej opieki ambulatoryjnej jako alternatywy do opieki szpitalnej. Największe natężenie w liczbie świadczeń można zauważyć u mieszkańców powiatów Polski północno-wschodniej oraz północnej części województwa wielkopolskiego, najmniejsze u mieszkańców powiatów województwa małopolskiego oraz miastach na prawach powiatu.

**Mapa 18. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018 r.**

Map 18. People who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in the poviat's - the place of residences, per 1 thousand population [person] in 2018

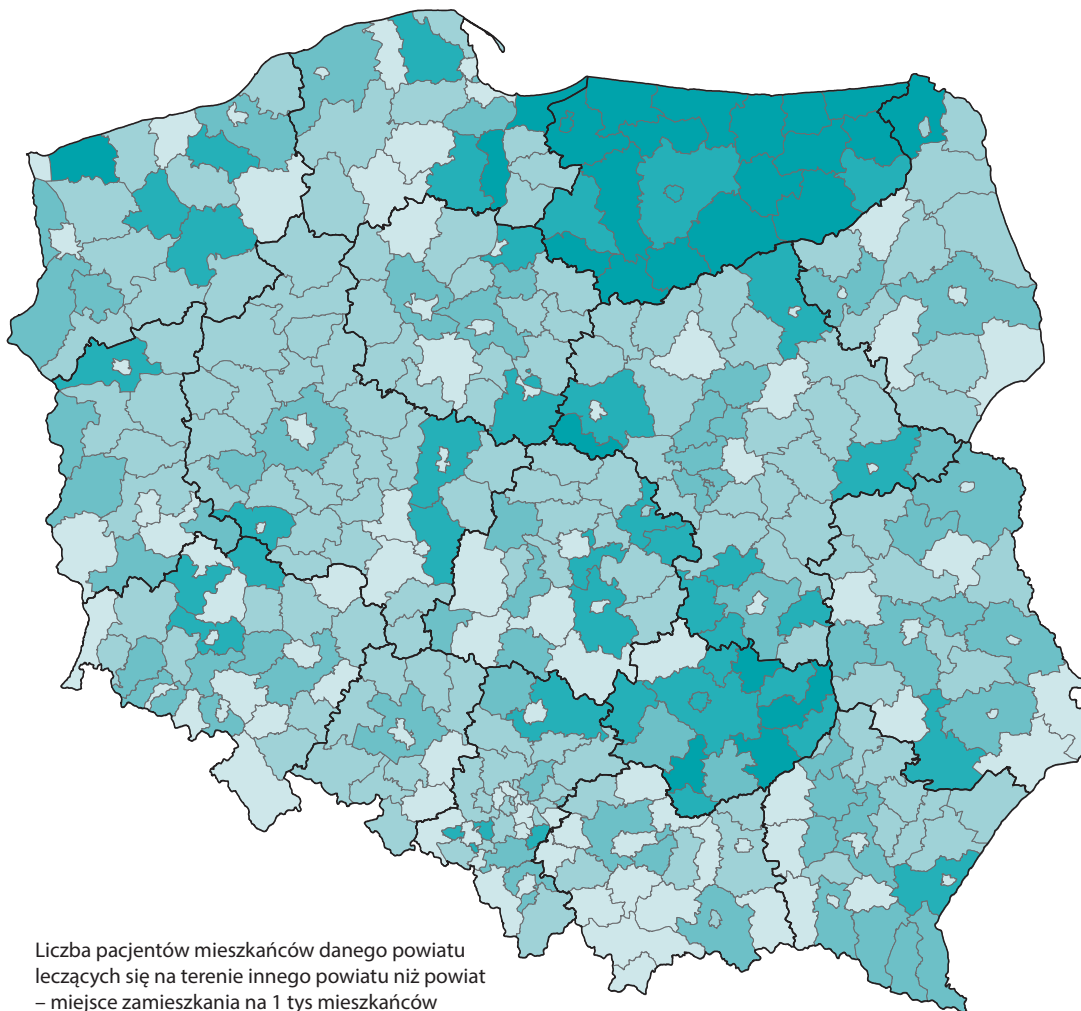


Liczba pacjentów mieszkańców danego powiatu leczących się na terenie powiatu zgodnego z miejscem zamieszkania, na 1 tys mieszkańców powiatu  
Number of poviat residents who have benefited from hospital services , in the poviat's – the place of residences, per 1,000 poviat residents

65,8–106,7 (23)
50,4– 65,7 (90)
36,2– 50,3 (125)
15,1– 36,1 (55)
0,0– 15,0 (87)

**Mapa 19. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności [osoba] w 2018r.**

Map 19. People who have used the hospital services in the hospital ward for the first references level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) finances by the National Health Fund, in a different poviát than the poviát's place of residences, per 1 thousand population [person]



