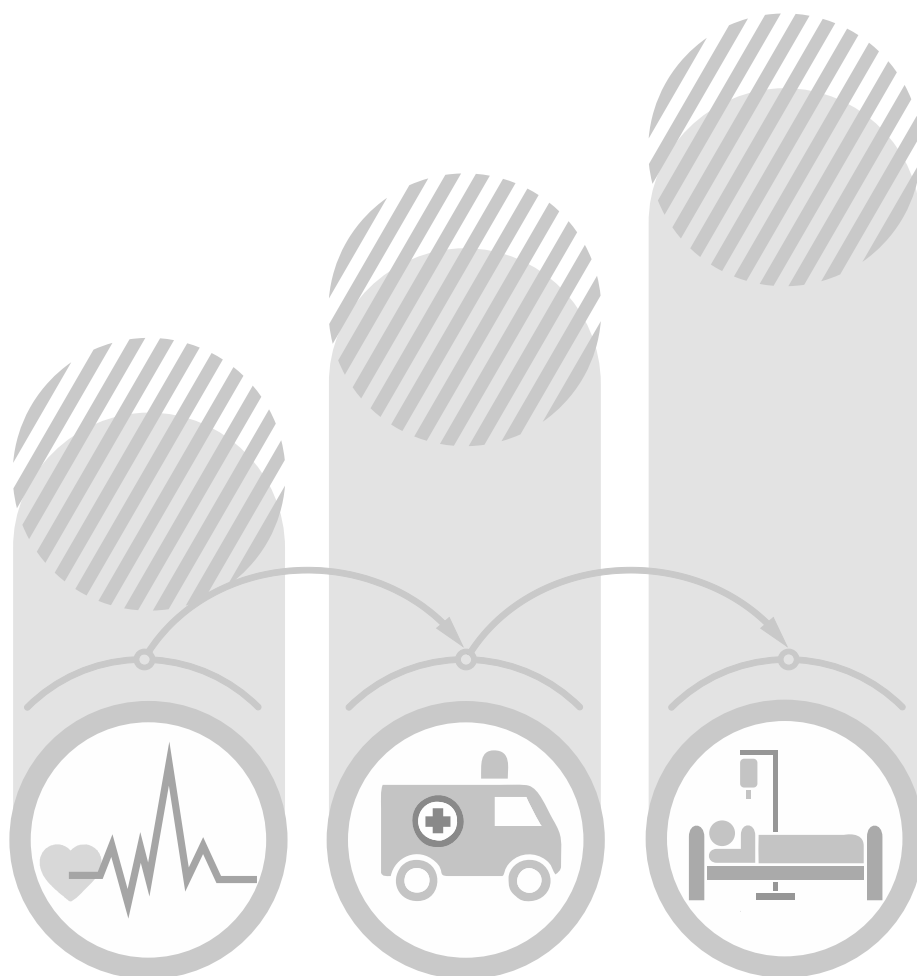




Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r.

Health and health care in 2021



Zdrowie i ochrona zdrowia w 2021 r.

Health and health care in 2021

Główny Urząd Statystyczny Statistics Poland

Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków

Warszawa, Kraków 2022

Opracowanie merytoryczne

Content-related works

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

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

pod kierunkiem
supervised by
Piotr Łysoń

Zespół autorski

Editorial team

Wydział Statystyki Zdrowia
Health Statistics Division

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

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

Maria Penpeska, Sylwia Duda (aneks tabelaryczny)

Instytut Medycyny Pracy
Institute of Occupational Medicine

dr hab. n. med. i n. o zdr. Andrzej Marcinkiewicz (rozdział: 2.8)

Prace redakcyjne

Editorial works

Departament Badań Społecznych
Social Surveys Department

Agata Czekalska, Szymon Wozniak

Skład i opracowanie graficzne

Typesetting and graphics

Andrzej Paluchowski, Beata Lipińska, Paweł Luty

ISSN 2084-0470

Publikacja dostępna na stronie internetowej

Publication available on website

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

Przy publikowaniu danych GUS prosimy o podanie źródła

When publishing Statistics Poland data — please indicate the source

Przedmowa

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

Opracowanie składa się z części analitycznej i metodologicznej oraz aneksu tabelarycznego (tylko w wersji elektronicznej).

Przedstawiona w publikacji analiza zawiera opis danych pozyskiwanych regularnie w ramach statystyki publicznej, dotyczących stanu zdrowia ludności, jak również zasobów kadrowych i infrastruktury opieki zdrowotnej. W roku 2022 zakończono prace nad nową metodą szacowania zasobów kadry medycznej – lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych na podstawie źródeł administracyjnych i dane te zostały przedstawione w niniejszej publikacji. Podobnie jak w poprzednich latach opracowanie dotyczy też ekonomicznych aspektów ochrony zdrowia. Tekst analityczny wzbogacony jest licznymi mapami i wykresami.

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

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

Tablice odnoszące się do opieki zdrowotnej opracowano głównie na podstawie wyników badań statystycznych GUS, Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji (szpitale, opieka długoterminowa), Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – Państwowego Instytutu Badawczego (zachorowania), Instytutu Psychiatrii i Neurologii (zakłady psychiatryczne oraz zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania), Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej–Curie – Państwowego Instytutu Badawczego, Narodowego Centrum Krwi (krwiodawstwo), Instytutu Medycyny Pracy im. prof. Jerzego Nofera, danych pozyskanych od wojewodów (ratownictwo medyczne) oraz z Systemu Informacji Medycznej Ministerstwa Zdrowia (sprzedaż leków na receptę).

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

Mamy nadzieję, że niniejsza publikacja okaże się cennym źródłem wiedzy na temat zdrowia i opieki zdrowotnej w Polsce.

Dyrektor
Departamentu Badań Społecznych



dr Piotr Łysoń

Dyrektor Urzędu
Statystycznego w Krakowie



Agnieszka Szlubowska

Prezes
Głównego Urzędu Statystycznego



dr Dominik Rozkrut

Warszawa, grudzień 2022 r.

Preface

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

The publication consists of: analytical and methodological part as well as tabular appendix (in digital version only).

The analysis presented also includes a description of data collected regularly in the framework of official statistics on health status as well as the health care personnel and infrastructure. A new method of estimating the medical workforce – doctors, dentists, nurses and midwives based on administrative sources – was completed in 2022 and the data is presented in this publication. As in previous years, it also applies to the economic aspects of health care. The analytical part is enriched with numerous maps and charts.

The methodological notes also include, apart from basic methodological explanations, information about data sources as well as terms and definitions used in the statistical reporting, which is the main source of presented data.

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

The tables referring to health care are mainly based on the results of surveys conducted by Statistics Poland, Ministry of Health, Ministry of the Interior and Administration (hospitals, long-term care), National Institute of Public Health NIH – National Research Institute (incidences of diseases), Institute of Psychiatry and Neurology (psychiatric care institutions as well as mental and behavioural disorders), Maria Skłodowska-Curie National Institute of Oncology – National Research Institute, National Blood Centre (blood donation), Nofer Institute of Occupational Medicine, and on data obtained from voivodes (medical rescue) as well as from the Medical Information System of Ministry of Health (sale of prescription medicines).

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

We hope this publication will prove to be a valuable source of knowledge about health and health care in Poland.

Director
of the Social Survey Department



Piotr Łysoń, Ph.D.

Director
of the Statistical Office in Krakow



Agnieszka Szlubowska

President
Statistics Poland



Dominik Rozkrut, Ph.D.

Spis treści

Contents

Przedmowa	3
Preface	4
Spis tablic	7
List of tables	7
Spis wykresów	9
List of charts	9
Spis map	15
List of maps	15
Objaśnienia znaków umownych	19
Symbols	19
Ważniejsze skróty	19
Major abbreviations	19
Synteza	21
Synthesis	26
CZĘŚĆ I. WYNIKI BADAŃ	31
PART I. RESULTS OF SURVEYS	31
1. STAN ZDROWIA	31
1. HEALTH STATUS	31
1.1. Zachorowalność na wybrane choroby	31
1.1. Incidence of selected diseases	31
2. OPIEKA ZDROWOTNA	43
2. HEALTH CARE	43
2.1. Kadra medyczna	43
2.1. Medical personnel	43
2.2. Stacjonarna opieka zdrowotna	64
2.2. In-patient health care	64
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna	107
2.3. Out-patient health care	107
2.4. Ratownictwo medyczne	116
2.4. Emergency medical services	116
2.5. Apteki	130
2.5. Pharmacies	130
2.6. Sprzedaż leków na receptę	135
2.6. Sales of prescription medicines	135
2.7. Krwiodawstwo	145
2.7. Blood donation	145
2.8. Służba medycyny pracy	150
2.8. Occupational medicine	150
3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ	154
3. ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH CARE	154
3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia	154
3.1. National Health Account	154
3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia	161
3.2. Public expenditure on health care	161

4. WYBRANE PROBLEMY	166
4. SELECTED PROBLEMS	166
4.1. Wymiar terytorialny epidemii COVID-19 (zachorowalność, szczepienia, zgony)	166
4.1. The territorial dimension of the COVID-19 epidemic (incidence, vaccinations, deaths)	166
4.2. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych	173
4.2. Measurement of access to public hospital services	173
4.3. Satelitarny rachunek zdrowia	186
4.3. Satellite Health Account	186
CZĘŚĆ II. UWAGI METODOLOGICZNE	193
1. ŹRÓDŁA DANYCH STATYSTYCZNYCH	193
2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE	195
3. PODSTAWOWE DEFINICJE	203
PART II. METHODOLOGICAL NOTES	211
1. SOURCES OF STATISTICAL DATA	211
2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS	212
3. BASIC DEFINITIONS	221

Spis tablic

List of tables

Tablica 1.	Zachorowania na nowotwory złośliwe wg typu (na 100 tys. ludności)	34
Table 1.	Malignant neoplasms incidences by type (per 100 thousand population)	34
Tablica 2.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – szczegółowe diagnozy	39
Table 2.	Mental and behavioral disorders – in details	39
Tablica 3.	Zachorowania na wybrane choroby wg województw w 2021 r.	41
Table 3.	Incidence of selected diseases by voivodships in 2021	41
Tablica 4.	Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego.	44
Table 4.	Persons entitled to practice medical profession.	44
Tablica 5.	Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców według województw	52
Table 5.	Persons working directly with the patient on 10 thousand population by voivodships	52
Tablica 6.	Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem	56
Table 6.	Selected specialisations of practicing doctors	56
Tablica 7.	Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem	58
Table 7.	Selected specialisations of dentists working directly with the patient	58
Tablica 8.	Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem	63
Table 8.	Persons working directly with patient	63
Tablica 9.	Średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem	64
Table 9.	Average age of people working directly with patient	64
Tablica 10.	Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	92
Table 10.	Dynamics of health resort beds in health resort facilities	92
Tablica 11.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym.	93
Table 11.	Dynamics of health resort patients (inpatient and out-patients)	93
Tablica 12.	Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym	94
Table 12.	Dynamics of health resort polish and foreign inpatients	94
Tablica 13.	Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2021 r.	105
Table 13.	Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2021	105
Tablica 14.	Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2021 r.	111
Table 14.	The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2021	111
Tablica 15.	Apteki i punkty apteczne.	135
Table 15.	Pharmacies and pharmaceutical outlets	135
Tablica 16.	Krwiodawcy, pobrana krew i wyprodukowane składniki krwi	149
Table 16.	Blood donors, collected blood and prepared blood components	149
Tablica 17.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia i ich udział w PKB	155
Table 17.	Current expenditure on health care and its share in GDP	155
Tablica 18.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD	159
Table 18.	Current expenditure on health care in OECD countries	159

Tablica 19.	Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N i N-2, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285)	162
Table 19.	Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N and N-2, according to the provisions of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2021 item 1285)	162
Tablica 20.	Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy	162
Table 20.	Structure of expenditure on health care by categories according to the Act	162
Tablica 21.	Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP (w mln zł, ceny bieżące)	189
Table 21.	Production account and generation of income account for health care providers HP (in million PLN, current prices)	189
Tablica 22.	Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia HC (w mln zł, ceny bieżące)	191
Table 22.	Supply and use of health care goods and services HC (in million PLN, current prices)	191
Tablica 23.	Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia (w mln zł, ceny bieżące)	192
Table 23.	Investments outlays in health care (in million PLN, current prices)	192

Spis wykresów

List of charts

Wykres 1.	Zachorowania i podejrzenia zachorowań na grypę w podziale na województwa (na 100 tys. ludności) w 2021 r.	33
Chart 1.	Incidences and suspicious cases of influenza by voivodships (per 100 thousand population) in 2021	33
Wykres 2.	Struktura zachorowalności na nowotwory złośliwe w podziale na grupy wieku (w odsetkach) w 2019 r.	36
Chart 2.	The structure of the incidence of malignant neoplasms by age groups (in %) in 2019	36
Wykres 3.	Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w podziale na płeć (w odsetkach) w 2019 r.	37
Chart 3.	The structure of the incidence of malignant neoplasms by sex (in %) in 2019	37
Wykres 4.	Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wg województw (na 100 tys. ludności) w 2020 r.	38
Chart 4.	Mental and behavioral disorders by voivodships (per 100 thousand population) in 2020	38
Wykres 5.	Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe (na 100 tys. ludności) w 2020 r.	40
Chart 5.	Incidences of neurotic disorders (per 100 thousand population) in 2020	40
Wykres 6.	Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej	44
Chart 6.	Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife	44
Wykres 7.	Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	45
Chart 7.	Doctors entitled to perform profession by age	45
Wykres 8.	Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku	46
Chart 8.	Dentists entitled to perform their profession by age	46
Wykres 9.	Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku	47
Chart 9.	Nurses entitled to perform their profession by age	47
Wykres 10.	Położne posiadające prawo wykonywania zawodu według wieku	48
Chart 10.	Midwives entitled to perform profession by age	48
Wykres 11.	Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce	49
Chart 11.	Graduates of selected medical faculties at universities in Poland.....	49
Wykres 12.	Farmaceuci i diagnostycy laboratoryjni posiadający prawo wykonywania zawodu wg województw w 2021 r.	50
Chart 12.	Pharmacists and laboratory diagnosticians entitled to practice the profession by voivodships in 2021	50
Wykres 13.	Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem	51
Chart 13.	Persons working directly with patient	51
Wykres 14.	Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw w 2021 r.	53
Chart 14.	Doctors and nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2021.	53
Wykres 15.	Lekarze dentyści i położne pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności wg województw w 2021 r.	54
Chart 15.	Dentists and midwives working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2021.	54

Wykres 16.	Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności	55
Chart 16.	Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand population	55
Wykres 17.	Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców	59
Chart 17.	Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population	59
Wykres 18.	Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku	60
Chart 18.	Structure of doctors working directly with patient by sex and age	60
Wykres 19.	Struktura lekarzy dentyistów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku	60
Chart 19.	Structure of dentists working directly with patient by sex and age	60
Wykres 20.	Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku	61
Chart 20.	Structure of nurses working directly with patient by sex and age	61
Wykres 21.	Struktura położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku	62
Chart 21.	Structure of midwives working directly with patient by sex and age	62
Wykres 22.	Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet	62
Chart 22.	Pharmacists working directly with patient including the number of female	62
Wykres 23.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych według województw	66
Chart 23.	Inpatients in general hospitals by voivodships	66
Wykres 24.	Pacjenci hospitalizowani w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności według województw	67
Chart 24.	Inpatients per 10 thousand population in general hospitals by voivodships	67
Wykres 25.	Pacjenci leczenia dziennie w szpitalach ogólnych (stacjonarnych i dziennych) według województw	68
Chart 25.	Day care patients in general hospitals by voivodships	68
Wykres 26.	Łóżka na wybranych oddziałach w szpitalach ogólnych	70
Chart 26.	Hospital beds in selected hospital wards in general hospitals	70
Wykres 27.	Łóżka przeznaczone na leczenie pacjentów z COVID-19 i z podejrzeniem COVID-19 w ogólnej liczbie łóżek w szpitalach wg województw w 2021 r.	71
Chart 27.	Beds for COVID-19 patients and suspected of COVID-19 in total number of beds in hospitals by voivodships in 2021	71
Wykres 28.	Respiratory dla pacjentów COVID-19 w ogólnej liczbie respiratorów w szpitalach ogólnych według województw w 2021 r.	72
Chart 28.	Respirators for COVID-19 inpatients in total number of respirators in general hospitals by voivodships in 2021	72
Wykres 29.	Pacjenci leczenia stacjonarnie na oddziałach w szpitalach ogólnych	74
Chart 29.	Number of inpatients in wards of general hospitals	74
Wykres 30.	Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2021 r.	76
Chart 30.	Beds and number of inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2021	76
Wykres 31.	Średni pobyt na oddziałach szpitalnych	77
Chart 31.	Average patient stay in hospital wards	77
Wykres 32.	Średni pobyt w szpitalach ogólnych według województw	78
Chart 32.	Average patient stay in hospital wards by voivodships	78
Wykres 33.	Wskaźnik wykorzystania łóżek w szpitalach ogólnych według województw (w %)	79
Chart 33.	Occupancy rate in general hospitals by voivodships (in %)	79

Wykres 34.	Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci w całodobowych zakładach opieki psychiatrycznej (w ciągu roku) w 2021 r.	81
Chart 34.	Beds (as of 31 December) and inpatients of psychiatric inpatient facilities (during the year) in 2021	81
Wykres 35.	Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2021 r.	83
Chart 35.	Age groups of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards in 2021	83
Wykres 36.	Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej według płci i wieku w 2021 r.	84
Chart 36.	Patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards by sex and age in 2021	84
Wykres 37.	Struktura pacjentów (w ciągu roku) i łóżek (stan w dniu 31 grudnia) w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według rodzaju zakładu w 2021 r.	84
Chart 37.	Residents (during the year) and beds (as of 31 December) in inpatient long-term care facilities by type of the facility in 2021	84
Wykres 38.	Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych	86
Chart 38.	Beds in chronic medical care homes and nursing homes	86
Wykres 39.	Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych (w ciągu roku)	87
Chart 39.	Residents in chronic medical care homes and nursing homes (during the year)	87
Wykres 40.	Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci (w ciągu roku) w hospicjach	89
Chart 40.	Beds (as of 31 December) and patients (during a year) in hospices	89
Wykres 41.	Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego	91
Chart 41.	Health resort facilities	91
Wykres 42.	Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu	91
Chart 42.	Beds in health resort facility by type of the facility.	91
Wykres 43.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego	93
Chart 43.	Inpatients in health resort facilities	93
Wykres 44.	Odsetek cudzoziemców leczonych stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (w %)	94
Chart 44.	Share of foreigners in inpatients of health resort facilities (in %)	94
Wykres 45.	Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci	95
Chart 45.	Patients of health resort facilities by sex	95
Wykres 46.	Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według wieku w 2021 r.	96
Chart 46.	Average stay of inpatients in health resort facilities by age in 2021	96
Wykres 47.	Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2021 r.	97
Chart 47.	Health resort inpatients by type of financing in 2021	97
Wykres 48.	Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego	98
Chart 48.	Self-pay inpatients in health resort facilities	98
Wykres 49.	Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu) w 2021 r.	98
Chart 49.	Health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2021	98
Wykres 50.	Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2021 r.	99
Chart 50.	Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2021	99

Wykres 51.	Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	100
Chart 51.	Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)	100
Wykres 52.	Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)	100
Chart 52.	Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)	100
Wykres 53.	Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych	101
Chart 53.	Beds in health resort sanatoria	101
Wykres 54.	Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2021 r.	102
Chart 54.	Average stay of inpatients in sanatoria by age groups in 2021	102
Wykres 55.	Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych	103
Chart 55.	Beds in health resort hospital	103
Wykres 56.	Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według wieku w 2021 r.	103
Chart 56.	Average stay of inpatients in health resort hospitals by age in 2021	103
Wykres 57.	Średni czas pobytu w stacjonarnych zakładach opieki zdrowotnej	106
Chart 57.	Average length of stay in inpatient health care facilities	106
Wykres 58.	Przychodnie	107
Chart 58.	Out-patient departments	107
Wykres 59.	Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych	108
Chart 59.	Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources	108
Wykres 60.	Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2021 r.	108
Chart 60.	Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2021	108
Wykres 61.	Struktura porad ambulatoryjnych w 2021 r.	109
Chart 61.	Structure of out-patient health care consultations in 2021	109
Wykres 62.	Przychodnie i udzielone w nich porady	110
Chart 62.	Out-patient departments and doctors' consultations	110
Wykres 63.	Praktyki lekarskie i udzielone w nich porady	110
Chart 63.	Medical practices and doctors' consultations	110
Wykres 64.	Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2021 r.	112
Chart 64.	Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2021	112
Wykres 65.	Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2021 r.	113
Chart 65.	Teleconsultations in ambulatory health care in 2021	113
Wykres 66.	Porady i teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej według województw w 2021 r.	113
Chart 66.	Consultations and teleconsultations in ambulatory health care by voivodships in 2021	113
Wykres 67.	Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców według województw w 2021 r.	114
Chart 67.	Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population by voivodships in 2021	114

Wykres 68.	Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej ^a na 1 mieszkańca według województw w 2020 r.	115
Chart 68.	Doctors' consultations provided in out-patient health care ^a per capita by voivodships in 2021	115
Wykres 69.	Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2021 r.	118
Chart 69.	Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2021	118
Wykres 70.	Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego	119
Chart 70.	Medical staff in a emergency rescue teams	119
Wykres 71.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2021 r.	120
Chart 71.	Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2021	120
Wykres 72.	Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2021 r.	121
Chart 72.	Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2021	121
Wykres 73.	Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw w 2021 r.	122
Chart 73.	Structure of calls to the occurrence places by voivodships in 2021	122
Wykres 74.	Świadczenia udzielone w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć	126
Chart 74.	Outpatient health services provided in hospital emergency wards and admission rooms	126
Wykres 75.	Osoby, którym udzielono porad w izbach przyjęć lub szpitalnych oddziałach ratunkowych w trybie ambulatoryjnym według rodzajów poradni	127
Chart 75.	Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics	127
Wykres 76.	Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2021 r.	128
Chart 76.	Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age in 2021	128
Wykres 77.	Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw (leczeni na SOR)	128
Chart 77.	Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships (treated at the hospital emergency ward)	128
Wykres 78.	Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw (łóżka na SOR)	129
Chart 78.	Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships (beds in a hospital emergency ward)	129
Wykres 79.	Liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny	131
Chart 79.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet	131
Wykres 80.	Udogodnienia dla potrzeb osób niepełnosprawnych w aptekach ogólnodostępnych w mieście oraz w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na wsi	133
Chart 80.	Facilities for the disabled in generally available pharmacies in urban areas and in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in rural areas	133
Wykres 81.	Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2021 r.	134
Chart 81.	Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2021	134
Wykres 82.	Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2021 r.	138
Chart 82.	Prescription medicines sales value in the voivodship per capita in 2021	138

Wykres 83.	Krwiodawcy według płci i wieku w 2021 r.	147
Chart 83.	Blood donors by sex and age in 2021	147
Wykres 84.	Krwiodawcy według województw w 2021 r.	148
Chart 84.	Blood donors by voivodships in 2021	148
Wykres 85.	Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy	150
Chart 85.	Structure of basic occupational medicine service units	150
Wykres 86.	Struktura lekarzy medycyny pracy wg wymogów kwalifikacyjnych w 2021 r.	151
Chart 86.	Structure of occupational physicians by qualification in 2021	151
Wykres 87.	Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych	152
Chart 87.	Number of pre-employment, periodic and control prophylactic examination	152
Wykres 88.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według schematów finansowania w 2020 r.	156
Chart 88.	Current expenditure on health care according to financing schemes in 2020	156
Wykres 89.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według funkcji w 2020 r.	157
Chart 89.	Current expenditure on health care according to functions in 2020	157
Wykres 90.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców usług zdrowotnych w 2020 r.	158
Chart 90.	Current expenditure on health care according to providers in 2020	158
Wykres 91.	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według przychodów schematów finansowania w 2020 r.	159
Chart 91.	Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2020	159
Wykres 92.	Wzrost wydatków ujętych w Narodowym Rachunku Zdrowia	161
Chart 92.	Increase in expenditure according to the National Health Account	161
Wykres 93.	Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia według kategorii wynikających z ustawy w 2021 r.	164
Chart 93.	Share in expenditure on health care by categories resulting from the Act in 2021	164
Wykres 94.	Wzrost nakładów na ochronę zdrowia	165
Chart 94.	Increase in health care expenditure	165
Wykres 95.	Odsetek zgonów z powodu COVID-19 według wieku i płci w 2021 r.	171
Chart 95.	Percentage of COVID-19 deaths by age and sex in 2021	171
Wykres 96.	Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania	184
Chart 96.	Number of people who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service or in the powiat's – the place of residences	184
Wykres 97.	Struktura wartości dodanej brutto wg świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP (w %)	189
Chart 97.	Structure of gross value added by health care providers HP (in %)	189
Wykres 98.	Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2018 r.	191
Chart 98.	The share of health care providers HP in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2018	191

Spis map

List of maps

Mapa 1.	Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg województw w 2019 r.	35
Map 1.	New cases of malignant neoplasms per 100 thousand population by voivodships in 2019	35
Mapa 2.	Szpitala ogólne na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw w 2021 r.	65
Map 2.	General hospitals per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2021	65
Mapa 3.	Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2021 r.	85
Map 3.	Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2021	85
Mapa 4.	Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2021 r.	86
Map 4.	Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2021	86
Mapa 5.	Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2021 r.	88
Map 5.	Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice – palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2021	88
Mapa 6.	Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2021 r.	88
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 2021	88
Mapa 7.	Uzdrowiska w Polsce w 2021 r.	90
Map 7.	Health Resort Ara in Poland in 2021	90
Mapa 8.	Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2021 r.	92
Map 8.	Location of health resort beds in 2021	92
Mapa 9.	Kuracjusze leczenia stacjonarnie według rodzaju zakładu leczenia uzdrowiskowego w 2021 r.	95
Map 9.	Inpatients by type of health resort facilities in 2021	95
Mapa 10.	Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2021 r.	117
Map 10.	Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2021	117
Mapa 11.	Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności w 2021 r.	119
Map 11.	Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2021	119
Mapa 12.	Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2021 r.	123
Map 12.	Median time of arrival of emergency rescue of teams to the place of the incident in 2021	123
Mapa 13.	Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w 2021 r.	124
Map 13.	Calls unrelated to the state of sudden health threat to the total number of calls and calls where time to reach ZRM exceeded the statutory standard in 2021	124

Mapa 14.	Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć w województwach w 2021 r.	126
Map 14.	Number of hospital emergency wards, admission rooms in voivodships in 2021	126
Mapa 15.	Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2021 r.	132
Map 15.	Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2021	132
Mapa 16.	Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2021 r.	136
Map 16.	Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2021	136
Mapa 17.	Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.	137
Map 17.	Number of electronic prescriptions per capita poviat in 2021	137
Mapa 18.	Sprzedaż leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.	139
Map 18.	Medicine sale value per capita poviat in 2021	139
Mapa 19.	Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.	140
Map 19.	Medicine reimbursement value per capita poviat in 2021	140
Mapa 20.	Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.	141
Map 20.	Value of patients' subsidies to medicines per capita poviat in 2021	141
Mapa 21.	Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2021 r.	142
Map 21.	Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2021	142
Mapa 22.	Wartość sprzedaży leków, środków znieczulających i przeciwbólowych na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.	143
Map 22.	Sales value of prescription medicines, anesthetics and painkillers per capita poviat in 2021	143
Mapa 23.	Wartość sprzedaży leków psychoanalitycznych wydawanych na receptę i psychoanalptyków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.	144
Map 23.	Sales value of prescription psychoanalytical medicines and psychoanalaptics per capita poviat in 2021	144
Mapa 24.	Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2021 r.	146
Map 24.	Blood Donation and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2021	146
Mapa 25.	Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2021 r.	149
Map 25.	Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2021	149
Mapa 26.	Liczba zakażeń COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2021 r.	167
Map 26.	The number of infections with COVID-19 per 10 thousand residents by poviats in 2021	167
Mapa 27.	Różnica w liczbie zakażeń COVID-19 na 10 tys. ludności wg powiatów w stosunku do 2020 r.	168
Map 27.	The difference in numbers of infections with COVID-19 per 10 thousand population by poviats difference from 2020	168
Mapa 28.	Odsetek mieszkańców powiatu zaszczepionych pełną dawką przeciwko COVID-19 w 2021 r.	170
Map 28.	Percentage of county population vaccinated with the full dose against COVID-19 in 2021	170
Mapa 29.	Liczba zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2021 r.	172
Map 29.	The number of deaths due to COVID-19 per 10 thousand residents by poviats in 2021	172

Mapa 30.	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 w 2021 r.	174
Map 30.	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 in 2021	174
Mapa 31.	Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2021 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 w porównaniu do roku 2020	176
Map 31.	The difference in the number of people who have benefited in 2021 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 compared to 2020	176
Mapa 32.	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 w 2021 r.	177
Map 32.	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 powiat's – the place of residences, per 1 thousand population in 2021	177
Mapa 33.	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 w 2021 r.	178
Map 33.	People who have used the hospital services in the hospital ward for the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, in a different powiat than the powiat's place of residences, per 1 thousand population in 2021	178
Mapa 34.	Odsetek pacjentów – ludności 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 – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2021 r.	180
Map 34.	Percentage of patients – population of powiat who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the powiat of the place of residence, in the total number of patients – population of powiat who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2021 ...	180

Mapa 35.	Różnica w odsetku pacjentów – ludności 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 – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2021 r. w porównaniu do roku 2020	182
Map 35.	The difference in the percentage of patients – population of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2021 compared to 2020	182
Mapa 36.	Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsca zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2021 r.	183
Map 36.	Percentage of patients – population of poviats who migrated to poviats other than the poviats – place of residence received in order to share outpatient health services finances by the National Health Fund in 2021	183
Mapa 37.	Spadek lub wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia w porównaniu do roku 2020	185
Map 37.	Decrease or increase in the number of poviats population who have benefited from out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service compared to 2020	185

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
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
MRiPS	Ministerstwo Rodziny i Polityki Społecznej Ministry of Family and Social Policy

Skrót Abbreviation	Znaczenie Meaning
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 The Polish Chamber of Physicians and Dentists
NiPiP	Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych General Chamber of Nurses and Midwives
NRZ	Narodowy Rachunek Zdrowia National Health Account
NIZP PZH-PIB	Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego PZH – Państwowy Instytut Badawczy National Institute of Public Health NIH – National Research Institute
NTS	Klasyfikacja Jednostek Terytorialnych do Celów Statystycznych Nomenclature of territorial units for statistics
OECD	Organizacja Współpracy Gospodarczej i Rozwoju Organisation for Economic Co-operation and Development
PBSSP	Program badań statystycznych statystyki publicznej Statistical survey program of official 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 wykonano głównie w oparciu o dane zamieszczone w dostępnym w Internecie Aneksie tabelarycznym stanowiącym integralną część niniejszej publikacji, wzbogacone wynikami innych prac studyjnych prowadzonych w ramach statystyki publicznej, pozwalają na sformułowanie wniosków odnośnie głównych aspektów opieki zdrowotnej w 2021 r. Epidemia COVID-19 była istotnym wstrząsem dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Jej wielowymiarowe oddziaływanie i skala zjawiska zmieniała się dynamicznie, co również znalazło odzwierciedlenie w prezentowanych analizach.

Stan zdrowia¹

Zachorowalność na grypę spadła w stosunku do 2020 roku o niemal 187 tysięcy przypadków do 2 973 793 (tj. o 413 zachorowań na 100 tys. ludności). Znacznie rzadziej diagnozowano także szkarlatynę (spadek o 13 przypadków – do 7 na 100 tys. ludności).

W porównaniu z 2020 rokiem spadły także wskaźniki zachorowalności dla kilku innych analizowanych chorób zakaźnych: krztuśca, odry, świnki, różyczki oraz WZW typu A, boreliozy z Lyme i wirusowego zapalenia opon mózgowych. (spadki o nie więcej niż 1,5 przypadki na 100 tys. ludności).

W 2021 roku zaobserwowano wzrosty zachorowań na biegunkę u dzieci do lat 2 i zapalenie jelit wywołane przez *clostridium difficile* (odpowiednio o 97 na 10 tys. dzieci w wieku do 2 lat i 29 przypadków na 100 tys. ludności). Nieznacznie wzrosły wskaźniki zachorowalności na choroby: WZW typu B i C, zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy, salmonellozy (ogółem), inne bakteryjne zatrucia pokarmowe, bakteryjne zapalenie opon mózgowych lub mózgu oraz wirusowe zapalenie mózgu (od 0,1 przypadku do 8 na 100 tys. ludności). W przypadku pozostałych analizowanych chorób różnice na przestrzeni roku były nieznaczne.

W 2021 r. zarejestrowano 3 704 przypadki zachorowań na gruźlicę (10 przypadków na 100 tys. mieszkańców), to o 316 przypadków więcej niż w 2020 roku.

W 2021 r. stwierdzono 2 102 przypadki wykrycia chorób wenerycznych (6 przypadków na 100 tys. mieszkańców), to o 293 przypadki mniej niż przed rokiem.

W warunkach ambulatoryjnych, w ciągu 2020 r.², w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi oraz uzależnionych od alkoholu i innych substancji leczyło się niemal 1,68 mln osób, czyli ponad 4,0% ludności Polski (4 391 przypadków na 100 tys. ludności w 2020 roku i 4 450 – rok wcześniej). Najczęściej występującym w 2020 roku schorzeniem były zaburzenia nerwicowe, zarejestrowano 533 068 takich przypadków (1 396 na 100 tys. ludności w 2020 roku, a w 2019 roku – 1 386).

Nowotwory złośliwe niezmiennie stanowią narastający problem zdrowotny polskiego społeczeństwa. W 2019 roku³ zapadło na tę chorobę 166 tys. osób (434 przypadki na 100 tys. ludności – to więcej o 9 przypadków na 100 tys. ludności niż w 2018 roku). W 2019 roku najczęściej występował nowotwór narządów trawiennych, który zdiagnozowano u co 5-tej osoby dotkniętej chorobą nowotworową (85 przypadków na 100 tys. mieszkańców). W dalszej kolejności był to nowotwór narządów płciowych (83 przypadki na 100 tys. mieszkańców). W przypadku większości typów nowotworów zarejestrowano wzrosty zachorowalności w stosunku do 2018 roku.

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

² Dane, zaprezentowane w niniejszej publikacji są najnowszymi danymi, przekazanymi przez Instytut Psychiatrii i Neurologii i dotyczą 2020 r.

³ Dane, zaprezentowane w niniejszej publikacji są najnowszymi danymi, dostępnymi w Krajowym Rejestrze Nowotworów i dotyczą 2019 r.

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 2021 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 2021 r., zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3,3%) i lekarzy (wzrost o 2,7%).

Zwiększyła się również liczba osób pracujących z pacjentem we wspomnianych wyżej podstawowych grupach zawodów medycznych, z uwzględnieniem fizjoterapeutów. Największy wzrost, w porównaniu do poprzedniego roku, zaobserwowano w grupie fizjoterapeutów (o 6,3%), lekarzy (o 3,0%) oraz lekarzy dentystów (o 3,3%).

W 2021 r. zaobserwowano pewne zmiany w strukturze wieku lekarzy oraz lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu. Wśród lekarzy utrzymał się przeważający udział osób w wieku 50-59 lat oraz 60-69 lat, obserwowano jednak stopniowy spadek udziału osób we wszystkich starszych grupach wieku (40 lat lub więcej), z 72,6% w roku 2019 do 70,0% w roku 2021, przy jednoczesnym wzroście udziału osób w grupach młodszych (do 39 lat) z 27,4% do 30,0%.

Wśród lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu udział osób w starszych grupach wieku (50 lat lub więcej) nie uległ istotnej zmianie, natomiast wzrósł nieco udział osób w najmłodszych grupach wieku przy jednoczesnym spadku udziału osób w wieku 40-49 lat.

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 899 stacjonarnych ogólnodostępnych szpitali ogólnych dysponujących 168,4 tys. łóżek. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców było to 2,4 szpitala na 100 tys. mieszkańców i 44,4 łóżek na 10 tys. mieszkańców co oznacza, że na jedno łóżko przypadało przeciętnie 225 mieszkańców (o 2 mieszkańców mniej niż w 2020 r.). Hospitalizowanych było 6 332,2 tys. pacjentów (o 10,4% więcej niż w roku poprzednim) a w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach stacjonarnych oraz w tzw. szpitalach dziennych, leczonych było łącznie 3 419,4 tys. pacjentów, o 13,4% więcej niż w 2020 roku.

Kolejną formą opieki nad pacjentem, polegającą na podejmowaniu działań mających na celu łagodzenie bólu i cierpienia w schyłkowym okresie życia, są hospicja stacjonarne i oddziały opieki paliatywnej. W 2021 r. odnotowano 117 hospicjów i 81 oddziałów opieki paliatywno-hospicyjnej działających niezależnie poza strukturą szpitala lub funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych. Łącznie placówki te dysponowały 3,8 tys. łóżek i zapewniły opiekę 35,7 tys. pacjentów (o 8,4% 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 2021 roku odnotowano 595 zakładów tego typu, o 2,9% mniej niż w 2020 roku. Baza łóżkowa wyniosła 35,5 tys., o 1,9% łóżek więcej niż przed rokiem. Opieką stacjonarną objęto, podobnie jak przed rokiem, 62,3 tys. osób (o 4,5% więcej), przy czym 12,4% stanowili pacjenci opieki psychiatrycznej.

Odminną formę opieki zdrowotnej stanowi leczenie psychiatryczne. Do zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej zalicza się szpitale psychiatryczne, ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (łącznie z MONAR), zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze typu psychiatrycznego oraz krajowe i regionalne ośrodki psychiatrii sądowej. W 2021 r. na terenie kraju funkcjonowało 61 szpitali psychiatrycznych, dysponujących 17,4 tys. łóżek (o 1,6% mniej niż w końcu 2020 r.). Przebywało w nich 176,7 tys. pacjentów, tj. o 8,0% więcej niż w roku poprzednim. Ponadto funkcjonowało 52 placówek opieki całodobowej przeznaczonych dla osób uzależnionych (ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych w tym MONAR). Dysponowały one łącznie 2,1 tys. łóżek i skorzystało z nich 6,1 tys. osób uzależnionych (o 12,7% więcej niż w 2020 roku).

Formą opieki cieszącą się dużą popularnością jest leczenie uzdrowskie, stanowiące często kontynuację leczenia szpitalnego lub ambulatoryjnego, albo mające na celu ogólną poprawę stanu zdrowia pacjenta. Na koniec roku 2021 szpitale i sanatoria dysponowały 45,5 tys. łóżek (o 1,2% więcej niż w 2020 r.), a z leczenia stacjonarnego skorzystało 529,9 tys. osób (o 35,4% więcej niż przed rokiem), natomiast w trybie ambulatoryjnym przyjęto 70,0 tys. osób (o 91,7% więcej niż rok wcześniej). Około 82,0% łóżek znajdowało się w sanatoriach, które przyjęły 88,0% ogółem kuracjuszy przebywających w uzdrowskach.

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 2021 r. zaobserwowano wzrost liczby przychodni (21 968 – o 472 przychodni więcej niż w roku poprzednim). Tendencja spadkowa w przypadku praktyk lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych występuje od 2011 roku i dotyczy obu typów praktyk.

W ciągu 2021 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 320 mln porad⁴ (o ponad 33 mln porad więcej niż w roku poprzednim).

W strukturze porad podstawową część stanowiły te udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (54,1%), 36,2% dotyczyło specjalistycznej opieki zdrowotnej, a 9,7% porad udzielili lekarze dentyści. Porady udzielone w miastach stanowiły 85,3% wszystkich porad ambulatoryjnych z czego 49,0% dotyczyło POZ, 41,2% – ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, a 9,8% porad w miastach stanowiły porady udzielone przez lekarzy dentyistów. Struktura porad udzielonych w placówkach usytuowanych na obszarach wiejskich różniła się nieco: 84,0% dotyczyło POZ, 6,9% – AOS, a 9,1% 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

W 2021 r. w ramach systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne pomocy medycznej udzielało 1 587 zespołów wyjazdowych, o 6 więcej niż przed rokiem. Zrealizowały one ok 3,06 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia.

Przeciętnie w przeliczeniu na 1 000 ludności przypadało 80,5 wyjazdów ZRM. Nie zmieniła się znacząco struktura płci i wieku osób, którym udzielono świadczenia na miejscu zdarzenia. Nadal pomoc najczęściej była udzielana mężczyznom (50,8%), a osoby w wieku 18–64 lat stanowiły około 46,7% ogółu osób, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy.

W roku 2021 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 12 444 misji (o 13,8% więcej niż przed rokiem), w tym 10 598 lotów do wypadków i nagłych zachorowań oraz 1 490 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 356 misji.

⁴ 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.

W ramach systemu ratownictwa medycznego pomocy udzielało ponadto 241 szpitalnych oddziałów ratunkowych (o 2 więcej niż przed rokiem), 156 izb przyjęć w szpitalach oraz 17 centrów urazowych.

Krwiodawstwo

W 2021 r. funkcjonowały 23 regionalne centra krwiodawstwa (w tym 2 resortowe) oraz 136 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Zbiorowość krwiodawców liczyła 615,9 tys. osób. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 261 tys. donacji krwi pełnej, czyli ok. 567,5 tys. litrów. Wśród dawców 73,3% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim. Bazując na danych dla województw zauważono, że największa liczba krwiodawców przypadających na 10 tys. mieszkańców występuje w województwie podlaskim – 254. W 2021 r. pobrano w Polsce 1 389,2 tys. donacji krwi i jej składników.

Apteki

W 2021 r. na terenie Polski zbadano 11 866 aptek ogólnodostępnych (o 190 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe i 1 147 punkty apteczne. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (11 858) należały do prywatnych właścicieli. W 2021 r. na jedną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,2 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach. Po uwzględnieniu działających na obszarach wiejskich punktów aptecznych, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2021 r. wyniosła przeciętnie 5,0 tys. W omawianym roku, podobnie do 2020 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,8% aptek ogólnodostępnych. Ponad 22,5% placówek pełniło dyżury okresowo. W 2021 r. 77,8% 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 1,4% aptek ogólnodostępnych.

Sprzedaż leków na receptę

W 2021 roku wystawiono 425 mln recept, z czego 94,4% elektronicznych. Odsetek ten był porównywalny we wszystkich województwach. Najwięcej elektronicznych recept wystawiono w województwie pomorskim (96,1 %), najmniej w świętokrzyskim (93,0%). W roku 2021 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 19,7 mld zł. Natomiast wartość refundacji to 8,1 mld zł. Wartość sprzedaży w leków na receptę w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski to 520 zł, z czego 305 zł to dopłata pacjenta. Najwięcej leków na receptę, na jednego mieszkańca, sprzedano w województwie łódzkim (594 zł), a najmniej w podkarpackim (447 zł). Najwięcej do leków na receptę dopłacił mieszkaniec województwa łódzkiego (346 zł), najmniej mieszkaniec podkarpackiego (264 zł). Powiaty o największej wartości sprzedaży leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, to: elbląski (1 131 zł), gorzowski (949 zł), Piotrków Trybunalski (849 zł), Kielce (841 zł) i Płock (838 zł). Najmniej do leków na receptę dopłacili mieszkańcy powiatów: Białej Podlaskiej (51 zł), Nowego Sącza (82 zł), siedleckiego (113 zł), koszalińskiego (116 zł) i Elbląga (130 zł). W 2021 r. wartość sprzedaży leków, środków znieczulających i przeciwbólowych na receptę, w przeliczeniu na mieszkańca Polski, wyniosła 10,5 zł, a sprzedaży leków psychoanalitycznych i psychoanalityków – 51,0 zł.

Narodowy Rachunek Zdrowia

System rachunków zdrowia (SHA 2011) jest międzynarodowym narzędziem analizy wydatków na ochronę zdrowia, które ujmuje je w sposób wszechstronny i zapewniający porównywalność pomiędzy krajami. Narodowe Rachunki Zdrowia (NRZ) umożliwiają systematyczny opis przepływów finansowych związanych z konsumpcją towarów i usług w zakresie opieki zdrowotnej. Ich celem jest opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy wydatków.

Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2020 r., wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 151,9 mld zł, co stanowiło 6,5% PKB. Struktura wydatków w ujęciu funkcjonalnym nie zmieniła się istotnie. Największą ich część stanowiły wydatki na usługi lecznicze (58,0%).

Nakłady publiczne na ochronę zdrowia

Nakłady na ochronę zdrowia, opracowywane przez Ministerstwo Zdrowia jest metodologią określania wydatków na ochronę zdrowia – zgodnie z przepisami ustawy, odnosi się ona wyłącznie do środków publicznych i nie ogranicza się jedynie do wydatków bieżących (nie obejmuje wydatków samorządowych). Informacja opracowywana przez Ministerstwo Zdrowia służy monitorowaniu oraz ocenie finansowania ochrony zdrowia ze środków publicznych.

Zgodnie z ustawą budżetową na 2021 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 120,5 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich wykonanie wyniosło 141,3 mld zł (w tym 23,7 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19 przekazanych NFZ), co stanowi 6,22% PKB (z roku N-2). Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2021 były o blisko 25,0 mld zł wyższe (o 21,5%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2020 r.

Synthesis

Analyses based on the data included in the annex tables available on the Internet, constitute an integral part of this publication. The analyses are enriched with the results of other studies conducted as a part of public statistics and they allow to formulate the following conclusions regarding the main aspects of healthcare in 2021. The COVID-19 epidemic was a significant shock to the Polish health care system. Its multidimensional impact and the scale of the phenomenon changed dynamically, which was also reflected in the analyses presented.

State of health⁵

The incidence of influenza decreased by nearly 187 thousand cases to 2 973 793 (i.e. 413 cases per 100 thousand population) compared to 2020. Scarlet fever was also diagnosed significantly less often (down 13 cases – to 7 per 100 thousand population).

Compared to 2020, incidence rates also declined for several other analyzed infectious diseases: whooping cough, measles, mumps, rubella, and hepatitis A, Lyme borreliosis and viral meningitis (decreases of no more than 1,5 cases per 100 thousand population).

In 2021, increases were observed in the following cases: acute diarrhoea in children up to the age of 2 and clostridium difficile enteritis (by 97 per 10 thousand children under 2 years of age and 29 cases per 100 thousand population, respectively). Incidence rates for the following diseases slightly decreased as well: Viral hepatitis type of B and C, rotavirus enteritis, salmonellosis (total), other bacterial foodborne intoxications, bacterial meningitis and/or encephalitis, and viral encephalitis (from 0.1 to 8 cases per 100 thousand population). For the other analyzed diseases, there were only slight differences across the year.

During 2021, 3 704 cases of tuberculosis were registered (10 cases per 100 thousand population), 316 more than in 2020.

In 2021, there were 2 102 cases of venereal disease detections (6 cases per 100 thousand residents), that's 293 fewer cases than the year before.