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

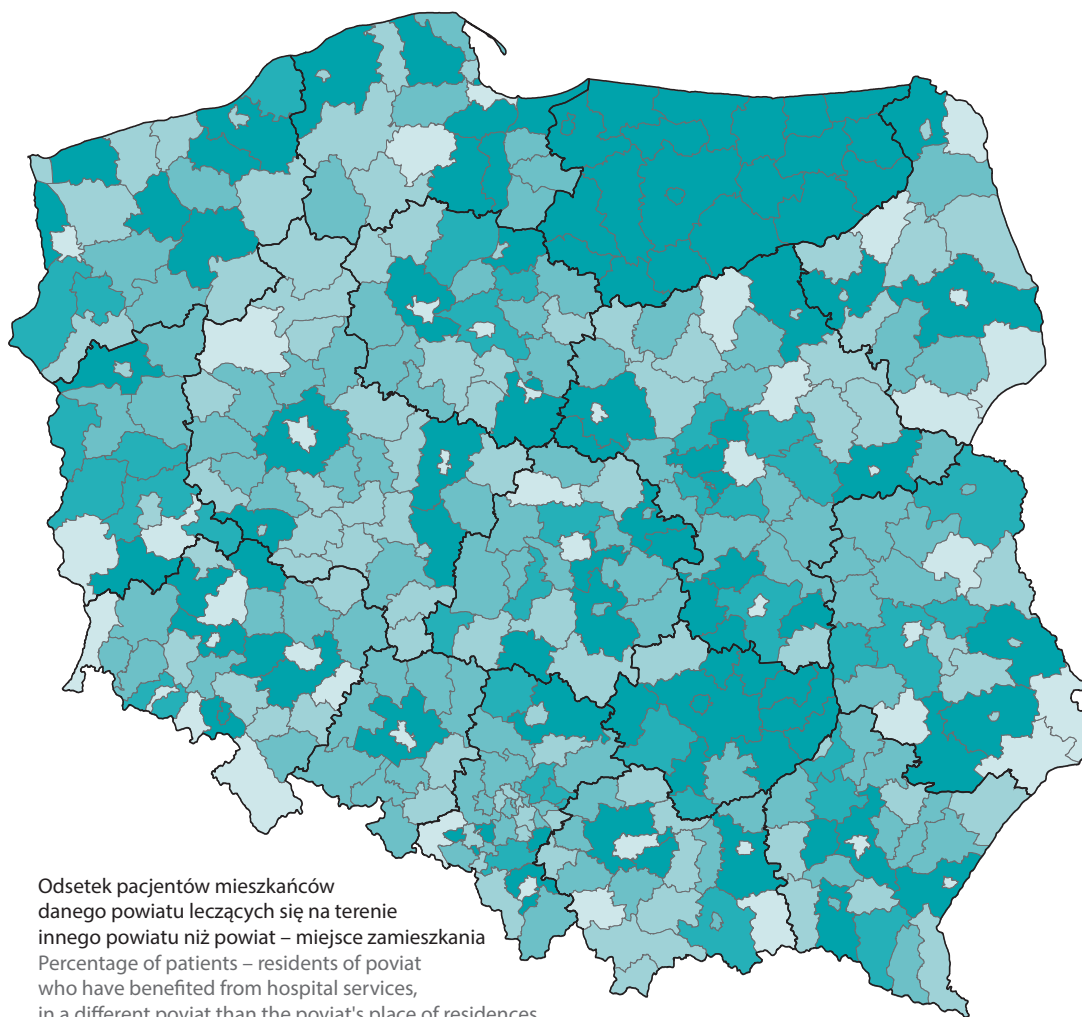
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#008080;"></span>	74,6–123,1 (26)
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#00A0A0;"></span>	53,7– 74,5 (41)
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#40C0C0;"></span>	36,4– 53,6 (61)
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#80D0D0;"></span>	22,4– 36,3 (149)
<span style="display:inline-block; width:15px; height:15px; background-color:#B0E0E0;"></span>	0,2– 22,3 (103)

Z map 18 i 19 można zaobserwować prawidłowość – powiaty, w których zaobserwowano najniższy wskaźnik dotyczący liczby osób, który skorzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca zamieszkania, to równocześnie powiaty, cechujące się najwyższym wskaźnikiem migracji pacjentów. Zjawisko dotyczy przede

wszystkim powiatów ziemskich okalających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych obok miast na prawach powiatu. Brak szpitala o danej specjalizacji oddziałów na terenie danego powiatu nie powinien więc stanowić jedynej przesłanki do formułowania postulatu rozbudowy infrastruktury szpitalnej w celu zabezpieczenia dostępności do świadczeń szpitalnych. Mieszkańcy takich powiatów mają bowiem zapewniony dostęp do świadczeń, tyle że w innej lokalizacji.

**Mapa 20. Odsetek pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów – mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego**

Map 20. Percentage of patients – residents of poviato who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviato of the place of residence, in the total number of patients – residents of poviato who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level



%	
68,8–100,0	(94)
47,9– 68,7	(35)
34,0– 47,8	(108)
24,7– 33,9	(97)
10,6– 24,6	(46)

Zaobserwowane zjawisko potwierdza mapa 20. W takich powiatach jak: m. Kraków, m. Poznań, m. Łódź, m. Opole, m. Szczecin, m. Bydgoszcz, m. Białystok, m. Wrocław, m. Rzeszów to powiaty, w których mniej niż 15 % pacjentów skorzystało ze świadczeń na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania. Równocześnie istnieje 77 powiatów, których mieszkańcy w ponad 90% korzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów. Na podstawie zaobserwowanego zjawiska można sformułować uprawniony wniosek o nierównomierności obciążenia infrastruktury szpitalnej z punktu widzenia zarządzających jednostek samorządu terytorialnego. JST na terenie, których znajdują się szpitale, przyjmujące pacjentów z innych powiatów niż powiat zamieszkania de facto odciążają finansowo tamtejsze JST, poprzez konieczność zwiększenia nakładów na utrzymanie infrastruktury szpitalnej.

### Statystyczny pomiar dostępności do świadczeń zdrowotnych. Możliwości i ograniczenia.

Poszukując bardziej miarodajnego wskaźnika można przyjąć założenie, że sytuacja, kiedy pacjent podejmuje decyzję, że jest gotowy sfinansować leczenie ze środków innych niż publiczne (środki prywatne, ubezpieczenie komercyjne) może oznaczać uznanie, że według jego standardów, świadczenie oferowane w ramach systemu publicznego jest niedostępne i musi je nabyć w ramach środków prywatnych. Konstrukcja wskaźnika np. w przypadku leczenia szpitalnego powinna więc opierać się na porównaniu danych gromadzonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia, dotyczących hospitalizacji sfinansowanych ze środków publicznych oraz danych dotyczących wszystkich hospitalizacji niezależnie od sposobu ich sfinansowania, a także uwzględniać miejsce zamieszkania pacjenta. Obliczenia takiego wskaźnika można próbować dokonać porównując dane gromadzone w ramach sprawozdawczości statystycznej (sprawozdania z działalności szpitala ogólnego MZ-29, badania chorobowości szpitalnej MZ/Szp11) z danymi gromadzonymi w ramach sprawozdawczości rozliczeniowej NFZ.