During 2020⁶, outpatient clinics for people with mental disorders and addicted to alcohol and other substances treated nearly 1.68 million people, i.e. over 4.0% of the inhabitants of Poland (4 391 cases per 100 thousand population in 2020, and 4 450 the previous year). The most common condition in 2020 was neurotic disorders, 533 068 such cases were registered (1 396 per 100 thousand population in 2020, and 1 386 in 2019).

Malignant neoplasms constitute a growing and very serious health problem of Polish society. In 2019⁷, 166.0 thousand people in Poland were diagnosed with this disease (434 cases per 100 thousand population – that's 9 more cases per 100 thousand people than in 2018). In 2019, cancer of the digestive organs was the most common, diagnosed in every 5th person affected by cancer (85 cases per 100 thousand population), further – genital cancer (83 cases per 100 thousand population). Most types of cancer registered increases in incidence compared to 2018.

Medical Personnel

Human resources are an important element for the effectiveness of any health care system. The efficiency of the health care system and the quality of medical services provided depend mainly on the knowledge, skills and motivation of the health care employees. The number of people authorized to practice medical

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

⁶ The data, presented in this publication, are the latest data provided by the Institute of Psychiatry and Neurology and are for 2020.

⁷ The data, presented in this publication, are the latest available in the National Cancer Registry and are for 2019.

activity, as well as, the number of people working with patients and the level of education of human resources in the health care are important.

In 2021, the number of people licensed to practice in the primary groups of medical professions: doctors, dentists, nurses, midwives, pharmacists and laboratory diagnosticians increased. The uttermost increase in 2021 have been reported in the group of laboratory diagnosticians (increase by 3.3%) and midwives (increase by 2.7%).

The number of people working with patients in the above-mentioned basic groups of medical professions has also increased, including physiotherapists. The largest increase, compared to the previous year, was observed in the group of physiotherapists (by 6.3%), physicians (by 3,0%) and dentists (by 3.3%).

In 2021, some changes were observed in the age groups of doctors and dentists authorized to practice the profession. Among physicians, the predominant share of people aged 50-59 and 60-69 was maintained, however, a gradual decrease in the share of wasps in all older age groups (40 years and older) was observed, from 72.6% in 2019 to 70.0% in 2021, with a simultaneous increase in people in younger groups (up to 39 years old) from 27.4% to 30.0%.

Among dentists authorized to practice the profession, the share of people in older age groups (50 and more) has not changed significantly, while the share of people in the youngest age groups has slightly increased, while the share of people aged 40-49 has decreased.

Stationary health care

Hospital treatment is a form of the health care that the patient decides on when other possible types of medical care are not sufficient to maintain health at the desired level. Therefore, it is the most complex form of inpatient care, the purpose of which is to diagnose a patient, undertake health or life-saving measures and implement appropriate treatment. In the country there were 899 inpatient, publicly accessible general hospitals with 168.4 thousand beds. In relation to the number of citizens, it was 2.4 hospitals per 100,000 inhabitants and 44.4 beds per 10,000 inhabitants, which means that on average it was 225 inhabitants per bed (2 less than in 2020). 6 332.2 thousand patients were hospitalized (10.4% more than in the previous year) and 3 419.4 thousand patients were treated in daycare mode in inpatient hospitals and so-called day care hospitals (13.4% more than in 2020).

Another form of inpatient care, consisting in taking measures to alleviate pain and suffering at the end of the patient's life are inpatient hospices and palliative care units. There were 117 hospices and 81 palliative and hospice care wards operating independently, outside the hospital structure, or within the structure of general hospitals. In total, these facilities had offered 3.8 thousand beds and provided care for 35.7 thousand patients (8.4% more than in previous year).

Another type of medical care is inpatients long-term care, provided to a diagnosed patient with a stable health condition and fixed treatment. It is provided to inpatients in chronic medical care homes as well as nursing homes of all types (i.e. general as well as psychiatric). In 2021, there were 595 facilities of this type, 2.9% less than in 2020. The bed base amounted to 35.5 thousand of beds, 1.9% more than in the previous year. Inpatient care was provided to 62.3 thousand persons (4.5% more) of which 12.4% were psychiatric care patients. A different form of the health care constitute the psychiatric treatment. Inpatient psychiatric care facilities include psychiatric hospitals, detoxification centers, addiction recovery centers, a.o. MONAR centers, state and regional centers of forensic psychiatry, psychiatric chronic medical care homes and psychiatric nursing homes. In the country, there were 61 psychiatric hospitals with 17.4 thousand beds (1.6% less than at the end of 2020) that was used by 176.7 thousand patients (8.0% more than in the previous year). Moreover, there were 52 round the clock centers for addicted (rehabilitation centers for addicted to psychoactive substances and MONAR facilities). They had offered 2.1 thousand beds which were used by 6.1 thousand patients (12.7% more than in 2020).

A very popular form of health care is health resort treatment (spa treatment) often constituting a continuation of hospital treatment or outpatient treatment, or at general aimed to improve the health condition of a patient. In 2021 health resort hospitals and sanatoriums had offered 45.5 thousand beds (1.2% more than in 2020) which were used by 529.9 people (35.4% more). In ambulatory mode 70.0 thousand out-patients

were serviced (91.7% more than in the previous year). About 82.0% of beds were located in sanatoriums, and nearly 88.0% of total number of health resorts patients were staying in sanatoriums.

Ambulatory health care

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

In 2021, an increase in the number of out-patient departments was observed (21968 – by 472 out-patient departments more than in the previous year). The downward trend in the case of medical and dental practices providing services financed from public funds has been observed since 2011 and applies to both types of practices.

Over the course of 2021, more than 320 million consultations were provided in ambulatory health care (more than 33 million fewer consultations than the previous year).

In the structure of medical consultations, the main part of the consultations was given by primary health care (54,1%), 6,2% concerned specialist health care and 9,7% were given by dentists. Consultations given in urban areas accounted for 85,3% of all outpatient consultations, of which 49.0% concerned primary health care, 41,2% concerned specialist outpatient care, and 9,8% of consultations in urban areas was given by dentists. The structure of consultations given in facilities located in rural areas differed somewhat: 84.0% were for primary care, 6,9% for ambulatory specialized care, and 9,1% for dental consultations. The structure of consultations given under outpatient health care did not change significantly compared with the previous year, in the basic sections analyzed.

Emergency Medical Services

In 2021, there were 1 587 departing teams provided medical assistance under the State Medical Rescue system, 6 more than in the previous year. They made almost 3.06 million departures to the scene.

On average, there were 80.5 departures of the EMS per 1 000 citizens. The structure of sex and age of people who received services at the scene of the accident has not changed. Still, the majority of help was provided to men (50.8%) and people age 18–64 (46.7%).

In 2021, helicopter crews completed the uttermost number of flights in their history – a total of 12 444 flights (13.8% more than the year before), including 10 598 flights for accidents and emergencies or 1 490 inter-hospital transports. The crews of the Airplane Transport Team performed 356 missions.

As part of the medical emergency system, assistance was provided by 241 hospital emergency department (2 more than in the previous year), 156 admission rooms in hospitals and 17 trauma centers – the same number as a year before.

Blood donation

In 2021, there were 23 regional blood donation centers (including 2 departmental) and 136 local collection sites (including 7 under the responsibility of the Ministry of National Defense). The group of blood donors numbered 615.9 thousand people. Blood donors donated a total of 1 261 thousand whole blood donation, i.e. approximately 567.5 thousand liters. Among the donors, 73.3% were those who donated blood more than once, i.e. multiple regular and repeat donors. As in the previous year, the biggest amount of blood was collected in the largest voivodship in terms of the number of citizens: śląskim, mazowieckim and wielkopolskim voivodship. Based on the data for voivodship, it can be observed that the largest number of blood donors per 10 thousand citizens is in podlaskie voivodship – 254. In 2021, 1 389.2 thousand donations of blood and its components were collected.

Pharmacies

In 2021, there were 11 866 generally available pharmacies examined in Poland (190 less than the year before), 24 dispensaries and 1 147 pharmaceutical outlets. Almost all generally available pharmacies (11 858) belonged to private owners. In 2021, there was an average of 3.2 thousand citizens per one generally avail-

able pharmacy, including 2.3 thousand people in urban areas. After taking into account pharmaceutical outlets operating in rural areas, the average number of rural population per general available pharmacy and pharmaceutical outlets amounted to 5.0 thousand in 2021. In the year under review, similar to 2020, there were 2.8% of generally available pharmacies on permanent night duty. More than 22,5% of them were on night duty periodically. In 2021, 77,8% of pharmacies had any facilities for the disabled (as in the previous year). These were most often slipways, driveways, platforms. There were 1.4% of generally available pharmacies which were selling medicinal products via the Internet.

Sale of prescription medicines

In 2021, 425 million prescriptions were issued, 94.4% of which were electronic. This percentage was comparable in all voivodships. The highest number of electronic prescriptions was issued in the pomorskie voivodship (96.1%), the lowest in the świętokrzyskie (93.0%). In 2021, the sales value of all prescription medicines amounted to 19,7 billion PLN. The reimbursement value is 8,1 billion PLN. The value of sales in prescription medicines per one inhabitant of Poland is 520 PLN, of which 305 PLN is an additional payment for the patient. The highest number of prescription medicines per capita was sold in the łódzkie voivodship (594 PLN), and the least in the podkarpackie (447 PLN). A inhabitant of the łódzkie voivodship paid the most for prescription medicines (346 PLN), and a inhabitant of the podkarpackie the least (264 PLN).

Poviats with the highest sales value of prescription medicines per capita are the following: elbląski (1 131 PLN), gorzowski (949 PLN), Piotrków Trybunalski (849 PLN), Kielce (841 PLN) and Płock (838 PLN). Inhabitants of the following poviats paid the least for prescription medicines: Biała Podlaska (51 PLN), Nowy Sącz (82 PLN), siedlecki (113 PLN), kozłowski (116 PLN) and Elbląg (130 PLN). In 2021, the value of sales of prescription medicines, anesthetics and painkillers per inhabitant of Poland amounted to 10.5 PLN, and the sale of psychoanalytical medicines and psychoanalaptics – 51.0 PLN.

National Health Accounts

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

According to the National Health Account for 2020, current expenditure on health care amounted to 151.9 billion PLN. This outlay accounted for 6.5% GDP. The structure of expenditure in terms of functions did not change significantly. The largest part of this was expenditure on medical services (58.0%).

Public expenditure on health care

Expenditure on health care developed by the Ministry of Health is a methodology for determining expenditure on health care – in accordance with the provisions of the Act, it refers only to public funds and is not limited only to current expenditure (it does not include local government expenses). The information prepared by the Ministry of Health is used to monitor and evaluate the financing of health care from public funds.

In accordance with the Budget Act for 2021 and the original plan of the National Health Fund, funds in the amount of PLN 120.5 billion have been planned for this year and their execution amounted to PLN 141.3 billion (including 23.7 billion PLN from the COVID-19 Counteracting Fund transferred to the National Health Fund), which constitutes 6.22% of GDP (in year N-2). It should be emphasized that these funds in 2021 were nearly PLN 25.0 billion higher (by 21.5%) than the expenditure allocated to health care in 2020.

CZĘŚĆ I PART I

WYNIKI BADAŃ RESULTS OF SURVEYS

1. STAN ZDROWIA

1. HEALTH STATUS

1.1. Zachorowalność na wybrane choroby

1.1. Incidence of selected diseases

Podstawowy zestaw danych statystycznych charakteryzujących zdrowie ludności Polski pochodzi z corocznych badań statystycznych resortu zdrowia. Zakres tematyczny tych badań dotyczy głównie zachorowalności (tj. nowych przypadków zachorowań) na wybrane choroby.

Stalą obserwacją statystyczną objęte są choroby społeczne oraz choroby istotne dla oceny sytuacji zdrowotnej ludności Polski. Wśród nich wyróżnić można: ostre choroby zakaźne i pasożytnicze (w tym także gruźlicę oraz choroby weneryczne), nowotwory złośliwe, choroby i zaburzenia psychiczne oraz uzależnienia od alkoholu i innych substancji psychoaktywnych.

Zachorowalność na wybrane choroby zakaźne w 2021 r.⁸

Bezpłatne szczepienia ochronne wśród dzieci i młodzieży są w Polsce powszechne. Przeciwno gruźlicy zaszczepiono 92,2% noworodków posiadających karty uodpornienia⁹. Od 2001 r. nie stwierdzono zachorowań na błonicę oraz porażenie dziecięce nagminne wywołane dzikim szczepem wirusa polio, a od 2016 r. również wirusem szczepionkowym polio.

W ciągu 2021 r. stwierdzono 5 przypadków zachorowań na tężec (w 2020 roku były 2 takie przypadki) i 13 przypadków zachorowań na odrę (w 2020 roku było ich 29).

W omawianym roku odnotowano 180 zachorowań na krztusiec (0,5 przypadku na 100 tys. ludności¹⁰), w stosunku do roku poprzedniego występował on znacznie rzadziej (o 573 zachorowania). Choroba ta występowała najczęściej w województwie podlaskim (niemal 3 przypadki na 100 tys. ludności).

Zaobserwowano wyraźnie mniejszą liczbę zachorowań na różyczkę. W ciągu 2021 roku zarejestrowano ich 50, tj. niemal połowę mniej niż rok wcześniej. Ogniska chorobowe występowały przede wszystkim w województwach: lubuskim i kujawsko-pomorskim (po 0,3 zachorowania na 100 tys. ludności).

⁸ Dane Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB (na podstawie rejestru chorób zakaźnych prowadzonego przez stacje sanitarno-epidemiologiczne), Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Instytutu Wenerologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Wartości bezwzględne, dotyczące zachorowań na wybrane choroby w 2021 roku w ujęciu wojewódzkim przedstawiono w tabeli nr 3 na końcu tego rozdziału.

⁹ Zgodnie z informacjami z Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego PZH – PIB w 2021 r. w zakładach opieki zdrowotnej prowadzących szczepienia karty uodpornienia posiadało: 98,3% ogółu dzieci w 2 roku życia, 98,8% – w 3 roku życia, 99,5% – w 7 roku życia, 96,1% – w 11 roku życia, 93,4% – ogółu młodzieży w 15 roku życia, 91,5% – w 20 roku życia oraz 92,9% – ogółu dziewcząt w 14 roku życia (różyczka). Karta uodpornienia jest dokumentem, zawierającym dane osobowe pacjenta, a także dane dotyczące: rodzaju szczepionki, daty i godziny przeprowadzenia szczepienia, nazwy i nr serii szczepionki, miejsca podania szczepionki.

¹⁰ Wskaźniki dotyczące przeliczeń na ludność (mieszkańców Polski) dla 2021 r. oraz 2020 r. zaktualizowano w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania wydanego za 2020 r.

Zwiększyła się częstość wykrywania wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B i C. W 2021 r. stwierdzono bowiem 1 547 nowych przypadków zachorowań na WZW typu B (4 przypadki na 100 tys. ludności), to o 555 więcej niż przed rokiem i 1 243 nowe przypadki zachorowań na WZW typu C (3 przypadki na 100 tys. ludności), tj. o 288 więcej niż przed rokiem.

Zmalała natomiast liczba nowo wykrytych zachorowań na WZW typu A – zarejestrowano ponad 92 przypadki (0,2 przypadku na 100 tys. ludności), podczas gdy przed rokiem w skali kraju – 111 przypadków.

Relatywnie najwięcej zachorowań na WZW typu B stwierdzono u mieszkańców województwa pomorskiego – na 100 tys. ludności przypadało 10 zachorowań. Wirusowe zapalenie wątroby typu C najczęściej wykrywano u mieszkańców województw: wielkopolskiego, kujawsko-pomorskiego oraz lubuskiego (po 8 przypadków na 100 tys. ludności).

W 2021 roku zarejestrowano 7 417 przypadków zapalenia jelit wywołanego przez rotawirusy (20 przypadków na 100 tys. ludności), tj. o 1 450 przypadków więcej niż przed rokiem. Zapalenie jelit wywołane przez *clostridium difficile* występowało 21 157 razy (56 przypadków na 100 tys. ludności), to o 11 018 więcej niż w 2020 roku.

Zapalenie jelit wywołane przez rotawirusy najczęściej występowało u osób mieszkających w województwie pomorskim – 35 przypadków na 100 tys. ludności, a najrzadziej w dolnośląskim (7 przypadków na 100 tys. ludności). Natomiast zapalenie jelit wywołane przez *clostridium difficile* diagnozowano najczęściej w województwie mazowieckim (103 przypadki na 100 tys. ludności), a najrzadziej w dolnośląskim (23 przypadki na 100 tys. ludności).

W 2021 roku poziom zachorowań na salmonellozę i inne bakteryjne zatrucia wzrósł w stosunku do poprzedniego roku. W aktualnym pomiarze przypadło 329 przypadków innych bakteryjnych zatruc pokarmowych (w roku poprzednim – 96) oraz 8 294 zakażenia salmonellozą (w poprzednim roku – 5 469).

Zdecydowanie najczęściej inne bakteryjne zatrucia pokarmowe rejestrowano w województwie warmińsko-mazurskim (9 przypadków na 100 tys. ludności; dla Polski ogółem wskaźnik ten wyniósł 0,9 przypadku). Zakażenia salmonellozą najczęściej rejestrowano wśród mieszkańców województw: podkarpackiego i małopolskiego (odpowiednio: 40 i 39 przypadków na 100 tys. ludności, podczas gdy wskaźnik dla Polski wyniósł 22 przypadki na 100 tys. ludności). Najrzadziej salmonellozę wykrywano w województwie świętokrzyskim (11 przypadków na 100 tys. ludności).

W 2021 roku zarejestrowano blisko 20 384 przypadków biegunek u dzieci do lat dwóch (290 przypadków na 10 tys. dzieci w tym wieku), tj. o 6 122 przypadki więcej niż przed rokiem. Najczęściej występowały one u dzieci mieszkających w województwie pomorskim – 438 przypadków na 10 tys. Najrzadziej biegunki rejestrowano w województwie łódzkim – 144 przypadków na 10 tys. dzieci w wieku do dwóch lat.

W 2021 roku poziom zachorowań na boreliozę nieznacznie spadł w stosunku do poprzedniego z 12 934 do 12 500 zachorowań. Wskaźnik na 100 tys. mieszkańców wyniósł w aktualnym pomiarze 33 przypadki. Boreliozę z Lyme najczęściej rejestrowano w województwach: małopolskim i podlaskim (około 62 przypadki na 100 tys. ludności), a najrzadziej w województwie łódzkim (niecałe 13 przypadków na 100 tys. ludności).

Obserwujemy wyraźnie mniejszą liczbę zachorowań na szkarlatynę (płonicę). W ciągu 2021 roku zarejestrowano ich 2 649 (7 przypadków na 100 tys. ludności), tj. o 5 013 mniej niż przed rokiem. Chorobę tę diagnozowano najczęściej w województwie śląskim (14 zachorowań na 100 tys. ludności), a najrzadziej w województwach: łódzkim, dolnośląskim i warmińsko-mazurskim (około 3 przypadki na 100 tys. ludności).

W 2021 roku zarejestrowano 282 przypadki bakteryjnego zapalenia opon mózgowych lub mózgu (0,7 przypadku na 100 tys. ludności), 195 przypadków wirusowego zapalenia opon mózgowych (0,5 przypadku na 100 tys. ludności) i 258 zachorowań na wirusowe zapalenie mózgu (0,7 przypadku na 100 tys. ludności). W stosunku do roku 2020 zarejestrowano więcej przypadków bakteryjnego zapalenia opon mózgowych i/lub mózgu i wirusowego zapalenia mózgu (odpowiednio o: 29 i 65 zachorowań) i mniej przypadków wirusowego zapalenia opon mózgowych (o 69).

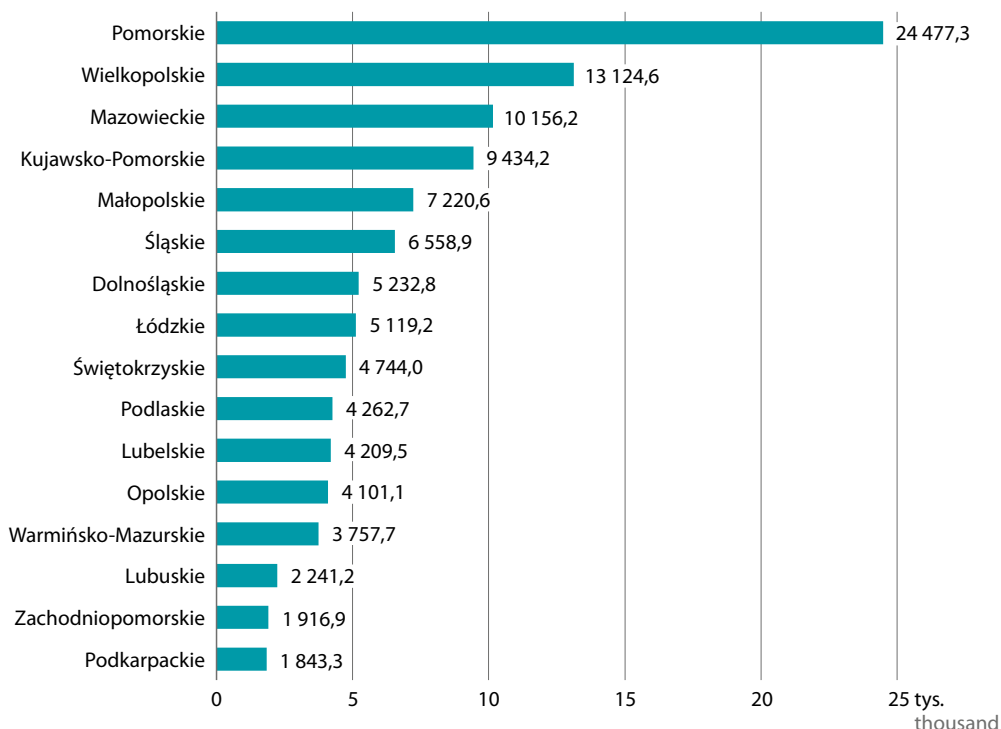
Bakteryjne zapalenie opon mózgowych lub mózgu występowało najczęściej w województwie wielkopolskim (1 przypadek na 100 tys. ludności), wirusowe zapalenia opon mózgowych – w województwie warmińsko-

mazurskim (2 przypadki na 100 tys. ludności), a wirusowe zapalenie mózgu – w województwie podlaskim (5 przypadków na 100 tys. ludności).

W 2021 roku spadł w stosunku do poprzedniego roku poziom zachorowań na gripę (o 186 918 przypadków), wynosząc 2 973 793 zachorowań, tj. 7 828 przypadki na 100 tys. ludności. Gripę najczęściej diagnozowano w województwie pomorskim (24 477 przypadków na 100 tys. ludności), a najrzadziej w podkarpackim (1 843 przypadki na 100 tys. ludności).

Wykres 1. Zachorowania i podejrzenia zachorowań na gripę w podziale na województwa (na 100 tys. ludności) w 2021 r.

Chart 1. Incidences and suspicious cases of influenza by voivodships (per 100 thousand population) in 2021



W 2021 roku na gruźlicę zachorowały 3 704 osoby (wskaźnik na 100 tys. mieszkańców wyniósł 10 przypadków), to o 316 przypadków więcej niż przed rokiem. Uwzględniając zróżnicowanie terytorialne można stwierdzić, że w 2021 r. gruźlica relatywnie najczęściej była wykrywana u mieszkańców województwa śląskiego – 13 przypadków na 100 tys. ludności, a w następnej kolejności wśród mieszkańców województwa lubelskiego (12 przypadków). Najrzadziej na gruźlicę chorowali mieszkańcy województwa podlaskiego (5 przypadków na 100 tys. ludności).

W przypadku chorób wenerycznych odnotowano w 2021 roku 2 102 przypadki takich zachorowań (6 przypadków na 100 tys. ludności), to o 293 przypadki mniej niż w 2020 roku. Najwyższy współczynnik zachorowalności na choroby weneryczne odnotowano w 2021 w województwie mazowieckim (14 przypadków na 100 tys. ludności). Najrzadziej choroby weneryczne rejestrowano w województwie świętokrzyskim (0,3 przypadku na 100 tys. mieszkańców).

Zachorowania na nowotwory złośliwe w 2019 r.

Z roku na rok wzrasta zachorowalność na nowotwory złośliwe w Polsce. W roku 2019¹¹ stwierdzono ponad 166 624 przypadków zachorowań¹², czyli o 2,0% więcej w stosunku do 2018 roku.

Wskaźnik zachorowalności na nowotwory złośliwe wyniósł w 2019 roku 434 przypadki na 100 tys. ludności, podczas gdy w 2018 roku wyniósł 425 przypadków, w 2017 roku – 420, a w 2016 r. – 419.

Relatywnie najczęściej diagnozuje się nowotwory narządów trawiennych (łącznie 32 451 zachorowań), a następnie – narządów płciowych (32 046 zachorowań) oraz narządów oddechowych i klatki piersiowej (24 792 zachorowania). Te trzy choroby odpowiadały za 54,0% wskazanych zachorowań na nowotwory złośliwe w 2019 roku.

W stosunku do stanu z 2018 roku zarejestrowano więcej zachorowań na większość typów nowotworów. Biorąc pod uwagę wskaźnik zachorowalności na 100 tys. ludności największe wzrosty rejestracji zachorowań w ciągu 2019 roku zaobserwowano w przypadku nowotworów narządów płciowych (o 3 przypadki na 100 tys. mieszkańców), narządów oddechowych i klatki piersiowej (o 3 przypadki na 100 tys. mieszkańców) i sutka (o 2 przypadki na 100 tys. mieszkańców).

W stosunku do 2018 roku, nieznaczny spadek wskaźnika zachorowalności na 100 tys. ludności nastąpił w przypadku nowotworów narządów trawiennych (o 0,7 przypadku na 100 tys. mieszkańców).

Tablica 1. Zachorowania na nowotwory złośliwe wg typu (na 100 tys. ludności)
Table 1. Malignant neoplasms incidences by type (per 100 thousand population)

Nowotwory złośliwe według typu Malignant neoplasms by type	2018	2019	Różnica w stosunku do 2018 roku Difference to 2018
narządy płciowe genital organs	80,3	83,5	3,2
narządy oddechowe i klatki piersiowej respiratory and intrathoracic organs	62,0	64,6	2,6
sutek breast	49,5	51,5	2,0
tkanka limfatyczna, krwiotwórcza i tkanka pokrewna lymphoid haematopoietic and related tissue	23,5	24,6	1,1
wargi, jama ustna i gardło lip, oral cavity and pharynx	10,8	11,3	0,5
międzybłonek i tkanki miękkie mesothelial and soft tissue	3,6	4,0	0,5
czerniak i inne nowotwory złośliwe skóry melanoma and other malignant neoplasms of skin	46,5	46,8	0,3
tarczycy i inne gruczoły wydzielania wewnętrznego thyroid and other endocrine glands	11,4	11,6	0,2
niedokładnie określone, wtórne i o nieokreślonym umiejscowieniu illdefined, secondary and unspecified sites	8,4	8,4	0,0
kości i chrząstka stawowa bones and articular cartilage	0,9	0,8	-0,1
oko, mózg, inne części centralnego układu nerwowego eye, brain, other parts of central nervous system	8,7	8,4	-0,3
układ moczowy urinary tract	34,5	34,0	-0,5
narządy trawienne digestive organs	85,2	84,5	-0,7

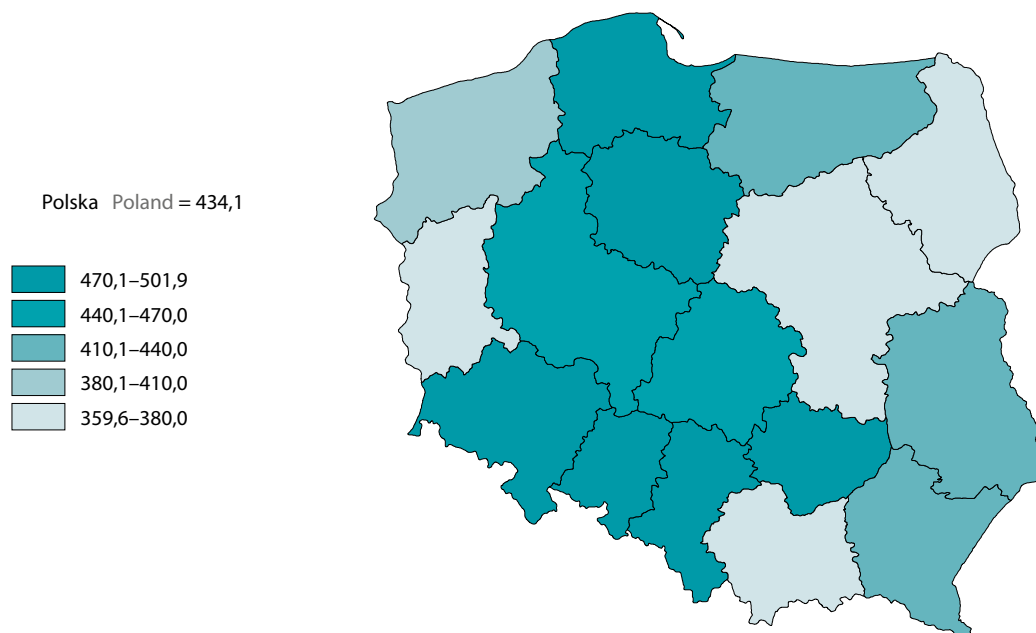
11 Dane, zaprezentowane w niniejszej publikacji są najnowszymi danymi, dostępnymi w Krajowym Rejestrze Nowotworów i dotyczą 2019 r.

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

W 2019 r. największą zachorowalność na nowotwory złośliwe¹³, niezależnie od typu choroby, stwierdzono u mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego (502 zachorowania na 100 tys. ludności), świętokrzyskiego (496), pomorskiego (485), dolnośląskiego (483), śląskiego (474) oraz opolskiego (473 zachorowań na 100 tys. ludności).

Najrzadziej nowotwory złośliwe były wykrywane u mieszkańców województw: mazowieckiego, małopolskiego, podlaskiego i lubuskiego – mniej niż 380 przypadków na 100 tys. mieszkańców w każdym z tych województw.

Mapa 1. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wg województw w 2019 r.
 Map 1. New cases of malignant neoplasms per 100 thousand population by voivodships in 2019



Uwzględniając rodzaje nowotworów wykrytych w ciągu 2019 r. w podziale na województwa można stwierdzić, że najczęściej nowotwory złośliwe w narządach trawiennych diagnozowano u mieszkańców województw: dolnośląskiego i kujawsko-pomorskiego (po ok. 100 zachorowań na 100 tys. ludności) oraz opolskiego (96 zachorowań na 100 tys. ludności), a najrzadziej u mieszkańców województw: mazowieckiego, małopolskiego i zachodnio-pomorskiego (poniżej 70 zachorowań na 100 tys. ludności).

Nowotwory złośliwe narządów płciowych były najczęściej wykrywane u mieszkańców województw świętokrzyskiego i pomorskiego – (po ok. 102 przypadki zachorowań na 100 tys. ludności), natomiast najrzadziej u mieszkańców województwa mazowieckiego – 69 zachorowań na 100 tys. ludności.

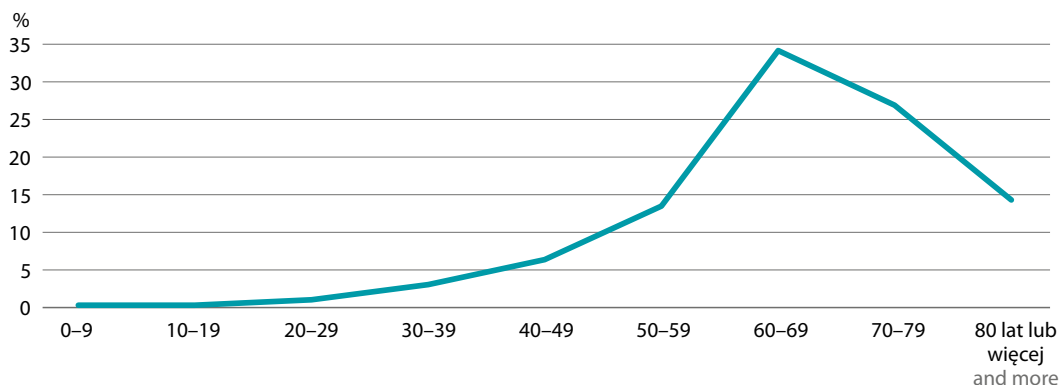
Nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej diagnozowano najczęściej u mieszkańców województw: kujawsko-pomorskiego i dolnośląskiego – co najmniej 85 przypadków zachorowań na 100 tys. ludności w każdym z tych województw, a najrzadziej u mieszkańców województw: podlaskiego i podkarpackiego (po poniżej 47 przypadków na 100 tys. ludności).

Wśród osób, u których zdiagnozowano nowotwór złośliwy, niezależnie od typu, przeważają osoby w grupie wieku 60-69 lat (34,0% zachorowań).

¹³ Nowotwory mnogie nie zostały ujęte w tabeli ze względu na niewielką liczbę zachorowań (5 w 2019 r. i 1 w 2018 r.), co uniemożliwia porównanie wyników dla tych lat.

Wykres 2. Struktura zachorowalności na nowotwory złośliwe w podziale na grupy wieku (w odsetkach) w 2019 r.

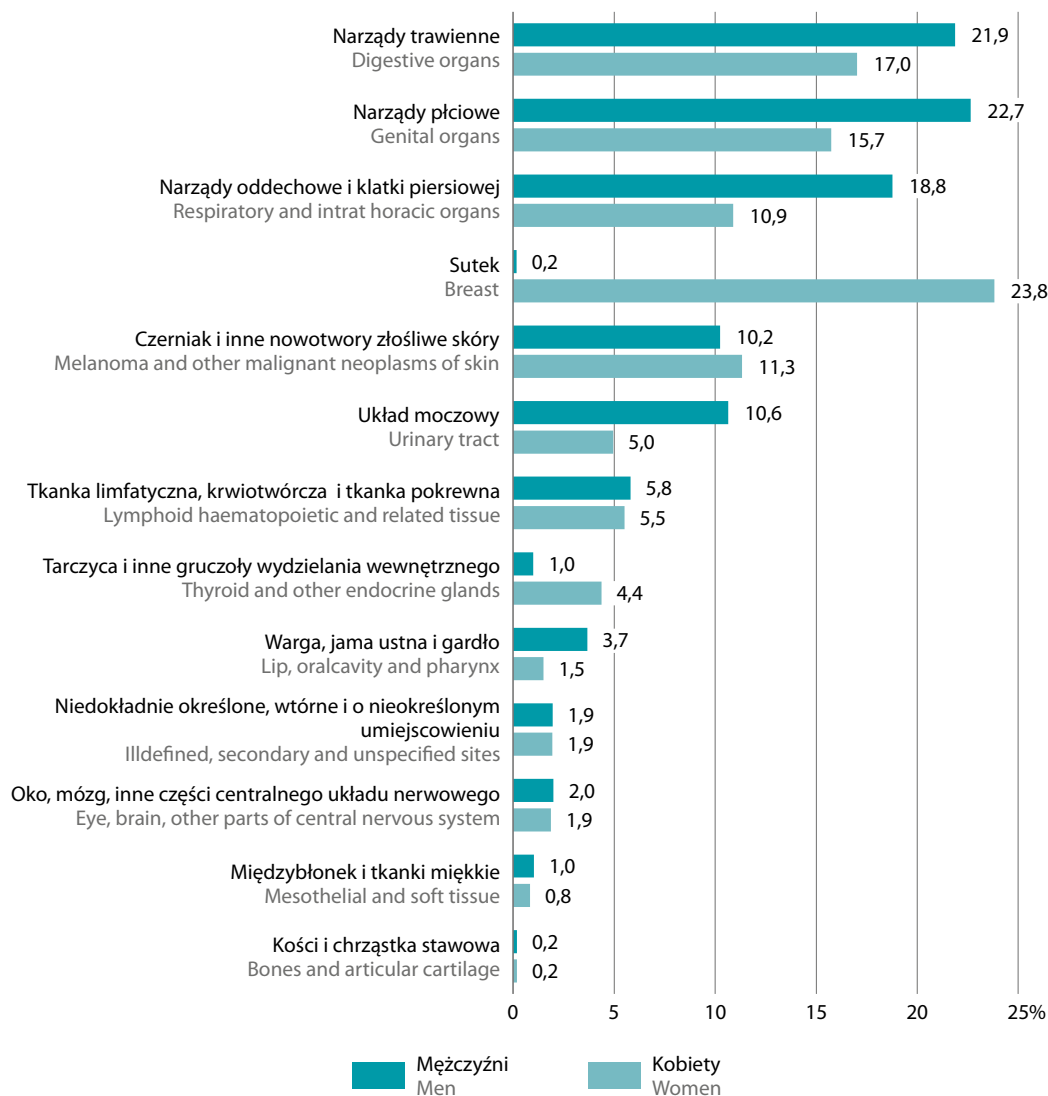
Chart 2. The structure of the incidence of malignant neoplasms by age groups (in %) in 2019



Analizując strukturę rodzajów nowotworów złośliwych pod względem wieku można stwierdzić, że najczęściej rejestrowaną chorobą wśród najmłodszych osób (poniżej 20 roku życia) był nowotwór tkanki limfatycznej (łącznie 431 zachorowań). W grupie osób w wieku 20–39 lat najczęściej odnotowany był nowotwór złośliwy narządów płciowych (1 421 zachorowań), a wśród czterdziestolatków – nowotwór sutka (2 848 zachorowań). Najczęściej występującymi rodzajami nowotworów wśród osób w grupie wieku 50–79 lat były nowotwory narządów płciowych (25 524 zachorowań) i pokarmowych (24 847 zachorowań), a wśród osób w wieku 80 lat lub więcej – nowotwory narządów pokarmowych (5 690 zachorowań) i kości (5 059 zachorowań).

W 2019 roku wśród ogółu kobiet najczęściej rejestrowano złośliwy nowotwór sutka (19 620 przypadków), a wśród mężczyzn – nowotwór narządów płciowych (19 081 przypadków).

Wykres 3. Struktura zachorowań na nowotwory złośliwe w podziale na płeć (w odsetkach) w 2019 r.
Chart 3. The structure of the incidence of malignant neoplasms by sex (in %) in 2019



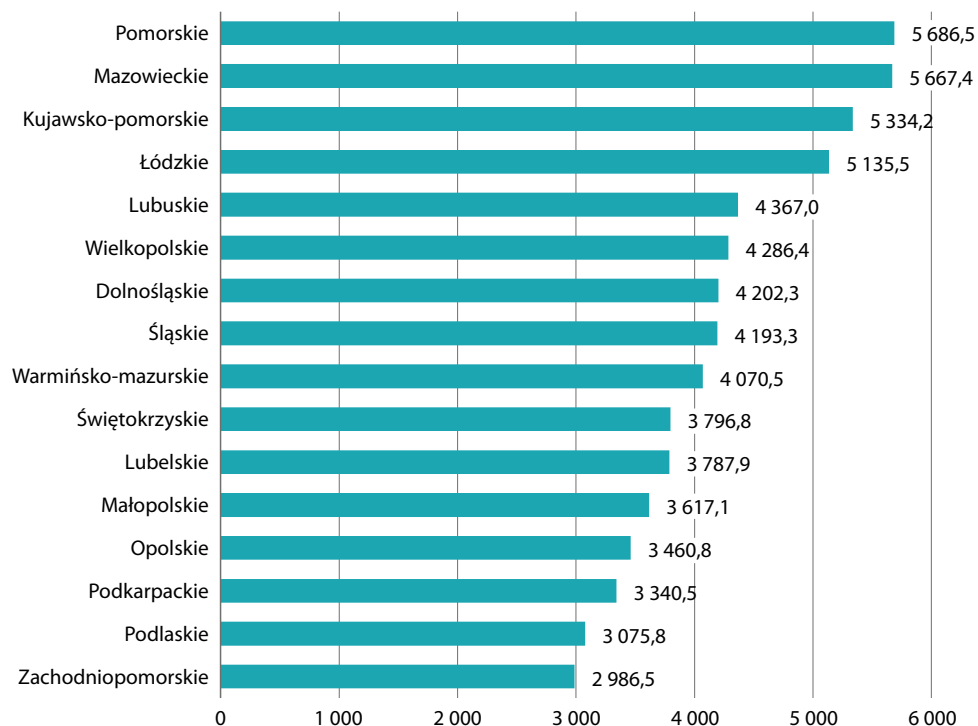
Leczeni w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu i innych substancji w 2020 r.

W warunkach ambulatoryjnych w ciągu 2020 r.¹⁴ (w pierwszym roku epidemii COVID-19 w Polsce) w poradniach dla osób z zaburzeniami psychicznymi, uzależnionych od alkoholu lub innych substancji leczono się niemal 1,7 mln osób (w 2019 r. ponad 1,7 mln), czyli ponad 4% ludności Polski. W przeliczeniu na 100 tys. mieszkańców na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania zapadło 4 391 osób, czyli o 59 osób mniej niż rok wcześniej.

Najwięcej przypadków zachorowań na zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania w przeliczeniu na 100 tys. ludności zarejestrowano w województwie pomorskim (5 687 przypadków), a najmniej w zachodniopomorskim (2 986 przypadków).

¹⁴ Najnowsze, dostępne dane dotyczą 2020 r. i pochodzą z Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Wykres 4. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania wg województw (na 100 tys. ludności) w 2020 r.
Chart 4. Mental and behavioral disorders by voivodships (per 100 thousand population) in 2020



Największe wzrosty w stosunku do 2019 roku zarejestrowano w przypadku zaburzeń rozwojowych – o 36 przypadków na 100 tys. mieszkańców (z 279 do 315) i zaburzeń nastroju (afektywnych) – o 21 przypadków na 100 tys. mieszkańców (z 897 do 918).

Natomiast największe spadki odnotowano w przypadku zespołu uzależnienia w zaburzeniach spowodowanych używaniem alkoholu (o 53 przypadki na 100 tys. ludności, z 373 do 320) i organicznych zaburzeń psychicznych włącznie z zespołami objawowymi (o 35 przypadków na 100 tys. ludności, z 556 do 521).

Tablica 2. Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania – szczegółowe diagnozy
Table 2. Mental and behavioral disorders – in details

Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (ogółem) Mental and behavioral disorders (in total)	2019	2020		
	W liczbach bezwzględ- nych In absolute numbers	W liczbach bezwzględ- nych In absolute numbers	W odsetkach wśród wszystkich chorych Among all pa- tients (in %)	W odsetkach wśród pacjentów w ramach grupy Among patients in the group of disorders (in %)
(1) Zaburzenia psychiczne i zaburzenia zachowania (bez uzależnień) ogółem Mental and behavioral disorders (without addiction) in total	1 484 174	1 471 029	87,8%	100,0%
zaburzenia nerwicowe neurotic disorders	532 228	533 068	31,8%	36,2%
zaburzenia nastroju (afektywne) affective disorders	344 231	350 349	20,9%	23,8%
organiczne zaburzenia psychiczne włącznie z zespołami objawowymi organic mental disorders including symptomatic syndromes	213 532	198 970	11,9%	13,5%
schizofrenia schizophrenia	139 265	132 928	7,9%	9,0%
(2) Zaburzenia spowodowane używaniem alkoholu ogółem Alcohol abuse disorders in total	163 167	143 497	8,6%	100,0%
zespół uzależnienia addiction syndrome	143 057	121 990	7,3%	85,0%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and alcohol related harm	13 050	13 115	0,8%	9,1%
(3) Zaburzenia psychiczne spowodowane używaniem środków psychoaktywnych ogółem Mental disorders caused by the use of psychoactive substances in total	45 823	47 149	2,8%	100,0%
zespół uzależnienia i zespół abstynencyjny addiction syndrome and abstinence syndrome	36 511	36 807	2,2%	78,1%
ostre zatrucia i używanie szkodliwe acute intoxication and psychoactive substances related harm	6 710	6 351	0,4%	13,5%
zaburzenia psychotyczne psychotic disorders	1 463	1 895	0,1%	4,0%
(4) Używanie tytoniu Smoking	1 459	1 469	0,1%	100,0%

W przypadku zaburzeń psychicznych lub zaburzeń zachowania (bez uzależnień) najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców zanotowano w województwie pomorskim (5 157), a najniższy w zachodniopomorskim (2 490).

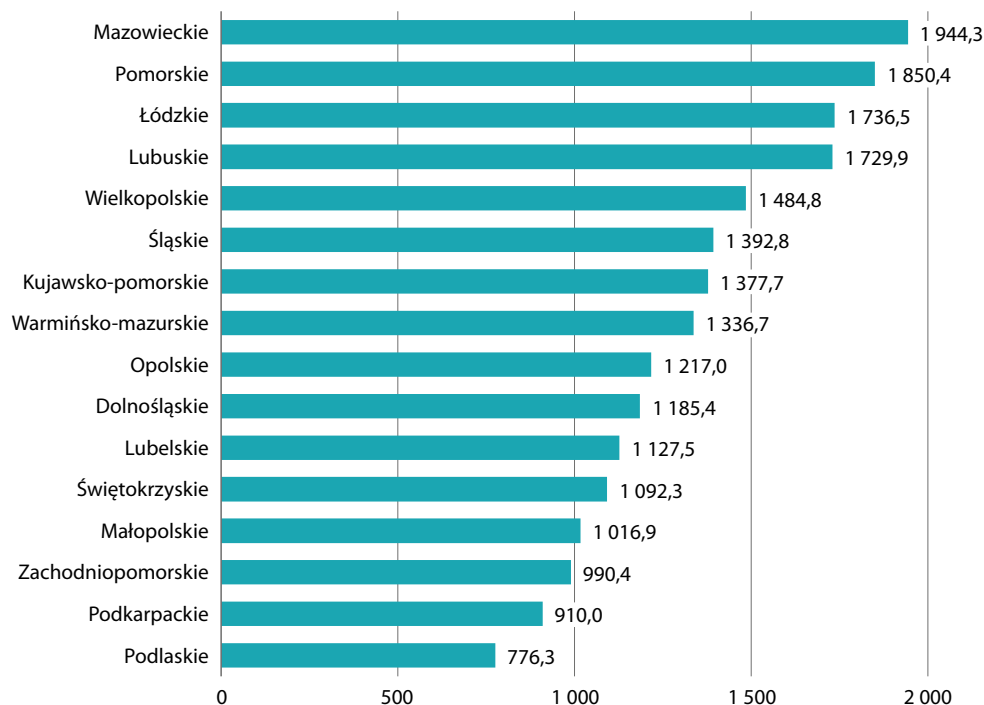
W przypadku uzależnień od alkoholu i związanymi z tym zaburzeniami najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkańców reprezentowało województwo wielkopolskie (492), a najniższy – dolnośląskie (274).