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

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

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

## Podsumowanie

Obserwacja statystyczna systemu opieki zdrowotnej w Polsce jest niezwykle trudna i skomplikowana. Wpływ na to ma zarówno złożony różnorodny system opieki zdrowotnej jak również brak spójności między różnorodnymi źródłami informacji, które mogłyby być potencjalnie źródłami danych statystycznych. Mimo, że zasadniczym zadaniem statystyki publicznej jest dostarczenie kompleksowej informacji o systemie ochrony zdrowia w Polsce, to istotnym brakującym jej elementem okazuje się wydzielenie informacji o roli usług publicznych (zwłaszcza finansowanych ze środków NFZ) w tym systemie, szczególnie z uwzględnieniem przekroju terytorialnego kraju. Prace nad wypełnieniem tej luki informacyjnej trwają. Wymagają one ścisłej współpracy głównych instytucji odpowiedzialnych za gromadzenie danych (GUS, NIZP-PZH, CSIOZ i NFZ) i podejmowania rozwiązań, które umożliwiłyby łączenie i analizę danych pochodzących z różnych źródeł.



## CZĘŚĆ II

### UWAGI METODOLOGICZNE

#### 1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH

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

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

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

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

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

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

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

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 (sprzedaż internetową, pełnione dyżury, wykonywanie leków recepturowych, udogodnienia dla niepełnosprawnych), a także osoby pracujące (farmaceutów, techników farmaceutycznych i inny personel).

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

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

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

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

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

Wydatki na ochronę zdrowia zestawione w Narodowym Rachunku Zdrowia zostały opracowane w oparciu o dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych, rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28), a także na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S), sprawozdania z działalności fundacji, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych (SOF-1) i rocznego sprawozdania lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących (MZ-35A). Do szacunków wykorzystano również wyniki badania SP *Roczna ankieta przedsiębiorstwa* i SP-3 *Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw*. Informacje te uzupełniono szacunkami eksperckimi o wydatkach gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną opracowanymi w oparciu o wyniki *Badania budżetów gospodarstw domowych* i badania modułowego *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*

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



## 2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

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

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

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

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej<sup>96</sup>

Zgodnie z ustawą podmiotami leczniczymi mogą być:

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

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

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

Zgodnie z ustawą działalność leczniczą dzieli się na trzy rodzaje:

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

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

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji, objęto zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane<sup>97</sup> w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz

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

<sup>97</sup> Według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.

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

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

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

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

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

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

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zastosowano następujące rozróżnienie porad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystry: porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – porady udzielone w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, porady specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentystry. Badanie na formularzu ZD-3 obejmuje również informacje na temat nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej<sup>98</sup>. Do 30 września 2017 r. porady wykazywane były w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), a od 01 października 2017 r. zostały wyodrębnione w oddzielnym dziale „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna” i obejmują porady łącznie z udzielonymi w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą<sup>99</sup> punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestru aptek prowadzonego przez wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne (według stanu na dzień 31 grudnia 2018 r.).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte badaniami ZD-2, ZD-3, ZD-5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu<sup>100</sup> Ministra Infrastruktury.

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

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

<sup>99</sup> Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 499).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dane o oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych przez autora badania (Ministerstwo Zdrowia), w oparciu o część VIII kodu resortowego, charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, określonego w rozporządzeniu<sup>101</sup> Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

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

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

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

Badaniem ZD-2 objęte są zakłady leczenia uzdrowiskowego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej<sup>102</sup> oraz ustawę o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych<sup>103</sup>.

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

Jednostkami systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne, zgodnie z ustawą<sup>104</sup>, są:

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

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

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

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

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

Narodowy Rachunek Zdrowia (NRZ) jest zestawieniem wydatków na ochronę zdrowia według międzynarodowej klasyfikacji ICHA (*International Classification for Health Accounts*) opracowywanym w Polsce od roku 2002, zgodnie ze wspólną metodologią OECD, Eurostat i WHO. Narodowy Rachunek Zdrowia za 2013 r. po raz pierwszy został policzony według nowej metodologii SHA 2011 opracowanej przez Zespół IHAT (*International Health Accounts Team*), składający się z przedstawicieli OECD, Eurostat i WHO.

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)<sup>105</sup> oraz przychodów schematów finansowania (ICHA-FS).

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

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

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

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

**Funkcje ochrony zdrowia (ICHA-HC)**

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

**Dostawcy dóbr i usług w ochronie zdrowia (ICHA-HP)**

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

**Przychody schematów finansowania (ICHA-FS)**

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

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

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

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

## 3. PODSTAWOWE DEFINICJE

**Ambulatoryjna opieka zdrowotna** – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>106</sup> – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

**Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta<sup>107</sup>.

**Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne** finansowane ze środków publicznych<sup>108</sup> 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,

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

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

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



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

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

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

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

**Apteka** – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne.<sup>109</sup>

**Dysponent jednostki** – podmiot leczniczy albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne<sup>110</sup>.

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

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

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

**Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi:** instytut naukowo-badawczy, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez ministra właściwego ds. wewnętrznych. Krwiodawstwo uregulowane jest ustawą o publicznej służbie krwi<sup>111</sup>.

**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 ustawy<sup>112</sup>.

109 Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2019 poz. 499)

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

111 Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2019, poz. 1222).