W województwie wielkopolskim odnotowano najwyższy wskaźnik chorobowości na 100 tys. mieszkań-
ców w przypadku zaburzeń psychicznych spowodowanych używaniem środków psychoaktywnych (205).
Najniższy wskaźnik to 36 i dotyczył województwa podkarpackiego.

W strukturze zaburzeń psychicznych oraz zaburzeń zachowania leczonych w warunkach ambulatoryjnych w 2020 roku dominowały zaburzenia nerwicowe, stanowiące ponad 32,0%. Najwięcej takich przypadków na 100 tys. mieszkańców zarejestrowano w województwie mazowieckim (1 944), a najmniej – w podlaskim (776).

Wykres 5. Zachorowalność na zaburzenia nerwicowe (na 100 tys. ludności) w 2020 r.

Chart 5. Incidences of neurotic disorders (per 100 thousand population) in 2020



Tablica 3. Zachorowania na wybrane choroby wg województw w 2021 r.
Table 3. Incidence of selected diseases by voivodships in 2021

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Świnka Mumps	Wirusowe zapalenie wątroby Viral hepatitis			Zapalenie jelit wywołane przez Enteritis caused by		Salmone- lozy ogółem Salmonella infections total	Inne bakteryjne zatrucia pokarmowe Other bacterial foodborne intoxications	Biegunki u dzieci do lat 2 Acute diarrhoea in children up to the age of 2
		typu B type B	typu C type C	typu A type A	rotawirusy rotavirus	Clostridium difficile clostridium difficile			
W liczbach bezwzględnych In absolute numbers									
POLSKA POLAND	484	1 547	1 243	92	7 417	21 157	8 294	329	20 384
Dolnośląskie	19	73	103	6	214	664	519	1	765
Kujawsko-pomorskie	24	162	152	4	458	1 374	452	6	1 080
Lubelskie	19	31	72	1	413	1 652	417	8	1 357
Lubuskie	9	39	37	1	93	384	121	41	328
Łódzkie	17	179	72	5	277	1 463	515	5	589
Małopolskie	35	60	65	6	873	1 336	1 330	3	2 627
Mazowieckie	83	55	67	10	1 355	5 668	1 045	20	3 049
Opolskie	14	23	23	0	154	588	186	2	523
Podkarpackie	31	38	39	10	451	637	843	2	1 060
Podlaskie	17	53	40	2	221	408	168	4	620
Pomorskie	43	231	85	5	824	804	516	11	2 112
Śląskie	71	227	123	21	1 102	2 872	799	89	2 727
Świętokrzyskie	18	6	9	3	131	520	130	1	612
Warmińsko-mazurskie	13	28	32	6	176	680	283	126	430
Wielkopolskie	49	267	278	9	513	1 506	549	7	1 879
Zachodniopomorskie	22	75	46	3	162	601	421	3	626
Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population									
POLSKA POLAND	1,3	4,1	3,3	0,2	19,5	55,7	21,8	0,9	290,5
Dolnośląskie	0,7	2,5	3,6	0,2	7,4	22,9	17,9	0,0	152,5
Kujawsko-pomorskie	1,2	8,0	7,5	0,2	22,6	67,9	22,3	0,3	299,3
Lubelskie	0,9	1,5	3,5	0,0	20,2	80,7	20,4	0,4	375,6
Lubuskie	0,9	3,9	3,7	0,1	9,4	38,8	12,2	4,1	193,9
Łódzkie	0,7	7,4	3,0	0,2	11,5	60,8	21,4	0,2	144,2
Małopolskie	1,0	1,7	1,9	0,2	25,4	38,9	38,8	0,1	373,6
Mazowieckie	1,5	1,0	1,2	0,2	24,6	102,8	19,0	0,4	273,6
Opolskie	1,5	2,4	2,4	0,0	16,2	61,7	19,5	0,2	331,0
Podkarpackie	1,5	1,8	1,9	0,5	21,6	30,5	40,3	0,1	268,0
Podlaskie	1,5	4,6	3,5	0,2	19,2	35,4	14,6	0,3	291,5
Pomorskie	1,8	9,8	3,6	0,2	34,9	34,1	21,9	0,5	437,7
Śląskie	1,6	5,2	2,8	0,5	25,1	65,4	18,2	2,0	365,7
Świętokrzyskie	1,5	0,5	0,8	0,3	11,0	43,6	10,9	0,1	321,0
Warmińsko-mazurskie	0,9	2,0	2,3	0,4	12,8	49,3	20,5	9,1	179,7
Wielkopolskie	1,4	7,6	7,9	0,3	14,6	43,0	15,7	0,2	267,1
Zachodniopomorskie	1,3	4,5	2,8	0,2	9,8	36,3	25,4	0,2	231,4

Tablica 3. Zachorowania na wybrane choroby wg województw w 2021 r. (dok.)
Table 3. Incidence of selected diseases by voivodships in 2021 (cont.)

WOJEWÓDZTWA VOIVODSHIPS	Borelioza z Lyme Lyme bor- reliosis	Szkarla- tyna (płonica) Scarlet fever	Bakteryjne zapale- nie opon mó- zgowych i/ lub mózgu Bacterial meningitis and/or en- cephalitis	Wirusowe zapalenie opon mó- zgowych Viral men- ingitis	Wirusowe zapalenie mózgu Bacterial meningitis and/or en- cephali- tis	Grypa i podej- rzenia zachorowań na grypę Influenza and influ- enza-like illness	Gruźlica Tubercu- losis	Choroby wenerycz- ne Venereal diseases	Nowo- twory złośliwe* Malignant neoplasm- sa*
W liczbach bezwzględnych In absolute numbers									
POLSKA POLAND	12 500	2 649	282	195	258	2 973 793	3 704	2 102	166 624
Dolnośląskie	470	81	24	10	19	151 819	279	143	14 007
Kujawsko-pomorskie	520	166	18	8	5	190 947	222	69	10 412
Lubelskie	1 122	103	15	12	23	86 225	249	50	8 745
Lubuskie	218	68	4	7	3	22 175	58	51	3 817
Łódzkie	300	63	9	6	5	123 109	246	48	11 554
Małopolskie	2 113	272	24	14	21	247 748	290	254	12 584
Mazowieckie	1 059	357	32	12	38	559 917	668	796	19 457
Opolskie	509	60	8	12	3	39 062	93	44	4 655
Podkarpackie	855	94	8	9	6	38 539	192	22	8 902
Podlaskie	718	54	10	6	56	49 144	63	29	4 437
Pomorskie	1 064	282	22	8	4	577 129	220	221	11 329
Śląskie	1 314	619	38	18	10	288 119	565	138	21 460
Świętokrzyskie	270	65	6	2	4	56 606	137	4	6 132
Warmińsko-mazurskie	722	39	13	30	48	51 856	82	46	5 947
Wielkopolskie	605	213	36	30	6	459 672	199	117	16 345
Zachodniopomorskie	641	113	15	11	7	31 726	141	70	6 841
Na 100 tys. ludności Per 100 thousand population									
POLSKA POLAND	32,9	7,0	0,7	0,5	0,7	7 828	9,6	5,5	438,6
Dolnośląskie	16,2	2,8	0,8	0,3	0,7	5 233	11,0	4,9	482,8
Kujawsko-pomorskie	25,7	8,2	0,9	0,4	0,2	9 434	12,2	3,4	514,4
Lubelskie	54,8	5,0	0,7	0,6	1,1	4 210	5,9	2,4	426,9
Lubuskie	22,0	6,9	0,4	0,7	0,3	2 241	10,2	5,2	385,8
Łódzkie	12,5	2,6	0,4	0,2	0,2	5 119	8,5	2,0	480,4
Małopolskie	61,6	7,9	0,7	0,4	0,6	7 221	12,1	7,4	366,8
Mazowieckie	19,2	6,5	0,6	0,2	0,7	10 156	9,8	14,4	352,9
Opolskie	53,4	6,3	0,8	1,3	0,3	4 101	9,2	4,6	488,7
Podkarpackie	40,9	4,5	0,4	0,4	0,3	1 843	5,5	1,1	425,8
Podlaskie	62,3	4,7	0,9	0,5	4,9	4 263	9,3	2,5	384,9
Pomorskie	45,1	12,0	0,9	0,3	0,2	24 477	12,9	9,4	480,5
Śląskie	29,9	14,1	0,9	0,4	0,2	6 559	11,5	3,1	488,5
Świętokrzyskie	22,6	5,4	0,5	0,2	0,3	4 744	11,5	0,3	513,9
Warmińsko-mazurskie	52,3	2,8	0,9	2,2	3,5	3 758	5,9	3,3	430,9
Wielkopolskie	17,3	6,1	1,0	0,9	0,2	13 125	5,7	3,3	466,7
Zachodniopomorskie	38,7	6,8	0,9	0,7	0,4	1 917	8,5	4,2	413,3

* Dane za 2019 r.

* Data in 2019

2. OPIEKA ZDROWOTNA

2. HEALTH CARE

2.1. Kadra medyczna

2.1. Medical personnel

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

Postępujący proces starzenia się populacji oraz wzrost liczby zachorowań na choroby przewlekłe skłaniają do prognozowania wzrostu popytu na świadczenia zdrowotne, a tym samym zwiększonego zapotrzebowania na personel medyczny. Dlatego bardzo ważne jest posiadanie dokładnych danych o zasobach kadrowych w ochronie zdrowia, a takie możliwości daje wykorzystanie źródeł innych, niż badania przy wykorzystaniu sprawozdań, mające istotne ograniczenia.

W odniesieniu do czterech zawodów medycznych: lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych¹⁵ zastosowano po raz pierwszy wyniki analizy źródeł administracyjnych, w tym głównie rejestrów¹⁶. Nowa metoda pozwoliła na uzyskanie danych wynikowych o znacznie lepszej jakości, niż dotychczas stosowane. Przedstawione dane odnoszą się do stanu na dzień 31 grudnia 2021 r. z wyjątkiem danych o absolwentach kierunków medycznych, gdzie wykorzystane zostały dane za rok akademicki 2020/2021.

Wskaźniki dotyczące przeliczeń na ludność (mieszkańców Polski) dla 2021 r. oraz 2020 r. zaktualizowano w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania wydanego za 2020 r.¹⁷

Osoby uprawnione do wykonywania zawodów medycznych

W 2021 roku prawo wykonywania zawodu posiadało 155,6 tys. lekarzy, 43,8 tys. lekarzy dentystów, 305,8 tys. pielęgniarek, 40,3 tys. położnych, 37,3 tys. farmaceutów i 17,7 tys. diagnostów laboratoryjnych. W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych, odnotowany został wzrost liczby uprawnionych do wykonywania zawodu, przy czym największy względny przyrost w 2021 r., zarejestrowano w grupie diagnostów laboratoryjnych (wzrost o 3,3%) i lekarzy (wzrost o 2,7%). Natomiast w wartościach bezwzględnych, w stosunku do roku poprzedniego, najbardziej wzrosła liczba pielęgniarek o 5,3 tys. i lekarzy o 4,1 tys.

¹⁵ Prezentowane dane obejmują: lekarzy (lekarki) i lekarzy dentystów (lekarki dentystki), a także pielęgniarki (pielęgniarzy) i położne (położnych) zamieszkałych w Polsce.

¹⁶ Na 2023 rok zaplanowano kontynuację obliczania kadry medycznej w odniesieniu do fizjoterapeutów, co umożliwi przedstawienie obliczeń według nowej metody dla kolejnej grupy pracowników medycznych.

¹⁷ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2020 r.

<https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html> – dostęp 15.12.2022 r.

**Tablica 4. Osoby posiadające prawo wykonywania zawodu medycznego
Stan w dniu 31 grudnia**

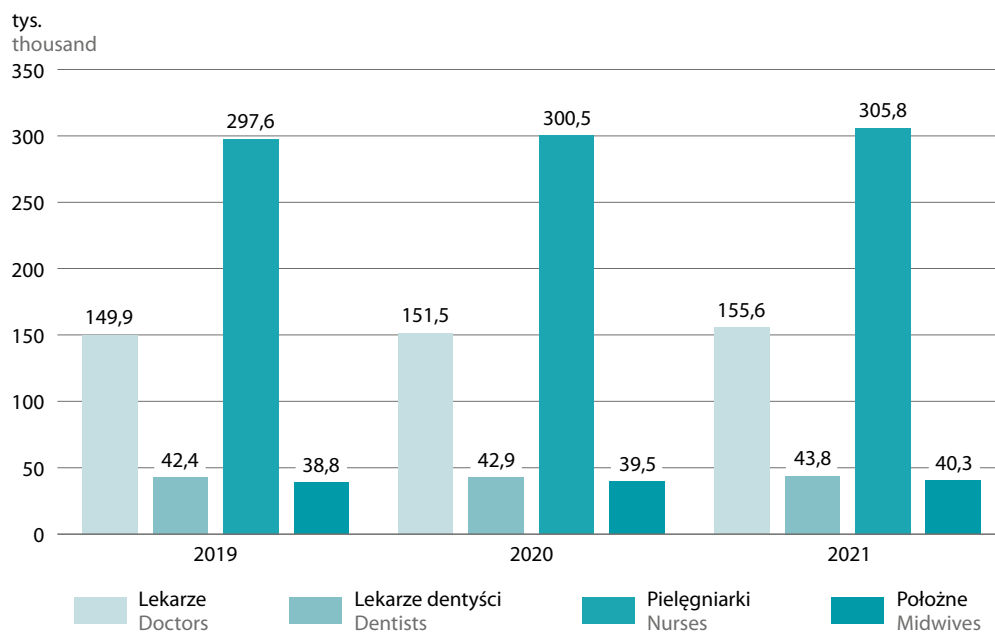
Table 4. Persons entitled to practice medical profession
As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2019	2020	2021		
			Zmiana w stosunku do 2020 r. Change in relation to 2020		
			w liczbach bezwzględnych in absolute numbers	w %	in %
Diagności laboratoryjni ^a Laboratory diagnosticians ^a	16 697	17 101	17 663	562	3,3
Farmaceuci Pharmacists	36 117	36 527	37 261	734	2,0
Lekarze Doctors	149 926	151 505	155 568	4 063	2,7
w tym kobiety: of which women	88 256	89 486	92 109	2 623	2,9
Lekarze dentyści Dentists	42 437	42 861	43 807	946	2,2
w tym kobiety: of which women	32 521	32 778	33 436	658	2,0
Pielęgniarki Nurses	297 603	300 542	305 828	5 286	1,8
w tym kobiety: of which women	290 481	292 986	297 664	4 678	1,6
Położne Midwives	38 787	39 489	40 345	856	2,2
w tym kobiety: of which women	38 713	39 416	40 269	853	2,2

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

**Wykres 6. Osoby uprawnione do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, pielęgniarki oraz położnej
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 6. Persons entitled to perform profession of a doctor, dentist, nurse, midwife
As of 31 December



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

W 2021 r. utrzymały się niepokojące tendencje w strukturze wieku lekarzy i lekarzy dentystów uprawnionych do wykonywania zawodu.

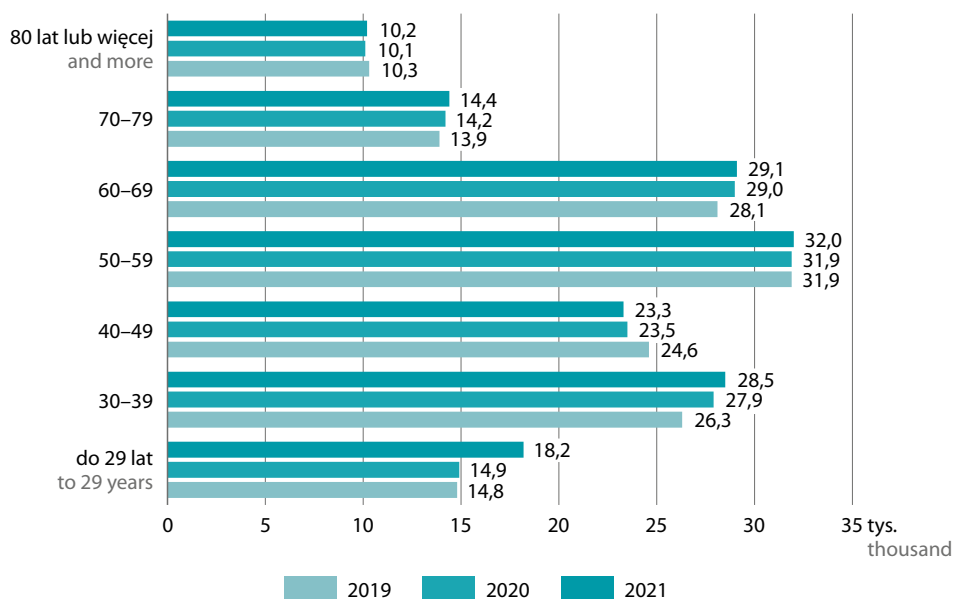
Wśród lekarzy, podobnie jak w latach poprzednich, najliczniejsza była grupa osób 50–59 lat. Ich liczba wyniosła 32 tys., a udział w ogólnej liczbie stanowił 20,6% (21,1% w roku 2020).

Jednocześnie zaobserwowano wzrost liczby lekarzy w dwóch najmłodszych grupach wieku: do 29 lat – 18,2 tys. tj. 11,7% ogółu lekarzy w 2021 r. posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2020 r. – 14,9 tys. tj. 9,8%) oraz w grupie 30–39 lat, w której liczba lekarzy wyniosła 28,5 tys. i stanowiła 18,3% ogółu lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu (w 2020 r. – 27,9 tys., tj. 18,4%).

Zmniejszył się natomiast udział lekarzy w wieku 40–49 lat (23,3 tys. w 2021 r. a w 2020 r. – 23,5 tys.).

Wykres 7. Lekarze uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku
Stan w dniu 31 grudnia

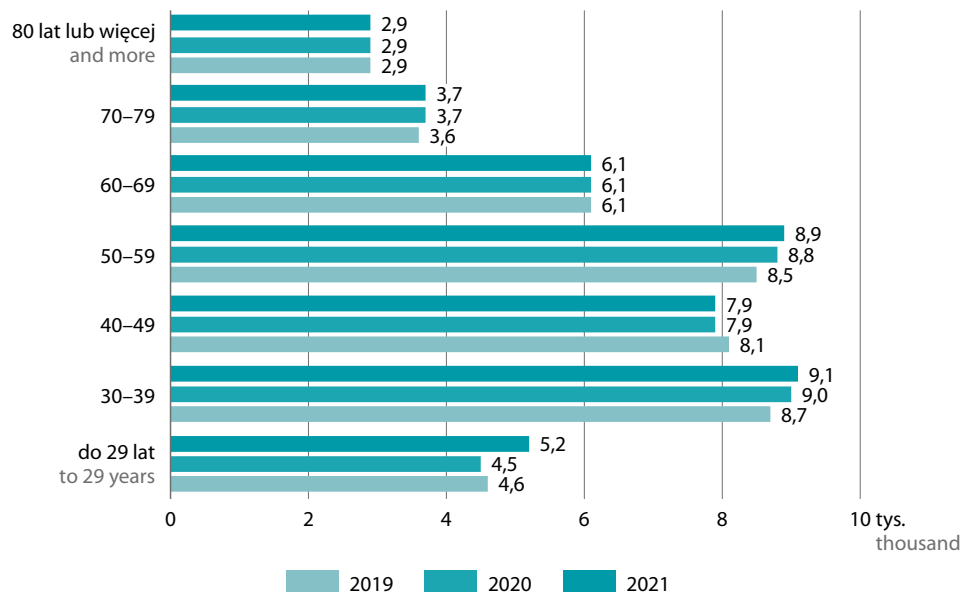
Chart 7. Doctors entitled to perform profession by age
 As of 31 December



W grupie lekarzy dentystów zmiany te przebiegały nieco inaczej. W przedstawionych trzech ostatnich latach (2019–2021) najwięcej było osób w wieku 30–39 lat i analogicznie, jak w przypadku lekarzy – 50–59 lat. Udział trzydziestolatków w ogólnej liczbie lekarzy wyniósł w 2021 r. 20,7% i był o 0,1 p. proc. większy, niż w 2020 r. Zmniejszył się w stosunku do roku poprzedniego i wyniósł 20,4%, czyli o 0,2 p. proc. udział osób w wieku 50–59 lat w 2021 r. (8,9 tys. osób ogółem, 8,8 tys. w 2020 r.). Natomiast udział osób najmłodszych – w wieku do 29 lat wyniósł 12,0% (5,2 tys. osób) w 2021 r. (wzrost o 0,8 tys. osób w stosunku do 2020 r.).

Wykres 8. Lekarze dentyści uprawnieni do wykonywania zawodu według wieku
Stan w dniu 31 grudnia

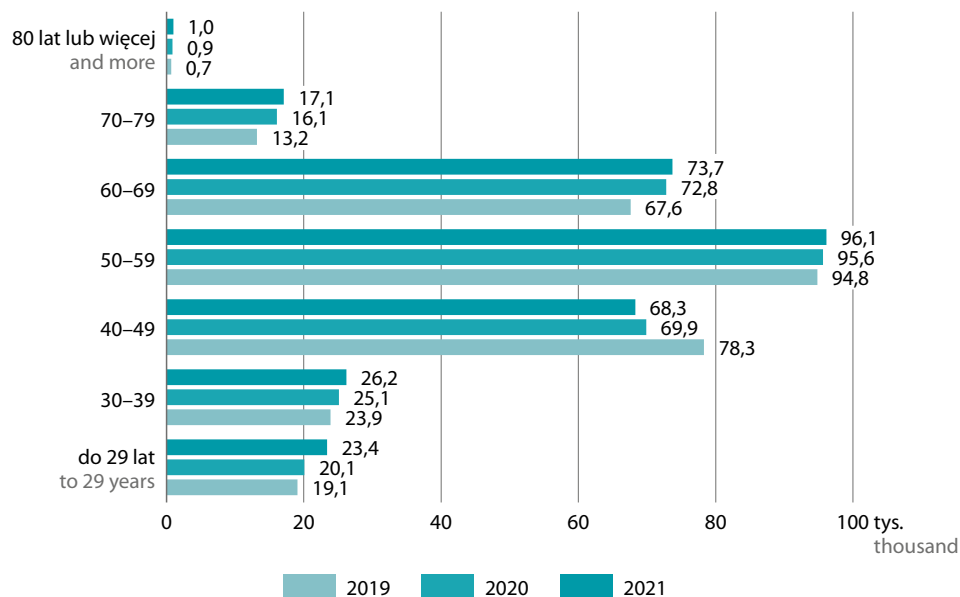
Chart 8. Dentists entitled to perform their profession by age
 As of 31 December



Zmiany w strukturze wiekowej widoczne były również w grupie pielęgniarek i położnych. Nadal obserwujemy wzrost liczby pielęgniarek w wieku 50 lat lub więcej oraz do 39 lat. W 2021 roku najwięcej pielęgniarek uprawnionych do wykonywania zawodu było w wieku 50–59 lata – 96,1 tys., jednak kolejną liczną grupą są pielęgniarki w wieku 60–69 lat (73,7 tys.) i 40–49 lat (68,3 tys.). Podobnie jak w poprzednim roku, najmniej liczną grupę stanowiły pielęgniarki w wieku 80 lat lub więcej (niecałe 1,0 tys.) i do 29 lat – 23,4 tys. W 2021 r. pielęgniarek w najstarszej grupie wieku (70 lat lub więcej) było prawie 18,0 tys., co stanowiło 5,9% ogólnej liczby osób z uprawnieniami do zawodu pielęgniarki (5,7% w roku poprzednim).

**Wykres 9. Pielęgniarki uprawnione do wykonywania zawodu według wieku
Stan w dniu 31 grudnia**

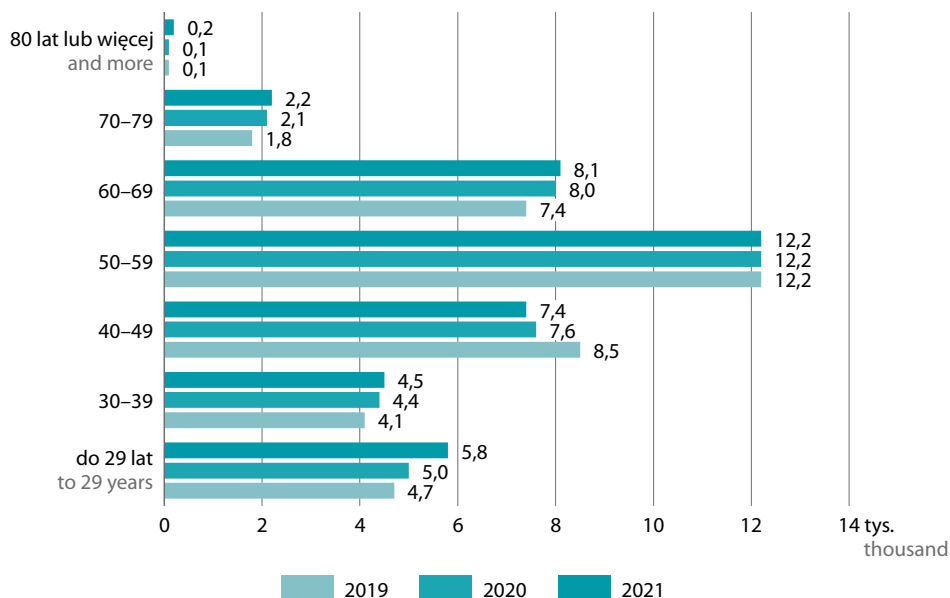
Chart 9. Nurses entitled to perform their profession by age
As of 31 December



Podobne tendencje, jak w roku poprzednim, wystąpiły w strukturze wieku położnych. W latach 2019–2021 najliczniejsza była grupa położnych w wieku 50–59 lat – 12,2 tys., ich udział w ogólnej liczbie położnych wynosił powyżej 30%, w każdym przedstawionym roku. Natomiast najmniej liczna była grupa położnych w wieku 70 lat lub więcej – około 2,4 tys. (2,3 tys. w roku poprzednim). Położne w wieku 30–39 lat stanowiły 4,5 tys. osób, co stanowiło 11,2% wszystkich osób uprawnionych do wykonywania tego zawodu, podobnie jak w poprzednim roku.

**Wykres 10. Położne posiadające prawo wykonywania zawodu według wieku
Stan na 31 grudnia**

Chart 10. Midwives entitled to perform profession by age
As of 31 December

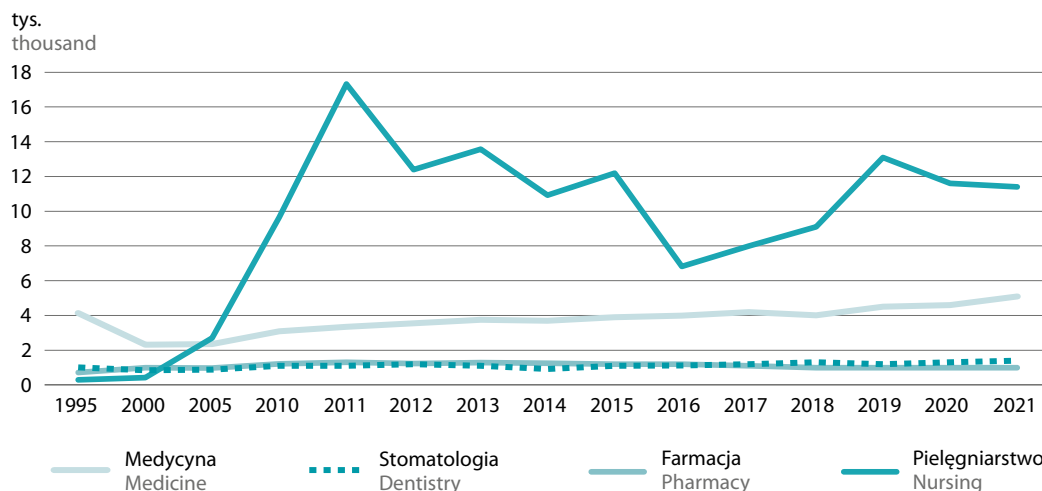


Zauważalna jest tendencja starzenia się kadry medycznej w systemie ochrony zdrowia (liczba osób w wieku 60 lat lub więcej rośnie z każdym rokiem). Wyzwaniem staje się racjonalne planowanie rozwoju kadr medycznych, zachęcenie odpowiedniej liczby osób do kształcenia na kierunkach medycznych tak, aby zapewniona była zastępowalność pokoleń w grupie personelu medycznego. Ważne jest odpowiednie kształtowanie liczebności kadry medycznej, adekwatnie do zapotrzebowania, a także jak najlepsze wykorzystanie potencjału zawodowego kadry medycznej, zgodnie z potrzebami systemu oraz wsparcie rozwoju zawodowego obecnych pracowników, jak również zapobieganie odpływowi pracowników służby zdrowia do innych zawodów, czy ich emigracji za granicę.

W celu lepszego zobrazowania problemu, jakim jest niedostateczna ilość kadry medycznej, w niniejszej publikacji przedstawiono dynamikę liczby absolwentów wybranych kierunków medycznych na przestrzeni lat. Szczególną dynamiką liczby absolwentów charakteryzuje się kierunek pielęgniarstwo¹⁸. W roku 2021 został odnotowany jej spadek o 0,2 tys. natomiast wzrosła liczba absolwentów medycyny z 4,6 tys. w 2020 r. do 5,1 tys. w 2021 r.

¹⁸ Zgodnie z aktualnie obowiązującym prawem, pielęgniarką lub położną można zostać po ukończeniu szkoły wyższej i uzyskaniu tytułu licencjata lub magistra na kierunku pielęgniarstwo lub położnictwo. Oznacza to, że osoba, która uzyskała tytuł licencjata w jednym roku, a np. 2 lata później zdała egzamin magisterski, była liczona dwukrotnie (w różnych latach). W latach 2000–2011 obserwowany był znaczny wzrost liczby absolwentów na kierunku pielęgniarstwo. Był to przede wszystkim efekt wejścia Polski do Unii Europejskiej. Dyplom potwierdzający ukończenie średniej szkoły medycznej nie stanowił już wystarczającego potwierdzenia kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej. Obecnie pielęgniarki muszą mieć ukończone trzyletnie studia licencjackie lub studia zawodowe tzw. pomostowe, które są krótsze niż w przypadku standardowego programu licencjackiego. Ostatni nabór na studia pomostowe odbył się 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.

Wykres 11. Absolwenci wybranych kierunków medycznych na uczelniach wyższych w Polsce
Chart 11. Graduates of selected medical faculties at universities in Poland

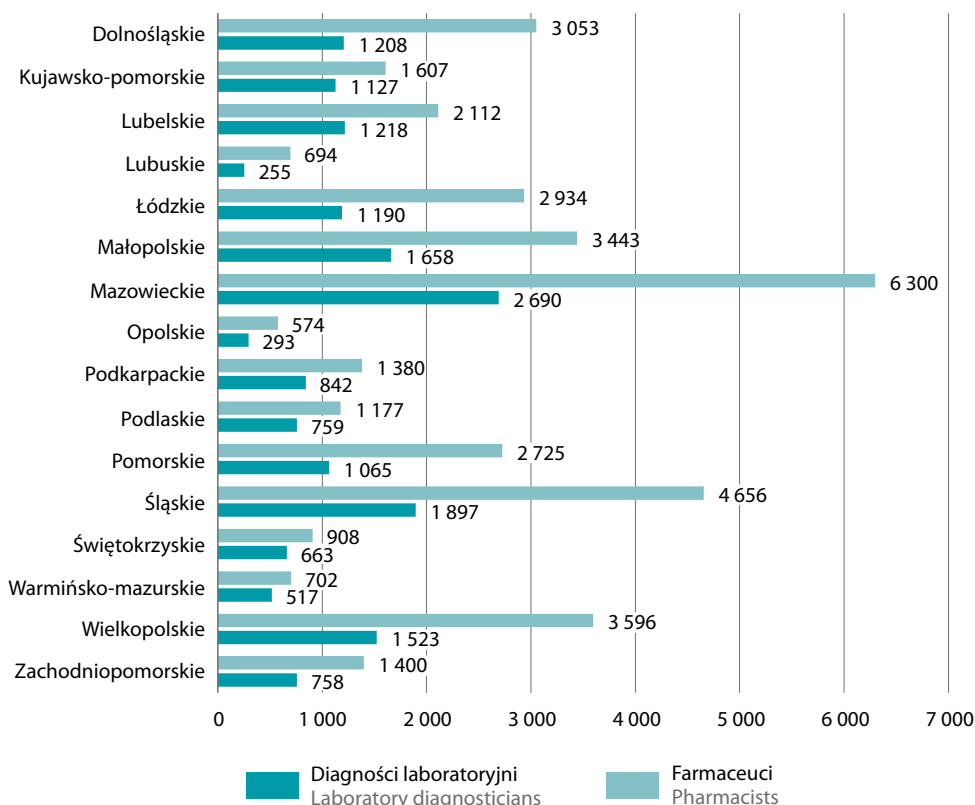


Ogólna liczba farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych posiadających prawo wykonywania zawodu wzrasta z roku na rok, co jest pozytywnym zjawiskiem, jednak istnieje duże zróżnicowanie ich liczby w zależności od województwa. Największą liczbę farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych odnotowano w województwie mazowieckim (odpowiednio 6,3 tys. i 2,7 tys.) co stanowi odpowiednio 16,9% i 15,2% ogółu osób posiadających prawo wykonywania zawodu. Najmniejszą grupę farmaceutów zarejestrowano w województwie opolskim (574 osoby tj. 1,5% ogółu osób posiadających prawo wykonywania zawodu w 2021 r.). Natomiast najmniej diagnostów laboratoryjnych posiadających prawo wykonywania zawodu w 2021 r. było w województwie lubuskim (tylko 255 osób, tj. 1,4% ogółu diagnostów).

Wykres 12. Farmaceuci i diagnostyci laboratoryjni posiadający prawo wykonywania zawodu wg województw w 2021 r.

Stan na 31 grudnia

Chart 12. Pharmacists and laboratory diagnosticians entitled to practice the profession by voivodships in 2021
As of 31 December

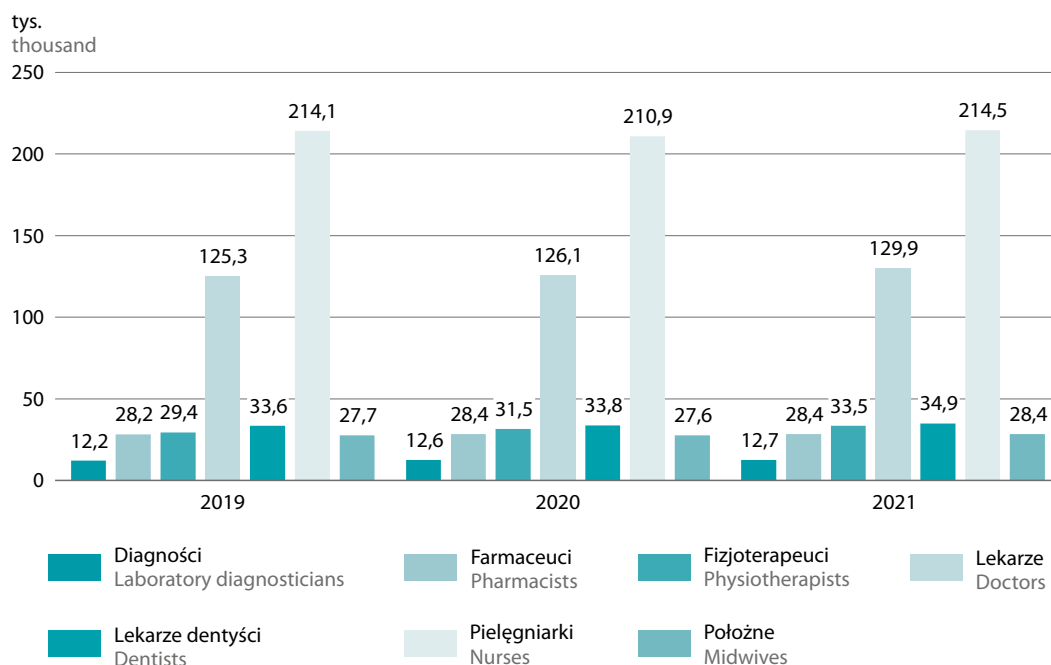


Personel medyczny pracujący bezpośrednio z pacjentem¹⁹. Lekarze specjaliści

Populacja uprawnionych do wykonywania wybranych zawodów medycznych w Polsce obejmuje wszystkie osoby mające takie prawo, bez względu na status na rynku pracy i miejsce pracy, dlatego bardziej miarodajną informacją w odniesieniu do dostępności personelu medycznego jest liczba osób pracujących bezpośrednio z pacjentem.

W 2021 roku liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wyniosła 129,9 tys., lekarzy dentyistów – 34,9 tys., pielęgniarek – 214,5 tys., położnych – 28,4 tys., farmaceutów – 28,4 tys., fizjoterapeutów – 33,5 tys. i 12,7 tys. diagnostów laboratoryjnych.

¹⁹ Patrz: Część II Uwagi metodologiczne podrozdział 2, „Podstawowe wyjaśnienia metodyczne”.

**Wykres 13. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan na 31 grudnia**
**Chart 13. Persons working directly with patient
As of 31 December**


W porównaniu z rokiem poprzednim, we wszystkich wymienionych zawodach medycznych, odnotowany został wzrost liczby osób pracujących z pacjentem, przy czym największy bezwzględny przyrost w 2021 r., zarejestrowano w grupie lekarzy (wzrost o 3,8 tys. osób) i pielęgniarek (wzrost o 3,6 tys. osób). Natomiast najmniej w stosunku do roku poprzedniego wzrosła liczba pracujących z pacjentem farmaceutów o 49 osób i diagnostów laboratoryjnych o 196 osób.

Jednym z najważniejszych zagadnień jest efektywne wykorzystanie kadr medycznych. Zapewnienie odpowiedniej dostępności do personelu medycznego, opartej na potrzebach mieszkańców, stanowi jedno z najważniejszych wyzwań współczesnej polityki zdrowotnej. Dostępność ta zależy od wielu czynników. Jednym z nich jest rozmieszczenie przestrzenne kadry pracującej bezpośrednio z pacjentem. Pod tym względem na terytorium Polski występowały znaczne różnice między województwami.

W 2021 r. liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem przypadająca na 10 tys. ludności wynosiła dla Polski 34 osoby i wahała się od 23 osób w województwie lubuskim do powyżej 43 osób w województwie mazowieckim.

Natomiast w tym samym roku liczba lekarzy dentyistów przypadająca na 10 tys. mieszkańców przekroczyła 9 osób (średnia dla Polski) i wahała się od 6 osób w województwie kujawsko-pomorskim do 11 osób w województwie łódzkim.

Liczba pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem, na 10 tys. mieszkańców, w 2021 roku wynosiła niecałe 57 osób dla Polski. Najniższą liczbę odnotowano w województwie pomorskim – niespełna 46 pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców. Najwięcej pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców było w województwie świętokrzyskim – powyżej 68.

Natomiast liczba położnych przypadająca w 2021 r. na 10 tys. kobiet przekroczyła 14 i wahała się od 11 położnych w województwie lubuskim do powyżej 17 w województwach: lubelskim i podkarpackim.

W przypadku diagnostów laboratoryjnych (średnia dla Polski 3,4 w 2021 r.) i farmaceutów (średnia dla Polski 7,5 w 2021 r.) nie ma istotnych różnic pomiędzy średnią osób pracujących z pacjentem w tych zawodach medycznych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach.

W przypadku fizjoterapeutów średnia dla Polski na 10 tys. mieszkańców w 2021 r. wyniosła blisko 9 osób (wzrasta z roku na rok), przy czym najwyższy wskaźnik odnotowano w województwie podkarpackim (15 osób), a najmniejszy w wielkopolskim (5 fizjoterapeutów na 10 tys. mieszkańców).

Tablica 5. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem na 10 tys. mieszkańców wg województw Stan w dniu 31 grudnia

Table 5. Persons working directly with patient on 10 thousand population by voivodships As of 31 December

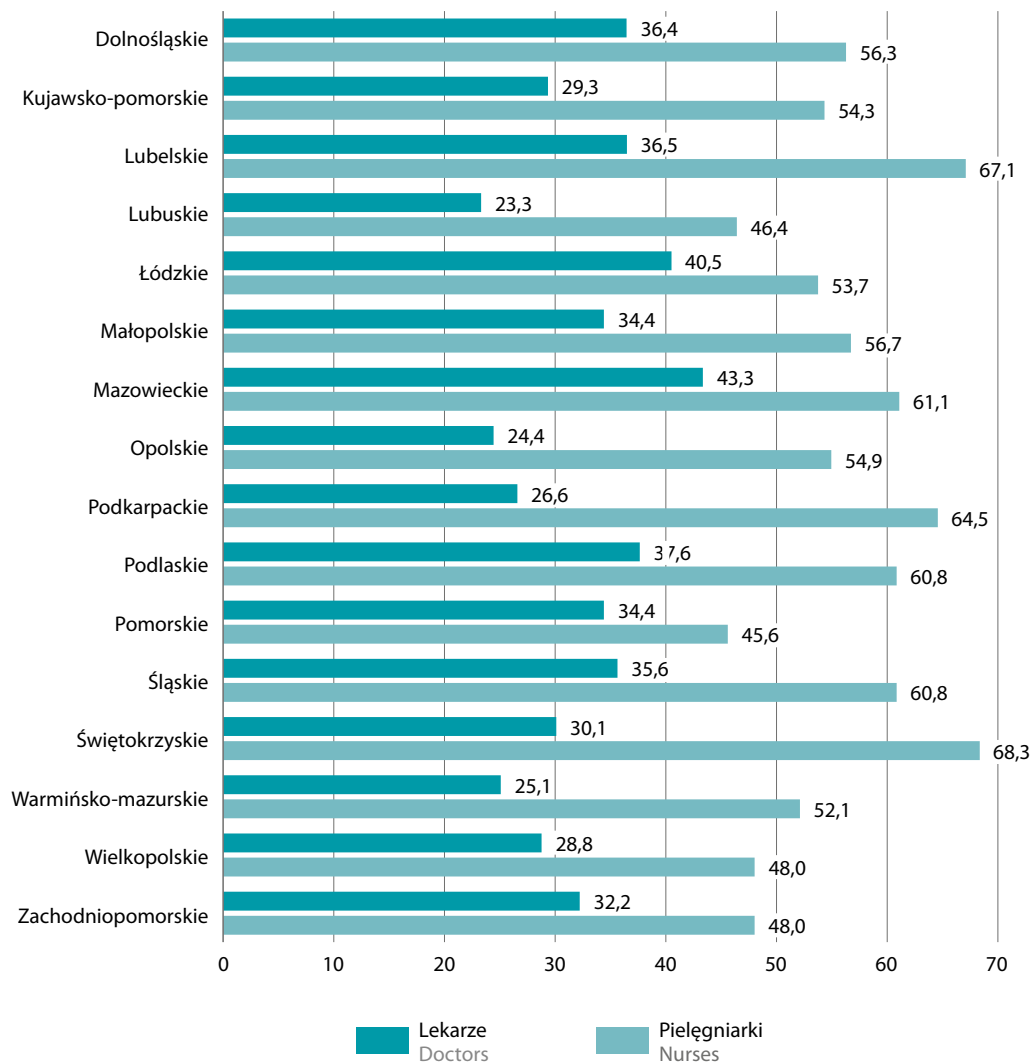
WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION		Diagności Laboratory diagnosti- cians	Farmaceuci Pharmacists	Fizjoterapeuci Physiothera- pists	Lekarze Doctors	Lekarze dentyści Dentists	Pielęgniarki Nurses	Położne ^a Midwives ^a
POLSKA	2019	3,2	7,3	7,6	32,7	8,8	55,8	14,0
Poland	2020	3,3	7,5	8,3	33,1	8,9	55,4	14,0
	2021	3,4	7,5	8,8	34,3	9,2	56,6	14,5
Dolnośląskie		2,8	7,7	8,0	36,4	10,2	56,3	12,3
Kujawsko-pomorskie		3,9	7,1	11,1	29,3	6,1	54,3	13,8
Lubelskie		3,4	8,8	8,4	36,5	9,9	67,1	17,2
Lubuskie		2,3	6,0	7,6	23,3	7,4	46,4	11,0
Łódzkie		3,1	8,8	6,5	40,5	11,0	53,7	16,2
Małopolskie		3,6	7,4	11,4	34,4	9,3	56,7	14,6
Mazowieckie		3,8	8,0	9,1	43,3	10,9	61,1	14,8
Opolskie		2,5	6,2	9,3	24,4	7,0	54,9	12,8
Podkarpackie		4,0	6,2	15,0	26,6	7,9	64,5	17,3
Podlaskie		4,2	7,8	6,9	37,6	10,7	60,8	16,7
Pomorskie		3,4	7,7	5,8	34,4	9,4	45,6	11,9
Śląskie		3,3	7,8	8,7	35,6	8,7	60,8	14,4
Świętokrzyskie		4,7	6,8	14,1	30,1	8,3	68,3	16,3
Warmińsko-mazurskie		3,1	5,4	7,3	25,1	6,7	52,1	11,7
Wielkopolskie		2,7	7,8	5,3	28,8	8,4	48,0	15,6
Zachodniopomorskie		2,7	6,4	9,0	32,2	10,1	48,0	12,6

a na 10 tys. kobiet.
a per 10 thousand women.

Źródło: dane Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji oraz Głównego Urzędu Statystycznego.
Source: data of the Ministry of Health, Ministry of Interior and Administration, Statistics Poland.