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

**Krwiodawstwo** – działania mające na celu dobrowolne (honorowe) i nieodpłatne pozyskiwania krwi i jej składników w celu jej przetoczenia lub przetworzenia w krwiopochodne produkty lecznicze. Krwiodawstwo swoim zakresem obejmuje działania promocyjne, pobranie oraz preparatykę krwi, a także jej wydawanie. (Definicję oparto na ustawie o publicznej służbie krwi)

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

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

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

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

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

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

**Lekarz** – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, w szczególności takich jak: badanie stanu zdrowia, rozpoznawanie chorób i zapobieganie im, leczenie i rehabilitacja chorych, udzielanie porad lekarskich, a także wydawanie opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych<sup>113</sup>.

**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 przyległych<sup>114</sup>.

**Lekarz specjalista** (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy<sup>115</sup> i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem<sup>116</sup>.

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

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

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

114 j.w.

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

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



**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 pracy<sup>117</sup> pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

**Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą**<sup>118</sup> – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

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

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

**Pielęgniarka** – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia<sup>119</sup>.

**Podstawowa opieka zdrowotna** – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej<sup>120</sup>.

**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 dentyści 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 dentyistów, 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 leczniczą<sup>121</sup>.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Punkty apteczne** – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy<sup>122</sup> mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

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

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

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

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

**Średni czas pobytu w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej** (w dniach) – jest to iloraz osobodni (łączna liczba dni pobytu osób leczonych w ciągu roku w danym rodzaju zakładu) i łącznej liczby osób leczonych w ciągu tego okresu.

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

**Szpitalny oddział ratunkowy** – oddział szpitalny, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Oddział ten może posiadać w swojej strukturze zespoły ratownictwa medycznego<sup>123</sup>.

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

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

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,

<sup>122</sup> Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2019 poz. 499)

<sup>123</sup> Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 993).

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

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

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

- 1) posiada złoża naturalnych surowców leczniczych o potwierdzonych właściwościach leczniczych na zasadach określonych w ustawie;
- 2) posiada klimat o właściwościach leczniczych potwierdzonych na zasadach określonych w ustawie;
- 3) na jego obszarze znajdują się zakłady lecznictwa uzdrowiskowego i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego, przygotowane do prowadzenia lecznictwa uzdrowiskowego;
- 4) spełnia określone w przepisach o ochronie środowiska wymagania w stosunku do środowiska;
- 5) posiada infrastrukturę techniczną w zakresie gospodarki wodno-ściekowej, energetycznej, w zakresie transportu zbiorowego, a także prowadzi gospodarkę odpadami.

#### **Zabiegi lecznicze i przyrodolecznictwo wykonywane w uzdrowiskach:**

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

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

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

**kąpiele CO<sub>2</sub>** – są to kąpiele wannowe (dwutlenek węgla jest rozpuszczany w wodzie) albo stosowany w formie gazowej w kąpielach suchych;

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

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

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

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

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

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

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

Zgodnie z ustawą<sup>124</sup> zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznictwa, szpitale i sanatoria w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych.

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

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

**Zespoły ratownictwa medycznego**, zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym<sup>125</sup> 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 pojazdami<sup>126</sup>.

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

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

126 Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2019 poz. 341).

## PART II. METHODOLOGICAL NOTES

### 1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The essential results of surveys conducted according to the Programme of Statistical Surveys of Official Statistics serve as the basic source of information presented in the publication. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries (Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration)<sup>127</sup>. The results are supplemented by administrative data and other information provided by the entities acting in the field of health care.

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

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

In the survey of health resort treatment and inpatient medical rehabilitation facilities (ZD-2) information on number of establishments, beds, as well as inpatients by sex and age are obtained. In terms of inpatients are collected data about number of people subsidized by the National Health Fund, ZUS and KRUS, full-fee patients (including foreigners), as well as persons who received funding from PFRON. Data on number and types of natural healing services performed in health resort facilities are also obtained.

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

The survey on first aid and emergency medical service (questionnaire ZD-4) gathers the data on, i.a. the number of units within the system that are included in plans of voivodship provincial governors together with data on the hospital emergency wards and emergency rescue teams together with the medical personnel employed, interventions in the occurrence places of emergency situations, and persons who were provided with health services at the place of occurrence. The survey covers also the number of services provided to outpatients in admission rooms and in hospital emergency wards as well as the in-patient activity of hospital emergency wards. The scope of information has been extended by data obtained from voivodes, based on the voivodship programs of the system operation.

ZD-5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets. The survey covers the information on the type of the establishment, scope of services rendered (mail order services, services available at nights, preparation of prescription medicines, facilities for the disabled), as well as on the persons employed (pharmacists, pharmacy technicians, and other personnel).

The data on the incidence of selected diseases presented in this report has been derived from the reports and registers of the Ministry of Health. The following annual statistical reports serve as the source of information: MZ-14 (venereal diseases), MZ-15 (mental disorders and behavioural disorders, addiction

<sup>127</sup> The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

to alcohol and drugs), MZ-56 (infectious diseases) and data from the National Cancer Registry and the National Tuberculosis Registry.

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

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

The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2018, developed on the basis of the MZ-30 form by the Institute of Psychiatry and Neurology, served as the source of data on psychiatric in-patient facilities.

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

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Family, Labour and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use SP (Year's results of the survey of companies) and SP-3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of Households budgets survey as well as module survey Health care in households in 2016.

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

## 2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – unless otherwise stated – include not only health care units subordinated to the Ministry of Health but also health care units subordinated to the Ministry of National Defence, the Ministry of the Interior and Administration; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care can't be directly compared with the data published in the previous editions of this Yearbook (before 2012), however, data presented in this publication still do not include information on prison health care (exception Tabl.9 I tabular annex) .

The numbers describing the health care system resources are given as of 31 December, while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year.

When computing per capita data (1000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., people cured) – as of 30 June.



Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision than that presented in the tables. Minor discrepancies in adding up the data on the „total” (in the analytical section and in annex table) result from automatic rounding.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in the Act on Health Care Activities<sup>128</sup>.