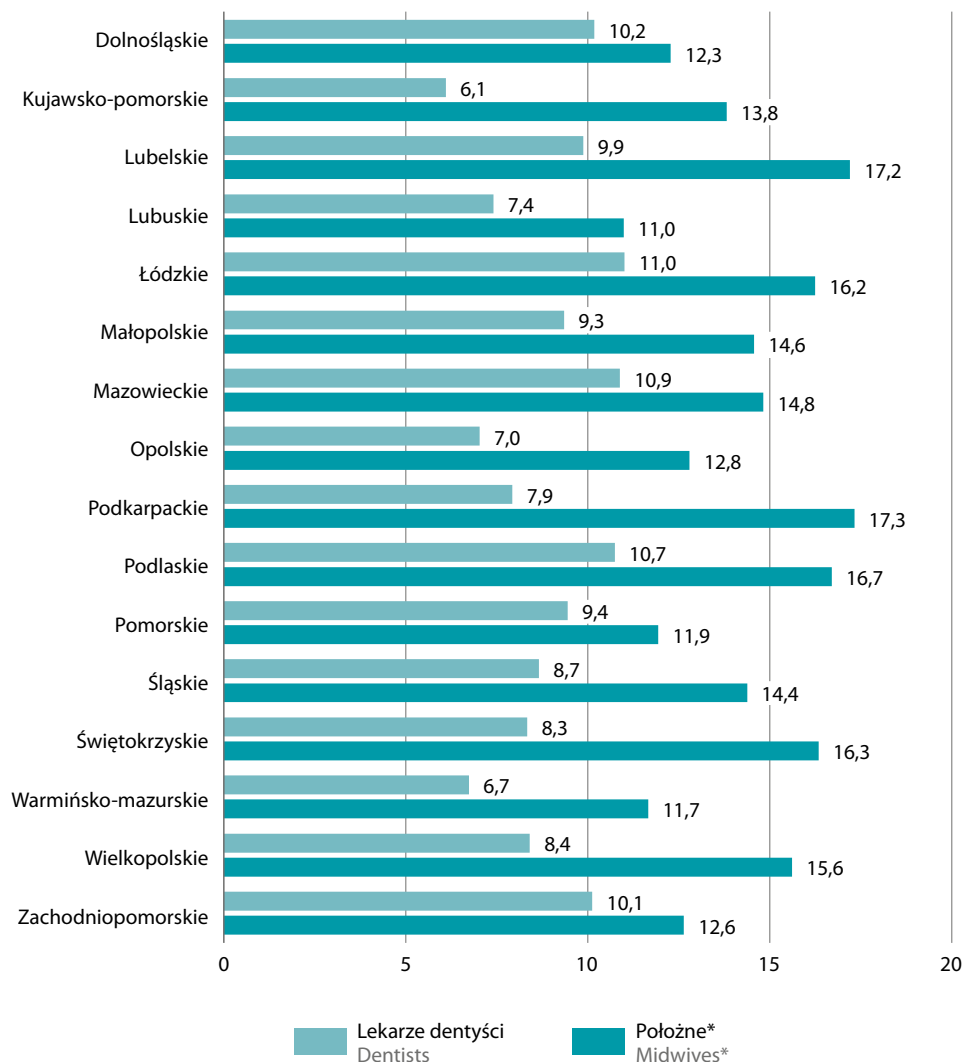
Wykres 14. Lekarze i pielęgniarki pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności według województw w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 14. Doctors and nurses working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2021
As of 31 December



Wykres 15. Lekarze dentyści i położne pracujący z pacjentem na 10 tys. ludności wg województw w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 15. Dentists and midwives working directly with patient per 10 thousand of the population by voivodships in 2021
As of 31 December



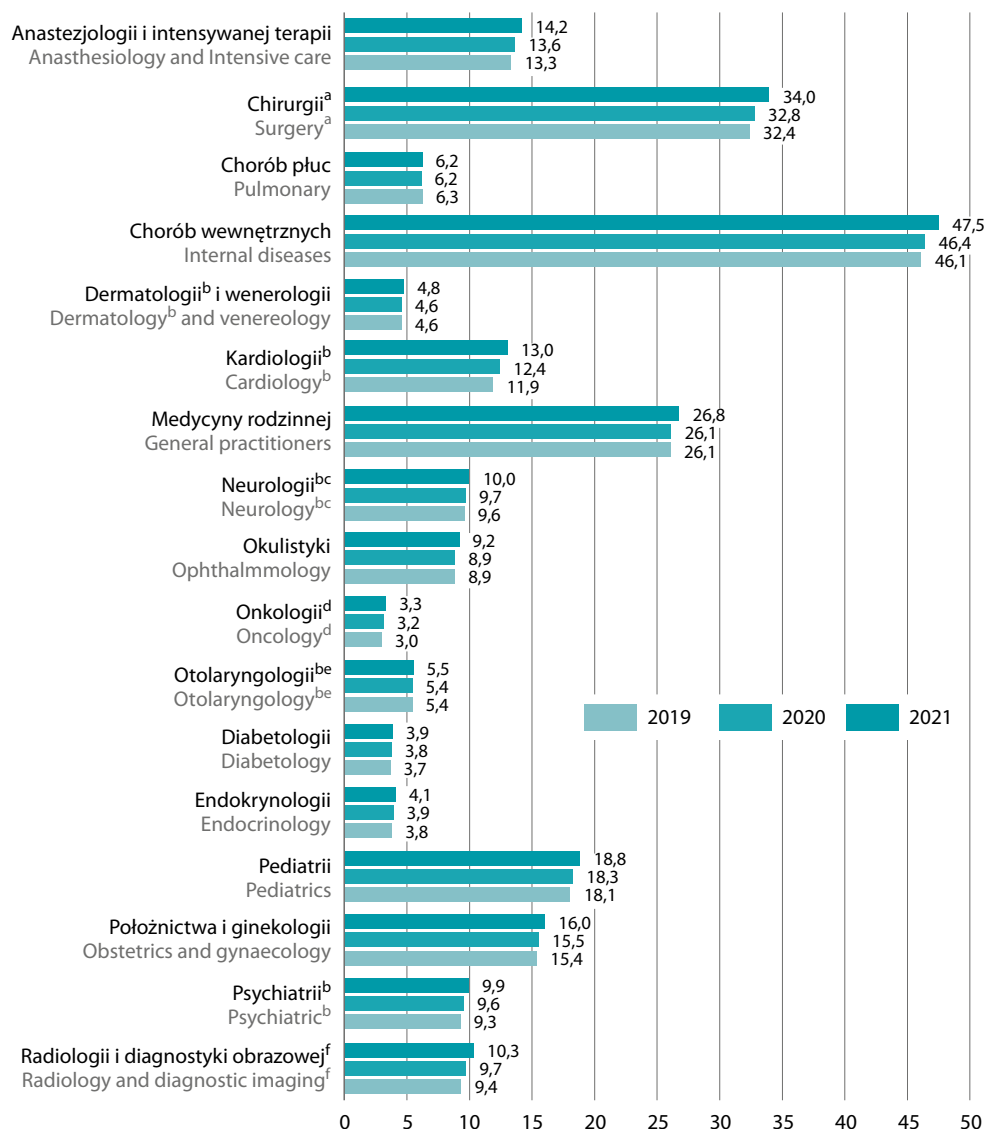
* Wskaźnik dotyczy położnych w przeliczeniu na 10 tys. kobiet.

* The indicator concerns midwives per 10 thousand women.

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. W 2021 r. liczba lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem w Polsce wyniosła około 129,9 tys., z czego powyżej 67% lekarzy to specjaliści (ponad 87 tys.), a wśród lekarzy dentyistów pracujących z pacjentem (34,9 tys.) specjalizację posiadało 6,3 tys., co stanowiło powyżej 18% ogółu dentyistów pracujących z pacjentem.

Wykres 16. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty) na 100 tys. ludności
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 16. Selected specialisations of practicing doctors (with specialization in the II degree and specialist title) per 100 thousand population
 As of 31 December



a Chirurgii ogólnej, dziecięcej, klatki piersiowej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, neurochirurgii, chirurgii onkologicznej, plastycznej, szczękowo-twarzowej, kardiochirurgii oraz chirurgii naczyniowej i urologii. b Łącznie ze specjalistami dziecięcymi. c-f Także: c – neuropatologii, d – onkologii i hematologii dziecięcej, e – otorynolaryngologii, f – radioterapii onkologicznej i radiologii dziecięcej.

a General surgery, paediatric, thoracic surgery, trauma and orthopaedic surgery, neurosurgery, oncological, plastic, maxillo-facial surgery, cardiosurgery as well as vascular surgery and urology. b Including children's specialists. c-f Also: c – neuropathology, d – oncological pathology and children's oncology and haematology, e – otorynolaryngology, f – oncological radiotherapy and children's radiology.

Uwaga: suma liczby posiadanych specjalizacji jest większa niż łączna liczba lekarzy specjalistów w tych dziedzinach z uwagi na możliwość posiadania większej liczby specjalizacji przez jedną osobę.

Note: the sum of the number of specializations held is greater than the total number of specialists in these fields due to the possibility of one person having more specializations.

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, w których brakuje specjalistów.

W latach 2019–2021 najwięcej lekarzy (około 18 tys., w każdym analizowanym roku) posiadało specjalizację w dziedzinie chorób wewnętrznych (blisko 21% ogółu specjalizacji). Na drugim miejscu znalazła się medycyna rodzinna (10,1 tys. w 2021 r. i 9,9 tys. rok wcześniej) a na kolejnym – pediatria (około 7,0 tys. w latach 2019–2021, tj. 8,2% ogółu specjalizacji).

**Tablica 6. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 6. Selected specialisations of practicing doctors
As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2019		2020		2021	
	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors
Alergologia Allergology	1 334	1,6	1 354	1,6	1 373	1,6
Anestezjologia i intensywna terapia Anesthesiology and intensive therapy	5 114	6,0	5 187	6,1	5 382	6,2
Chirurgia ogólna General surgery	5 730	6,8	5 704	6,7	5 775	6,6
Chirurgia onkologiczna Oncological surgery	869	1,0	887	1,0	939	1,1
Choroby płuc Respiratory diseases	2 409	2,8	2 350	2,8	2 369	2,7
Choroby wewnętrzne Internal diseases	17 706	20,9	17 685	20,8	18 015	20,6
Choroby zakaźne Infectious diseases	895	1,1	884	1,0	892	1,0
Dermatologia i wenerologia Dermatology and venereology	1 771	2,1	1 758	2,1	1 818	2,1
Diabetologia Diabetology	1 418	1,7	1 446	1,7	1 474	1,7
Endokrynologia Endocrinology	1 466	1,7	1 499	1,8	1 567	1,8
Gastroenterologia Gastroenterology	1 017	1,2	1 049	1,2	1 073	1,2
Kardiologia Cardiology	4 422	5,2	4 585	5,4	4 786	5,5
Medycyna pracy Occupational medicine	1 537	1,8	1 513	1,8	1 531	1,8
Medycyna ratunkowa Emergency medicine	1 036	1,2	1 052	1,2	1 084	1,2
Medycyna rodzinna General practitioners	10 005	11,8	9 949	11,7	10 147	11,6

Tablica 6. Wybrane specjalizacje lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem (dok.)
Stan w dniu 31 grudnia

Table 6. Selected specialisations of practicing doctors (cont.)
 As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2019		2020		2021	
	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy specjalistów in % of all specialist doctors
Nefrologia Nephrology	1 289	1,5	1 304	1,5	1 340	1,5
Neonatologia Neonatology	1 469	1,7	1 476	1,7	1 521	1,7
Neurologia Neurology	3 296	3,9	3 318	3,9	3 388	3,9
Okulistyka Ophthalmology	3 401	4,0	3 380	4,0	3 484	4,0
Onkologia kliniczna Oncology	944	1,1	992	1,2	1 049	1,2
Ortopedia i traumatologia narządu ruchu Trauma and orthopaedic surgery	3 511	4,1	3 557	4,2	3 725	4,3
Otolaryngologia Otolaryngology	2 006	2,4	1 994	2,3	2 021	2,3
Pediatrica Paediatrics	6 935	8,2	6 957	8,2	7 143	8,2
Położnictwo i ginekologia Obstetrics and gynaecology	5 908	7,0	5 916	7,0	6 072	7,0
Psychiatria Psychiatry	3 348	4,0	3 403	4,0	3 515	4,0
Radiologia i diagnostyka obrazowa Radiology and diagnostic imaging	2 991	3,5	3 089	3,6	3 273	3,7
Rehabilitacja medyczna Physical medicine and rehabilitation	1 725	2,0	1 733	2,0	1 752	2,0
Reumatologia Rheumatology	1 588	1,9	1 568	1,8	1 593	1,8
Urologia Urology	1 272	1,5	1 291	1,5	1 337	1,5
Zdrowie publiczne Public health	870	1,0	813	1,0	791	0,9

Uwaga: suma liczby posiadanych specjalizacji jest większa niż łączna liczba lekarzy specjalistów w tych dziedzinach z uwagi na możliwość posiadania większej liczby specjalizacji przez jedną osobę.

Note: the sum of the number of specializations held is greater than the total number of specialists in these fields due to the possibility of one person having more specializations.

Natomiast na koniec 2021 r. najliczniejszą grupę stanowili lekarze dentyści specjalizujący się w dziedzinach takich jak: protetyka stomatologiczna (1,4 tys.), stomatologia zachowawcza z endodoncją (blisko 1,4 tys.) i ortodoncją (1,2 tys. specjalizacji).

**Tablica 7. Wybrane specjalizacje lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 7. Selected specialisations of dentists working directly with patient
As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2019		2020		2021	
	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy dentystów specjalistów in % of all specialist dentists	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy dentystów specjalistów in % of all specialist dentists	liczba specjalizacji w danej dziedzinie number of specializations in a given domain	w % ogółu lekarzy dentystów specjalistów in % of all specialist dentists
Chirurgia stomatologiczna Dental surgery	845	13,9	859	14,1	902	14,3
Chirurgia szczękowo-twarzowa Maxillo-facial surgery	319	5,2	334	5,5	361	5,7
Ortodoncja Orthodontics	1 154	18,9	1 166	19,1	1 195	19,0
Periodontologia Periodontology	475	7,8	481	7,9	492	7,8
Protetyka stomatologiczna Dental prosthetics	1 378	22,6	1 381	22,7	1 408	22,3
Stomatologia dziecięca Children's dentistry	517	8,5	527	8,7	555	8,8
Stomatologia zachowawcza z endodencją Restorative dentistry	1 349	22,1	1 326	21,8	1 378	21,9

Uwaga: suma liczby posiadanych specjalizacji jest większa niż łączna liczba lekarzy dentystów specjalistów w tych dziedzinach z uwagi na możliwość posiadania większej liczby specjalizacji przez jedną osobę.

Note: the sum of the number of specializations held is greater than the total number of specialists dentists in these fields due to the possibility of one person having more specializations.

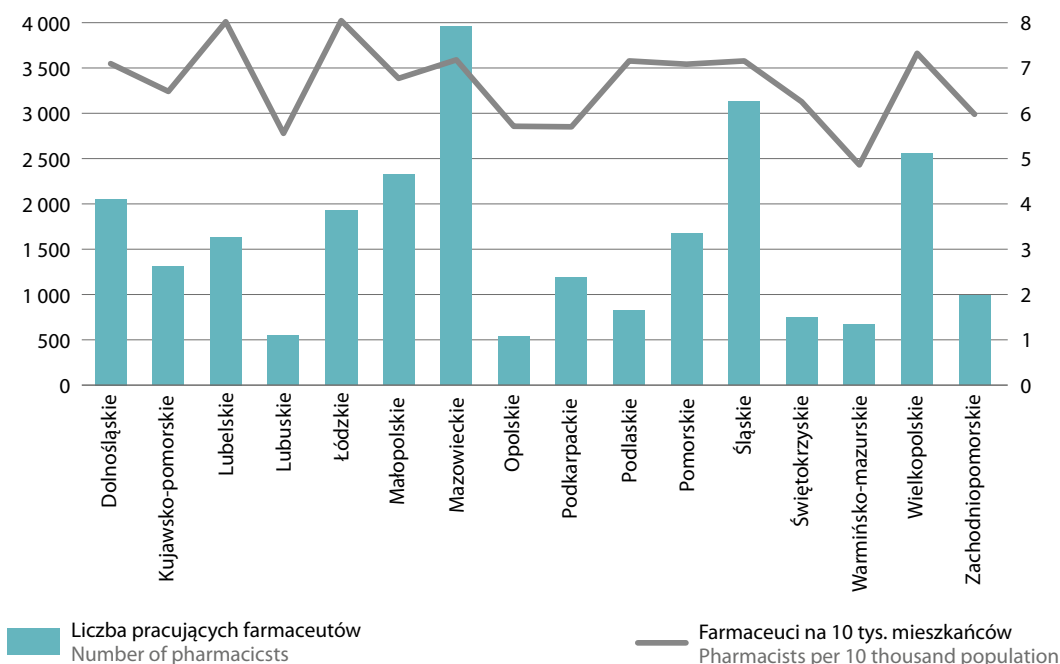
Liczba osób pracujących bezpośrednio z pacjentem w zawodzie farmaceuty w ostatnich trzech latach (2019–2021) utrzymuje się na tym samym poziomie (powyżej 28 tys. farmaceutów).

Największą liczbą bezwzględną farmaceutów pracujących w aptekach i punktach aptecznych w 2021 r. charakteryzowało się największe województwo: mazowieckie – ponad 4 tys. osób, natomiast najmniejszą województwa najmniejsze: opolskie i lubuskie – poniżej 600 osób w każdym z tych województw.

Nieco inny obraz przedstawia analiza liczby farmaceutów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach. Wskaźnik ten był najwyższy w województwach: łódzkim i lubelskim – wyniósł 9 farmaceutów na 10 tys. mieszkańców, najniższy natomiast w województwie warmińsko-mazurskim (5 osób), przy czym średni wskaźnik dla Polski wyniósł w 2021 r. 7,5.

**Wykres 17. Farmaceuci w aptekach i punktach aptecznych na 10 tys. mieszkańców
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 17. Pharmacists in pharmacies and pharmaceutical outlets per 10 thousand population
As of 31 December

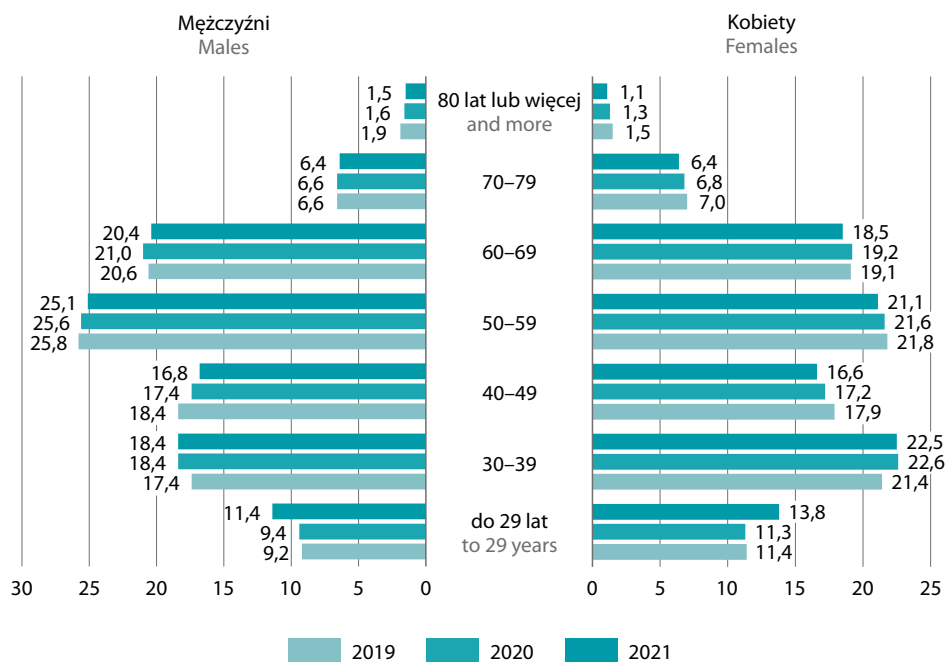


Analogicznie jak w grupie osób posiadających prawo wykonywania zawodu zaobserwowano feminizację zawodów lekarzy i lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem, wyraźniejszą wśród lekarzy dentystów (73,9% kobiet w 2021 r. a o 0,3 p. proc. więcej w poprzednim roku), niż wśród lekarzy, gdzie kobiety stanowiły około 58,2% w 2021 r. i nieco mniej – 58,0% w roku poprzednim.

Wśród lekarzy mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2021 r. najliczniejszą grupę (25,1%) stanowiły osoby w wieku 50–59 lat (rok wcześniej – około 25,6%). W przypadku lekarzy kobiet w 2021 r. najliczniejszą grupę stanowiły osoby w wieku 30–39 lat (22,5% – o 0,1 p. proc. mniej niż w 2020 r.). Drugą równie liczną grupą wśród kobiet lekarzy były osoby w wieku 50–59 lat (21,1% w 2021 r., o 0,5 p. proc. mniej niż w poprzednim roku).

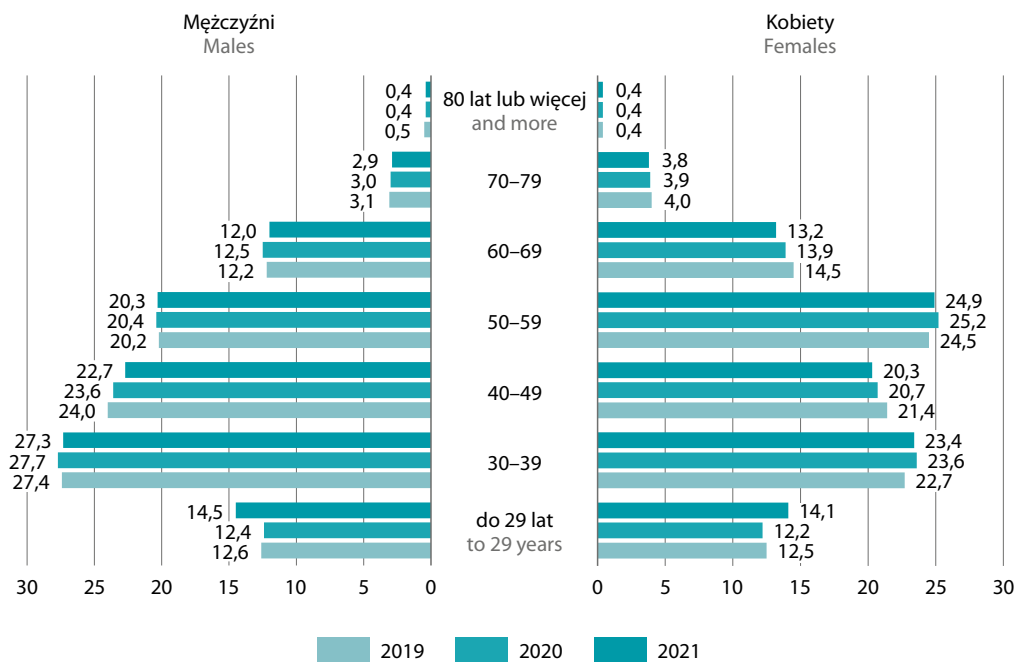
Wykres 18. Struktura lekarzy pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 18. Structure of doctors working directly with patient by sex and age
 As of 31 December



Wykres 19. Struktura lekarzy dentystów pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 19. Structure of dentists working directly with patient by sex and age
 As of 31 December



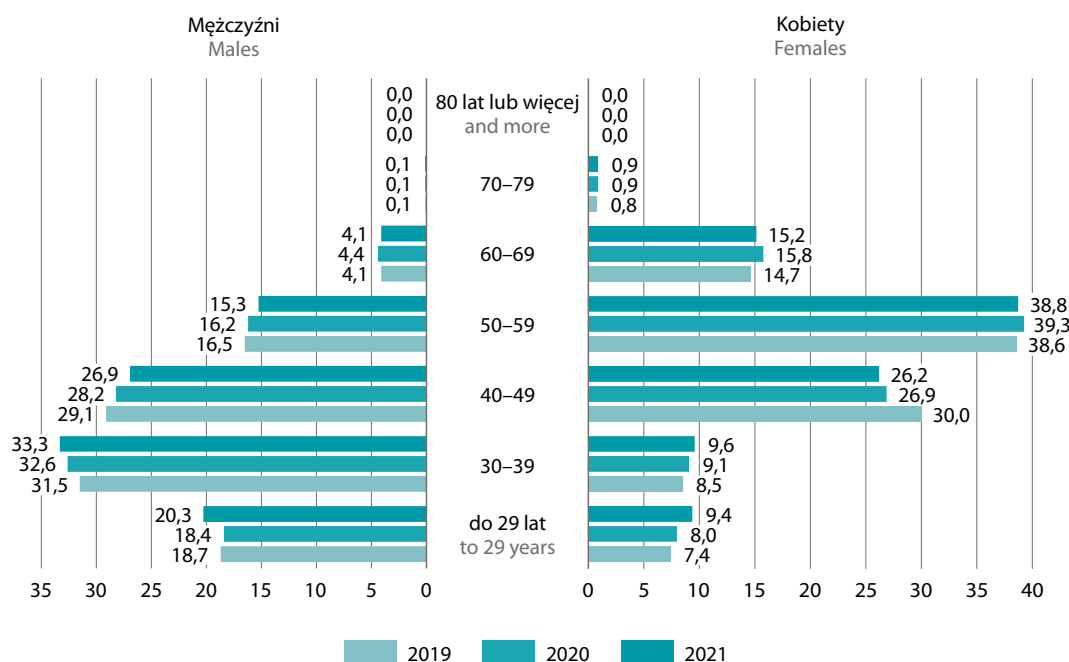
Najliczniejszą grupą wśród lekarzy dentystów mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2021 r. były osoby w wieku 30–39 lat (27,3%, rok wcześniej – 27,7%). Wśród kobiet najliczniejszą grupą w tym zawodzie medycznym były osoby w wieku 50–59 lat, które stanowiły 24,9% w 2021 r. i 25,2% rok wcześniej.

Podobnie jak w grupie osób posiadających prawo wykonywania zawodu pielęgniarki i położnej, odnotowano dominujący udział kobiet wykonujących ten zawód i pracujących bezpośrednio z pacjentem, znacznie wyraźniejszą wśród położnych (prawie 99,8% kobiet w obydwóch latach), niż wśród pielęgniarek, gdzie kobiety stanowiły blisko 97,0% w 2021 r. – o 0,2 p. proc. więcej w 2020 r.

Wśród kobiet wykonujących pracę pielęgniarki najliczniejszą grupą były osoby w wieku 50–59 lat, które stanowiły 38,8% w 2021 r. i 39,3% rok wcześniej. Natomiast wśród mężczyzn dominują osoby w wieku 30–39 lat (33,3%, o 0,7 p. proc. więcej niż przed rokiem).

Wykres 20. Struktura pielęgniarek pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia

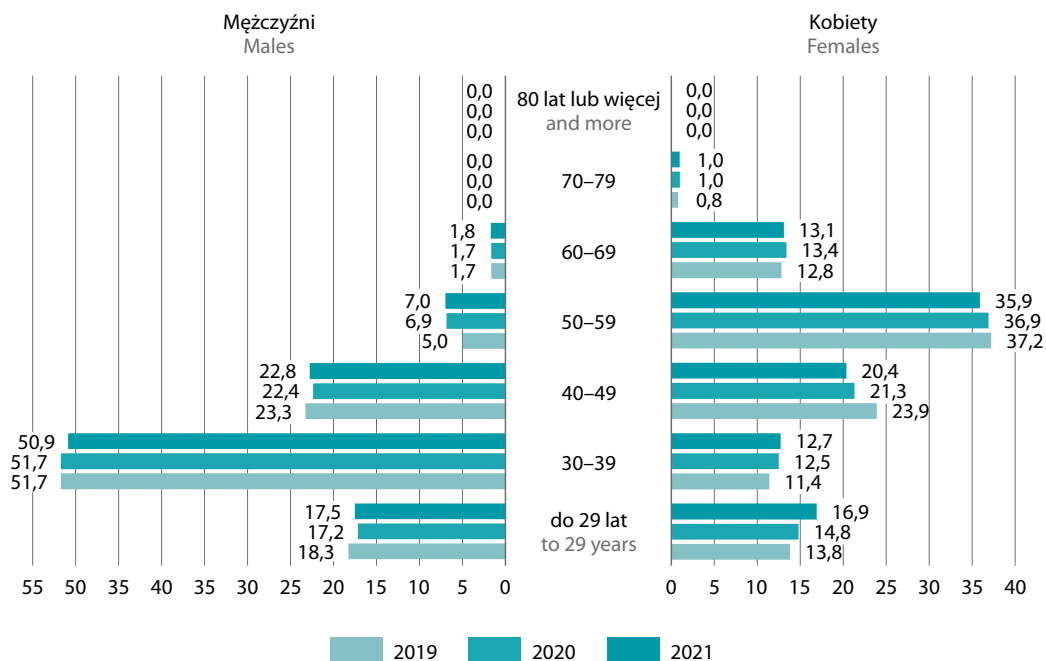
Chart 20. Structure of nurses working directly with patient by sex and age
 As of 31 December



Całkowita liczba mężczyzn pracujących bezpośrednio z pacjentem wykonujących zawód położnej w 2021 r. wynosiła 57 osób, w 2020 r. – 1 osobę więcej. Najliczniejszą grupą wśród położnych kobiet pracujących bezpośrednio z pacjentem w 2021 r. były osoby w wieku 50–59 lat (35,9%, rok wcześniej – 36,9%).

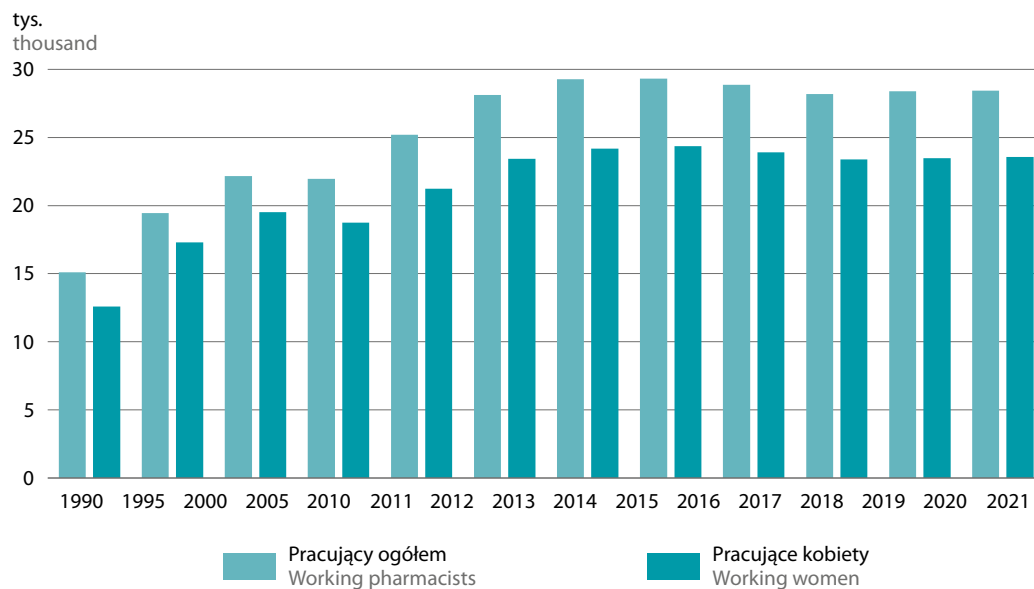
**Wykres 21. Struktura położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem wg płci i wieku
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 21. Structure of midwives working directly with patient by sex and age
As of 31 December



**Wykres 22. Farmaceuci pracujący bezpośrednio z pacjentem z uwzględnieniem liczby kobiet
Stan w dniu 31 grudnia**

Chart 22. Pharmacists working directly with patient including the number of female
As of 31 December



Wśród farmaceutów pracujących bezpośrednio z pacjentem przeważają kobiety, w ostatnich 7 latach (2015-2021) ich udział w każdym roku wynosił około 83%.

**Tablica 8. Osoby pracujące bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 8. Persons working directly with patient
As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2019	2020	2021		
				zmiana w stosunku do 2020 r. change in relation to 2020	
				w liczbach bezwzględnych in absolute numbers	w % in %
Diagności laboratoryjni Laboratory diagnosticians	12 176	12 553	12 749	196	1,6
Farmaceuci Pharmacists	28 195	28 387	28 436	49	0,2
w tym kobiety: of which women	23 384	23 491	23 581	90	0,4
Fizjoterapeuci Physiotherapists	29 361	31 479	33 451	1 972	6,3
Lekarze Doctors	125 349	126 064	129 893	3 829	3,0
w tym kobiety: of which women	72 659	73 113	75 540	2 427	3,3
Lekarze dentyści Dentists	33 648	33 772	34 874	1 102	3,3
w tym kobiety: of which women	25 081	25 060	25 784	724	2,9
Pielęgniarki Nurses	214 104	210 923	214 533	3 610	1,7
w tym kobiety: of which women	208 549	204 958	208 003	3 045	1,5
Położne Midwives	27 703	27 629	28 388	759	2,7
w tym kobiety: of which women	27 643	27 571	28 331	760	2,8

Średni wiek lekarza pracującego bezpośrednio z pacjentem w 2021 r. wynosił 48 lat, przy czym wśród kobiet był on nieco niższy, niż wśród mężczyzn. Średnia wieku mężczyzn wyniosła powyżej 50 lat a średnia wieku kobiet – 48-49 lat.

Średni wiek lekarza dentysty pracującego bezpośrednio z pacjentem w 2021 r. wynosił 45 lat i pozostał na zbliżonym poziomie, jak w w latach poprzednich (46 lat). W 2021 r. w tej grupie zawodów medycznych średni wiek kobiet (powyżej 46 lat) był nieco wyższy, niż wiek mężczyzn (44 lata) i również pozostał na zbliżonym poziomie w porównaniu z rokiem poprzednim.

Średni wiek pielęgniarki pracującej bezpośrednio z pacjentem w latach 2019-2021 wynosił 49-50 lat, przy czym wśród mężczyzn był on zdecydowanie niższy (powyżej 40 lat).

Średni wiek ogółu położnych pracujących z pacjentem w 2021 r. wynosił 46 lat (47 lat – poprzedni rok i dwa lata wcześniej). Ze względu na ogromną dominację kobiet w zawodzie położnej podobnie wyglądał średni wiek kobiet w 2021 r., który wyniósł około 46 lat i był wyższy niż wiek mężczyzn (37 lat).

**Tablica 9. Średnia wieku osób pracujących bezpośrednio z pacjentem
Stan w dniu 31 grudnia**

Table 9. Average age of people working directly with patient
As of 31 December

WYSZCZEGÓLNIENIE SPECIFICATION	2019			2020			2021		
	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females	ogółem total	męż- czyźni males	kobiety females
	w latach in years								
Lekarze Doctors	49	50	49	49	50	49	48	50	48
Lekarze dentyści Dentists	46	45	47	46	45	46	45	44	46
Pielęgniarki Nurses	49	40	49	49	40	50	49	40	49
Położne Midwives	47	36	47	47	37	47	46	37	46

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–lecnicze 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.

Wskaźniki prezentowane w całym dziale, które odnoszą się do ludności za 2020 r. i 2021 r. zostały zaktualizowane w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.

Szpitala ogólne²⁰

W Polsce na koniec 2021 r. funkcjonowało 899 stacjonarnych szpitali ogólnych, o 1 więcej niż przed rokiem, oraz 219 szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia), o 5,3% więcej niż w 2020 r. Dysponowały one łącznie 168,8 tys. łóżek²¹ oraz 5,8 tys. miejsc dziennych. Było to odpowiednio o 0,6% (tj. 950 łóżek) i o 4,8% (tj. 266 miejsc) więcej niż w roku poprzednim.

Zgodnie z deklaracją podmiotów leczniczych²² w szpitalach dziennych, znajdowało się zaledwie 0,2% łóżek szpitalnych (345 łóżek) oraz 18,4% miejsc dziennych (1 066 miejsc).

Wskaźnik liczby szpitali na 100 tys. mieszkańców, uwzględniający placówki jednego dnia, wyniósł średnio dla Polski 2,9 szpitala i był największy w województwach: śląskim (4,3), warmińsko–mazurskim (3,9), dolnośląskim (3,7) i opolskim (3,4), a najmniejszy w województwach: wielkopolskim (1,7) i pomorskim (1,9). Ten sam wskaźnik dla szpitali stacjonarnych na poziomie kraju wyniósł, podobnie jak przed rokiem, 2,4 szpitala. Był największy w województwach: śląskim i opolskim (po 3,2) a najmniejszy w województwach: wielkopolskim (1,6) i pomorskim (1,7).

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

W 2021 r. wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności kraju wyniósł 44,4 łóżka, o 0,4 więcej niż w 2020 r. (stan w dniu 31 grudnia). Na koniec 2021 roku na jedno łóżko przypadało przeciętnie

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

21 Stan w dniu 31 grudnia 2021 r.

22 Od 2019 r. podmioty lecznicze deklarują charakter działalności szpitala (szpital stacjonarny/dzienny), patrz: wzór sprawozdania MZ–29 – o działalności szpitala ogólnego w 2021 r.

225 mieszkańców, o 2 osoby mniej niż w roku poprzednim. Wskaźnik liczby łóżek w szpitalach stacjonarnych na 10 tys. ludności był wyższy w większości województw, za wyjątkiem czterech: pomorskiego, lubuskiego, śląskiego i lubelskiego. Największy wzrost tego wskaźnika wystąpił w województwach: opolskim (o 4,1) i podlaskim (o 1,7 więcej), a największy spadek w pomorskim (o 3,0 mniej). Biorąc pod uwagę bezwzględną liczbę łóżek w szpitalach ogólnych, największy wzrost odnotowano w województwie mazowieckim (25,1 tys. łóżek, o 777 łóżek więcej) a największy spadek w pomorskim (7,9 tys. łóżek, o 705 łóżek mniej).

Mapa 2. Szpitale ogólne^a na 100 tys. ludności oraz łóżka w szpitalach na 10 tys. ludności według województw w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 2. General hospitals^a per 100 thousand population and hospital beds per 10 thousand population by voivodships in 2021 As of 31 December

Szpital na 100 tys. ludności
Hospitals per 100 thousand

Polska Poland = 2,4

3,0–3,2 (4)

2,5–2,9 (3)

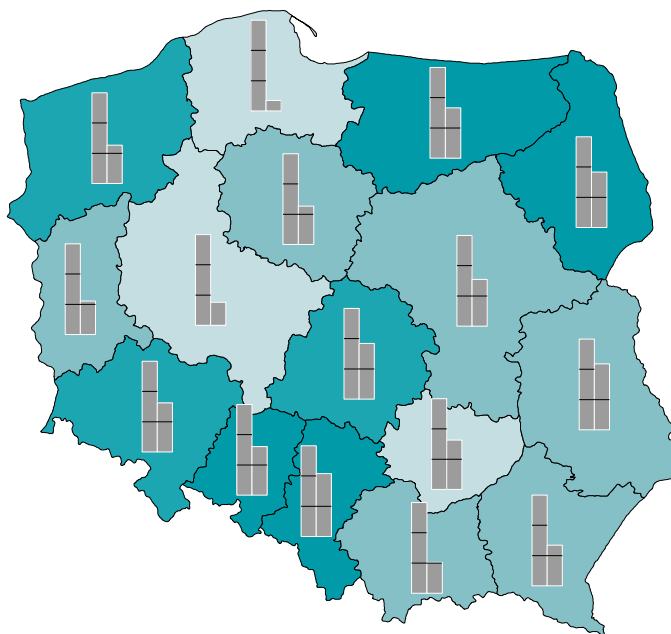
2,0–2,4 (6)

1,6–1,9 (3)

Łóżka na 10 tys. ludności
Beds per 10 thous. population

Polska Poland = 44,4

30
20
10
0



a Nie dotyczy szpitali dziennych (tzw. szpitali jednego dnia).

a Excluding day care hospitals (i.e. one day hospitals).

Ponad ¼ (28,1%) wszystkich łóżek w szpitalach ogólnodostępnych w Polsce znajdowało się w dwóch największych pod względem liczby ludności województwach: mazowieckim (25,1 tys. łóżek) i śląskim (22,2 tys. łóżek). Najmniejsze województwa pod względem liczebności mieszkańców, czyli województwa: lubuskie i opolskie dysponowały łącznie 5,0% łóżek szpitalnych w kraju (lubuskie – 4,0 tys. i opolskie – 4,3 tys. łóżek).

W 2021 r., kolejnym roku epidemii COVID-19, w szpitalach ogólnych hospitalizowano 6 332,2 tys. pacjentów²³, o 10,4%, tj. 597,2 tys. osób więcej niż w roku 2020, pierwszym roku epidemii.

Na 10 tys. ludności Polski przypadało 1 667 hospitalizacji, o 165 więcej w porównaniu do 2020 roku.

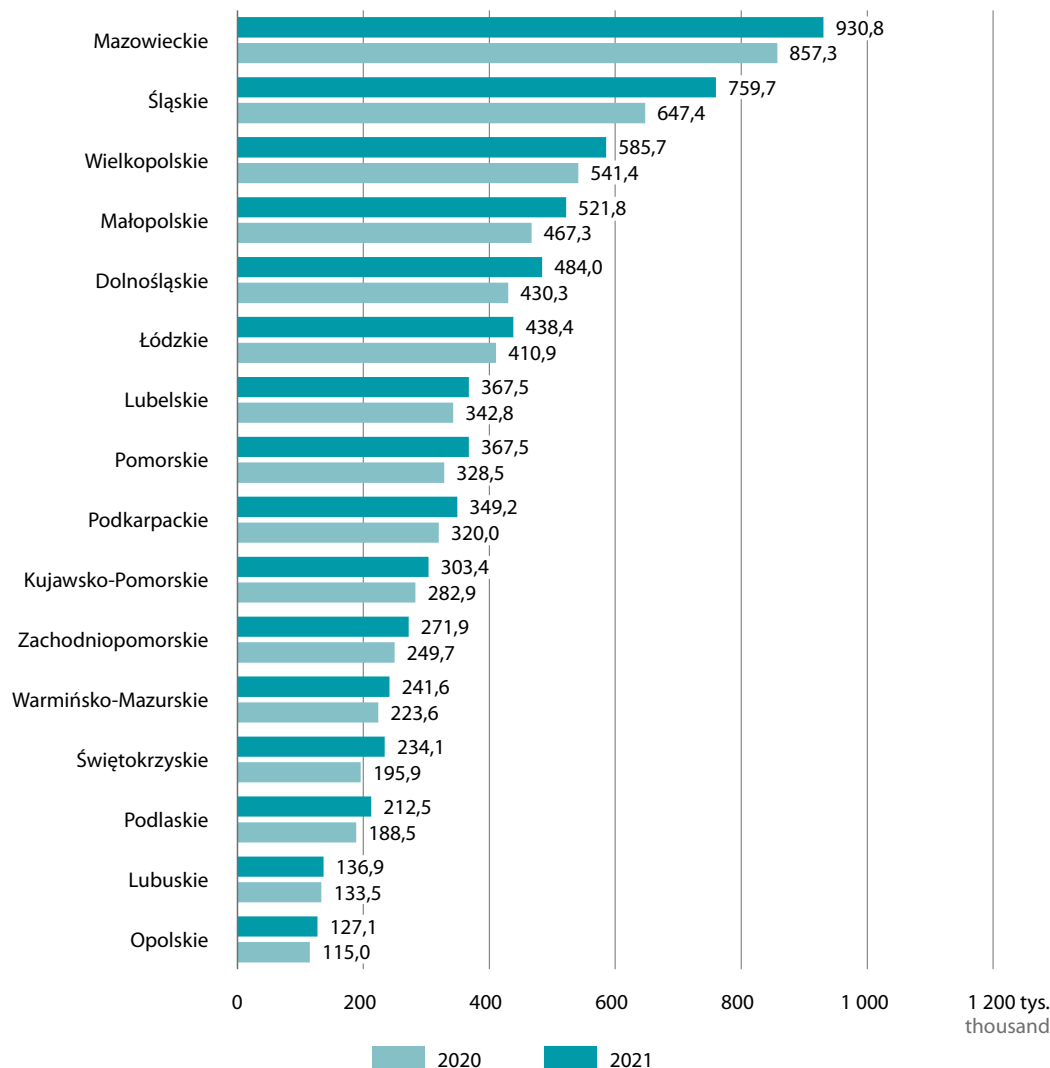
W ujęciu wojewódzkim wskaźnik liczby hospitalizowanych na 10 tys. ludności zwiększył się we wszystkich województwach. Największy wzrost odnotowano w województwach: świętokrzyskim²⁴ (o 336), śląskim (o 267) i podlaskim (o 218).

23 Pacjenci wpisani w księgę 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.

24 Wyjaśnienia dostarczone przez szpital w województwie świętokrzyskim w powiecie koneckim, wskazują na zmianę metodologii liczenia pacjentów i znaczny wzrost liczby hospitalizacji jednodniowych na oddziałach ratunkowych.

Podobnie jak w latach poprzednich najwięcej pacjentów, w odniesieniu do ogółem hospitalizowanych w kraju, odnotowano w województwach o największej liczbie mieszkańców. W województwie mazowieckim było to 14,7% ogółu leczonych w szpitalach ogólnych w kraju, śląskim – 12,0% pacjentów, a w wielkopolskim – 9,2% ogółem pacjentów hospitalizowanych w kraju. Najmniej osób przebywało na leczeniu stacjonarnym w najmniej zaludnionych województwach takich jak: opolskie (2,0%), lubuskie (2,2%) i podlaskie (3,4% ogółu hospitalizacji w kraju).

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



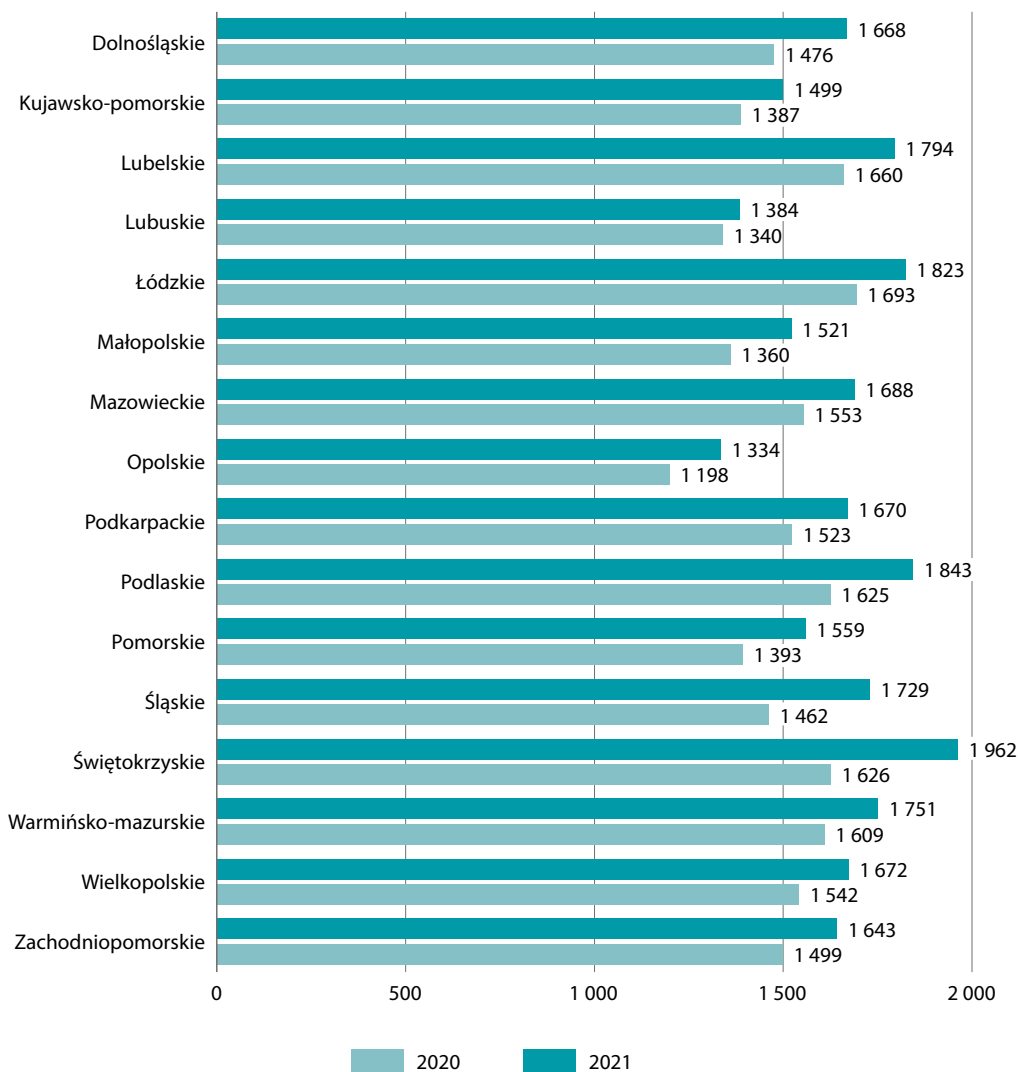
^a Pacjenci wpisani w księgę głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).