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

Medical entities – in accordance with the Act include:

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

In turn, the professional practices include:

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

The most significant changes introduced by the Act on Health Care Activities, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity. In addition, the Act on Health Care Activities introduced changes in the classification of medical entities. Legislators resigned to use the International Classification of Health Care Providers (HP) instead they used the three types of activities:

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

In 2016, the amendment to the Act on Medical Activity<sup>129</sup> came into force, replacing the notion of a “medical enterprise” with the term „medical facility”. However, this change did not affect the comparability of statistics.

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered<sup>130</sup> in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV,V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine / dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

During creation of frame to ZD-2 ZD-3 surveys there was also used data from information systems of NHF containing data of health care providers providing services financed from public funds, and in the study ZD-4 – data from information systems voivodship governors of emergency medical services (as of 31 December 2018).

<sup>128</sup> The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2018 item 2190).

<sup>129</sup> Act of 10 June 2016 amending the Act on Health Care Activities (Journal of Laws 2016, item.960).

<sup>130</sup> As of 31 December 2016.

Data regarding incidence of diseases are presented according to the Law of 5 December 2008 on the Prevention and Control of Infections and Communicable Diseases in Man (Journal of Laws 2019 item 1239)

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

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

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

The ambulatory health care includes consultations provided by physicians and dentists: - provided within the primary health care include consultations provided by GP (General Practitioners) and by primary care physician, - treated as specialist include consultations provided by physicians specialized in a given area of medicine and by dentists. The ZD-3 form also includes information on holiday and nighttime medical services<sup>131</sup>. By 30/09/2017 advice was reported in Primary Health Care (POZ), and from 01/10/2017 were separated in a section „ holiday and nighttime medical services „ and include advice including those provided under sub-contract with the hospital to perform these tips.

The ZD-5 survey covers three types of establishments:: generally available pharmacies, pharmaceutical outlets, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act<sup>132</sup> came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

Information kept by the provincial pharmaceutical inspectorates - specifically the records of pharmacies - was used to create a list of pharmacies and pharmaceutical outlets surveyed in ZD-5 (as at 31 December 2018).

The various types of facilities for the disabled, mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation<sup>133</sup>.

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

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

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in it wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

<sup>131</sup> Act of 25 May 2017 amending the act on health care services financed from public funds and certain other acts (Journal of Laws 2017 item 1200) and Regulation of the Minister of Health of June 28, 2017 amending the regulation on guaranteed services in the field of basic health care (OJ 2017, item 1300).

<sup>132</sup> Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2019 item 499).

<sup>133</sup> The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2019 item 1065).



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

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

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

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

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

The number of hospital beds does not include day-places. The daily activities of hospitals is presented separately in the two tables (Tabl. 16 and 17) together with the day-care activities of one day hospitals..

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the author of the survey (the Ministry of Health) on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII) in accordance with the Regulation<sup>134</sup> of the Minister of Health. In accordance with the amendment to this regulation, in the data for 2017, palliative and hospice care departments were distinguished and the name of the grouping of detoxification wards have been changed on addiction treatment wards.

Data on the number of wards concerns wards which reported inpatient activity (report MZ-29) and were registered in the register (RPWDL).

Inpatients without a patient flow between hospital wards means inpatients entered in the main hospital register. A person who were admitted in hospital more than once during the year, each time was counted independently (number of patient's hospitalizations).

Health resort treatment operates on the basis of the the Law on Health Care Activities<sup>135</sup>, as well as the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas.<sup>136</sup>

<sup>134</sup> Regulation of 17 May 2012 of the Minister of Health on the system of departmental identification codes and a detailed method of their issuing (uniform text Journal of Laws 2019 item 173).

<sup>135</sup> The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2018 item 2190).

<sup>136</sup> The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas (Journal of Laws of 2017 item 1056).

Inpatient rehabilitation facilities examined in the ZD-2 study are institutions which were registered using a code of specialty (7400) and also registered beds and conduct inpatients activity.

Pursuant to the Act<sup>137</sup> on the State Emergency Medical, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams, with whom contracts for the provision of healthcare services were concluded.

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

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence. The location of health service provided means the location of examined facilities which is in some case different from the location of the “parent facility”.

In 2018, the National Medical Rescue Command System (SWD PRM) operated throughout the country. It is an IT system enabling the accepting emergency calls and event notifications from emergency numbers (112, 999), dispatching emergency medical teams (ZRM), recording medical events, presentation of the geographical location of an emergency event and positioning of ZRM. In the country, the system maintenance and service is provided by the minister for public administration, while in the voivodship - by the voivode. SWD PRM allows generating multi-sectional statistics and analyzes regarding the time of arrival of emergency teams to the occurrence place. 2018 was the first period in which medical dispatchers kept statistical documentation in electronic form. Therefore, compilation of data on the characteristics of ZRM interventions for the entire 2018 did not pose any major problems for voivodship offices compared to 2017. As a result, the data presented in this publication about the time of arrival at the occurrence place, the number of justified calls or not, aren't longer of a rough estimates, as it was in the previous year and are much more precise

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

A System of Health Accounts (SHA) is a compilation of health expenditure according to ICHA (International Classification for Health Accounts) which is being developed in Poland since 2002, adhering to the common methodology of OECD, Eurostat and WHO. For the first time National Health Account for 2013 was developed according to the new methodology called SHA 2011. The methodology was created by IHAT (International Health Accounts Team) consisting of representatives of the OECD, Eurostat and the WHO. 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)<sup>138</sup> and Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS).

### The financing schemes (ICHA-HF)

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

<sup>137</sup> The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws of 2019, item 993).

<sup>138</sup> 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 goods
HC.6	Preventive care
HC.7	Governance, and health system and financing administration

## Health care providers (ICHA-HP)

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

## Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)

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

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

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

In the health accounts for 2015-2017 a thorough change was introduced in reporting on public expenditure, in category HF.1.2 „Compulsory contributory health insurance schemes” and they were introduced in accordance with the suggestions of the International Health Accounts Team (IHAT). It should be born in mind that health care systems around the world are evolving and subject to new methods of organization and changes of complex financing schemes. Therefore it requires SHA systematic adaptation to these changes which is internationally supervised by IHAT.

**Note:** translation of hospital wards:

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

### 3. BASIC DEFINITIONS

**Administrator of a system unit** – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act<sup>139</sup>.

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

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

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

**Blood donation** – activities aiming at voluntary (honorary) and free of charge collection of blood and its components for transfusion or processing into blood medicinal products. Blood donation includes promotional activities, donation and preparation of blood, as well as its dispensing. (The definition was based on the Act on Public Blood Service).

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

**A dentist** (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area<sup>140</sup>.

<sup>139</sup> The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).  
<sup>140</sup> as above.

**Doctor specialist, dentist** – a doctor (dentist) holding grade II specialization or title of a specialist in the relevant field of medicine in accordance with Art. 16 par. 2 of the Act<sup>141</sup>, and the regulation<sup>142</sup>.

**Emergency rescue teams**, pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services<sup>143</sup>, 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 drivers<sup>144</sup>.

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

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

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

**Health resort facilities** – a health care facility or organizational unit cell performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical activity. Health resort facilities operates in the area of the health resort (spa), has been created in order to provide health benefits in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law<sup>145</sup> health resort facilities are health resort hospitals (also for children) and health resort sanatoriums (also for children), health resort outpatient units and natural healing centres as well as health resort sanatoriums in equipped underground mining.

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

141 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2019 item 537).

142 Regulation of the Minister of Health of 8 December 2011 r. on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws item 1627).

143 The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

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

145 The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas (Journal of Laws 2017 item 1056).

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

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

**A hospital emergency ward** – a hospital ward, which provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the vital signs of persons in crisis situation. This ward may have medical rescue teams in its structure<sup>146</sup>.

**Hospital services** – is carried out round the clock comprehensive health benefits involving the diagnosis, treatment, care and rehabilitation, which can't be implemented under other fixed and twenty-four hour ambulatory health care services or health services, hospital services are the benefits provided with the intention of terminating their provision in period not exceeding 24 hours. Hospitals are divided into: general hospitals, psychiatric hospitals, hospitals health resort. **The medical air rescue team** consists of at least three people, including at least one professional pilot, one system doctor, and one rescue worker or a system nurse.

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

**Natural healing services in health resort facilities and in inpatient rehabilitation facilities:**

**CO<sub>2</sub> baths** – tube baths, in which carbon dioxide is dissolved in the water, or applied in a gaseous form in dry baths,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>146</sup> The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

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

**A nurse** – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a nurse, which consists of providing health services, and in particular in the scope nursing, prevention, diagnosis, curative, rehabilitation and health promotion services<sup>147</sup>.

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

**The occupancy rate** (in days) – the number of bed-days divided by the average number of beds.

**The occupancy rate** (in percent) – the number of bed-days divided by the average number of beds available and the results (in days) divided by 365 days and multiplied by 100.

**Occupational medicine** – theoretical and practical field of medicine, which focuses on the examination of impact exerted by the work environment, and the way in which work is performed, on the health status of workers. Occupational medicine also focuses on the minimization of negative health effects of work through appropriate prevention activities. In accordance with the provisions of the Labour Code Act<sup>148</sup>, employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

**Occupational medicine service organizational units** – entities, excluding nurses and midwives (as defined by the provisions of separate regulations), which deliver preventive occupational health care as a part of their curative activities. Such entities constitute basic occupational medicine service units and voidship occupational medicine service centres. Occupational medicine service organizational units are defined in art. 2, paragraph 2 of the OMS Act<sup>149</sup>.

**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 Service<sup>150</sup>.

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

**Out-patient health care** – according to the Act<sup>151</sup> – 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 residence<sup>152</sup>.

147 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives, uniform text Journal of Laws of 2019 item 576.

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

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

150 The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 (uniform text Journal of Laws of 2019 item 1222).

151 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2019 item 1373).

152 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities, (uniform text Journal of Laws 2019 item 2190).



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

**Pharmacy** – an establishment within health care system, where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services.

**Pharmaceutical outlets** – generally available points of retail turnover for medicinal products. Pharmacy points created after the date of entry into force of the Act may be located only in rural areas, if there is no generally available pharmacy.<sup>153</sup>

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

**A physician** – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a doctor, which consists of providing health services, and in particular of examining health state, diagnosing diseases and preventing them, treatment and rehabilitation of the sick, providing consultations, as well as issuing medical statements and opinions. The profession of doctor can be practised according to various legal forms<sup>154</sup>.

**The place of occurrence** (in accordance with the Act<sup>155</sup> is the place of occurrence of a situation posing an immediate health risk, and its area of impact.

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

**Primary health care** – preventive, diagnostic, treatment, rehabilitation, and nursing services in the scope of general medicine, GP, and paediatrics, provided within the framework of outpatient health care<sup>156</sup>.

**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 care<sup>157</sup>.

**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.

---

153 Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2019 item 499).

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

155 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2019 item 993).

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

157 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2018 item 2190)



**Specialised out-patient services** financed from public funds<sup>158</sup> are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required:

– for services provided by:

- gynaecologists and obstetricians,
- dentists,
- venereologists,
- oncologists,
- psychiatrists,

– for the following groups of people:

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

Health care services are provided without referral to a health insurance doctor in the following cases:

1. Beneficiaries falling within the scope of transitional provisions of art. 17 of the Act of 22 July 2014 amending the act on health care services financed from public funds and some other acts (entered into waiting lists in the scope of services provided by an ophthalmologist and dermatologist before the end of 2014),

2. Beneficiaries who have the right to oncological diagnosis based on the diagnostic and oncological treatment card results from the provisions of art. 32a paragraph 1 of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds with d. Beneficiary with whom the doctor referred to in art. 55 sec. 2a above of the Act, found suspicion of a malignant tumor, has the right to oncological diagnosis based on the diagnostic card and oncological treatment, without referral referred to in art. 32. A beneficiary who:

- as a result of oncological diagnosis a malignant tumor was found,
- a physician providing outpatient specialist services or hospital services has identified a malignant tumor - he has the right to oncological treatment based on a diagnostic and oncological treatment card, without referral, referred to in art. 57 par. 1 or art. 58 above Act.