^a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

Odsetek dzieci i młodzieży do 18 roku życia leczonych w systemie stacjonarnym w szpitalach ogólnych w kraju, podobnie jak przed rokiem, wyniósł 16,6% (tj. 1 051,2 tys. osób, o 10,1% więcej niż w 2020 r.). W województwach: pomorskim, mazowieckim, podlaskim, małopolskim i kujawsko-pomorskim blisko 1/5 hospitalizacji dotyczyła ludzi młodych (do 18 roku życia), podczas gdy w województwach: opolskim i świętokrzyskim ponad 1/10 hospitalizowanych to osoby, które nie ukończyły 18 lat (kolejno 10,8% i 10,9%). Niemal we wszystkich województwach było hospitalizowanych więcej dzieci i młodzieży niż przed rokiem. Największy wzrost liczby hospitalizacji w porównaniu do 2020 r. odnotowano w województwach: podlaskim (o 23,8%), dolnośląskim

(o 18,2%), śląskim (o 15,7%), lubuskim (o 15,0%), małopolskim (o 14,8%) pomorskim (o 13,9%), podkarpackim (o 13,7%) i świętokrzyskim (o 12,3%). Tylko w jednym województwie liczba hospitalizacji młodszych pacjentów była mniejsza (województwo łódzkie, o 4,6% mniej). Najwięcej hospitalizacji dzieci i młodzieży (184,2 tys. osób) odnotowano w szpitalach województwa mazowieckiego. Stanowiło to 17,5% ogółu dzieci i młodzieży hospitalizowanych w kraju.

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

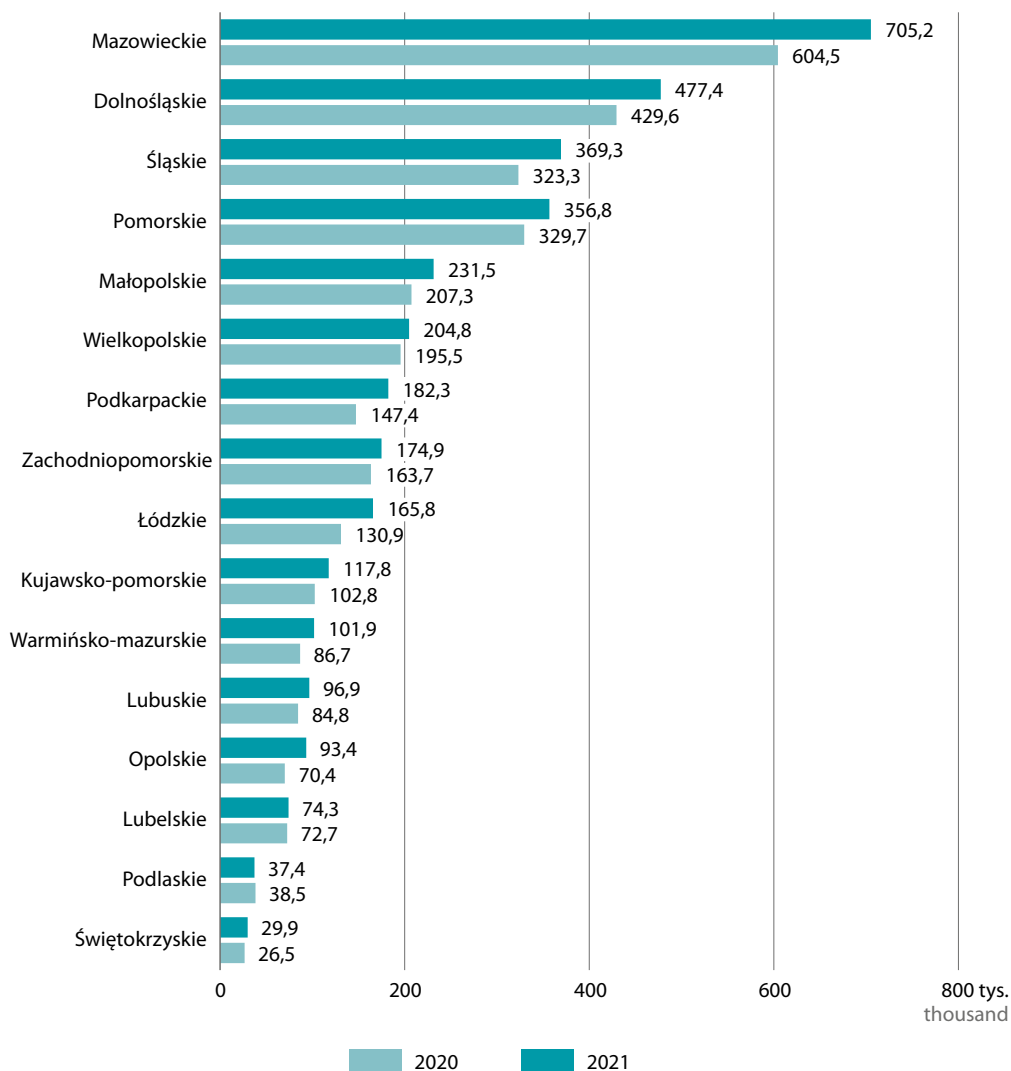


^a Pacjenci wpisani w księgę głównej szpitala i przyjęci do szpitala w ciągu roku (bez ruchu chorych między oddziałami szpitala).

^a Patients registered in the hospital main register and admitted to the hospital during the year (without patients transfers between hospital wards).

W 2021 r. w ramach opieki dziennej, realizowanej w szpitalach ogólnych stacjonarnych i dziennych, leczonych było łącznie 3 419,4 tys. osób, o 13,4% więcej niż w 2020 r. Pacjenci leczeni dziennie w szpitalach stacjonarnych stanowili 94,2% a leczeni w szpitalach dziennych (tzw. szpitalach jednego dnia) – 5,8%.

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



W 2021 r. w szpitalach ogólnych przyjęto 326,5 tys. porodów (o 6,6% mniej niż rok wcześniej), z czego 51,6% stanowiły porody fizjologiczne, 46,6% cesarskie cięcia i 1,8% inne porody (m.in. porody kleszczowe i przy użyciu próżniociągu).

Urodziło się 328,7 tys. dzieci²⁵ i było to w skali kraju o 6,3% (22,2 tys.) mniej niż w 2020 r. oraz o 13,6% (tj. o 51,7 tys. dzieci) mniej w porównaniu do 2016 r. W odniesieniu do 2020 r. mniejsza liczba dzieci urodziła się w szpitalach wszystkich województw, a spadek ten wahał się od 12,3% mniej w przypadku województwa warmińsko-mazurskiego (urodziło się tu 10,5 tys. dzieci) do – 1,8% mniej w województwie podlaskim, gdzie przyszło na świat 10,0 tys. noworodków. W najliczniej zamieszkiwanym województwie mazowieckim urodziło się najwięcej dzieci²⁶ 54,8 tys., o 4,8% mniej w porównaniu do 2020 r. Największy spadek urodzonych dzieci w szpitalach, w liczbach bezwzględnych, odnotowano w województwie śląskim (o 3,5 tys. dzieci mniej niż przed rokiem).

²⁵ Bez noworodków zmarłych w trakcie pierwszych sześciu dni życia i bez dzieci martwo urodzonych.

²⁶ jw.

Oddziały szpitalne w szpitalach ogólnych

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

W 2021 r., pomimo epidemii COVID-19 i dynamicznych zmian szpitalnej bazy łóżkowej w ciągu roku, na koniec roku odnotowano ogółem w kraju – 168,4 tys. łóżek, o 0,5% (0,9 tys. łóżek) więcej niż roku poprzednim. Najwięcej łóżek – 34,6 tys. (20,5% łóżek w szpitalach ogólnych) przeznaczonych było dla pacjentów wymagających leczenia chirurgicznego²⁷. Blisko połowa tych łóżek znajdowała się na oddziałach chirurgii ogólnej (18,9 tys. łóżek), z czego 1,6 tys. na chirurgii dziecięcej, a ponad ¼ (8,9 tys. łóżek) na oddziałach chirurgii urazowo–ortopedycznej. Około 5,0% łóżek chirurgicznych przeznaczonych było na leczenie najmłodszych pacjentów (do 18 roku życia). Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały oddziały chirurgii szczękowo–twarzowej (0,4 tys. łóżek).

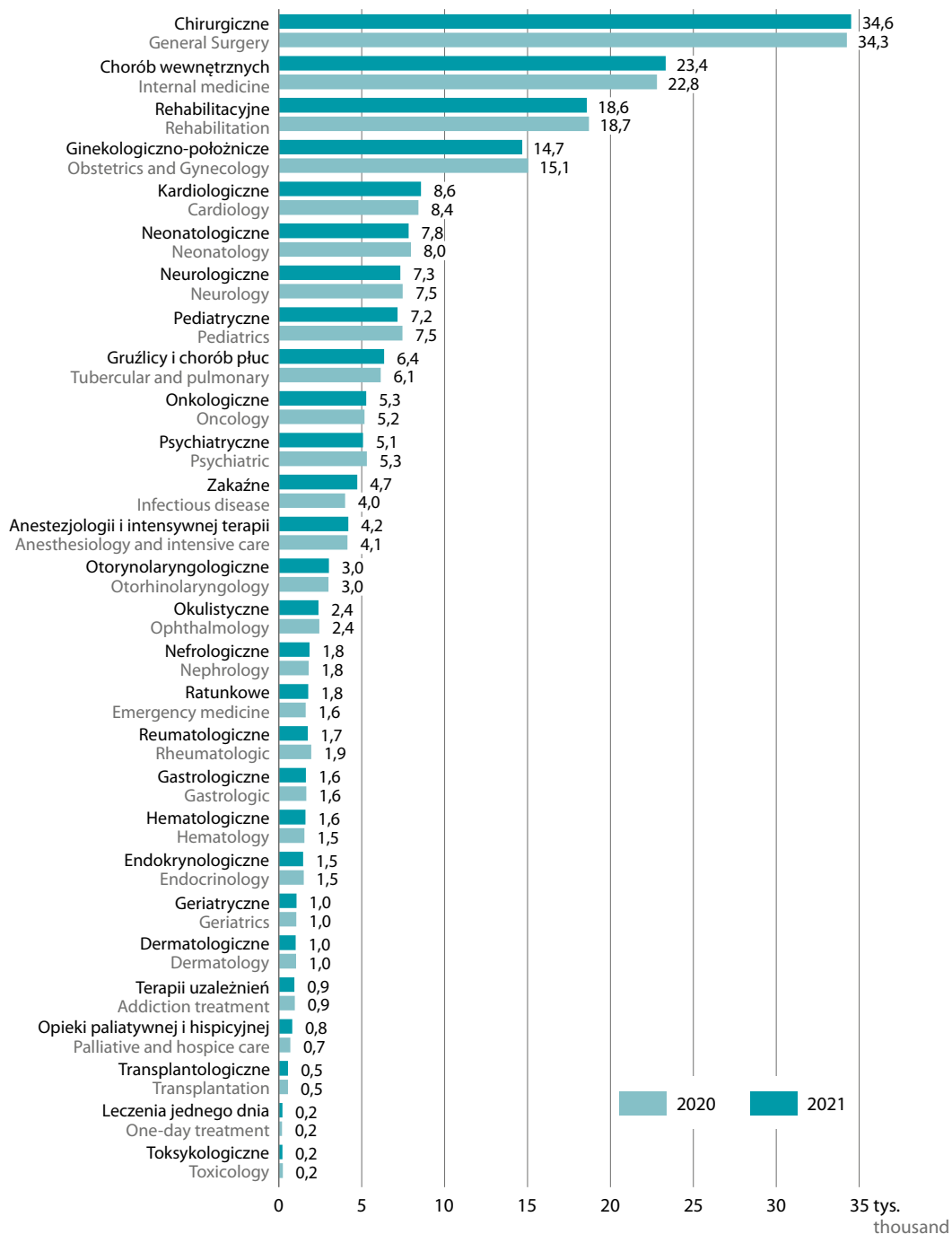
Poza omówioną grupą oddziałów o specjalności chirurgicznej, oddziałami dysponującymi znaczną liczbą łóżek w skali kraju, były oddziały: chorób wewnętrznych (13,9% łóżek ogółem w szpitalach), rehabilitacyjne (11,0%), ginekologiczno–położnicze (8,7%), kardiologiczne (5,1%), neonatologiczne (4,6%), pediatryczne (4,3%), neurologiczne (4,3%) oraz gruźlicy i chorób płuc (3,8% łóżek).

Oddziały, na których odnotowano największy wzrost liczby łóżek w porównaniu do 2020 r. (kierując się wielkością bezwzględną) to oddziały zakaźne²⁸ – o 0,7 tys. (tj. o 18,3% łóżek więcej) i oddziały chorób wewnętrznych – o 0,5 tys. (tj. o 2,3%) w dalszej kolejności oddziały gruźlicy i chorób płuc o 0,2 tys. (tj. o 3,4%) oraz ratunkowe o 0,2 tys. (tj. o 10,1%) i oddziały kardiologiczne – o 0,2 tys. (tj. o 1,8% więcej). Także na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej, na których liczba łóżek systematycznie z roku na rok jest większa, w 2021 r. odnotowano blisko 0,8 tys. łóżek (0,1 tys. więcej niż przed rokiem, tj. 16,1%). Największy spadek liczby łóżek miał miejsce na oddziałach ginekologiczno–położniczych, na których liczba łóżek zmniejszyła się o 2,4% (tj. o 0,4 tys. łóżek).

27 Do oddziałów chirurgicznych zaliczono: chirurgię ogólną, dziecięcą, urazowo–ortopedyczną, neurochirurgię, urologię, chirurgię szczękową i kardiochirurgię oraz inne o charakterze chirurgicznym (m.in. oddziały wieloprofilowe zabiegowe).

28 W związku z epidemią COVID-19 oprócz łóżek zakaźnych znajdujących się na oddziałach zakaźnych, w tym oddziałach obserwacyjno–zakaźnych, w przypadku takiej konieczności, wyodrębniane były dodatkowe łóżka COVID-19 na innych oddziałach szpitalnych, głównie na oddziałach chorób wewnętrznych.

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

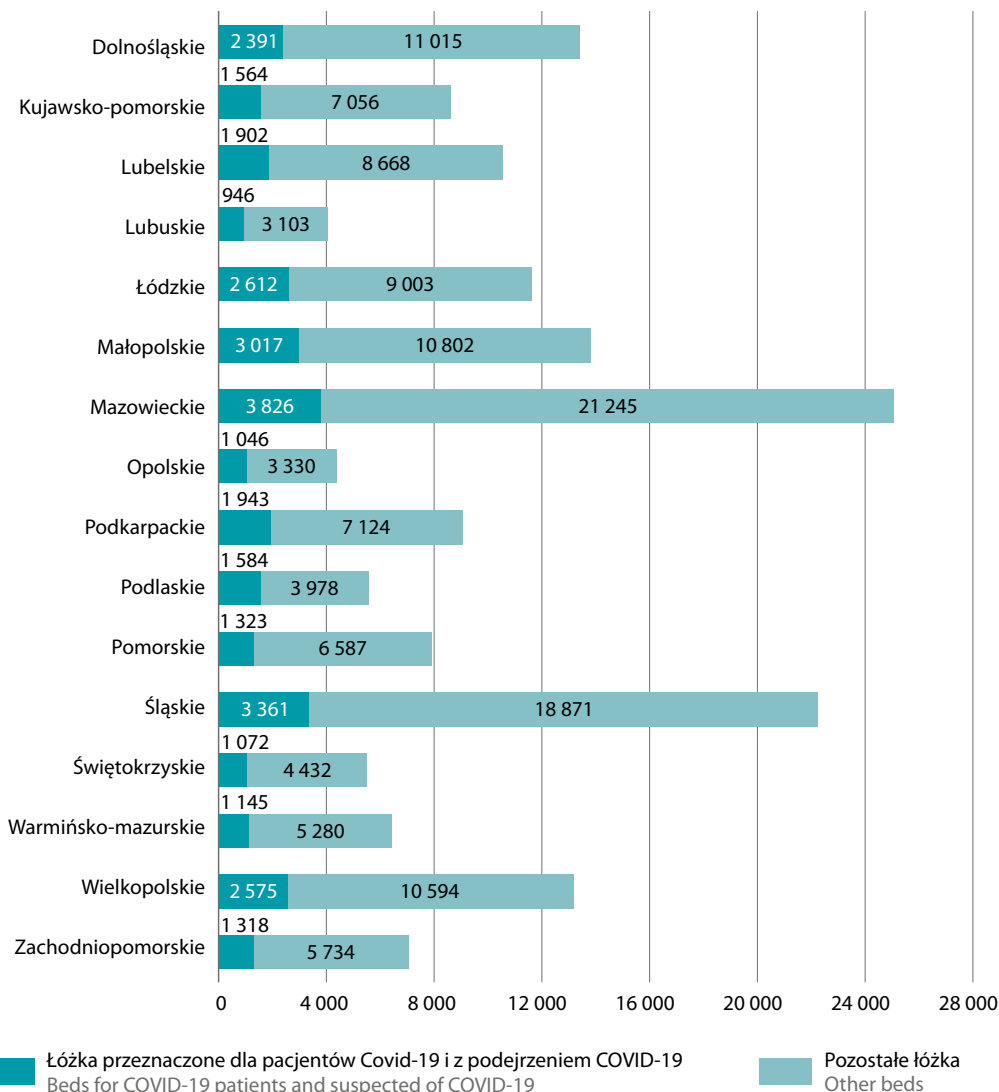


W 2021 r. z uwagi na trwającą epidemię COVID-19 znaczna część łóżek szpitalnych z różnych oddziałów, opisanych i zilustrowanych powyżej, w zależności od potrzeb i możliwości była przeznaczana na leczenie i obserwację pacjentów z podejrzeniem COVID-19 lub przywracano im ich pierwotne przeznaczenie. Zgodnie

z informacjami z dziennych raportów²⁹, na dzień 31 grudnia 2021 r., na terenie kraju dla pacjentów z COVID-19 i z podejrzeniem COVID-19 przeznaczonych było łącznie 31,6 tys. łóżek (około 1/5 – 18,8% ogółem w szpitalach ogólnych). Rozkład łóżek dla pacjentów z COVID-19 i z podejrzeniem COVID-19 oraz łóżek dla pozostałych pacjentów przedstawia poniższy wykres.

Wykres 27. Łóżka przeznaczone na leczenie pacjentów z COVID-19 i z podejrzeniem COVID-19 w ogólnej liczbie łóżek w szpitalach wg województw w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 27. Beds for COVID-19 patients and suspected of COVID-19 in total number of beds in hospitals by voivodships in 2021 As of 31 December



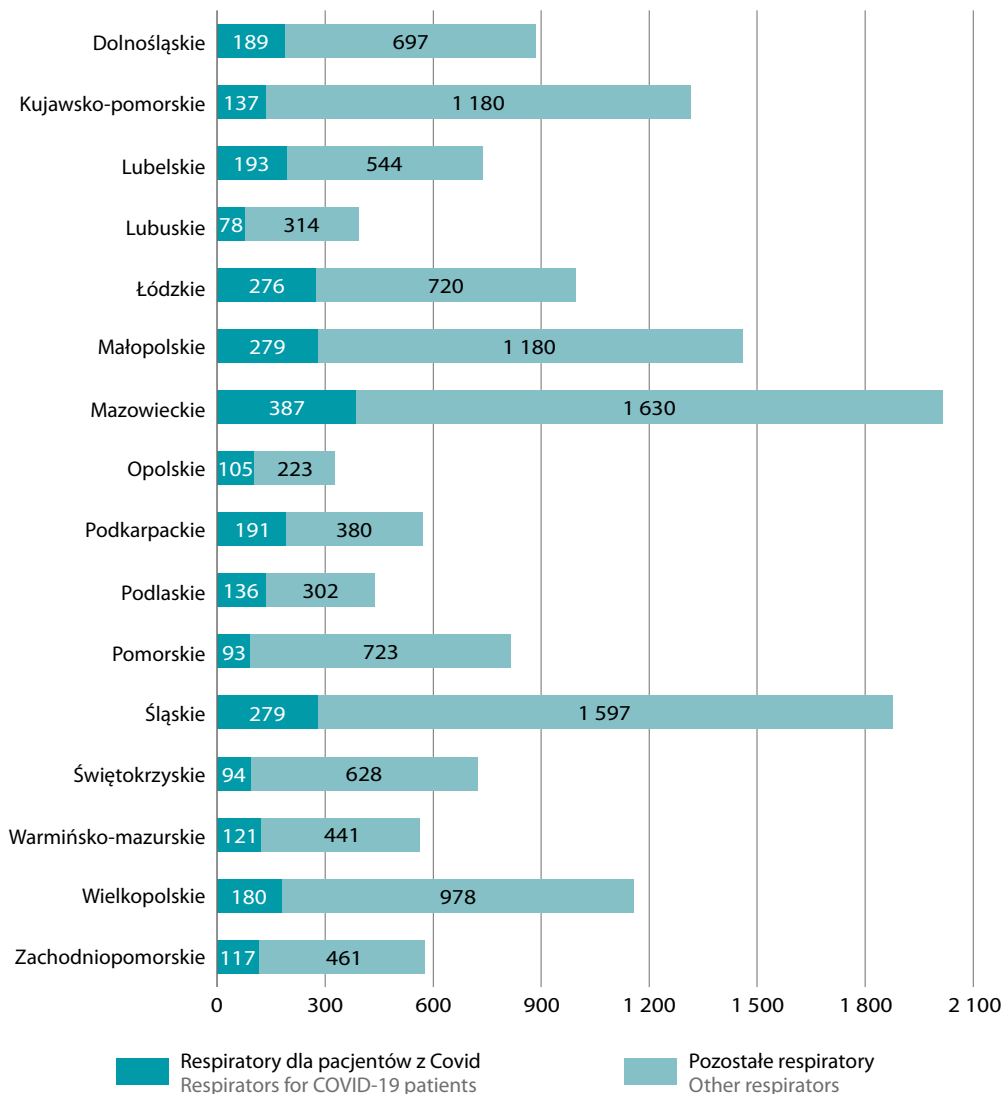
W odniesieniu do liczby mieszkańców wskaźnik liczby łóżek COVID-19 na 10 tys. ludności kraju, według stanu w dniu 31 grudnia 2021 r., wynosił 8,3 (o 0,8 mniej niż w 2020 r.). Najwyższą wartość wskaźnika odnotowano w województwie podlaskim (13,8), a najmniejszą w pomorskim (5,6).

²⁹ Dane Ministerstwa Zdrowia, opracowane na podstawie dziennych raportów przekazywanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i Urzędy Wojewódzkie

W 2021 r. liczba respiratorów przeznaczonych na leczenie pacjentów z COVID-19 w szpitalach ogólnych w kraju wyniosła 2 855 sztuk³⁰, co stanowiło blisko 1/5 ogólnej ilości respiratorów w szpitalach (14,9 tys. sztuk³¹). Najwięcej ogółem respiratorów było w największych województwach (mazowieckie i śląskie), a najmniej w mniejszych województwach (opolskie i lubuskie).

Wykres 28. Respiratory dla pacjentów COVID-19 w ogólnej liczbie respiratorów w szpitalach ogólnych według województw w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 28. Respirators for COVID-19 inpatients in total number of respirators in general hospitals by voivodships in 2021
As of 31 December



30 Stan w dniu 31 grudnia 2021 r.; dane Ministerstwa Zdrowia opracowane na podstawie dziennych raportów przekazywanych przez Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i Administracji i Urzędy Wojewódzkie.

31 Stan w dniu 31 grudnia 2021 r. Źródłem danych o ogólnej liczbie respiratorów w szpitalach są roczne sprawozdania o działalności szpitali (zestawy danych: MZ-29 i MSWiA-43).

W 2021 r. na oddziałach w szpitalach ogólnych, z uwzględnieniem ruchu chorych, łącznie przebywało 6 915,1 tys. pacjentów³², o 9,9% więcej niż w 2020 r. Podobnie jak w latach poprzednich najliczniejszą grupę, ponad 1/4 ogółu leczonych, stanowili pacjenci oddziałów chirurgicznych, z czego ponad połowa przypadków były to osoby korzystające z pomocy na oddziałach chirurgii ogólnej (861,7 tys. pacjentów, o 11,8% więcej niż w roku poprzednim).

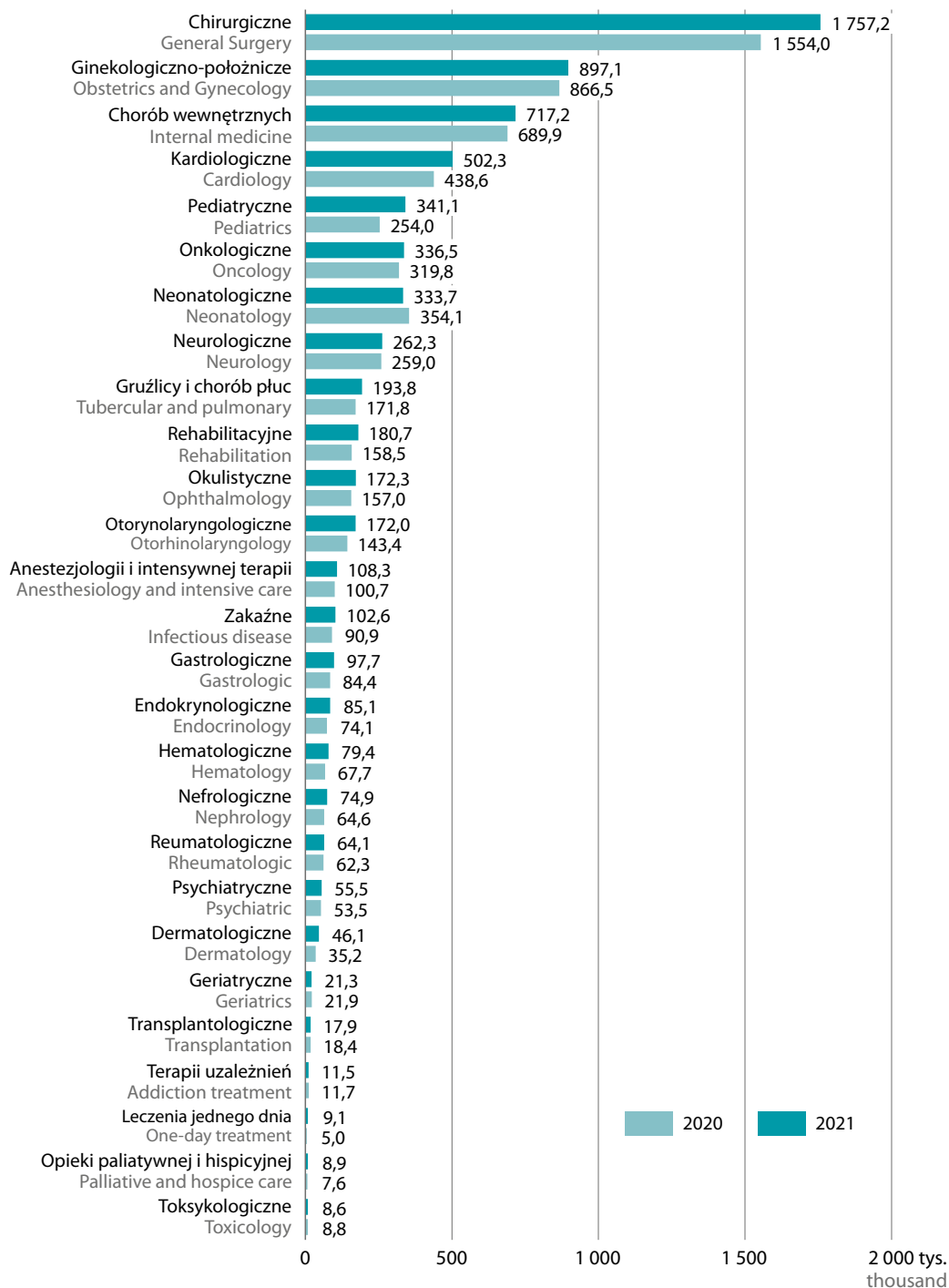
Kolejną liczną grupę stanowiły pacjentki oddziałów ginekologiczno-położniczych – 13,0% ogółu leczonych oraz hospitalizowani na oddziałach chorób wewnętrznych – 10,4%. Mniejszy odsetek leczonych stanowili pacjenci na oddziałach kardiologicznych – 7,3%, pediatrycznych – 4,9%, onkologicznych – 4,9%, neonatologicznych – 4,8%, czy neurologicznych – 3,8% ogółu leczonych.

W 2021 r., podczas epidemii COVID-19, niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych przebywało więcej pacjentów niż rok wcześniej. Największy wzrost liczby pacjentów w liczbach bezwzględnych, w porównaniu do poprzedniego roku, odnotowano kolejno na oddziałach: chirurgicznych o 103,2 tys. (o 13,1%), pediatrycznych o 87,2 tys. (o 34,3%) i kardiologicznych o 63,7 tys. (o 14,5%).

Największy wzrost liczby pacjentów, w porównaniu do poprzedniego roku, w ujęciu procentowym odnotowano kolejno na oddziałach: leczenia jednego dnia (o 83,1%, tj. o 4,1 tys.), pediatrycznych (o 34,3%, tj. o 87,2 tys.), dermatologicznych (o 31,1%, tj. o 11,0 tys.), otorynolaryngologicznych (o 20,0%, tj. o 28,6 tys.) i hematologicznych (o 17,3%, tj. o 11,7 tys. osób). Mniej pacjentów niż przed rokiem przebywało na oddziałach: neonatologicznych (o 5,8%, tj. 20,4 tys. dzieci), geriatrycznych (o 2,8%, tj. o 0,6 tys. osób), transplantologicznych (o 2,8%, tj. o 0,5 tys.), toksykologicznych (o 2,4%, tj. 0,2 tys.) i terapii uzależnień (o 1,7%, tj. 0,2 tys. pacjentów).

³² Leczeni stacjonarnie z tzw. międzyoddziałowym ruchem chorych – suma osób zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych i na każdym oddziale pacjent liczony był niezależnie.

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



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

Istotnych informacji obrazujących działalność szpitali i oddziałów szpitalnych dostarcza porównanie liczby pacjentów zarejestrowanych na poszczególnych oddziałach szpitalnych (leczeni z tzw. ruchem międzyoddziałowym) z liczbą pacjentów hospitalizowanych, zarejestrowanych w księdze głównej szpitala (leczeni bez ruchu chorych). Na podstawie tych danych szacunkowa wielkość ruchu chorych dla szpitali na poziomie kraju w 2021 r. wyniosła 9,2% (o 0,5 p. proc. mniej niż w roku poprzednim). Największy ruch chorych (powyżej 10,0%) odnotowano w województwach: opolskim (17,4%), lubuskim (14,1%), lubelskim (13,4%), warmińsko-mazurskim (13,3%), podkarpackim (11,7%), mazowieckim (10,9%) i dolnośląskim (10,6%). Natomiast najmniejszy ruch chorych wystąpił w województwach: podlaskim (3,2%), pomorskim (5,2%) i śląskim (6,2%). Znaczące różnice w wielkości ruchu chorych pomiędzy województwami są przejawem nie tylko faktycznego poziomu ruchu chorych, ale także mogą wynikać z różnych zasad elektronicznej rejestracji pacjentów w poszczególnych szpitalach.

Kolejnymi wskaźnikami opisującymi działalność oddziałów szpitalnych jest tzw. wskaźnik przelotowości³³ oraz średni czas pobytu na oddziale³⁴.

W skali kraju wskaźnik przelotowości dla wszystkich oddziałów łącznie wyniósł 41,5 pacjenta na jedno łóżko i był wyższy o 3,5 w porównaniu do 2020 roku.

Podobnie jak w latach poprzednich, najczęściej pacjentów skorzystało z tego samego łóżka szpitalnego na oddziałach okulistycznych (72 pacjentów, czyli o 8 więcej osób niż przed rokiem), w dalszej kolejności na oddziałach urologicznych (67 o 7 więcej), chirurgicznych dla dzieci (64 o 9 więcej), onkologicznych (64 o 2 pacjentów więcej), gastrologicznych (62 o 9 więcej), ginekologiczno-położniczych (61 o 3 więcej), kardiologicznych (59 o 7 więcej), endokrynologicznych (59 o 8 więcej). Natomiast najmniej pacjentów na jedno łóżko było na oddziałach: rehabilitacyjnych (10 pacjentów o 1 więcej niż w roku ubiegłym), psychiatrycznych (11 o 1 więcej), opieki paliatywnej i hospicyjnej (12 o 1 więcej) oraz terapii uzależnień (13 pacjentów o 1 więcej niż w 2020 r.).

W 2021 r. wskaźnik przelotowości wzrósł niemal na wszystkich oddziałach szpitalnych, ale w największym stopniu na oddziałach: leczenia jednego dnia (55 pacjentów, czyli o 27 więcej niż w roku poprzednim), pediatrycznych (48 o 14 więcej), dermatologicznych (46 o 12 osób więcej) i otorynolaryngologicznych (57 o 10 więcej). Mniejszy niż przed rokiem był on jedynie na oddziałach zakaźnych (23 osoby o 3 mniej niż w 2020 r.) i neonatologicznych (42, o 2 osoby mniej).

W 2021 r. średni czas pobytu chorego na oddziale szpitalnym, w skali kraju, wyniósł 5,4 dnia i nie zmienił się istotnie (był o 0,1 dłuższy) w porównaniu do 2020 r.

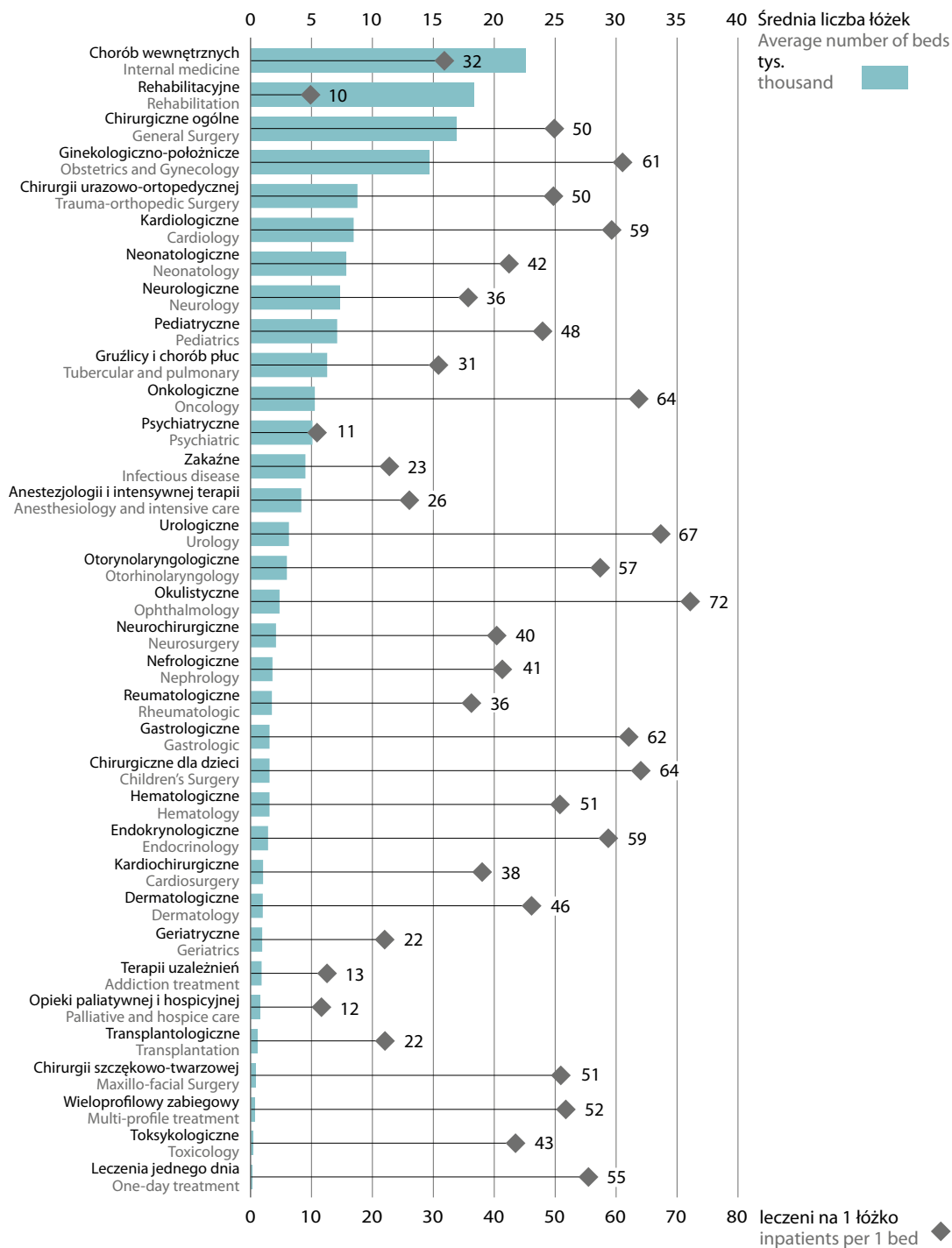
Średni pobyt na poszczególnych rodzajach oddziałów wahał się w zależności od rodzaju oddziału od 26,6 dnia na oddziałach psychiatrycznych, do 1,1 dnia na oddziałach leczenia jednego dnia. W odniesieniu do roku poprzedniego średni pobyt na oddziale wydłużył się przede wszystkim na oddziałach: terapii uzależnień (o 3,2 dnia), zakaźnych³⁵ (o 2,1 dnia), chorób wewnętrznych (o 0,8 dnia) i oddziałach geriatrycznych (o 0,7 dnia). Natomiast zmniejszył się na oddziałach opieki paliatywnej i hospicyjnej (o 1,1 dnia), neurochirurgicznych (o 1,0 dnia), psychiatrycznych i dermatologicznych (po o 0,7 dnia) oraz hematologicznych (o 0,6 dnia).

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

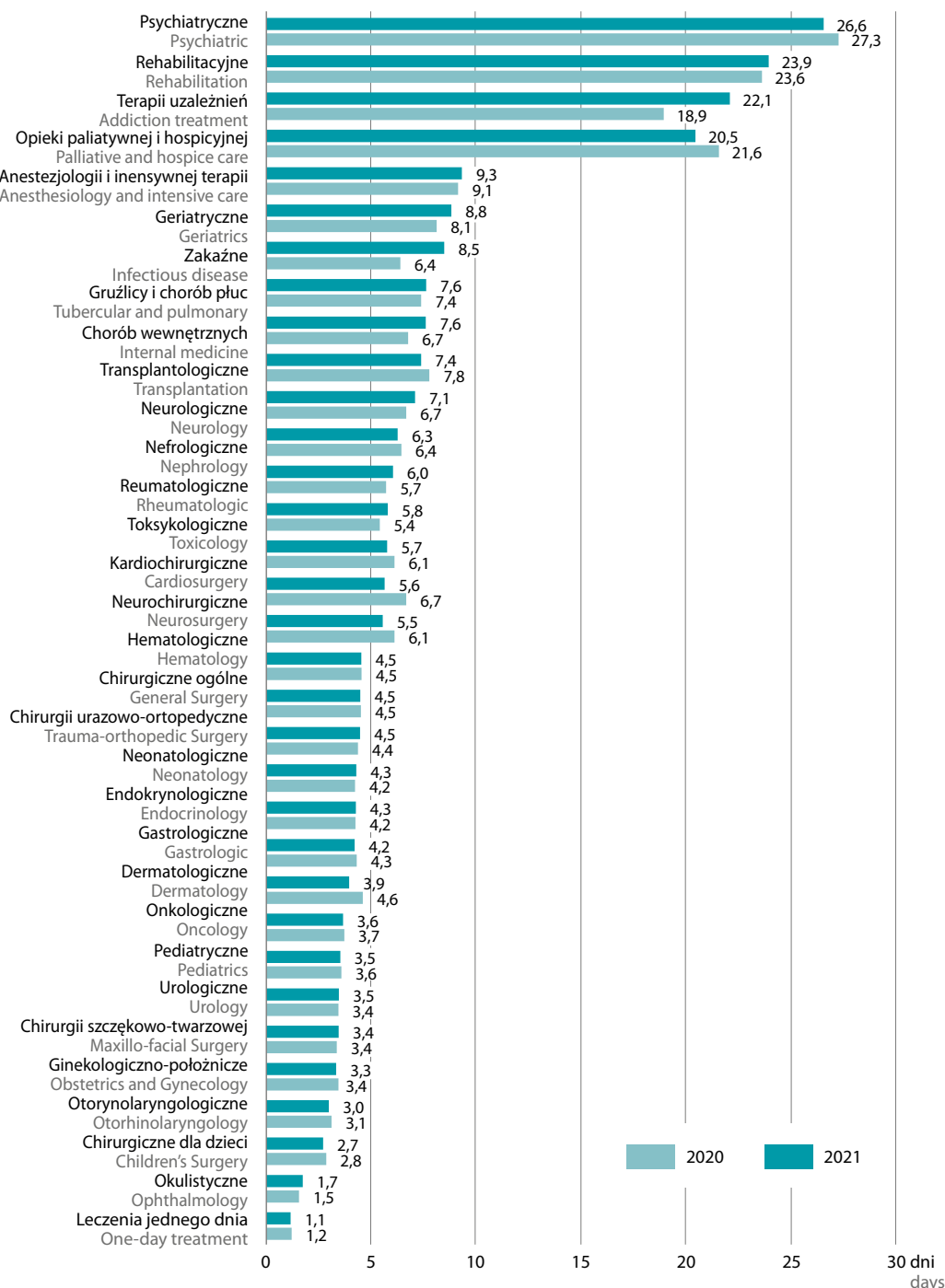
34 Iloraz osobodni pobytu i leczonych na oddziale.

35 Łącznie z oddziałami obserwacyjno-zakaźnymi.