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

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

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

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

<sup>158</sup> The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2019 item 1373).

## Aneks tabelaryczny

### Table appendix

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne w 2018 r. według województw .....	1
Incidence of infectious diseases and poisonings in 2018 by voivodships .....	1
Nowe przypadki zachorowania na gruźlicę według województw .....	2
New cases of tuberculosis by voivodships .....	2
Zachorowania na choroby weneryczne według województw .....	3
Incidence of venereal diseases by voivodships .....	3
Zachorowania na nowotwory złośliwe według województw .....	4
Incidence of malignant neoplasms by voivodships .....	4
Osoby leczone w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji według województw .....	5
Persons treated in outpatient clinics for patients with mental disorders, addicted to alcohol and drug by voivodships .....	5
Pracownicy medyczni posiadający prawo wykonywania zawodu medycznego według województw ...	6
Medical personnel entitled to practise medical profession by voivodships .....	6
Pracownicy medyczni według województw .....	7
Medical personnel by voivodships .....	7
Lekarze specjaliści według województw .....	8
Doctors specialists by voivodships .....	8
Łóżka stacjonarnej opieki zdrowotnej według klasyfikacji dostawców dóbr i usług w ochronie zdrowia ICHA-HP .....	9
Beds in inpatient health care by classification of providers of goods and services ICHA-HP .....	9
Szpitaly ogólne według podmiotu tworzącego .....	10
General hospitals by kind of establishment .....	10
Szpitaly ogólne według województw .....	11
General hospitals by voivodships .....	11
Łóżka, inkubatory, noworodki żywo i martwo urodzone w szpitalach ogólnych według województw	12
Beds, incubators and newborns in general hospitals by voivodships .....	12
Stanowiska porodowe i przyjęte porody w szpitalach ogólnych według województw .....	13
Delivery units and deliveries in general hospitals by voivodships .....	13
Wypisani i zmarli w szpitalach ogólnych według województw .....	14
Discharges and deaths in general hospitals by voivodships .....	14
Stanowiska dializacyjne w szpitalach ogólnych według województw .....	15
Dialysis units in general hospitals by voivodships .....	15
Zabiegi operacyjne w szpitalach ogólnych według województw .....	16
Surgical services in general hospitals by voivodships .....	16
Miejsca dzienne i leczeni w trybie dziennym w szpitalach ogólnych według województw .....	17
Day care places and outpatients in general hospitals by voivodships .....	17
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – infrastruktura .....	18
Activity of inpatient hospital wards in generals hospitals – infrastructure .....	18
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych – leczeni .....	19
Activity of inpatient hospital wards in generals hospitals in Poland – inpatients .....	19
Tłumaczenie nazw oddziałów szpitalnych .....	20
Translation of hospital wards .....	20

Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie dolnośląskim .....	21
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in dolnośląskie voivodship .....	21
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie kujawsko-pomorskim .....	22
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in kujawsko-pomorskie voivodship .....	22
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubelskim .....	23
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubelskie voivodship .....	23
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie lubuskim .....	24
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in lubuskie voivodship .....	24
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie łódzkim .....	25
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in łódzkie voivodship .....	25
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie małopolskim .....	26
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in małopolskie voivodship .....	26
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie mazowieckim .....	27
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in mazowieckie voivodship .....	27
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie opolskim .....	28
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in opolskie voivodship .....	28
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podkarpackim .....	29
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podkarpackie voivodship .....	29
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie podlaskim .....	30
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in podlaskie voivodship .....	30
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie pomorskim .....	31
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in pomorskie voivodship .....	31
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie śląskim .....	32
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in śląskie voivodship .....	32
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie świętokrzyskim .....	33
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in świętokrzyskie voivodship .....	33
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie warmińsko-mazurskim .....	34
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in warmińsko-mazurskie voivodship .....	34
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie wielkopolskim .....	35
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in wielkopolskie voivodship .....	35
Działalność oddziałów stacjonarnych w szpitalach ogólnych w województwie zachodniopomorskim .....	36
Inpatient activity of hospital wards in general hospitals in zachodniopomorskie voivodship .....	36
Zakłady stacjonarnej opieki psychiatrycznej według województw .....	37
Inpatient psychiatric facilities by voivodships .....	37
Hospicja i oddziały opieki paliatywnej według województw .....	38
Hospices and paliative care wards by voivodships .....	38
Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze według województw .....	39
Chronic medical care homes and nursing homes by voivodships .....	39
Struktura wieku pacjentów zakładów opieki długoterminowej według województw .....	40
Age structure of residents of long term care facilities by voivodships .....	40
Struktura wieku kobiet leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw .....	41
Age structure of female residents of long term care facilities by voivodships .....	41
Struktura wieku mężczyzn leczonych w zakładach opieki długoterminowej według województw .....	42
Age structure of male residents of long term care facilities by voivodships .....	42
Placówki lecznictwa uzdrowiskowego według województw .....	43
Health resort facilities by voivodships .....	43
Działalność placówek lecznictwa uzdrowiskowego według województw .....	44
Activity of health resort facilities by voivodships .....	44