Wykres 30. Łóżka i liczba leczonych na 1 łóżko na oddziałach w szpitalach ogólnych w 2021 r.
Chart 30. Beds and number of inpatients per one bed in wards of general hospitals in 2021



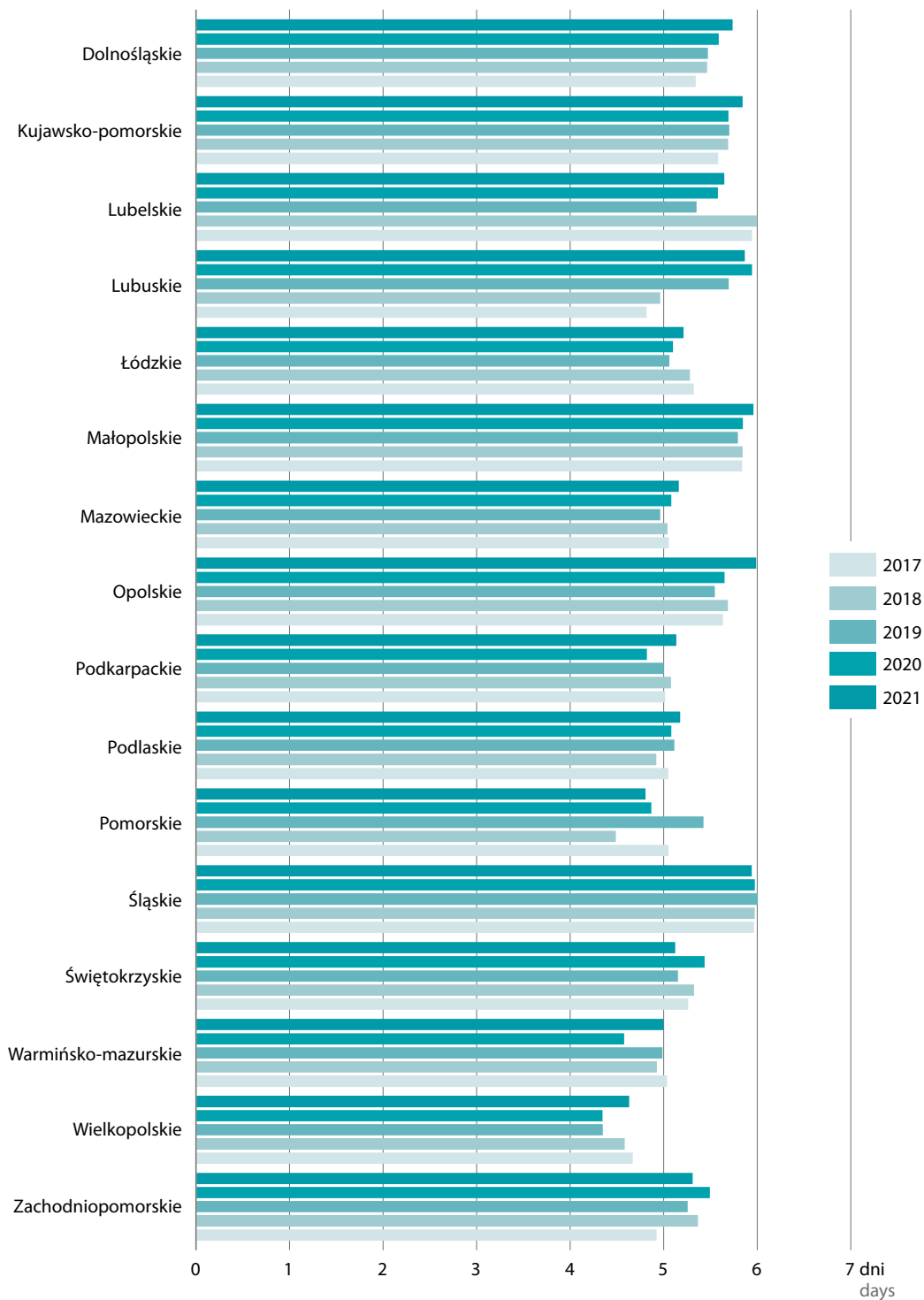
Wykres 31. Średni pobyt na oddziałach szpitalnych
Chart 31. Average patient stay in hospital wards



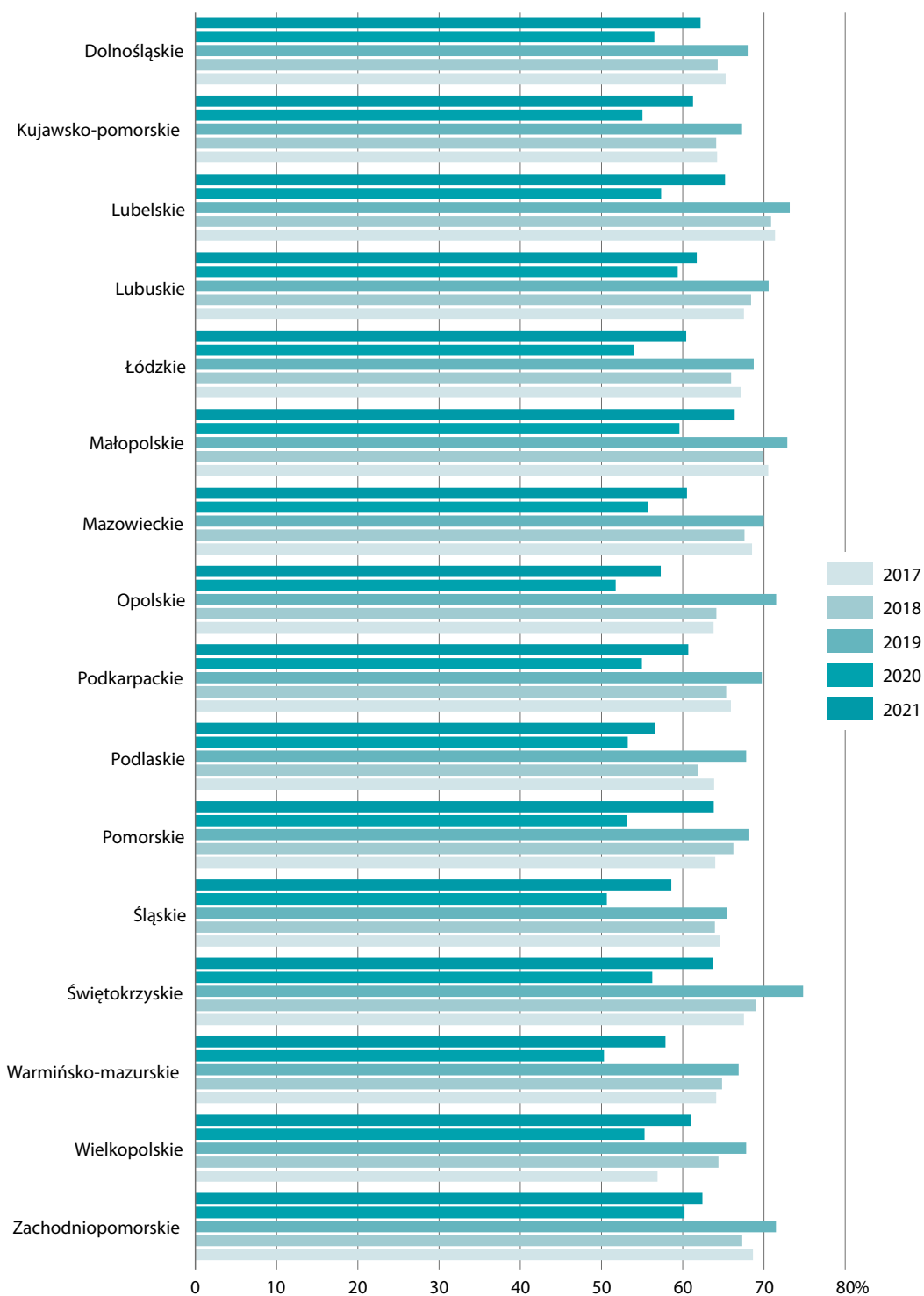
W ujęciu wojewódzkim najdłuższy średni pobyt w szpitalach ogólnych w 2021 r. odnotowano w przypadku województw: opolskiego i małopolskiego (po 6,0 dnia) oraz śląskiego i lubuskiego (po 5,9 dnia) a najkrótszy w województwach: wielkopolskim (4,6 dnia) i pomorskim (4,8 dnia). Średni czas trwania pobytu pacjenta był w większości województw zbliżony do tego sprzed roku, przy czym w największym stopniu uległ on wydłużeniu w województwie warmińsko-mazurskim (o 0,4 dnia) oraz w województwach: opolskim,

podkarpackim i wielkopolskim (po o 0,3 dnia). Natomiast był on krótszy w województwie świętokrzyskim (o 0,3 dnia) i zachodniopomorskim (o 0,2 dnia).

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



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



Kolejnym wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest przeciętne wykorzystanie³⁶ łóżek w ciągu roku. W 2021 roku, kolejnym roku epidemii COVID-19, wskaźnik ten dla wszystkich szpitali ogólnych w Polsce wyniósł 61,3%³⁷ i był o 6,3 p. proc. wyższy niż w 2020 r. Rozpatrywany na poziomie poszczególnych województw był wyższy w każdym województwie, przy czym największy wzrost wykorzystania łóżek szpitalnych odnotowano w województwach: pomorskim (o 10,7 p. proc.), śląskim (o 8,0 p. proc.) i lubelskim (o 7,9 p. proc.). Najwyższy wskaźnik wykorzystania łóżek odnotowano w województwie małopolskim – 66,4% i było on o 6,8 p. proc. wyższy niż w 2020 r. Natomiast najniższe wskaźniki zaobserwowano w województwach: podlaskim 56,6% (o 3,4 p. proc. wyższy niż w 2020 r.), opolskim 57,3% (o 5,5 p. proc. wyższy) i warmińsko-mazurskim 57,9% (o 7,7 p. proc. wyższy).

W typowych warunkach funkcjonowania ochrony zdrowia, przyjmuje się iż wykorzystanie łóżek szpitalnych na poziomie 85,0% jest optymalną wartością tego wskaźnika.

Omawiane powyżej wskaźniki charakteryzują i opisują działalność oddziałów o różnych specjalnościach. Mogą stanowić cenne uzupełnienie informacji o specyfice poszczególnych oddziałów i ich roli w procesie leczenia. Inny bowiem charakter mają oddziały intensywnej terapii, pełniące szczególną rolę w stanach bezpośredniego zagrożenia życia, a inny oddziały kardiokirurgiczne, 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 2021 r. na stacjonarną opiekę psychiatryczną³⁸ przeznaczonych było łącznie 33,7 tys. łóżek (o 0,8% mniej niż w 2020 r.). Struktura łóżek opieki psychiatrycznej według rodzaju realizowanej opieki nie zmieniła się znacząco. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej łóżek (69,4%) przypadało na psychiatryczną opiekę szpitalną (23,3 tys. łóżek, o 2,3%, tj. 543 łóżek mniej niż w 2020 r.) realizowaną w szpitalach psychiatrycznych oraz w szpitalach ogólnych na oddziałach psychiatrycznych i oddziałach terapii uzależnień. Na długoterminową opiekę psychiatryczną, świadczoną w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych, przeznaczonych było 6,2 tys. łóżek (18,5%), a placówki dla pacjentów uzależnionych (ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych łącznie z ośrodkami MONAR) oraz Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej łącznie dysponowały 4,1 tys. łóżek (12,1%).

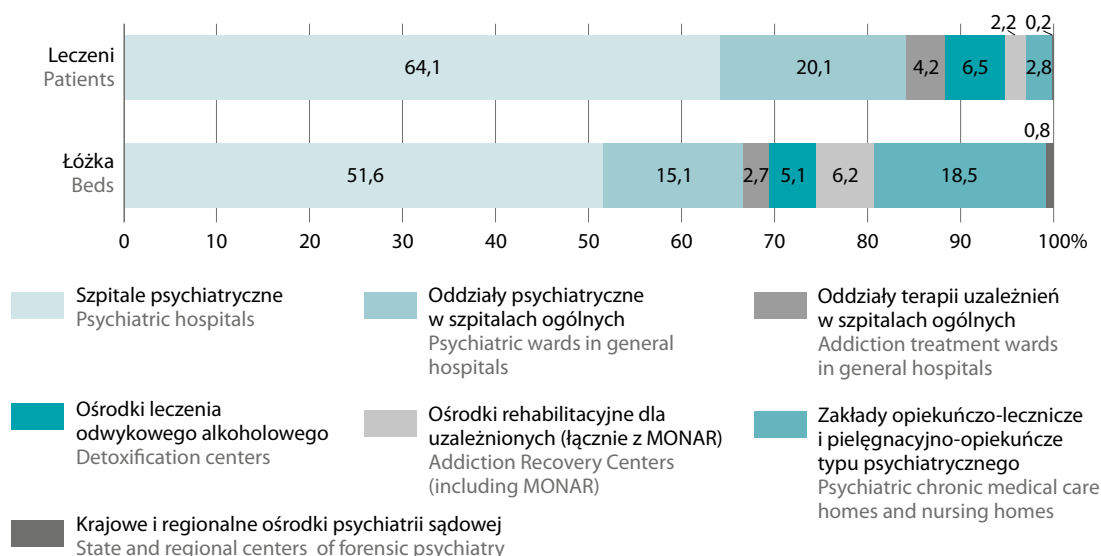
36 Iloraz osobodni pobytu pacjenta i średniej liczby łóżek wyrażony w dniach lub przeliczony na udział % dni w roku.

37 Odpowiada to 224 dniom (o 23 dni więcej niż w 2020 r.).

38 Łącznie z oddziałami psychiatrycznymi i odwykowymi w szpitalach ogólnych.

Wykres 34. Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci w całodobowych zakładach opieki psychiatrycznej (w ciągu roku) w 2021 r.

Chart 34. Beds (as of 31 December) and inpatients of psychiatric inpatient facilities (during the year) in 2021



Na koniec 2021 r. na terenie kraju odnotowano 61 szpitali psychiatrycznych (o 3 szpitale mniej niż przed rokiem), dysponujących 17,4 tys. łóżek (o 1,6% mniej niż w końcu 2020 r.). Z leczenia stacjonarnego skorzystało 176,7 tys. pacjentów, o 8,0% (13,0 tys. osób) więcej niż w poprzednim roku.

Podobnie jak przed rokiem najwięcej łóżek przeznaczonych na psychiatryczne leczenie szpitalne znajdowało się w najliczniejszych, dużych województwach. W województwach: mazowieckim było to 2,7 tys. łóżek, śląskim 1,9 tys. łóżek, a w województwie wielkopolskim 1,4 tys. łóżek. W szpitalach tych trzech województw przebywało łącznie 34,8% ogółu pacjentów hospitalizowanych w szpitalach psychiatrycznych w kraju (o 1,9 p. proc mniej w porównaniu do 2020 roku).

Szpitalna opieka psychiatryczna realizowana była także w szpitalach ogólnych na 146 oddziałach psychiatrycznych i 42 oddziałach terapii uzależnień. W oddziałach tych dostępnych było łącznie 6,0 tys. łóżek (o 4,1%, tj. 255 tys. łóżek mniej niż w 2020 r.), z których skorzystało 66,9 tys. pacjentów (o 2,7%, tj. 1,7 tys. więcej niż w roku poprzednim) przy czym, pacjenci oddziałów psychiatrycznych stanowili zdecydowaną większość leczonych w szpitalach ogólnych (82,9%).

Średni czas hospitalizacji (pobytu chorego) w szpitalach psychiatrycznych w kraju nie zmienił się istotnie i wyniósł 29,7 dnia, a w przypadku oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych był, podobnie jak w latach ubiegłych, nieco krótszy i wyniósł 26,6 dnia. Na oddziałach terapii uzależnień, gdzie pobyty są znacznie krótsze, średnio trwał 22,1 dnia.

Średnia długość pobytu pacjenta w szpitalach psychiatrycznych poszczególnych województw była zróżnicowana. Najdłuższy średni pobyt odnotowano w województwach: podkarpackim (41,7 dnia), następnie w śląskim (38,9 dnia) i zachodniopomorskim (35,9 dnia), a najkrótszy – w województwach: opolskim (21,6 dnia) i łódzkim (22,0 dni).

Kolejnym rodzajem placówek całodobowej opieki psychiatrycznej są ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych i ośrodki MONAR³⁹. W 2021 r. takich ośrodków było 52 (o 3 więcej niż w 2020 r.) i dysponowały one łącznie, 2,1 tys. łóżek (o 6,0% łóżek więcej niż w roku poprzednim). Skorzystało z nich 6,1 tys. osób uzależnionych (o 12,7% więcej niż w 2020 r.). Średni pobyt podopiecznych w skali kraju wyniósł 102,0 dnia i był o 4,6 dnia krótszy niż przed rokiem. Krótsze pobyty zostały odnotowane prawie we

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

wszystkich województwach za wyjątkiem: lubuskiego, śląskiego i małopolskiego. Najwięcej podopiecznych tych zakładów (60,62% ogółem rehabilitowanych) przebywało⁴⁰ w placówkach zlokalizowanych w pięciu województwach, kolejno: mazowieckim, pomorskim, zachodniopomorskim, łódzkim i małopolskim.

Oprócz wymienionych powyżej ośrodków wsparcia dla osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych, w 2021 r. na terenie kraju funkcjonowało 39 (o 2 więcej niż w 2020 r.) ośrodków leczenia odwykowego alkoholowego. Dysponowały one, podobnie jak przed rokiem, 1,7 tys. łóżek, a skorzystało z nich 18,0 tys. osób, tj. o 4,8% więcej niż w roku poprzednim. Średni pobyt w tego typu placówkach trwał 28,7 dnia (o 1,7 dnia dłużej niż w 2020 r.). W porównaniu do oddziałów terapii uzależnień, znajdujących się w szpitalach ogólnych, pobyt w tych ośrodkach był dłuższy o 6,6 dnia.

Specyficzną grupą zakładów psychiatrycznych, realizujących zadania w systemie zamkniętym, są Krajowe i Regionalne Ośrodki Psychiatrii Sądowej. W ośrodkach tych przebywają sprawcy czynów zabronionych, skierowani do ośrodka przez sąd, u których stwierdzono chorobę psychiczną, upośledzenie umysłowe lub inne zaburzenia psychiczne. W 2021 r. na terenie kraju odnotowano 4 tego typu zakłady, dysponujące łącznie 282 łózkami. Przebywało w nich 425 osób (o 32 osoby więcej niż w roku poprzednim), a średni czas pobytu pacjenta wyniósł 214,9 dnia i był o blisko 7 dni krótszy niż w 2020 r.

Stacjonarna opieka długoterminowa i hospicyjno-paliatywna

W związku z postępującym procesem starzenia się społeczeństwa polskiego 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.

Opieka długoterminowa świadczona jest w zakładach opiekuńczo–lecniczych oraz pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu ogólnym, a także w zakładach opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o profilu psychiatrycznym. W dalszej części analizy zakłady te będą nazywane: zakładami opieki długoterminowej.

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

W 2021 r. na terenie kraju funkcjonowało 595 zakładów typu leczniczo–pielęgnacyjnego⁴¹ (o 2,9% mniej niż w 2020 r.) i 198 stacjonarnych placówek świadczących usługi hospicyjno–paliatywne (o 5 oddziałów więcej niż w roku poprzednim)⁴². Placówki opieki długoterminowej i hospicyjno–paliatywnej dysponowały (łącznie z oddziałami działającymi w strukturze szpitali ogólnych) 39,3 tys. łóżek i było to o 2,4% więcej niż w 2020 r. Zapewniły one opiekę w warunkach stacjonarnych 98,0 tys. osób (o 5,9% więcej niż w poprzednim roku).

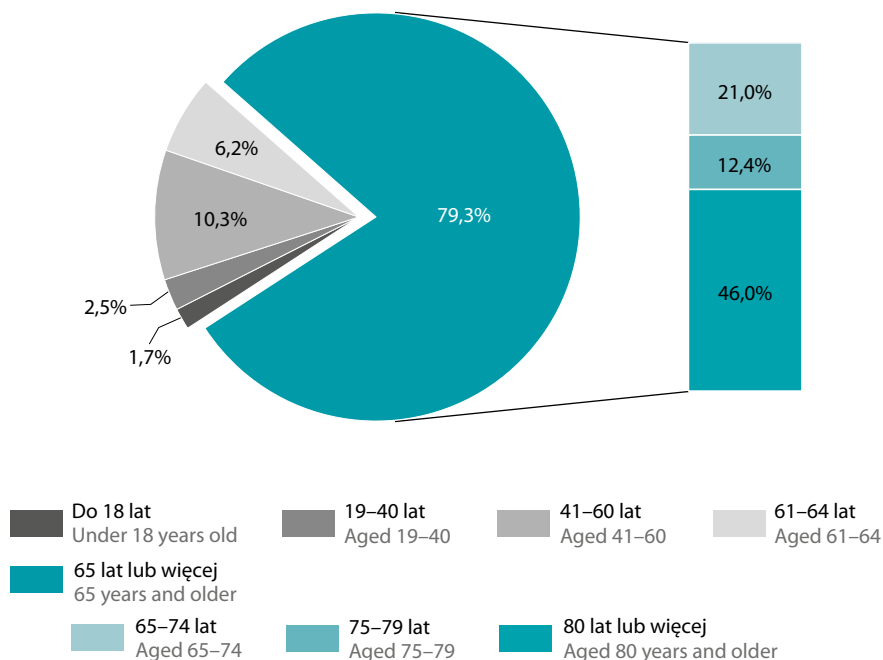
⁴⁰ Bez względu na miejsce zamieszkania pacjenta.

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

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

Wykres 35. Struktura wieku pacjentów w stacjonarnych zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Chart 35. Age groups of patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards in 2021
As of 31 December



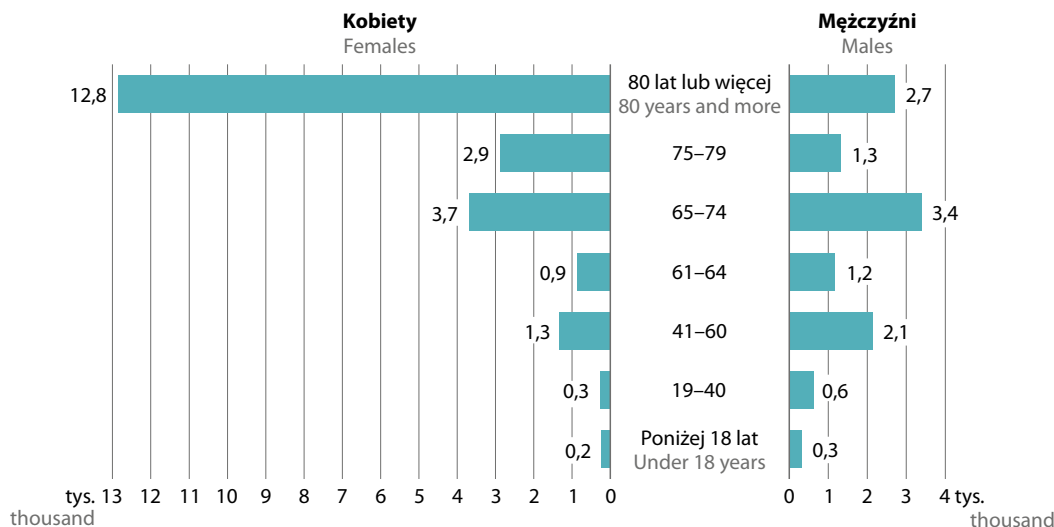
Podobnie jak przed rokiem w tych zakładach (stan w dniu 31 grudnia) przebywało blisko dwa razy więcej kobiet (22,1 tys.) niż mężczyzn (11,7 tys.), ale proporcje te były różne, zależnie od grupy wieku. W przypadku osób pomiędzy 65–79 rokiem życia, liczba kobiet i mężczyzn nie różniła się tak znacznie (na jednego mężczyznę przypadało 1,4 kobiety) jak w najstarszej grupie (80 lat lub więcej) gdzie na jednego mężczyznę przypadało 4,7 kobiety. W niższych grupach wieku, poniżej 65 roku życia, przeważali mężczyźni, stanowiący 60,8% ogółu pacjentów (tj. 4,3 tys. osób).

Wykres 36. Pacjenci w zakładach opieki długoterminowej i hospicyjno-paliatywnej według płci i wieku w 2021 r.

Stan w dniu 31 grudnia

Chart 36. Patients in facilities of inpatient long term care including hospices and palliative wards by sex and age in 2021

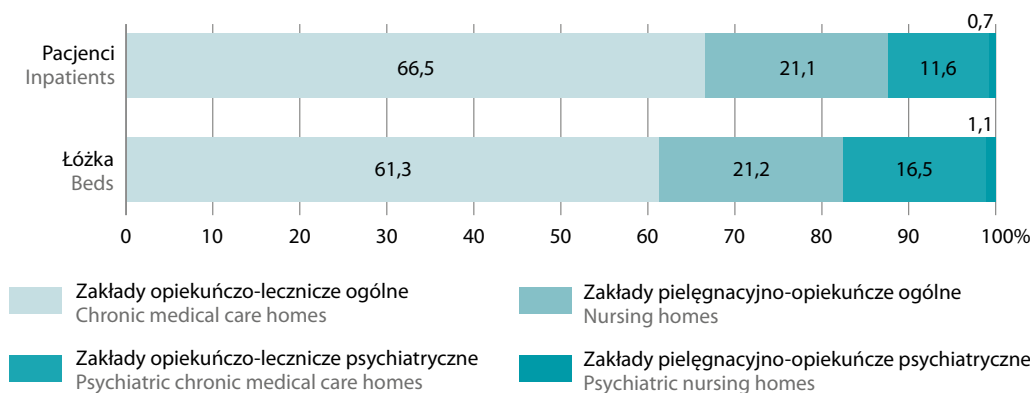
As of 31 December



Na koniec 2021 r. baza łóżkowa zakładów opiekuńczo–lecniczych i pielęgnacyjno–opiekuńczych o charakterze ogólnym i psychiatrycznym wyniosła 35,5 tys., o 1,9% łóżek więcej niż w 2020 r. Wzrost liczby łóżek odnotowano zarówno w zakładach o charakterze ogólnym (29,3 tys., tj. o 1,8% łóżek więcej niż w 2020 r.), jak i w placówkach przeznaczonych na długoterminową opiekę psychiatryczną (6,2 tys., tj. o 2,5% łóżek więcej niż przed rokiem). Łącznie w zakładach opieki długoterminowej przebywało 62,3 tys. osób, o 4,5% więcej niż w 2020 r., przy czym 12,4% stanowili pacjenci długoterminowej opieki psychiatrycznej (7,7 tys. osób, o 1,9% więcej niż przed rokiem).

Wykres 37. Struktura pacjentów (w ciągu roku) i łóżek (stan w dniu 31 grudnia) w stacjonarnych zakładach długoterminowej opieki zdrowotnej według rodzaju zakładu w 2021 r.

Chart 37. Residents (during the year) and beds (as of 31 December) in inpatient long-term care facilities by type of the facility in 2021



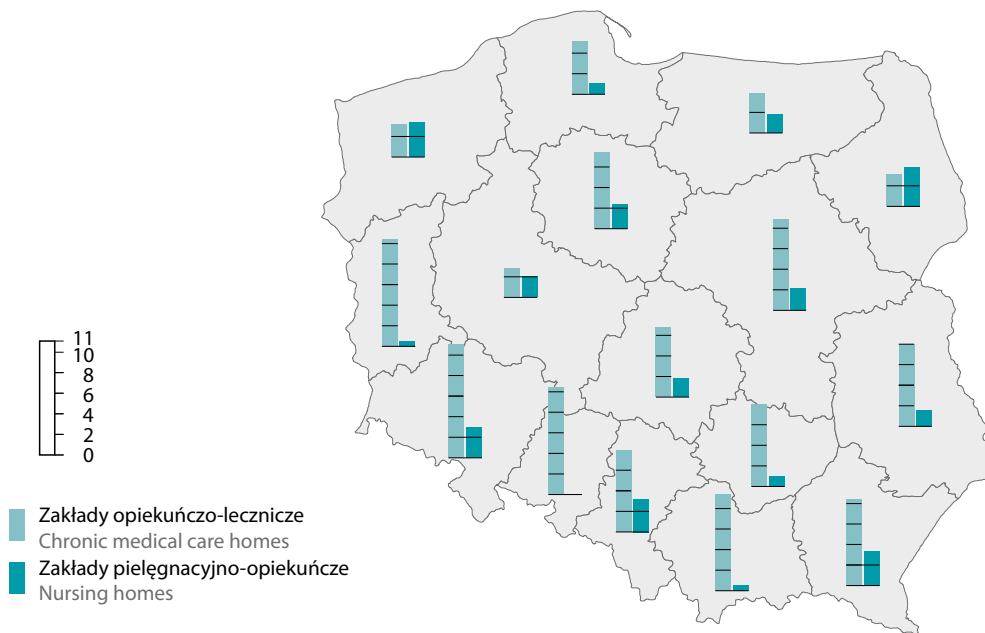
W przeliczeniu na ludność kraju z długoterminowej stacjonarnej opieki zdrowotnej skorzystało, podobnie jak przed rokiem, blisko 16 osób na 10 tys. ludności, a w przypadku łóżek wskaźnik ten także był zbliżony do wartości sprzed roku i wyniósł: 9 łóżek na 10 tys. ludności (stan w dniu 31 grudnia).

W porównaniu do 2020 roku największy wzrost wskaźnika łóżek (dla obu tych zakładów łącznie) w przeliczeniu na 10 tys. ludności wystąpił w województwie zachodniopomorskim (z 5,7 do 6,5), a największy spadek jego wartości odnotowano w województwie opolskim (z 11,0 do 10,4).

Największy wzrost w 2021 r. wskaźnika pacjentów na 10 tys. ludności wystąpił w województwie podkarpackim (z 17,9 do 20,7), a największy spadek odnotowano w województwie lubuskim (z 20,3 do 19,7).

Mapa 3. Łóżka w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 3. Beds in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2021 As of 31 December

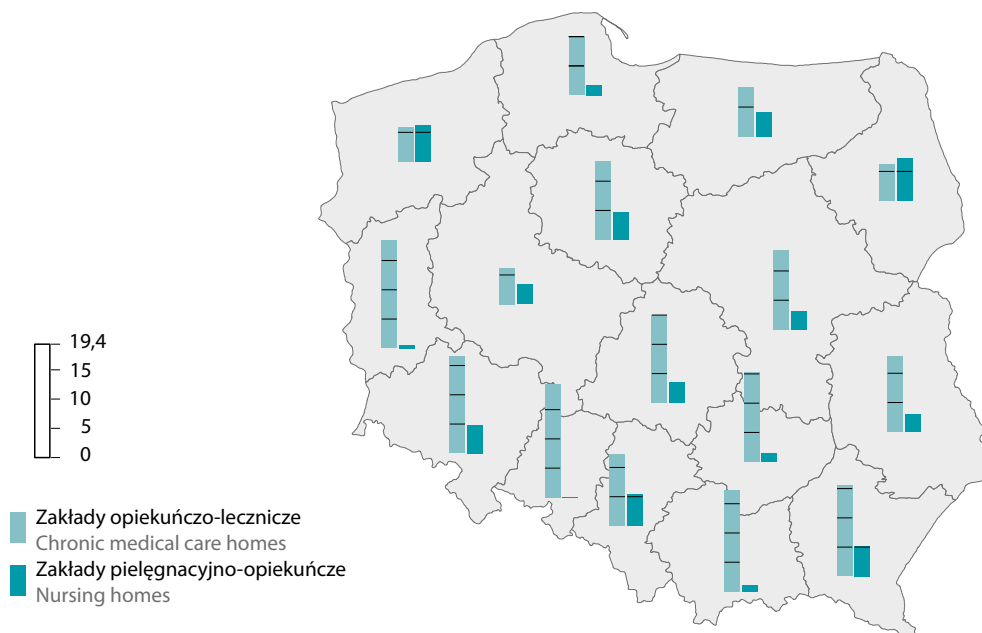


Stacjonarne zakłady opiekuńczo–lecnicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze oferują rodzaj opieki cieszący się dużym zapotrzebowaniem ze strony społeczeństwa, czego dowodem są m.in. wysokie wskaźniki przeciętnego wykorzystania łóżek w ciągu roku. W 2021 r. dla zakładów opiekuńczo–lecniczych o profilu ogólnym wskaźnik przeciętnego wykorzystania łóżek w skali kraju wyniósł 86,7% (316 dni, tj. o 1 dzień więcej niż rok wcześniej), a w przypadku zakładów pielęgnacyjno–opiekuńczych typu ogólnego 87,0% (318 dni, tj. o 5 dni więcej niż w 2020 r.).

W zakładach typu psychiatrycznego wskaźniki wykorzystania łóżek są z reguły wyższe niż w zakładach typu ogólnego. W placówkach psychiatrycznych pielęgnacyjno–opiekuńczych wskaźnik przeciętnego wykorzystania na poziomie kraju wyniósł 97,6% (356 dni, tj. o 4 dni mniej niż w 2020 r.), a w psychiatrycznych zakładach opiekuńczo–lecniczych – 94,3% (344 dni, tj. o 2 dni mniej niż przed rokiem).

Mapa 4. Pacjenci przebywający w zakładach opieki długoterminowej na 10 tys. ludności według województw w 2021 r.

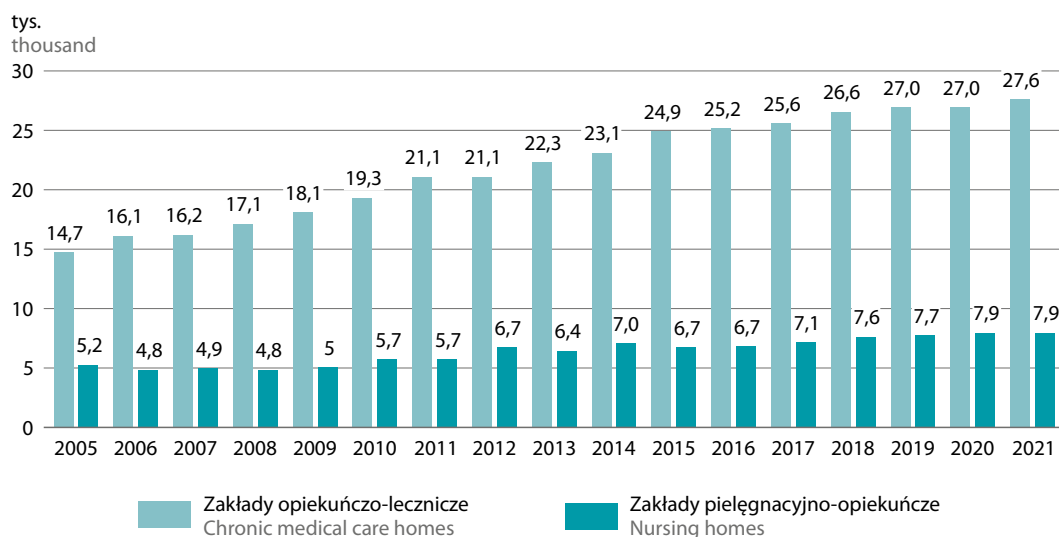
Map 4. Residents in long term care facilities per 10 thousand population by voivodships in 2021



Rozpatrując liczbę łóżek w obu typach placówek łącznie (zakłady opiekuńczo–lecznicze i pielęgnacyjno–opiekuńcze ogólne i psychiatryczne) w dłuższym czasie, widoczna jest stała tendencja wzrostowa bazy łóżkowej. W odniesieniu do 2005 r. liczba łóżek, zwiększyła się o 78,4% a liczba pacjentów wzrosła o 36,2%.

Wykres 38. Łóżka w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych^a

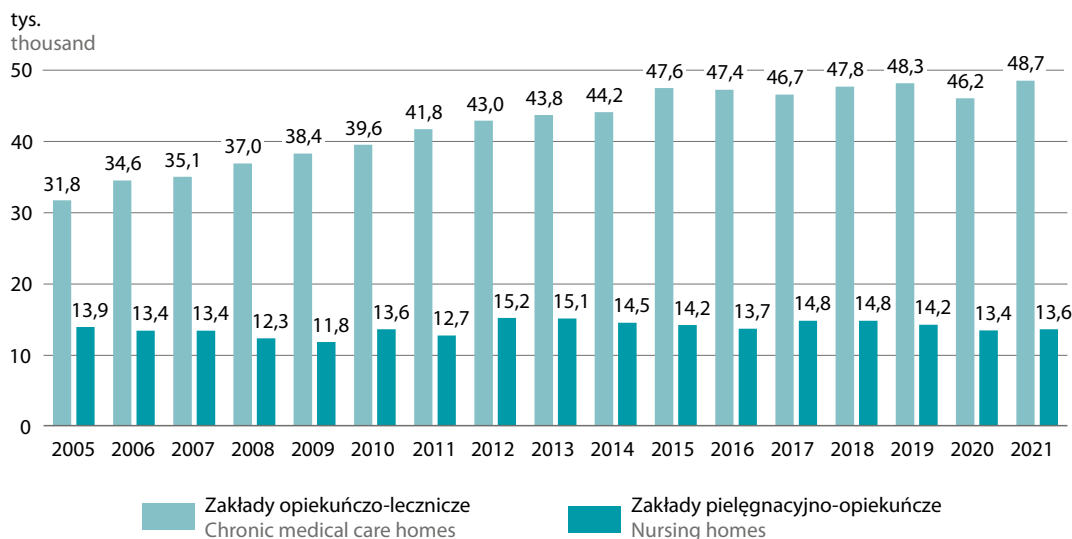
Chart 38. Beds in chronic medical care homes and nursing homes^a
As of 31 December



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

W 2021 r., z uwagi na słabnącą epidemię COVID-19, liczba pacjentów korzystających z tych instytucjonalnych form opieki długoterminowej była o 4,5% większa (o 62,3 tys. pacjentów) niż w roku 2020 r.

Wykres 39. Pacjenci w zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych^a (w ciągu roku)
Chart 39. Residents in chronic medical care homes and nursing homes^a (during the year)



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

W 2021 r. odnotowano 370 zakładów opiekuńczo-leczniczych o profilu ogólnym (o 9 mniej niż w 2020 r.), ale dysponowały one większą liczbą łóżek – 21,8 tys. (o 2,4% więcej). Z opieki skorzystało 41,4 tys. osób (o 6,0% więcej niż w 2020 r.). Średni czas pobytu pacjenta wyniósł 163 dni i w porównaniu do 2020 r. był o 8 dni krótszy.

W zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych o profilu ogólnym (157 placówek, o 9 mniej niż w 2020 r.) baza łóżkowa utrzymała się na zbliżonym poziomie (7,5 tys. łóżek), a leczonych było 13,1 tys. osób, o 1,5% więcej niż przed rokiem. Średni pobyt pacjenta trwał około 177 dni i był o 2 dni krótszy niż w 2020 r.

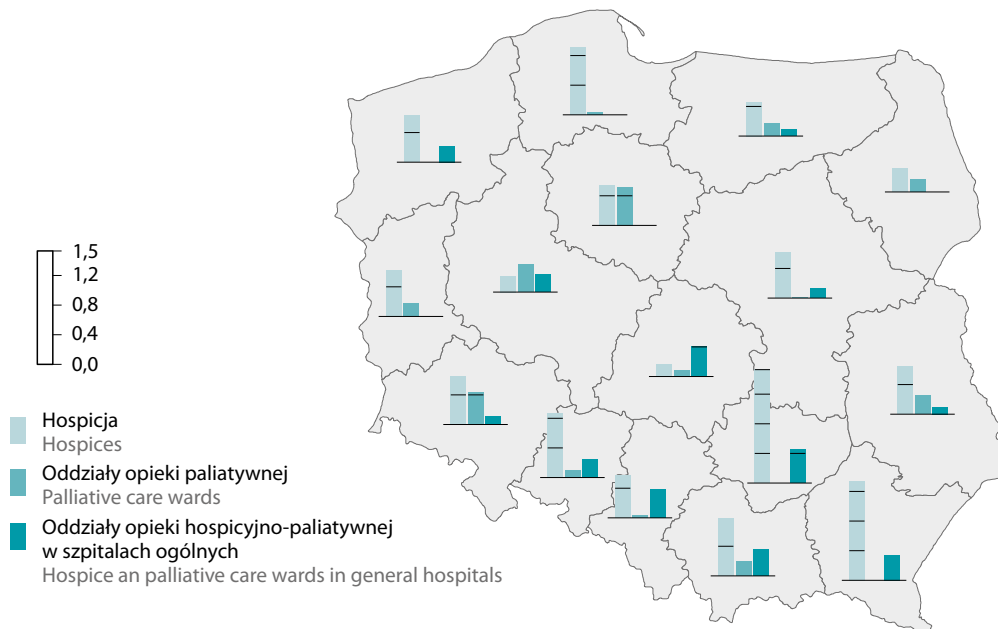
W 2021 r. ilość placówek opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych typu psychiatrycznego, w porównaniu do poprzedniego roku, nie zmieniła się (68 placówek). Dysponowały one 6,2 tys. łóżek (o 2,5% łóżek więcej) i w placówkach tych leczonych było w ciągu roku 7,7 tys. pacjentów (o 1,9% więcej). Średni czas pobytu pacjenta był zbliżony do tego sprzed roku i w zakładach opiekuńczo-leczniczych wyniósł 273 dni a w przypadku zakładów pielęgnacyjno-opiekuńczych 290 dni.

W 2021 r. opieka hospicyjno-paliatywna realizowana była w hospicjach stacjonarnych (117 placówek, o 2 więcej niż w 2020 r.), oddziałach opieki paliatywnej (37 placówek, o 2 placówki mniej niż przed rokiem) oraz na oddziałach hospicyjno-paliatywnych działających w szpitalach ogólnych (44 oddziały, o 5 więcej niż rok wcześniej). Łącznie placówki te dysponowały, podobnie jak przed rokiem, 3,8 tys. łóżek, o 7,0% więcej niż przed rokiem. Udzieliły pomocy 35,7 tys. pacjentów (o 8,4% więcej niż w 2020 r.), przy czym ponad połowa leczonych – 54,9% (tj. 19,6 tys. osób, o 7,9% osób więcej) przebywała w hospicjach stacjonarnych. Pozostali podopieczni skorzystali z oddziałów opieki paliatywnej, działających poza strukturą szpitali (20,2% pacjentów) lub oddziałów funkcjonujących w strukturze szpitali ogólnych (24,9% ogółem korzystających z tej formy opieki). Średni pobyt pacjenta w hospicjach był zbliżony do tego sprzed roku i trwał 33,9 dnia. W oddziałach paliatywnych, w których pobytu zwykle są krótsze niż w hospicjach, średni pobyt pacjenta w oddziałach działających poza strukturą szpitali trwał – 21,4 dnia (o 2 dni mniej niż w poprzednim roku), a na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych – 20,5 dnia (o 1 dzień mniej niż w 2020 r.).

W 2021 r. z opieki hospicyjno-paliatywnej, realizowanej w systemie stacjonarnym w wymienionych trzech typach placówek, skorzystało, podobnie jak przed rokiem, około 9 osób na 10 tys. ludności kraju.

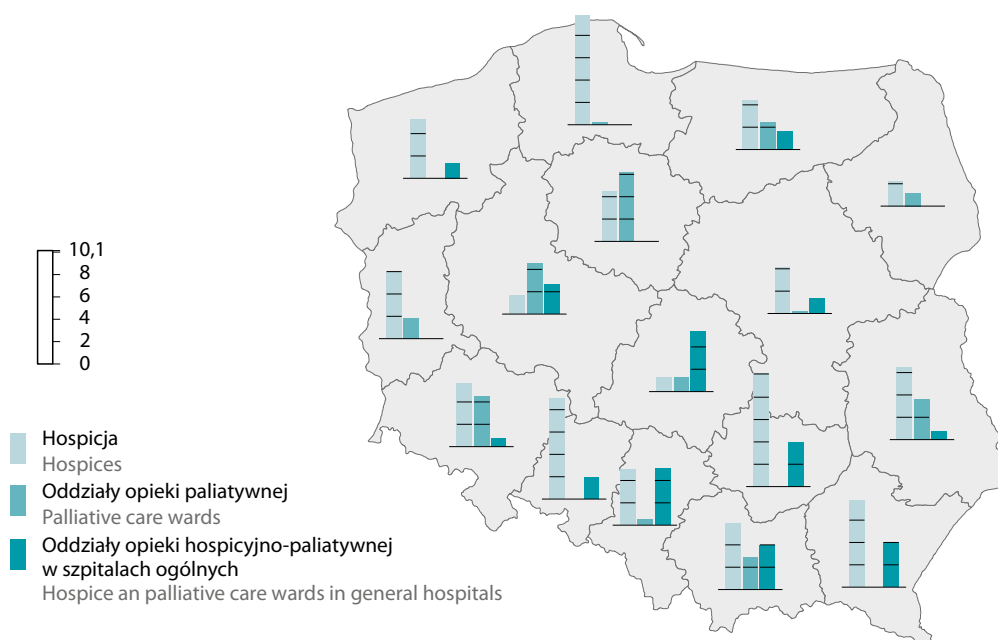
Mapa 5. Łóżka w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Map 5. Beds in hospices, palliative care wards as well as on wards of hospice–palliative care in general hospitals per 10 thousand population in 2021
As of 31 December



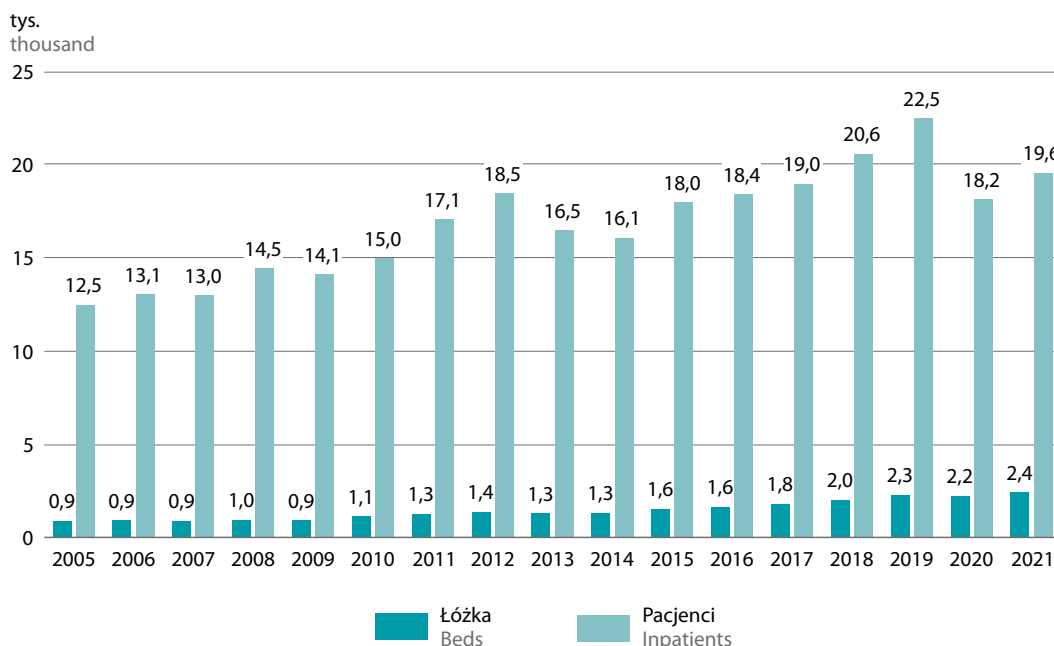
Mapa 6. Pacjenci w hospicjach, oddziałach opieki paliatywnej oraz na oddziałach opieki hospicyjno-paliatywnej w szpitalach ogólnych na 10 tys. ludności w 2021 r.

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 2021



Analiza działalności hospicjów⁴³ w dłuższym czasie (od 2005 r.) wskazuje na stałe powiększanie się do 2019 r. zarówno bazy łóżkowej jak i liczby pacjentów korzystających z tej formy opieki. W roku 2020 został złamany trend, ale dane dla 2021 r. wskazują, że pacjentów w takich placówkach było już o 7,9% więcej pomimo wciąż trwającej epidemii COVID-19. W porównaniu do stanu łóżek w hospicjach w 2005 r. baza łóżkowa w 2021 r. wzrosła 2,7-krotnie (o blisko 1,5 tys. łóżek), a liczba pacjentów przebywających w hospicjach zwiększyła się o 56,6% (o 7,1 tys. osób).

Wykres 40. Łóżka (stan w dniu 31 grudnia) i pacjenci (w ciągu roku) w hospicjach
Chart 40. Beds (as of 31 December) and patients (during a year) in hospices



Podobnie jak w latach poprzednich, oprócz działalności stacjonarnej prowadzonej przez zakłady opieki długoterminowej oraz placówki opieki hospicyjnej i paliatywnej, niektóre z zakładów świadczyły także usługi w zakresie opieki domowej lub dziennej. W 2021 r. tego typu opieką objęto łącznie około 6,4 tys. osób, o 17% mniej niż w 2020 r. Większość pacjentów (91,0%) stanowili pacjenci leczeni w domu.

Lecznictwo uzdrowiskowe⁴⁴

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 uzdrowisk czyli obszarów którym nadano status uzdrowiska, zlokalizowanych na terenie 13 województw. Uzdrowisk nie posiadają województwa: opolskie, wielkopolskie i lubuskie.

W związku z trwającym stanem epidemii COVID-19 rok 2021 r. był kolejnym rokiem w którym występowały czasowe ograniczenia wykonywania działalności leczniczej w zakresie lecznictwa uzdrowiskowego oraz rehabilitacji leczniczej. Od początku 2021 roku do 10 marca zakłady te nie funkcjonowały. Zmieniono również zasady pobytu pacjentów w uzdrowiskach. Warunkiem rozpoczęcia leczenia był negatywny wynik testu diagnostycznego w kierunku koronawirusa SARS-CoV-2 albo dostarczone świadectwo zaszczepienia pacjenta przeciwko COVID-19.

⁴³ Hospicja stacjonarne, stan w dniu 31 grudnia.

⁴⁴ Dotyczy wszystkich zakładów lecznictwa uzdrowiskowego w Polsce (łącznie ze szpitalami uzdrowiskowymi Ministerstwa Obrony Narodowej i sanatoriami Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji).

Prezentowane dane dotyczą prowadzenia działalności leczniczej w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego i stacjonarnych zakładach rehabilitacji leczniczej dopiero od 11 marca 2021 r.

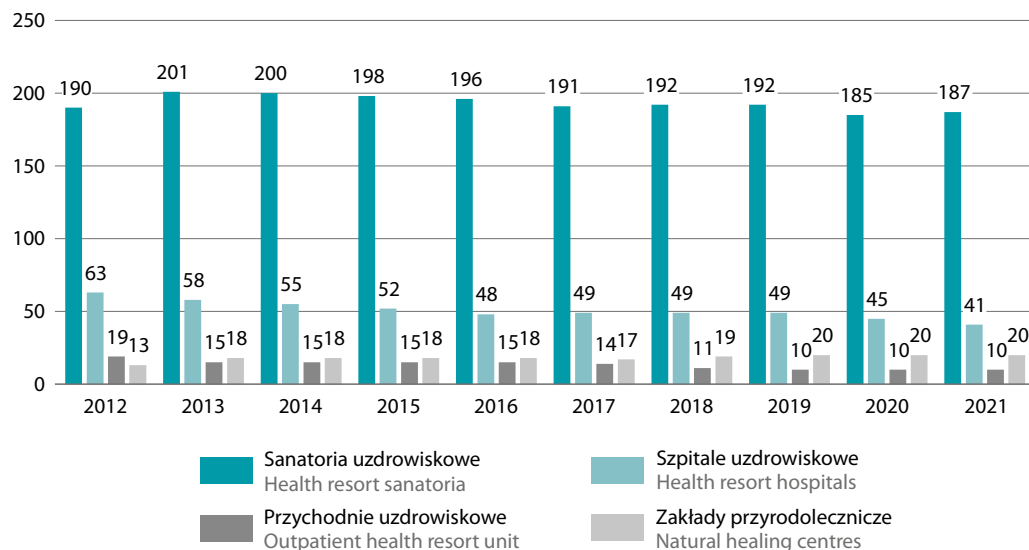
Mapa 7. Uzdrowiska w Polsce w 2021 r.
Map 7. Health Resort Ara in Poland in 2021



Rozmieszczenie obszarów uzdrowiskowych jest nierównomierne z wyraźną koncentracją uzdrowisk i zakładów w czterech województwach: dolnośląskim (11 uzdrowisk – 53 zakłady), małopolskim (10 uzdrowisk – 43 zakłady), zachodniopomorskim (5 uzdrowisk – 45 zakłady), kujawsko-pomorskim (3 uzdrowiska – 31 zakładów) i podkarpackim (4 uzdrowiska – 29 zakładów). W tych pięciu województwach znajdowało się blisko 78,0% zakładów lecznictwa uzdrowiskowego, przy czym, najwięcej jest ich na terenie uzdrowisk: Kołobrzeg (23) i Ciechocinek (23). Łącznie na terenie kraju, odnotowano 258 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego (o 2 mniej niż na koniec 2020 roku).

Wykres 41. Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 41. Health resort facilities
 As of 31 December

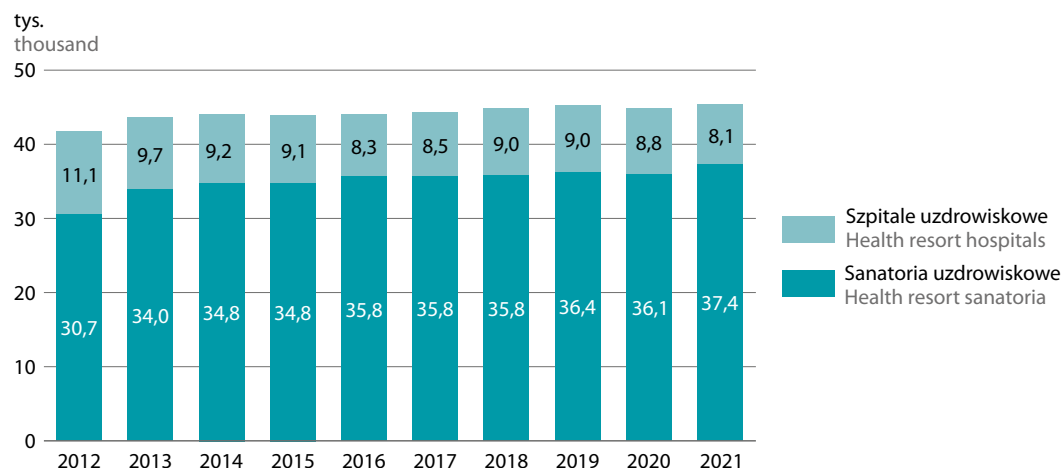


Przeważającą większość zakładów uzdrowiskowych (86,8%) stanowiły placówki o charakterze stacjonarnym – sanatoria i szpitale uzdrowiskowe. Zakłady działające w trybie ambulatoryjnym – przychodnie uzdrowiskowe i zakłady przyrodolecznicze stanowiły 13,2%.

W końcu 2021 r. szpitale i sanatoria dysponowały łącznie 45,5 tys. łóżek⁴⁵, o 1,2% więcej niż w 2020 r. i o 8,9% więcej niż w 2012 roku. Podobnie jak w latach poprzednich, blisko 82,3% bazy łóżkowej znajdowało się w sanatoriach.

Wykres 42. Łóżka w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zakładu
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 42. Beds in health resort facility by type of the facility
 As of 31 December



⁴⁵ W ciągu roku sprawozdawczego.

Tablica 10. Dynamika zmian liczby łóżek w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Stan w dniu 31 grudnia

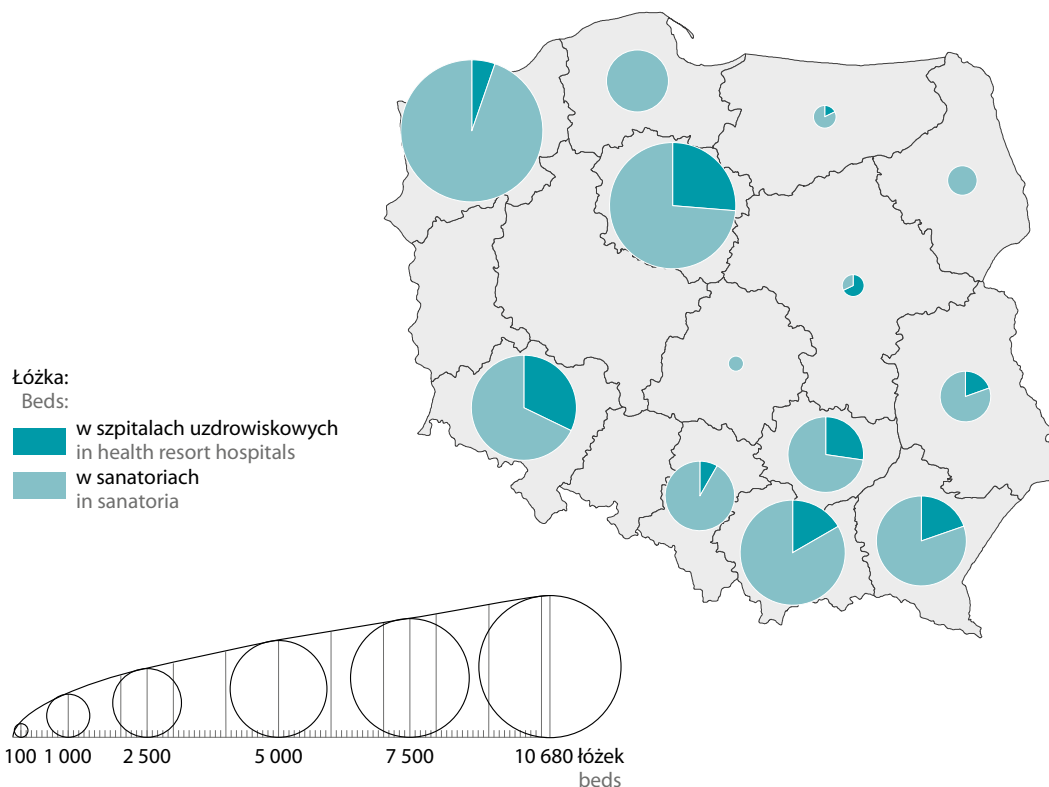
Table 10. Dynamics of health resort beds in health resort facilities
 As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	rok poprzedni = 100 previous year = 100								
Łóżka ogółem Total beds	104,6	100,8	99,8	100,3	100,7	101,1	101,5	99,0	101,2
Szpitala uzdrowiskowe Health resort hospitals	87,2	95,2	99,6	90,8	102,7	105,5	99,6	98,4	91,5
Sanatoria uzdrowiskowe Health resort sanatoria	110,8	102,4	99,9	102,8	100,2	100,0	101,1	99,2	103,6

Najwięcej łóżek uzdrowiskowych, niespełna 68,0%, znajdowało się w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego (10,7 tys. łóżek, w tym 6,2 tys. łóżek na obszarze uzdrowiska Kołobrzeg), kujawsko-pomorskiego (8,5 tys. łóżek, w tym 5,2 tys. na terenie uzdrowiska Ciechocinek), dolnośląskiego (5,9 tys. łóżek, w tym 3,6 tys. w powiecie kłodzkim na terenie uzdrowisk: Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój) oraz małopolskiego (5,8 tys. łóżek, m.in. w uzdrowiskach takich jak Krynica-Zdrój, Rabka-Zdrój, Szczawnica i Wysowa).

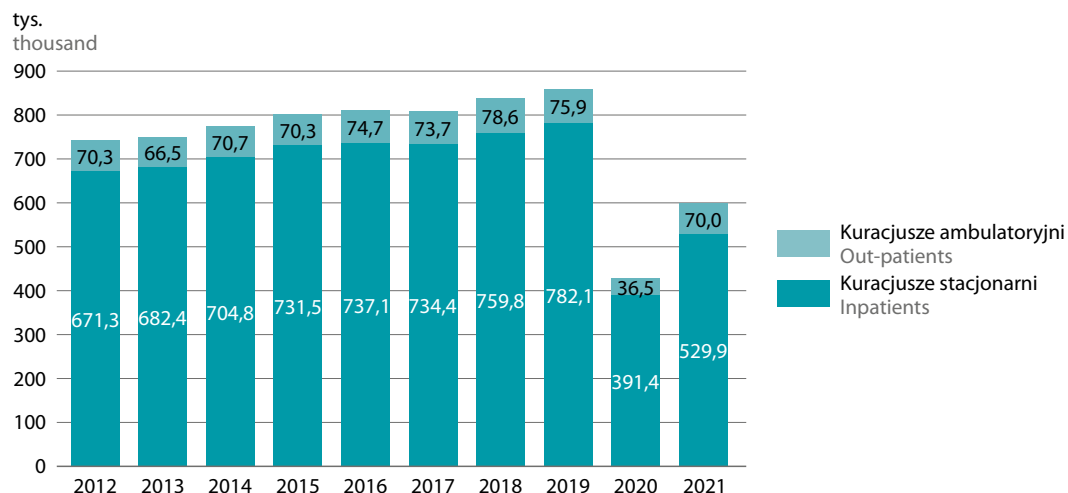
Mapa 8. Rozmieszczenie łóżek uzdrowiskowych w 2021 r.
Stan w dniu 31 grudnia

Map 8. Location of health resort beds in 2021
 As of 31 December



W 2021 r. z leczenia uzdrowiskowego w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym skorzystało łącznie 599,9 tys. osób, o około 40,2% więcej niż w 2020 r. Większość (88,3%) stanowili kuracjusze stacjonarni – 529,9 tys. osób, o 35,4% więcej niż w pierwszym roku epidemii COVID-19. Z leczenia ambulatoryjnego skorzystało 70,0 tys. osób, blisko dwukrotnie więcej kuracjuszy (o 91,7%) niż w roku poprzednim.

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



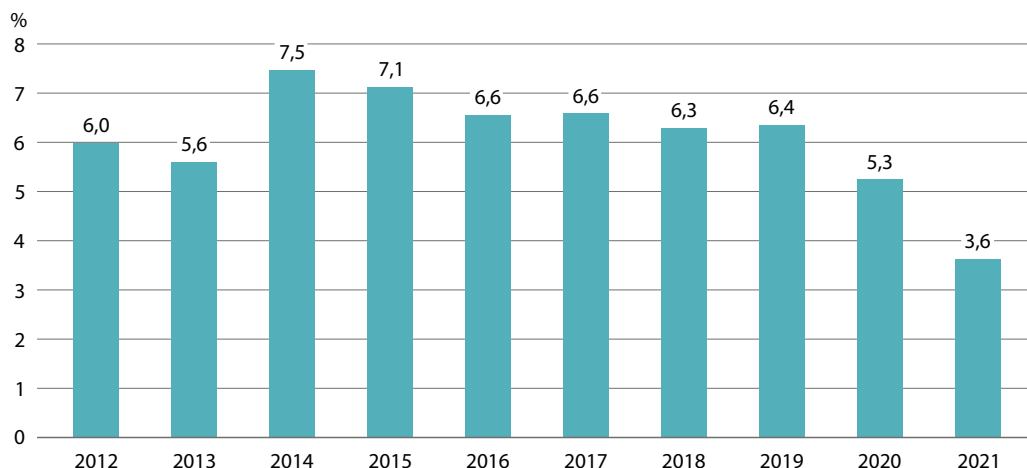
Tablica 11. Dynamika zmian liczby kuracjuszy lecznictwa uzdrowiskowego leczonych w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym

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

Wyszczególnienie Specification	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	rok poprzedni = 100 previous year = 100								
Kuracjusze ogółem Total patients	101,0	103,5	103,4	101,3	99,5	103,8	102,3	49,9	140,2
Kuracjusze stacjonarni Inpatients	101,7	103,3	103,8	100,8	99,6	103,5	102,9	50,0	135,4
Kuracjusze ambulatoryjni Out-patients	94,6	106,2	99,5	106,3	98,6	106,7	96,5	48,1	191,7

Spośród leczonych stacjonarnie, liczba polskich kuracjuszy wyniosła: 510,6 tys. osób, o 37,7% więcej niż w roku poprzednim, natomiast kuracjuszy zagranicznych – 19,3 tys. osób, o 6,2% mniej niż przed rokiem. Cudzoziemcy stanowili 3,6% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

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



Tablica 12. Dynamika zmian liczby kuracjuszy polskich i zagranicznych przebywających na leczeniu stacjonarnym
Table 12. Dynamics of health resort polish and foreign inpatients

Kuracjusze stacjonarni Inpatients	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021
	rok poprzedni = 100 previous year = 100								
Polacy Poles	102,1	101,2	104,2	101,4	99,6	103,8	102,9	50,6	137,7
Cudzoziemcy Foreigners	94,7	137,8	98,9	92,8	100,0	98,9	103,9	41,3	93,8

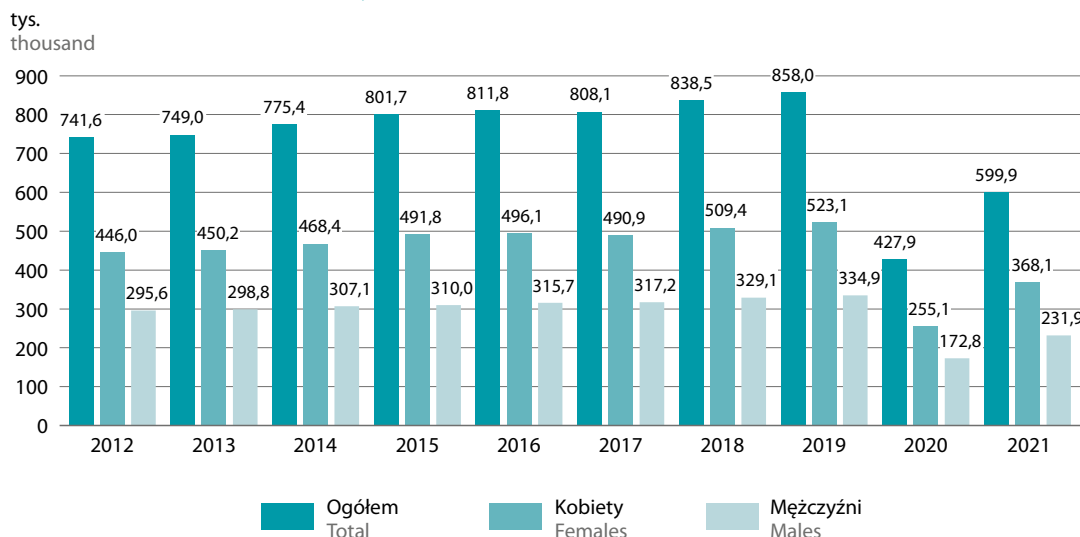
W odniesieniu do ludności Polski z leczenia uzdrowiskowego⁴⁶ skorzystało 1,5% mieszkańców (580,7 tys. osób) i podobnie jak w latach poprzednich, leczyło się więcej kobiet (61,2% ogółu kuracjuszy), niż mężczyzn (38,8%). Szacuje się że z leczenia uzdrowiskowego skorzystało 1,8% kobiet oraz 1,2% mężczyzn zamieszkałych w kraju.

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

Polscy kuracjusze w wieku 65 lat lub więcej (296,2 tys. osób) stanowili 4,1% mieszkańców kraju w tym wieku, natomiast osoby młodsze, poniżej 65 roku życia (284,5 tys. osób) stanowiły 0,9% ogółu ludności w tym wieku.

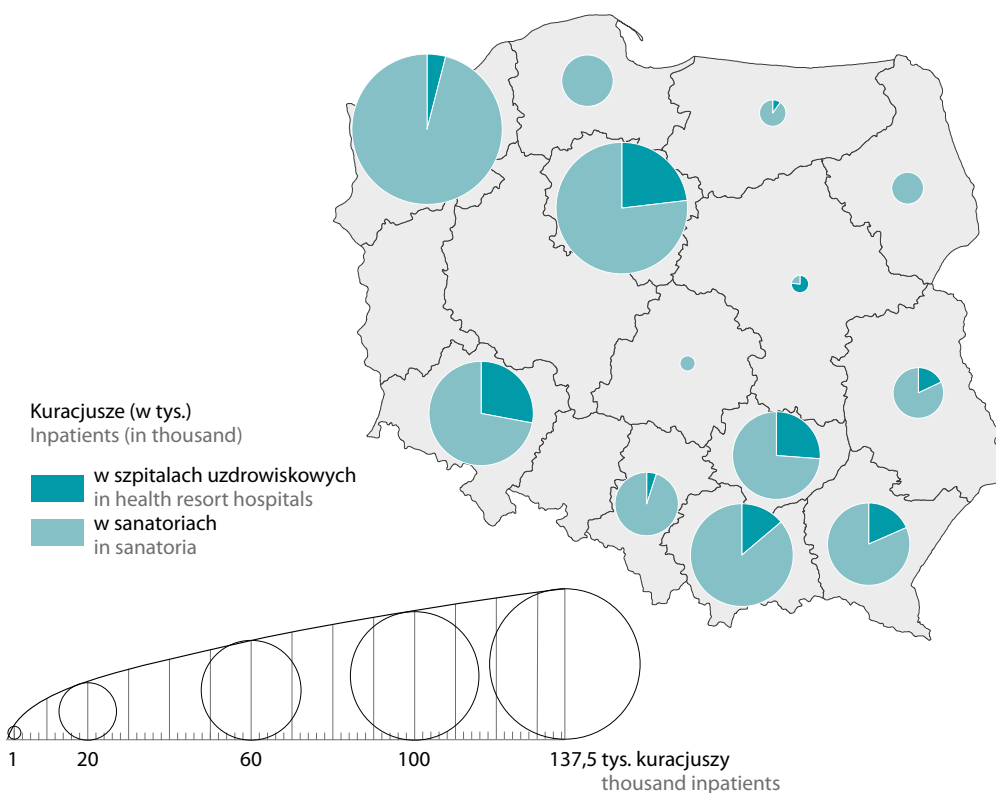
⁴⁶ W trybie stacjonarnym i ambulatoryjnym, wśród kuracjuszy korzystających z leczenia uzdrowiskowego w trybie ambulatoryjnym nie wyróżnia się cudzoziemców.

Wykres 45. Kuracjusze lecznictwa uzdrowiskowego według płci
Chart 45. Patients of health resort facilities by sex



Rozmieszczenie kuracjuszy w ujęciu wojewódzkim wykazuje duże zróżnicowanie co jest konsekwencją nierównomiernego rozmieszczenia uzdrowiskowej bazy łóżkowej. Najwięcej kuracjuszy⁴⁷ przebywało w uzdrowiskach czterech województw: zachodniopomorskiego, kujawsko-pomorskiego, dolnośląskiego i małopolskiego.

Mapa 9. Kuracjusze leczenia stacjonarnie według rodzaju zakładu lecznictwa uzdrowiskowego w 2021 r.
Map 9. Inpatients by type of health resort facilities in 2021

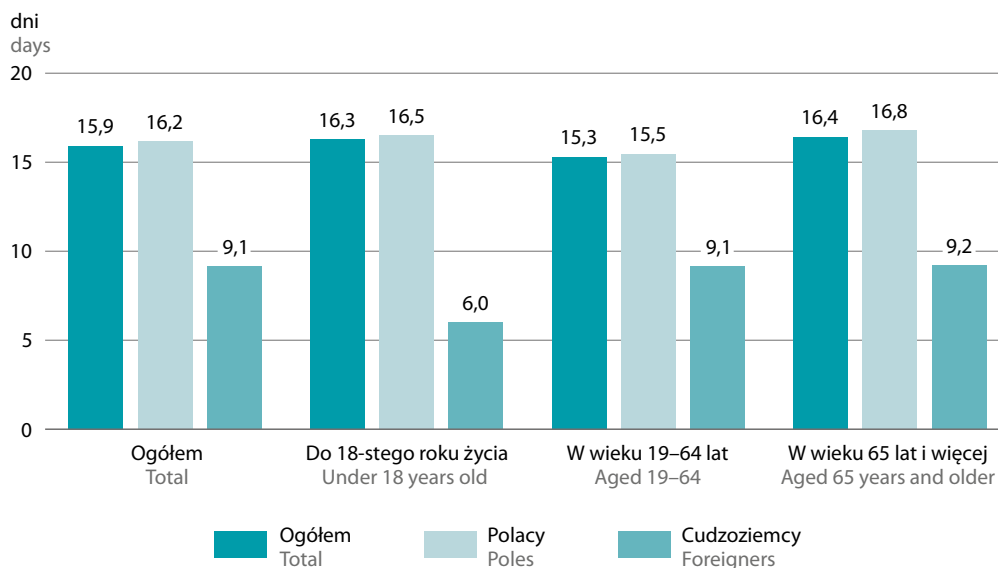


⁴⁷ Bez względu na obywatelstwo.

Analizując liczbę kuracjuszy w poszczególnych powiatach tych województw, zdecydowanie największą liczbę pacjentów leczonych stacjonarnie odnotowano w powiecie kołobrzeskim – 91,3 tys. osób (o 22,4% więcej niż przed rokiem), następnie w powiatach: aleksandrowskim – 64,7 tys. osób (o 39,5% więcej) – teren uzdrowiska Ciechocinek, buskim – 47,0 tys. osób (o 60,6% więcej) – tereny uzdrowisk: Busko-Zdrój i Solec-Zdrój, w powiecie kłodzkim – 39,7 tys. osób (o 51,4% więcej) – tereny uzdrowisk: Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Polanica-Zdrój i Łądek-Zdrój oraz nowosądeckim 38,4 tys. osób (o 45,9% więcej) – tereny uzdrowisk: Krynica Zdrój, Muszyna, Piwniczna-Zdrój i Żegiestów Zdrój.

Średni czas pobytu kuracjusza w uzdrowisku, bez względu na wiek i obywatelstwo, wyniósł 15,9 dnia i był o 0,4 dnia dłuższy niż w roku poprzednim.

Wykres 46. Średni pobyt kuracjusza w uzdrowisku według wieku w 2021 r.
Chart 46. Average stay of inpatients in health resort facilities by age in 2021



W 2021 roku, podobnie jak w latach poprzednich, znaczna część polskich kuracjuszy przebywających w uzdrowisku skorzystała z różnych rodzajów dofinansowań. Były to świadczenia przyznawane na podstawie przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej⁴⁸, o systemie ubezpieczeń społecznych⁴⁹ w tym o ubezpieczeniu społecznym rolników⁵⁰ a także, w przypadku osób niepełnosprawnych i ich opiekunów, na podstawie przepisów ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej⁵¹. W 2021 r. struktura udziału poszczególnych form pomocy nie uległa dużym zmianom.

Ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia zostało dofinansowanych 282,8 tys. pobyków stacjonarnych, o 30,6% więcej niż w 2020 roku, ale stanowiły one, nie uwzględniając cudzoziemców, niższy odsetek pobyków niż przed rokiem – 55,4% (o 3,0 p. proc. mniej).

W ramach programów rehabilitacji leczniczej, finansowanych przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych, dofinansowanie otrzymało 22,0 tys. osób (o 55,6% więcej niż w roku poprzednim), a z Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego skorzystało 3,2 tys. osób, o 28,3% mniej niż w 2020 r.

48 Osoby z potwierdzonymi skierowaniami NFZ na leczenie uzdrowiskowe i rehabilitację uzdrowiskową (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych Dz. U. z 2021 r. poz. 1285).

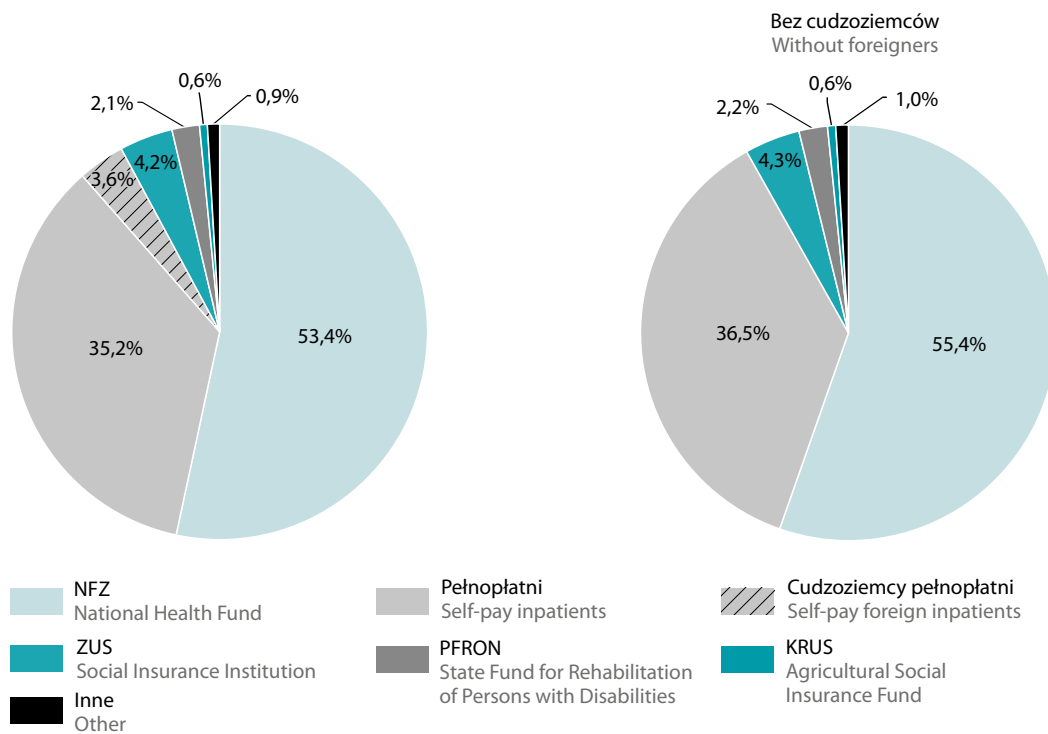
49 Osoby dofinansowane przez ZUS przebywające na rehabilitacji leczniczej w ramach prewencji rentowej (Ustawa z dnia 13 października 1998 r. o systemie ubezpieczeń społecznych Dz. U. z 2021 r. poz. 423).

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

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

Wykres 47. Kuracjusze leczenia stacjonarnie w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według sposobu finansowania pobytu w 2021 r.

Chart 47. Health resort inpatients by type of financing in 2021

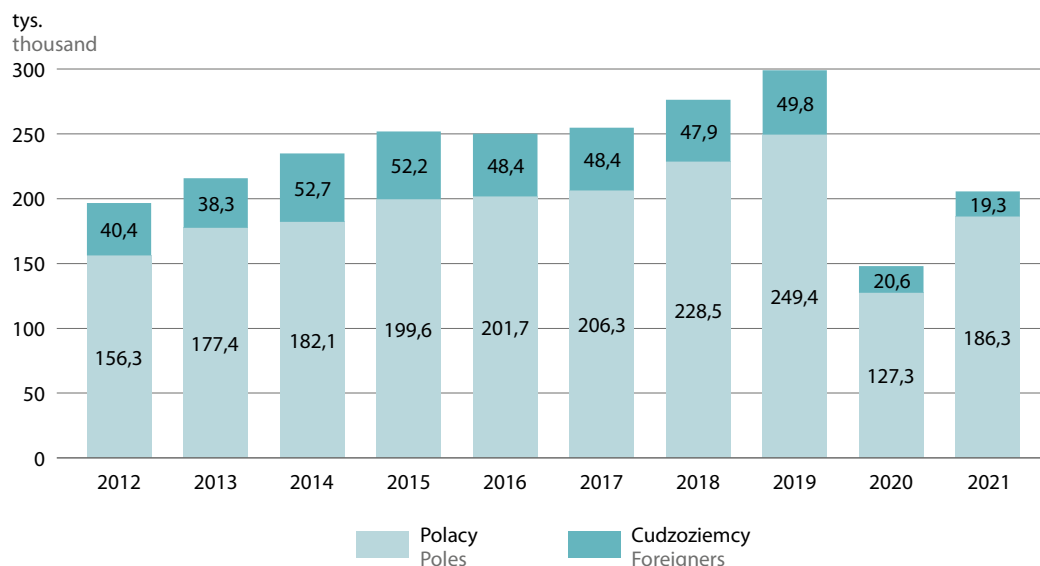


W odróżnieniu od typowych pobytów uzdrowiskowych, w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego, organizowane są także turnusy rehabilitacyjne⁵² dofinansowywane z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych. Lokalizacja zakładów na terenach o walorach przyrodniczo-klimatycznych oraz szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, a także znaczny stopień przystosowania architektonicznego zakładów uzdrowiskowych sprawia, że turnusy takie są organizowane. Ich celem jest rehabilitacja społeczna osób niepełnosprawnych, przy jednoczesnej poprawie stanu ich zdrowia, w ramach rehabilitacji leczniczej. W 2021 r. w uzdrowiskach przebywało 11,4 tys. uczestników turnusów rehabilitacyjnych PFRON i było ich ponad dwukrotnie więcej (o 110,1%) niż w 2020 roku.

W 2021 r. w uzdrowiskach odnotowano 205,6 tys. stacjonarnych kuracjuszy pełnopłatnych, o 39,0% mniej niż w 2020 r. Polskich kuracjuszy pełnopłatnych było 186,3 tys., o 46,4% więcej, natomiast w przypadku pełnopłatnych cudzoziemców – 19,3 tys. osób, o 6,2% mniej niż w 2020 r.

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

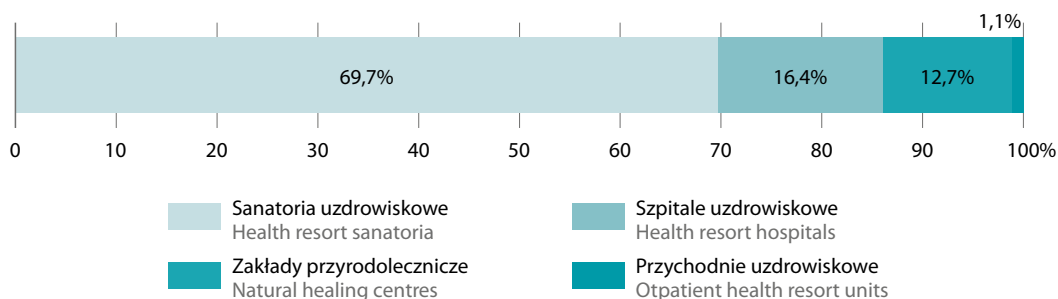
Wykres 48. Kuracjusze pełnopłatni w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego
Chart 48. Self-pay inpatients in health resort facilities



Podobnie jak w latach poprzednich, zdecydowanie najwięcej pełnopłatnych kuracjuszy – cudzoziemców (91,2%) było w dwóch granicznych województwach zachodniej części Polski – zachodniopomorskim i dolnośląskim. W województwie zachodniopomorskim większość cudzoziemców przebywała w sanatoriach dwóch uzdrowisk – Świnoujściu, gdzie 31,3% (5,7 tys. osób, o 9,0 p. proc. mniej niż przed rokiem) kuracjuszy stacjonarnych było obcego pochodzenia oraz w Kołobrzegu, w którym cudzoziemców było najwięcej (6,8 tys. osób) ale stanowili 7,5% ogółu pacjentów, o 2,2 p. proc. mniej niż przed rokiem. W województwie dolnośląskim, zagraniczni kuracjusze, przebywali głównie na terenie powiatu lubańskiego (3,5 tys. osób), gdzie stanowili 34,4% kuracjuszy, o 10,1 p. proc. mniej niż w 2020 r.

W zakładach lecznictwa uzdrowiskowego udzielono łącznie 26,0 mln zabiegów (o 42,8% więcej niż w 2020 r.) z czego większość przeprowadzono w sanatoriach i szpitalach uzdrowiskowych. Podobnie jak przed rokiem, średnio wykonano 43 zabiegi na osobę.

Wykres 49. Liczba zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego wg miejsca wykonywania zabiegów (rodzaj zakładu) w 2021 r.
Chart 49. Health resort services by the place of their performance (type of the facility) in 2021



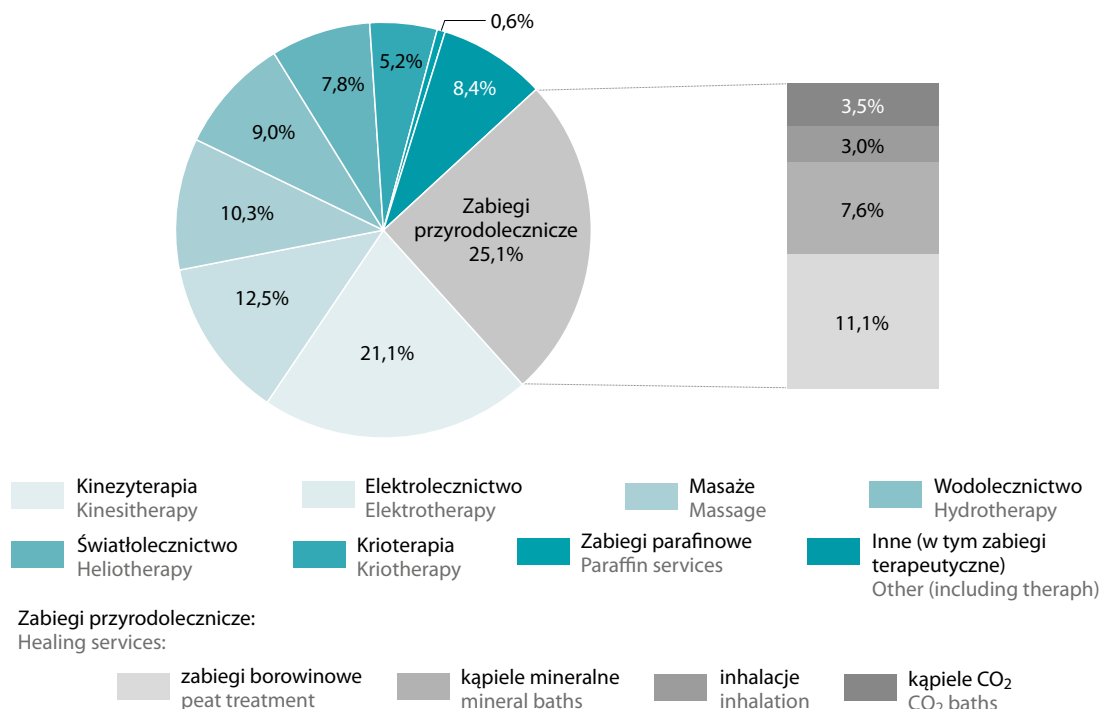
W 2021 r. struktura poszczególnych rodzajów zabiegów, rozpatrywana w skali kraju, była podobna jak w 2020 r. pomimo znacznie większej liczby (wzrost o 42,8%) poszczególnych zabiegów. Podobnie jak w latach poprzednich, przeprowadzono najwięcej zabiegów z zakresu kinezyterapii, która nadal stanowiła około 1/5 wszystkich zabiegów i ich liczba była o 42,0% wyższa niż w 2020 r.

Zabiegi przyrodolecznicze takie jak: borowinowe, solankowe, kąpiele CO² oraz inhalacje, łącznie stanowiły ponad 1/4 wszystkich zabiegów przeprowadzonych w uzdrowiskach, a skorzystała z nich większość kuracjuszy 85,4% – 512,4 tys. osób (o 39,7% więcej niż w 2020 r.).

Oprócz zabiegów parafinowych, których kolejny rok z rzędu odnotowano mniej (o 2,6% mniej niż w 2020 r.) wszystkich pozostałych zabiegów wykonano więcej, przy czym największy wzrost dotyczył inhalacji lekiem (o 116,7% więcej) oraz zajęć terapeutycznych (o 97,4% więcej). W przypadku pozostałych zabiegów, odnotowano wzrosty oscylujące w granicach 35–55%.

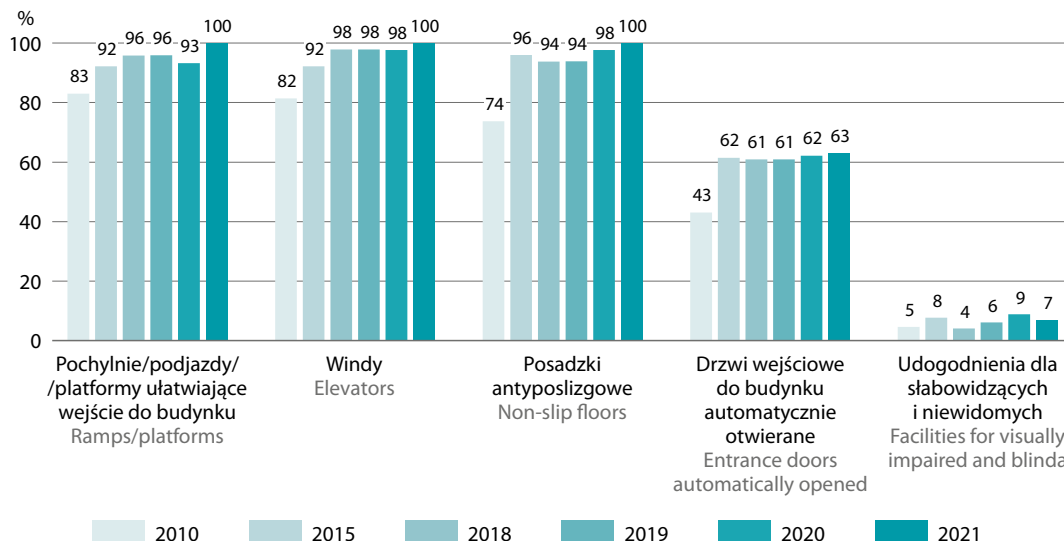
Wykres 50. Struktura zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego według rodzaju zabiegu w 2021 r.

Chart 50. Structure of health resort services performed in health resort facilities by type of service in 2021



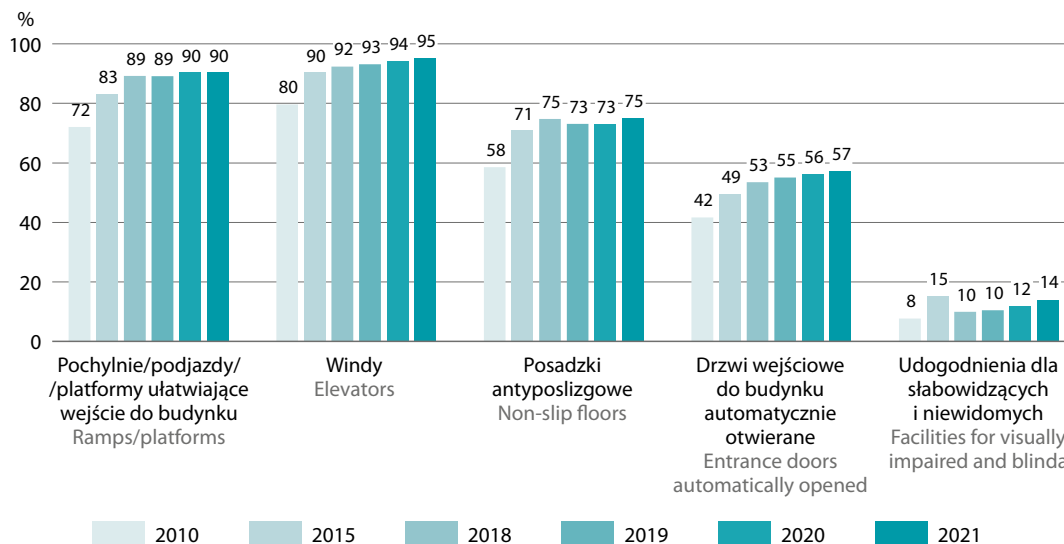
Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego z uwagi na lokalizację na terenach o walorach przyrodniczo-klimatycznych, a także na szeroki zakres oferowanych zabiegów leczniczych, są placówkami cieszącymi się popularnością wśród osób z niepełnosprawnościami, dla których problem dostosowania zakładu do różnych rodzajów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

Podobnie jak w latach poprzednich, najlepszy stopień dostosowania wykazały szpitale uzdrowiskowe spośród których, wszystkie wykazały możliwość korzystania z wind, a 95% (o 2 p. proc. więcej niż przed rokiem) deklarowało możliwość korzystania z wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich. Wszystkie badane placówki wskazywały na obecność pochylni, podjazdów czy też platform, ułatwiających wejście do budynku (o 7 p. proc. więcej), także wszystkie zadeklarowały dostosowane pokoje oraz pokoje z łazienkami (o 2 p. proc. więcej).

Wykres 51. Zmiana stopnia przystosowania szpitali uzdrowiskowych do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)
Chart 51. Change in the degree of adjustment of health resort hospitals to the needs of the disabled persons (in %)


Spośród 187 sanatoriów 95% placówek (o 1 p. proc. więcej) wykazało obecność windy, a 83% (o 3 p. proc. więcej) – wind dostosowanych dla osób poruszających się na wózkach inwalidzkich, podobnie jak przed rokiem, 90% deklaroowało posiadanie pochylni, podjazdów czy też platform, 91% (o 4 p. proc. więcej) zakładów określiło pomieszczenia (pokoje i pokoje z łazienkami) jako dostosowane, a ponad połowa badanych placówek – 57% (o 1 p. proc. więcej) była wyposażona w drzwi wejściowe automatycznie otwierane.

Zarówno szpitale uzdrowiskowe, jak i sanatoria, deklarowały stosunkowo niewiele udogodnień dla osób słabowidzących i niewidomych – odpowiednio 7% (o 2 p. proc. mniej) i 14% (o 2 p. proc. więcej) oraz słabosłyszących i niesłyszących – odpowiednio 5% szpitali i 10% sanatoriów.

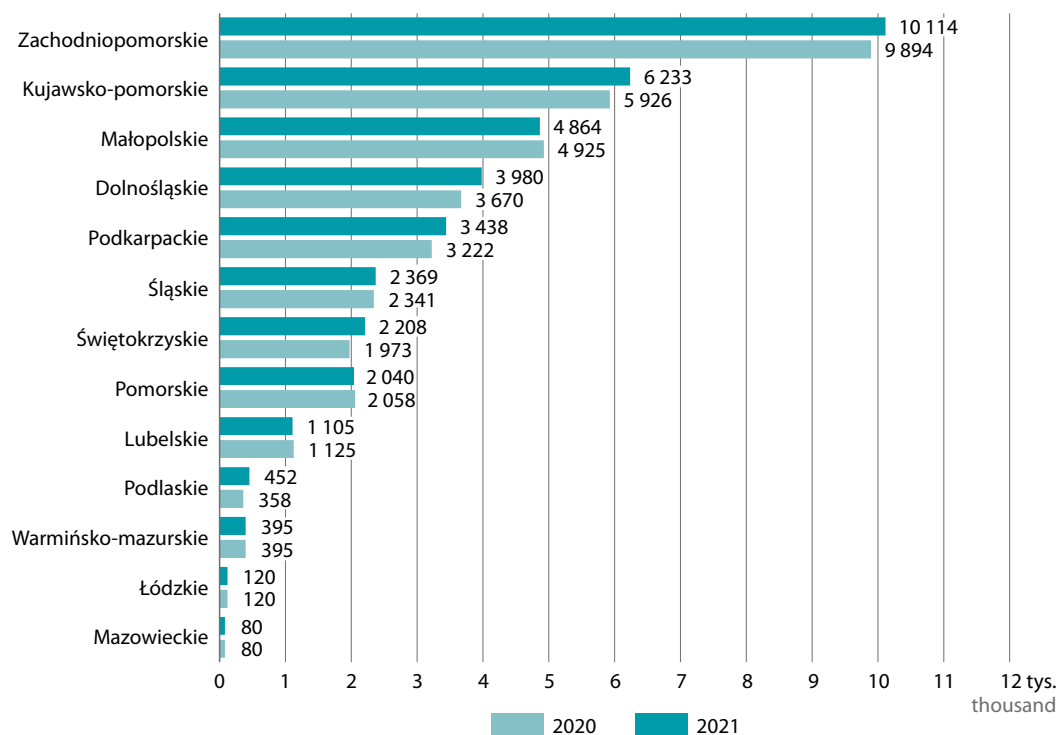
Wykres 52. Zmiana stopnia przystosowania sanatoriów do potrzeb osób niepełnosprawnych (w %)
Chart 52. Change in the degree of adjustment of sanatoria to the needs of the disabled persons (in %)


Najpopularniejszą formą opieki leczenia uzdrowiskowego są sanatoria uzdrowiskowe. Na koniec 2021 r. funkcjonowało 187 sanatoriów (o 2 więcej niż przed rokiem), dysponujących 37,4 tys. łóżek, o 3,6% mniej niż w 2020 roku.

Najwięcej łóżek sanatoryjnych znajdowało się w województwach: zachodniopomorskim (o 2,2% łóżek więcej niż w 2020 r.), kujawsko-pomorskim (o 5,2% łóżek więcej), małopolskim (o 1,2% łóżek mniej), dolnośląskim (o 8,4% łóżek więcej) i podkarpackim (o 6,7% więcej). Z bazy łóżkowej, w tych pięciu województwach, skorzystało 78,0% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w uzdrowiskach.

Wykres 53. Łóżka w sanatoriach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia

Chart 53. Beds in health resort sanatoria
 As of 31 December



W 2021 r., nietypowym roku z powodu trwania epidemii COVID-19, z leczenia w sanatorium (w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym), łącznie skorzystało 476,4 tys. osób, o 42,1% więcej niż w 2020 roku. Spośród ogółu leczonych – 93,8% (447,1 tys. osób) stanowili kuracjusze stacjonarni, z czego blisko 62% stanowiły kobiety.

Z leczenia stacjonarnego w sanatorium skorzystało 6,4 tys. dzieci i młodzieży do 18-stego roku życia (1,4% ogółem leczonych), o 19,2% więcej niż przed rokiem.