Kuracjusze w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw .....	45
Patients in health resort facilities by voivodships .....	45
Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw .....	46
Services in health resort facilities by voivodships .....	46
Pacjenci dofinansowani przez NFZ, ZUS, KRUS i PFRON przebywający w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według województw .....	47
Inpatients subsidized by NFZ, ZUS, KRUS and PFRON who were in health resort facilities by voivodships .....	47
Stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej według województw .....	48
Inpatient rehabilitation facilities by voivodships .....	48
Przychodnie według województw .....	49
Outpatient departments by voivodships .....	49
Praktyki lekarskie według województw .....	50
Medical practices by voivodships .....	50
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw .....	51
Consultations provided in ambulatory health care in urban and rural areas by voivodships .....	51
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi według województw .....	52
Consultations provided in primary health care in urban and rural areas by voivodships .....	52
Specjalistyczne porady lekarskie i stomatologiczne według województw .....	53
Specialized doctors and dentists consultations by voivodships .....	53
Porady udzielone w ramach praktyk lekarskich w miastach według województw .....	54
Consultations provided within doctors practices in urban areas by voivodships .....	54
Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej na wsi według województw .....	55
Consultations provided in ambulatory health care in rural areas by voivodships .....	55
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach według województw .....	56
Consultations provided in primary health care in urban areas by voivodships .....	56
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej na wsi według województw .....	57
Consultations provided in primary health care in rural areas by voivodships .....	57
Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w ramach praktyk lekarskich w miastach i na wsi według województw .....	58
Consultations provided in primary health care under medical practices in urban and rural areas by voivodships .....	58
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna według województw .....	59
Specialized doctors consultations by voivodships .....	59
Specjalistyczna lekarska opieka zdrowotna w wybranych poradniach według województw .....	60
Specialized doctors consultations in selected clinics by voivodships .....	60
Specjalistyczne porady stomatologiczne według województw .....	61
Specialized dentists consultations by voivodships .....	61
Specjalistyczne porady stomatologiczne w miastach i na wsi .....	62
Specialized dentists consultations in urban and rural areas by voivodships .....	62
Jednostki podstawowe służby medycyny pracy według województw .....	63
Primary occupational medicine service units by voivodships .....	63
Lekarze uprawnieni do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi według województw .....	64
Physicians authorized to perform prophylactic occupational health care by voivodships .....	64
Działalność orzecznicza lekarzy medycyny pracy według województw .....	65
Medical certification activities of occupational medicine physicians by voivodships .....	65

Badania wstępne, okresowe i kontrolne według województw .....	66
Pre-employment, periodic and control medical examinations by voivodships .....	66
Ambulatoryjna rehabilitacja lecznicza w związku z patologią zawodową według województw .....	67
Outpatient medical rehabilitation in relation to occupational pathology by voivodships .....	67
Działalność konsultacyjna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw .....	68
Consultancy activity of regional occupational medicine centers by voivodships .....	68
Działalność kontrolna wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw .....	69
Control activity of regional occupational medicine centers by voivodships .....	69
Działalność odwoławcza wojewódzkich ośrodków medycyny pracy według województw .....	70
Appeal activity of regional occupational medicine centers by voivodships .....	70
Krwiodawstwo według województw .....	71
Blood donation by voivodships .....	71
Apteki i punkty apteczne według województw .....	72
Pharmacies and pharmaceutical outlets by voivodships .....	72
Działalność aptek według województw .....	73
Activities of pharmacies by voivodships .....	73
Wyjazdy na miejsce zdarzenia zespołów ratownictwa medycznego według województw .....	74
Calls of emergency rescue teams to the occurrence places by voivodships .....	74
Osoby, którym udzielono świadczeń zdrowotnych w miejscu zdarzenia według województw .....	75
Persons who received health care benefits in the place of occurrence by voivodships .....	75
Pomoc doraźna i ratownictwo medyczne według województw .....	76
Emergency health care units by voivodships .....	76
Publiczne i prywatne wydatki na ochronę zdrowia (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) ...	77
Public and private health care expenditure (result of the National Health Account) .....	77
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	78
Expenditures on health care in 2015 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	78
Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	79
Expenditures on health care in 2016 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	79
Wydatki na ochronę zdrowia w 2017 r. według funkcji i schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	80
Expenditures on health care in 2017 by function and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	80
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2015 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	81
Current expenditure on health care in 2015 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	81
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2016 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	82
Current expenditure on health care in 2016 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	82
Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w 2017 r. według dostawców dóbr i usług oraz schematów finansowania — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	83
Current expenditure on health care in 2017 by providers and financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	83

Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	84
Expenditure on health care in 2015 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	84
Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	85
Expenditure on health care in 2016 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	85
Wydatki na ochronę zdrowia w 2017 r. według funkcji i dostawców dóbr i usług — w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	86
Expenditure on health care in 2017 by function and providers – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	86
Wydatki na ochronę zdrowia w 2015 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	87
Expenditures on health care in 2015 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	87
Wydatki na ochronę zdrowia w 2016 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	88
Expenditures on health care in 2016 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	88
Wydatki na ochronę zdrowia w 2017 r. według schematów finansowania i przychodów schematów finansowania – w mln zł (na podstawie Narodowego Rachunku Zdrowia) .....	89
Expenditures on health care in 2017 by financing schemes and revenues of health care financing schemes – in mln PLN (result of the National Health Account) .....	89
Koszty świadczeń zdrowotnych dla ubezpieczonych poniesione przez Narodowy Fundusz Zdrowia ...	90
Costs of health care services for the insured population covered by National Health Fund .....	90
Wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych .....	91
State budget expenditure on health care according to the selected budget chapters .....	91
Wydatki na ochronę zdrowia w budżetach samorządów terytorialnych według województw .....	92
Local self-government budget expenditure on health care by voivodships .....	92
Wydatki budżetów samorządów terytorialnych na ochronę zdrowia według wybranych rozdziałów budżetowych .....	93
Local self-government budget expenditure on health care according to the selected budget chapters .....	93