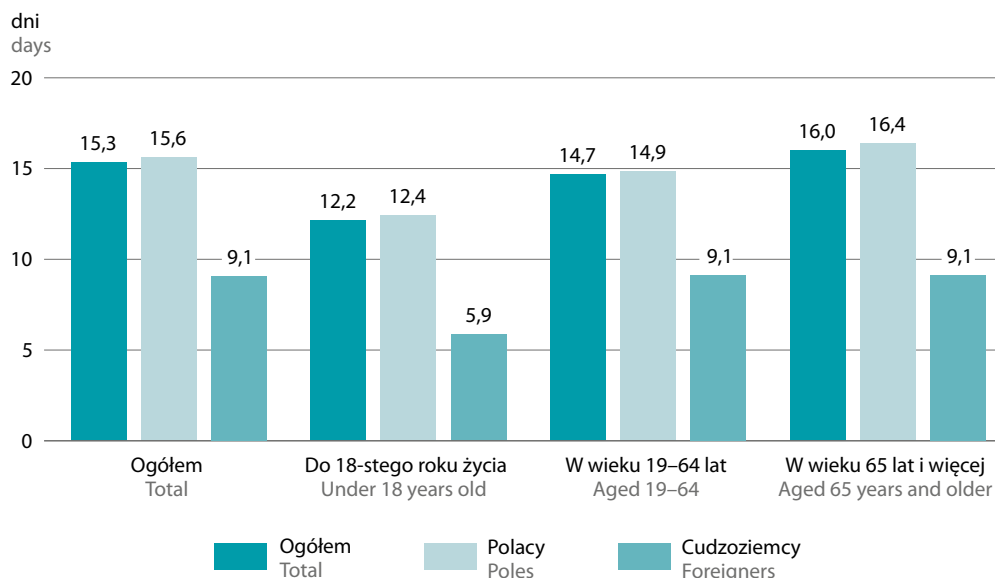
W 2021 r. na pobycie stacjonarnym w sanatorium przebywało 428,1 tys. polskich kuracjuszy, z czego ponad połowa (52,7%) skorzystała ze środków NFZ, 39,0% to pacjenci pełnopłatni a 8,3% to pozostali kuracjusze dofinansowani przez ZUS, KRUS, PFRON i inne instytucje.

Cudzoziemcy stanowili grupę 19,0 tys. osób (4,3% ogółu kuracjuszy leczonych stacjonarnie w sanatoriach) i było to o 6,1% mniej niż w roku poprzednim.

Średni czas pobytu kuracjusza w sanatorium, bez względu na wiek i narodowość (ogółem kuracjusze), trwał 15,3 dnia (o 0,5 dnia dłużej niż w 2020 r.) a w przypadku osób w wieku 65 lat lub więcej, stanowią-

cych ponad połowę leczonych, pobyty były nieco dłuższe i średnio trwały – 16,0 dnia (o 0,5 dnia krócej niż w roku poprzednim).

Wykres 54. Średni pobyt kuracjusza w sanatorium według grup wieku w 2021 r.
Chart 54. Average stay of inpatients in sanatoria by age groups in 2021



Średni czas pobytu polskiego kuracjusza, w porównaniu ze średnim pobytem cudzoziemca, był dłuższy o 6,5 dnia, a w przypadku kuracjuszy seniorów, powyżej 65 roku życia, pobyt polskiego seniora w sanatorium trwał średnio o 7,3 dnia dłużej.

Pobyt kuracjusza cudzoziemca w sanatorium średnio trwał 9,1 dnia i w porównaniu do poprzedniego roku był dłuższy o 0,1 dnia. W przypadku cudzoziemców seniorów skrócił się (o 0,7 dnia) i wyniósł 9,1 dnia.

W sanatoriach przeprowadzono 18,1 mln zabiegów, o 46,4% więcej niż w 2020 r. Stanowiło to, podobnie jak przed rokiem, około 68,0% ogółu zabiegów wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego.

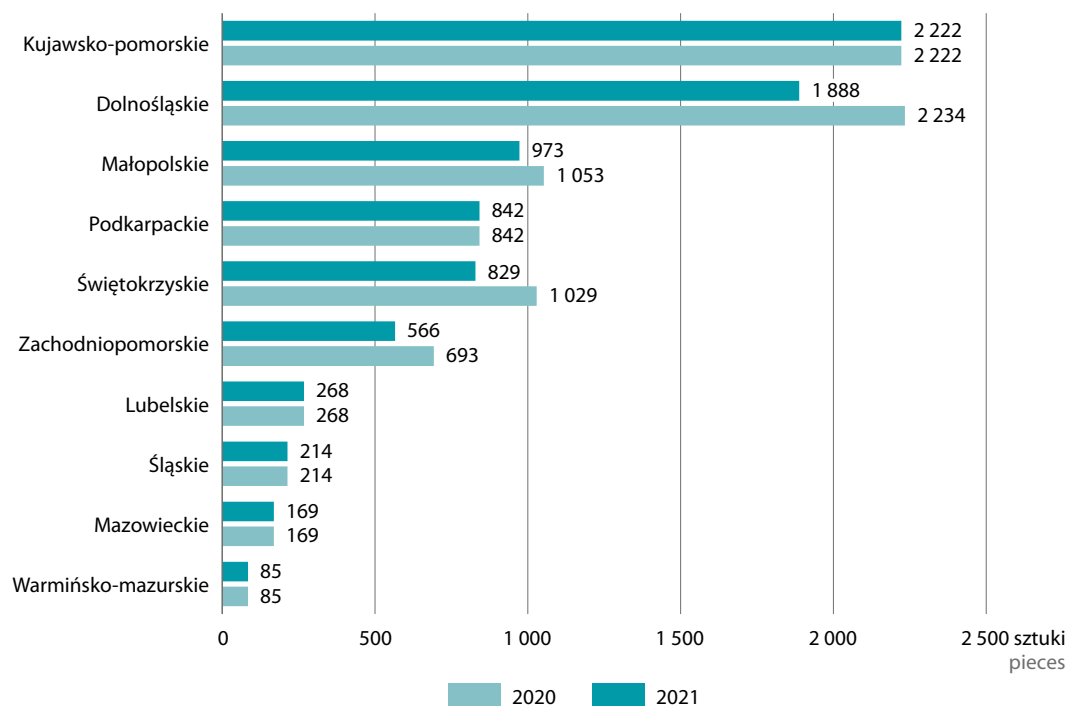
Na koniec 2021 roku odnotowano 41 szpitali uzdrowiskowych (o 4 mniej niż w 2020 r.), które zlokalizowane były w 10 województwach i łącznie dysponowały 8,1 tys. łóżek, o 8,5% mniej niż w 2020 roku. Podobnie jak w latach ubiegłych, najwięcej uzdrowiskowych łóżek szpitalnych znajdowało się w 5 województwach: kujawsko-pomorskim, dolnośląskim, małopolskim, podkarpackim i świętokrzyskim.

W 2021 r. w szpitalach uzdrowiskowych, w systemie stacjonarnym i ambulatoryjnym, leczonych było łącznie 87,9 tys. kuracjuszy, o 26,1% więcej niż w roku poprzednim. Kuracjusze stacjonarni stanowili 82,8 tys. osób, tj. 94,2% ogółu leczonych w szpitalach uzdrowiskowych z czego cudzoziemcy stanowili niewielki odsetek leczonych (niespełna 0,3%).

W ramach środków Narodowego Funduszu Zdrowia z leczenia w szpitalach uzdrowiskowych skorzystało 56,9 tys. osób, tj. 69,0% leczonych stacjonarnie Polaków (o 15,5% więcej niż w 2020 r.), a 3,8 tys. (4,6%) pobyty osób zostało sfinansowanych przez ZUS (o 14,9% więcej niż przed rokiem). Polscy kuracjusze pełnopłatni stanowili 19,4 tys. osób (23,5%) o 73,0% więcej niż w 2020 r., a pozostali dofinansowani – 2,4 tys. osób (2,9%) o 41,4% więcej niż w rok wcześniej.

**Wykres 55. Łóżka w szpitalach uzdrowiskowych
Stan w dniu 31 grudnia**

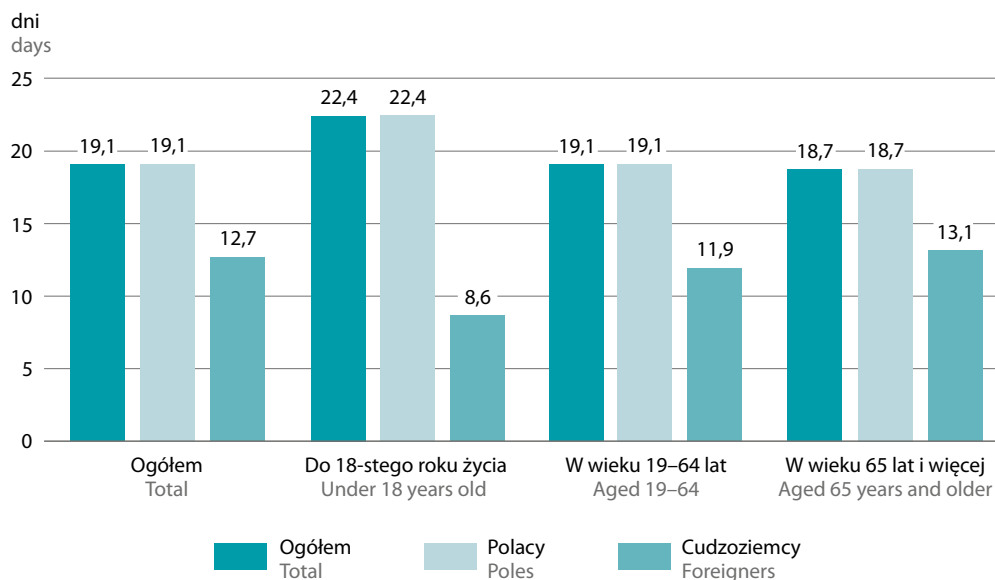
Chart 55. Beds in health resort hospital
As of 31 December



Pobyt pacjenta w szpitalu uzdrowiskowym, bez względu na wiek i obywatelstwo, trwał średnio 19,1 dnia i był o 0,1 dnia krótszy niż w 2020 roku. W przypadku dzieci i młodzieży (osoby do 18-stego roku życia), średni pobyt wyniósł 22,4 dnia i był o 0,9 dnia krótszy.

Wykres 56. Średni czas pobytu w szpitalu uzdrowiskowym według wieku w 2021 r.

Chart 56. Average stay of inpatients in health resort hospitals by age in 2021



W szpitalach uzdrowiskowych przeprowadzono 4,3 mln zabiegów i było to o 30,6% więcej niż w roku 2020. Należy podkreślić, że podobnie jak w przypadku sanatoriów, nie są to wszystkie zabiegi jakich udzielono pacjentom przebywającym w szpitalach uzdrowiskowych, gdyż niejednokrotnie korzystają oni z zabiegów wykonywanych w sąsiadujących zakładach uzdrowiskowych.

Poza powszechnie znanymi formami stacjonarnej opieki uzdrowiskowej, leczenie uzdrowiskowe realizowane jest także w placówkach funkcjonujących wyłącznie w systemie ambulatoryjnym, takich jak: przychodnie uzdrowiskowe (10 zakładów) i niezależne zakłady przyrodolecznicze (20 zakładów). W 2021 roku z zabiegów przeprowadzonych w tych placówkach skorzystało 35,6 tys. kuracjuszy, o 54,6% więcej niż przed rokiem.

Łącznie w przychodniach uzdrowiskowych i zakładach przyrodoleczniczych przeprowadzono 3,6 mln zabiegów, o 40,7% więcej niż w 2020 roku. Stanowiły one 13,8% zabiegów ogółem wykonanych w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego (o 0,3 p. proc. mniej niż przed rokiem).

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

Na koniec 2021 roku odnotowano 43 stacjonarne zakłady rehabilitacji leczniczej⁵³, o 8 zakładów więcej niż w końcu 2020 r. Dysponowały one 4,6 tys. łóżek (o 24,7% więcej niż w 2020 r.) i skorzystało z nich 52,6 tys. pacjentów stacjonarnych (o 61,2% więcej). Podobnie jak w roku poprzednim najwięcej łóżek tego typu odnotowano w województwie zachodniopomorskim (1,8 tys. łóżek, o 15,2% więcej).

Pacjenci pełnopłatni stanowili 68,8% (o 5,7 p. proc. więcej niż przed rokiem) korzystających z leczenia stacjonarnego, z czego tylko 1,4 tys. (o 38,8% więcej) stanowili pełnopłatni cudzoziemcy. Odsetek obcokrajowców wśród ogółu leczonych stacjonarnie wynosił 2,7% (o 0,4 p. proc. mniej niż w 2020 r.). Cudzoziemcy leczyli się w placówkach zlokalizowanych w województwach: zachodniopomorskim, świętokrzyskim, pomorskim i dolnośląskim, ale zdecydowanie największy odsetek odnotowano w województwie zachodniopomorskim (72,8% ogółu cudzoziemców leczonych w tych zakładach).

W zakładach tych leczono w systemie stacjonarnym 51,2 tys. polskich pacjentów (o 61,9% więcej niż w 2020 r.). Z różnych form dofinansowania skorzystało łącznie 32,1% polskich pacjentów (16,4 tys. osób, o 36,5% więcej niż przed rokiem) a 67,9% (34,8 tys. osób, o 77,5% więcej) to pacjenci pełnopłatni. Najliczniejszą grupę osób dofinansowanych stanowili pacjenci korzystający z rehabilitacji leczniczej w ramach środków NFZ – 13,2% ogółu leczonych (6,8 tys. osób, o 57,0% więcej niż w poprzednim roku). W dalszej kolejności, to pacjenci dofinansowani przez KRUS – 6,8% (3,5 tys., o 13,1% więcej) i ZUS – 3,9% (2,0 tys. pacjentów, o 0,8% więcej niż przed rokiem). Z uwagi na cel i założenia pomocy kierowanej przez te instytucje (ZUS i KRUS), beneficjentami byli głównie pacjenci w grupie wiekowej 19–64 lata. Osoby w starszym wieku, powyżej 65 roku życia, stanowili najwyższy odsetek wśród pacjentów dofinansowanych z NFZ (46,5% pacjentów) oraz pacjentów pełnopłatnych (53,6%). Osoby uczestniczące w turnusach rehabilitacyjnych, w ramach środków uzyskanych z Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, stanowiły grupę – 3,1 tys. osób (o 68,6% więcej niż przed rokiem) i było to 6,0% ogółu rehabilitowanych w omawianej grupie placówek. Większość stanowiły osoby poniżej 65 roku życia (63,2%).

53 Zakłady zarejestrowane w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (stan w dniu 31 grudnia 2021 r.) jako zakłady rehabilitacji leczniczej (cz. VIII kodu resortowego – 7400) ale które zgłosiły łóżka i prowadzą działalność stacjonarną.

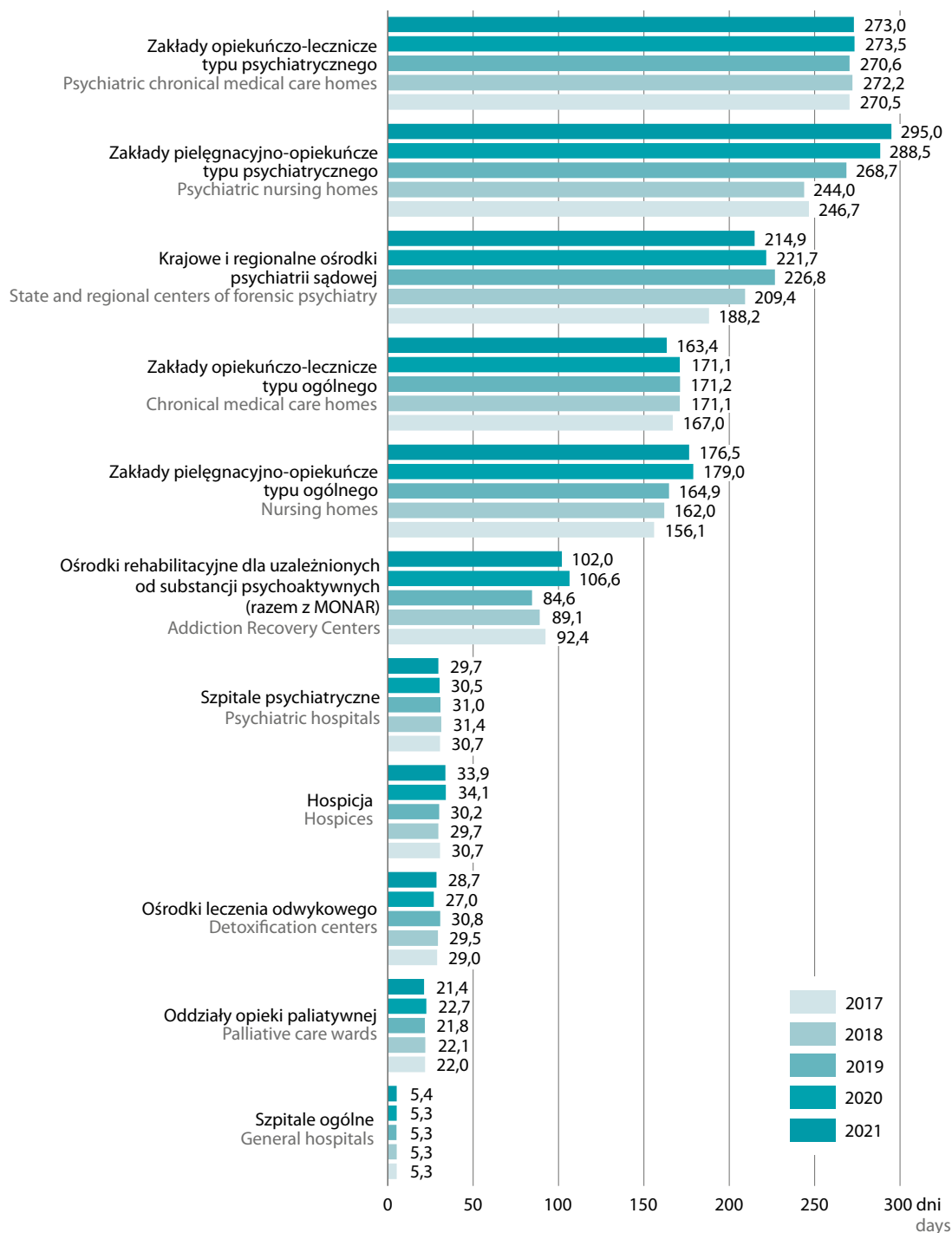
Tablica 13. Wykaz powiatów i miast na prawach powiatu na terenie których znajdują się uzdrowiska w 2021 r. Stan w dniu 31 grudnia

Table 13. Poviats and cities with poviats rights where health resort areas are located in 2021 As of 31 December

Wyszczególnienie Specification	Powiaty i miasta na prawach powiatu Poviats and cities with poviat's rights	Liczba łóżek Number of beds	Uzdrowisko Health resort area
Polska Poland		45 454	
Dolnośląskie	p. kłodzki	3 676	Długopole-Zdrój, Duszniki-Zdrój, Kudowa-Zdrój, Lądek-Zdrój, Polanica-Zdrój
	p. lubański	704	Czerniawa-Zdrój, Świeradów-Zdrój
	p. wałbrzyski	659	Jedlina-Zdrój, Szczawno-Zdrój
	p. m. Jelenia Góra	829	Cieplice Śląskie-Zdrój
Kujawsko-pomorskie	p. aleksandrowski	5 163	Ciechocinek
	p. inowrocławski	2 122	Inowrocław
	p. włocławski	1 170	Wieniec Zdrój
Lubelskie	p. zamojski	154	Krasnobród
	p. puławski	1 219	Nałęczów
Łódzkie	p. poddębicki	120	Uniejów
Małopolskie	p. nowosądecki	3 545	Krynica-Zdrój, Muszyna, Piwniczna, Żegiestów-Zdrój
	p. nowotarski	1 696	Rabka-Zdrój, Szczawnica
	p. gorlicki	596	Wysowa, Wapienne
	p. wielicki	–	Wieliczka (uzdrowisko podziemne)
	p. m. Kraków	–	Swoszowice-Kraków ⁵⁴
Mazowieckie	p. piaseczyński	249	Konstancin Jeziorna
Podkarpackie	p. lubaczowski	707	Horyniec-Zdrój
	p. krośnieński	2 695	Iwonicz-Zdrój, Rymanów-Zdrój
	p. leski	878	Polańczyk
Podlaskie	p. augustowski	220	Augustów
	p. białostocki	232	Supraśl
Pomorskie	p. słupski	1 232	Ustka
	p. m. Sopot	808	Sopot
Śląskie	p. pszczyński	505	Goczałkowice-Zdrój
	p. cieszyński	2 078	Ustroń
Świętokrzyskie	p. buski	3 037	Busko-Zdrój, Solec-Zdrój
Warmińsko-mazurskie	p. gołdapski	480	Gołdap
	p. sławieński	1 445	Dąbki
	p. kamieński	329	Kamień Pomorski
Zachodniopomorskie	p. kołobrzeski	6 161	Kołobrzeg
	p. świdwiński	1 050	Połczyn-Zdrój
	p. m. Świnoujście	1 695	Świnoujście

54 W 2021 r. uzdrowisko prowadziło działalność leczniczą wyłącznie w systemie ambulatoryjnym.

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



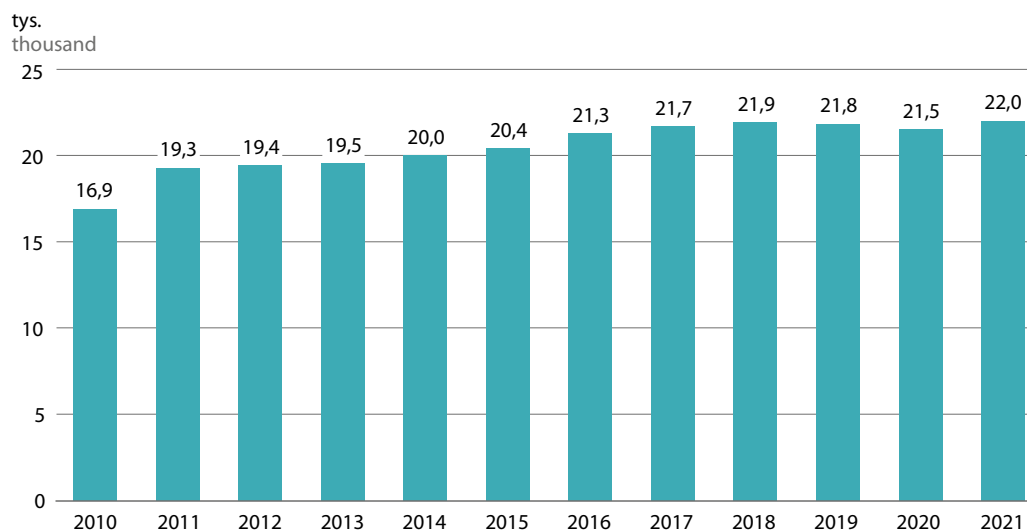
2.3. Ambulatoryjna opieka zdrowotna

2.3. Out-patient health care

Przychodnie i praktyki lekarskie

W końcu 2021 r. działalność prowadziło 25,7 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Funkcjonowało 22,0 tys. przychodni⁵⁵ oraz 0,7 tys. praktyk lekarskich i 3,1 tys. praktyk stomatologicznych, realizujących świadczenia finansowane ze środków publicznych. W miastach zlokalizowanych było 20,1 tys. podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, a na wsi – 5,6 tys.

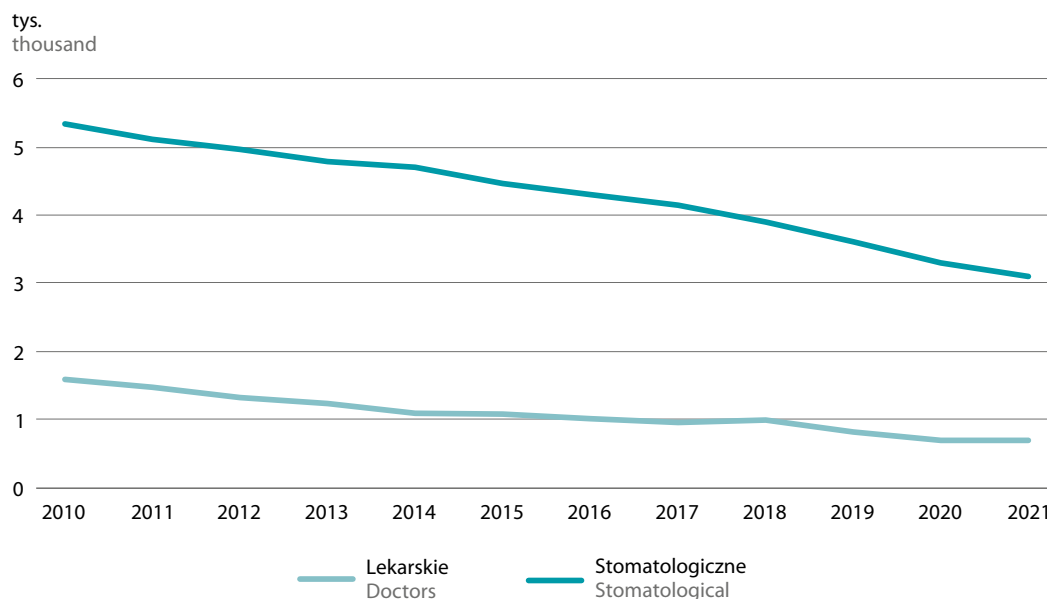
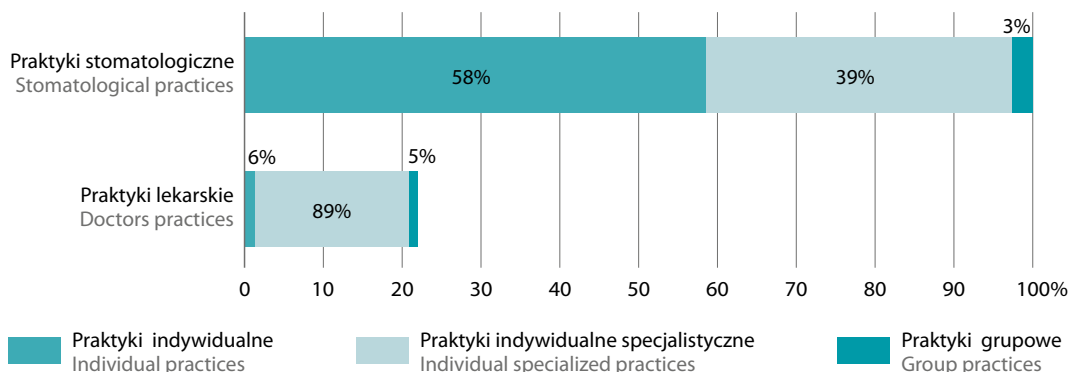
Wykres 58. Przychodnie
Chart 58. Out-patient departments



W 2021 r. zaobserwowano wzrost liczby przychodni (o 472 przychodnie więcej niż w roku poprzednim). Natomiast w przypadku praktyk⁵⁶ lekarskich i stomatologicznych udzielających świadczeń finansowanych ze środków publicznych występuje tendencja spadkowa obserwowana od 2011 roku.

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

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

Wykres 59. Praktyki lekarskie i stomatologiczne realizujące świadczenia finansowane w ramach środków publicznych
Chart 59. Medical and stomatological practices providing health services funded by public sources

Wykres 60. Struktura praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych w 2021 r.
Chart 60. Structure of medical and stomatological practices providing health services funded by public sources in 2021


W 2021 r. odnotowano łącznie prawie 4 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych świadczących usługi w ramach środków publicznych (o prawie 8,0% mniej niż w poprzednim roku), przy czym ponad 3 tys. (82,0%) z nich stanowiły praktyki stomatologiczne (także 8,0% mniej niż w poprzednim roku).

Praktyki lekarskie i stomatologiczne zlokalizowane w miastach stanowiły 73,9% wszystkich praktyk tego typu w Polsce, natomiast na wsi funkcjonowało 26,1% z nich. Bardziej widoczne różnice dotyczyły praktyk lekarskich – tylko 7,4% znajdowało się na wsi i aż 92,6% w mieście. Praktyki stomatologiczne na wsi stanowiły 30,2%, natomiast w mieście 69,8%.

Struktura praktyk lekarskich była podobna jak przed rokiem. W grupie tej przeważały indywidualne specjalistyczne praktyki lekarskie (88,7%), a udziały indywidualnych praktyk lekarskich (niespecjalistycznych) oraz grupowych praktyk lekarskich były na zbliżonym poziomie (odpowiednio 6,1% i 5,2%).

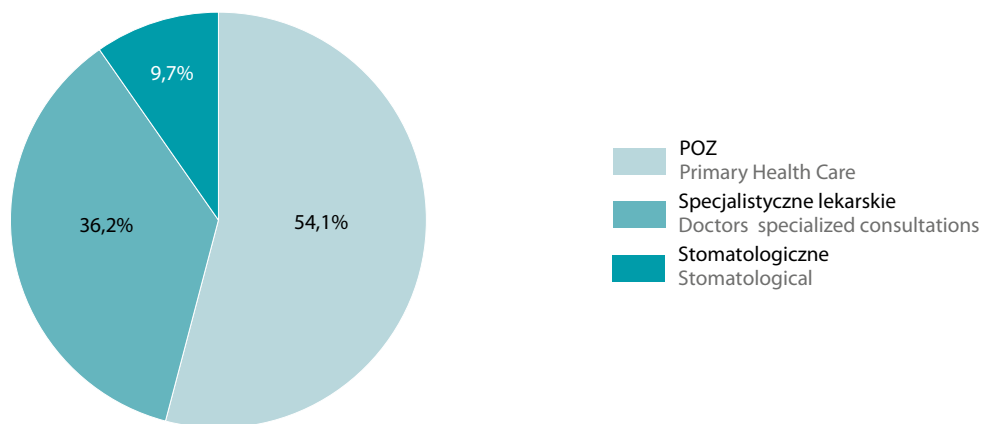
Nie zmieniła się również znacząco struktura praktyk stomatologicznych. Najczęściej były to indywidualne praktyki stomatologiczne (58,6%). Ta forma ambulatoryjnej opieki medycznej, podobnie jak w poprzednich latach, nadal pozostaje bardziej popularna w miastach (37,5% praktyk stomatologicznych w Polsce) niż na wsi (21,0% praktyk stomatologicznych w Polsce).

Udzielone porady

Ogółem w ciągu 2021 r., w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 320 mln porad⁵⁷ (o ponad 33 mln porad więcej niż w roku poprzednim, w którym panował stan epidemii COVID-19 wywołany przez koronawirus SARS-CoV-2 i odczuwalne były restrykcje z nim związane).

Spośród porad lekarskich⁵⁸ 171,3 mln stanowiły porady udzielone w podstawowej opiece zdrowotnej⁵⁹ (wzrost o 9,7% w stosunku do 2020 r.), a 114,6 mln – porady w opiece specjalistycznej (wzrost o 14,1% w skali roku). Liczba porad stomatologicznych wyniosła 30,7 mln (wzrost o 16,1% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Wykres 61. Struktura porad ambulatoryjnych w 2021 r.
Chart 61. Structure of out-patient health care consultations in 2021



Porady udzielone w przychodniach stanowiły 97,5% wszystkich porad ambulatoryjnych. Należy wspomnieć, że w 2020 r. nastąpił spadek porad udzielonych w przychodniach o 12,6% i był to pierwszy spadek na przestrzeni ostatnich 10 lat. W 2021 roku sytuacja się ustabilizowała, porad w przychodniach w roku 2021 było 12% więcej. Wzrost odnotowano zarówno w miastach – o 12,6%, jak i na wsi – o 8,8%.

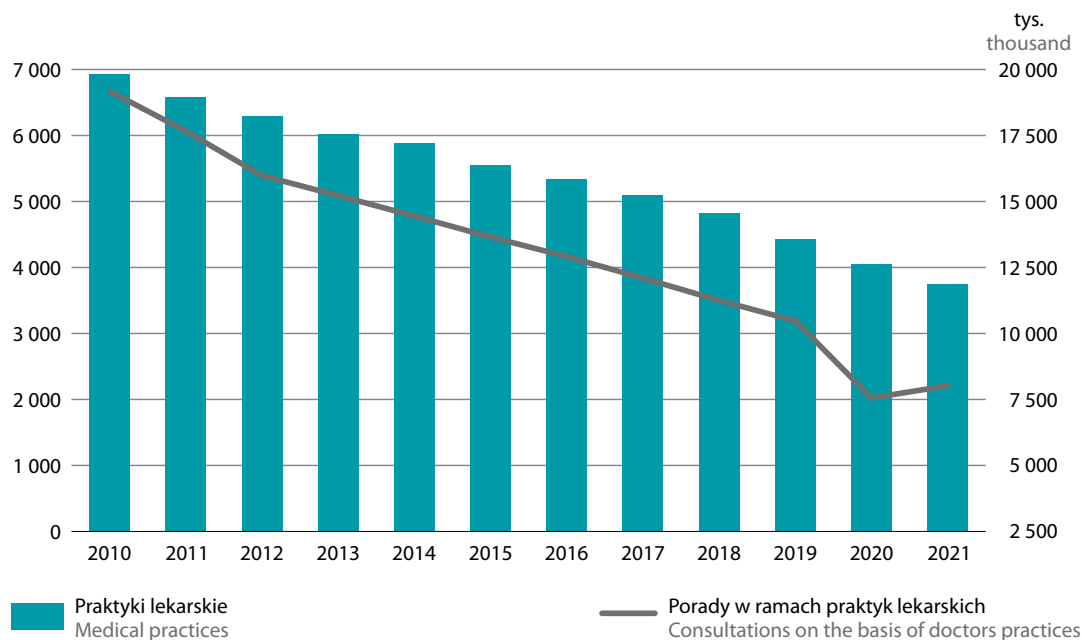
Liczba porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych wzrosła o 6,1%. Wzrost porad udzielonych w ramach praktyk lekarskich oraz stomatologicznych dotyczył zarówno wsi, jak i miast (w mieście wzrost wyniósł 5,6%, na wsi – 7,5%).

⁵⁷ Łącznie z poradami i placówkami podległymi resortom MON i MSWiA. W liczbie porad ambulatoryjnych mogą znaleźć się również porady z zakresu służby medycyny pracy, jeżeli przychodnie i praktyki lekarskie świadczyły również takie usługi. Bez praktyk lekarskich świadczących usługi opłacane wyłącznie w ramach środków prywatnych.

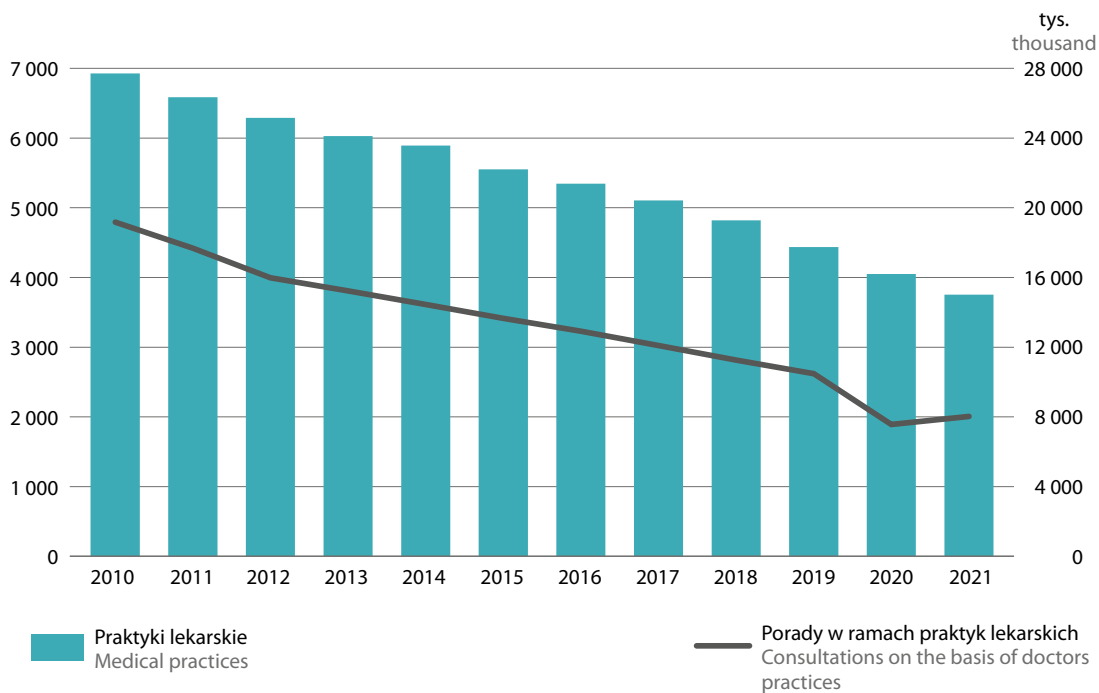
⁵⁸ Bez porad z izb przyjęć szpitali ogólnych (w 2021 r. – 4,2 mln).

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

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



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



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

Struktura udzielonych porad

Porady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej przeanalizowano ze względu na wiek i płeć pacjentów, a także ze względu na miejsce ich udzielenia (miasto lub wieś).

Wśród porad udzielonych przez lekarzy w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w miastach, 57,2% stanowiły porady udzielone kobietom (w roku poprzednim 57,1%), 18,7% porad udzielono dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (w roku poprzednim 16,8%), a 35,6% – osobom w wieku 65 lat lub więcej (36,1% w roku poprzednim).

Struktura porad udzielonych na wsi w podstawowej opiece zdrowotnej niewiele różniła się od tej w miastach. Odsetek porad udzielonych kobietom wyniósł 55,9% (w roku poprzednim 56,1%), 17,0% stanowiły porady udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat (o 2,4 p. proc. mniej niż rok wcześniej), natomiast udział porad udzielonych pacjentom w wieku 65 lat lub więcej wyniósł 34,6% (o 1 p. proc. mniej w porównaniu z 2020 r.).

Analiza porad w zakresie opieki specjalistycznej wykazała również, że częściej pacjentami były kobiety (61,0%), w roku poprzednim stanowiły 60,6% pacjentów. Struktura porad udzielonych kobietom nie zmieniła się w porównaniu do roku poprzedniego i stanowiła 60,8% porad w miastach i 65,4% na wsi (w roku poprzednim 60,5% porad w miastach i 65,5% na wsi). Dzieci i młodzież rzadziej korzystały z porad lekarzy specjalistów. Porady udzielone tej grupie pacjentów stanowiły 12,1% porad w miastach (o 0,8 p. proc. więcej niż przed rokiem) i 14,4% (o 0,8 p. proc. więcej niż w 2020 r.) na wsi. Odsetek porad udzielonych w specjalistycznej ambulatoryjnej opiece zdrowotnej osobom starszym wyniósł 29,4% w miastach (utrzymywał się na tym samym poziomie co przed rokiem) i 23,9% na wsi (o 0,3 p. proc. mniej niż przed rokiem) i był znacząco niższy niż w przypadku podstawowej opieki zdrowotnej.

Również w przypadku porad stomatologicznych częściej pacjentami były kobiety. W miastach kobiety stanowiły 56,0% porad stomatologicznych (w roku poprzednim 56,1%), natomiast na wsi – 55,0% (54,4% w roku poprzednim), 27,4% porad stomatologicznych dotyczyło dzieci i młodzieży poniżej 18 lat (w roku poprzednim 28,9%). W przypadku porad udzielonych w miastach odsetek wyniósł 27,1% (w roku poprzednim 26,4%), a w przypadku wsi był o ponad 2,3 p. proc. wyższy. Porady stomatologiczne udzielone osobom w wieku 65 lat lub więcej, w miastach stanowiły 16,3% ogółu tych porad a na wsi zaobserwowano ich 15,1% (w roku poprzednim 14,7%).

Tablica 14. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2021 r.
Table 14. The structure of out-patients consultations by age of patients and population structure in 2021

Wyszczególnienie Specification	Ludność ^a (stan 30 czerwca) Population ^a (as of 30 June)	Porady Consultations		
		POZ primary health care	specjalistyczne lekarskie doctors specialized	stomatologiczne stomatological
Ogółem Total	100,0	100,0	100,0	100,0
0–17 lat	18,4	18,8	12,1	27,4
18–64	62,9	46,5	58,6	56,5
65 lub więcej and more	18,7	34,7	29,3	16,1

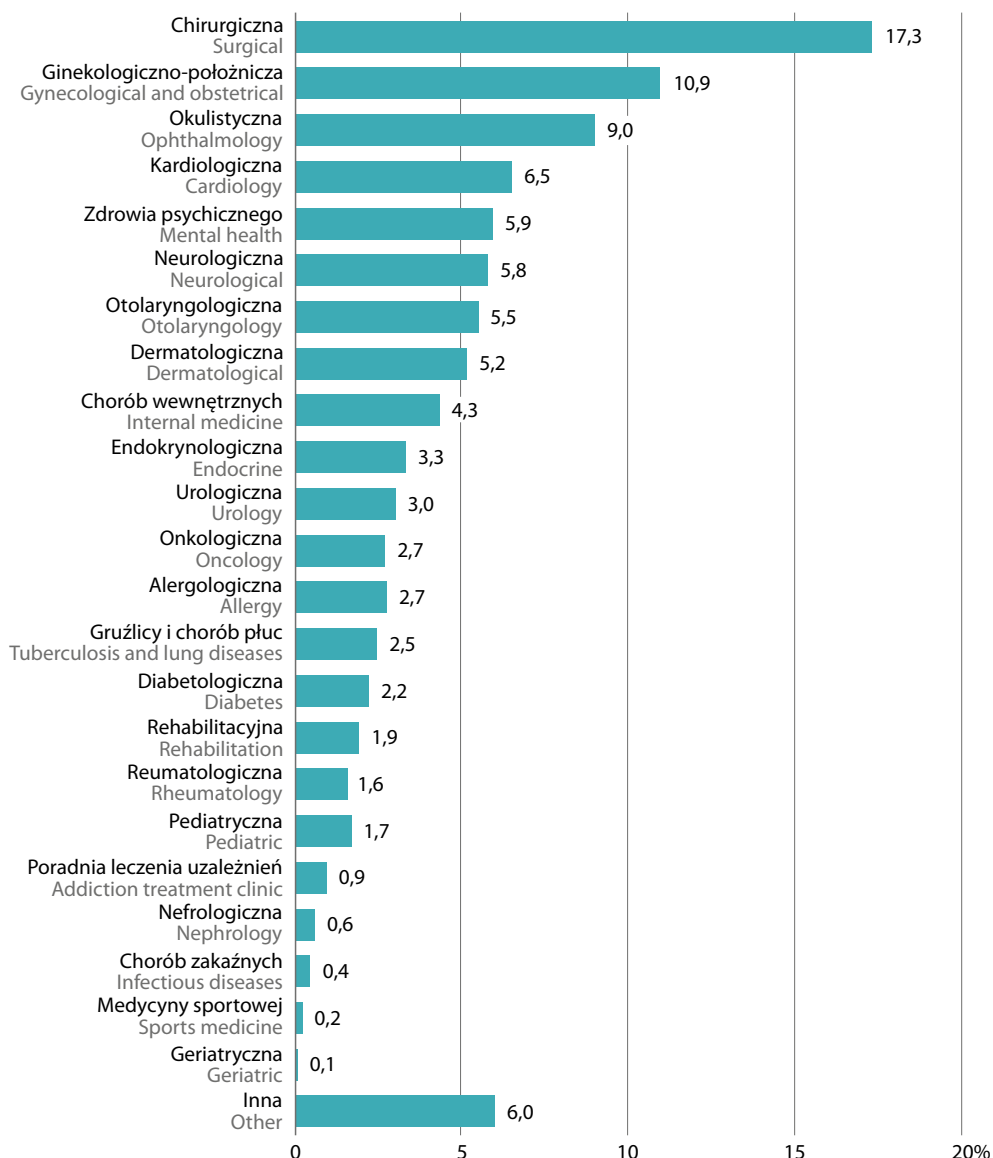
a Wskaźniki oparte o liczbę ludności (mieszkańców Polski) dla 2021 r. przeliczono w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.

a Indicators based on population number (inhabitants of Poland) for 2021 have been based on data compiled on the basis of the results of the National Population and Housing Census 2021.

Z analizy struktury udzielonych porad ambulatoryjnych w odniesieniu do struktury populacji Polski w 2021 r. wynika, że w przypadku POZ, udział porad udzielonych osobom w wieku 65 lat lub więcej był o 16 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji. Udział tej grupy osób w przypadku porad specjalistycznych był o 10,6 p. proc. większy, niż udział tej grupy wiekowej w populacji, a najniższy był w odniesieniu do porad stomatologicznych.

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

Wykres 64. Struktura specjalistycznych porad lekarskich w wybranych poradniach w 2021 r.
Chart 64. Structure of specialized doctors' consultations in selected clinics in 2021



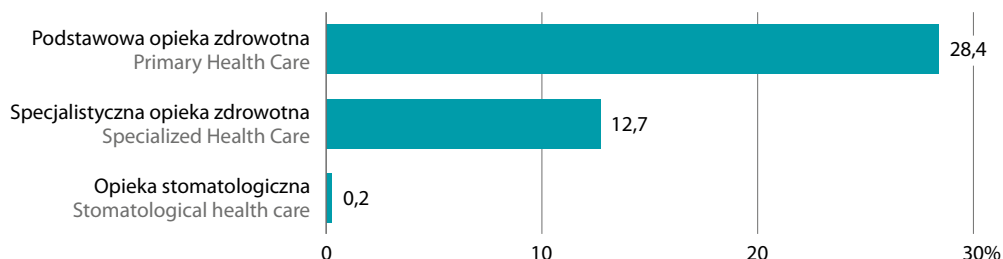
W związku z wystąpieniem stanu epidemii COVID-19 w 2020 r. przyspieszono upowszechnienie niektórych trendów zapoczątkowanych kilka lat wcześniej, których rozwój przed wydarzeniami z 2020 roku, nie był tak dynamiczny. W 2021 r., podobnie jak w roku 2020, wiele Polek i wielu Polaków skorzystało z teleporady⁶⁰, szczególnie w ramach podstawowej opieki zdrowotnej u lekarza rodzinnego. Takie rozwiązanie stało się popularne, zwłaszcza w przypadku leczenia drobnych dolegliwości, które nie wymagają badania fizykalnego pacjenta.

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

W 2021 r. w formie teleporad⁶¹ zrealizowano 48,6 mln porad lekarskich w podstawowej opiece zdrowotnej (w 2020 r. 56,8 mln), co stanowiło 28,4% wszystkich porad POZ (w 2020 r. 36,4%). W opiece specjalistycznej teleporady stanowiły 14,6 mln, tj. 12,7% porad specjalistycznych. Spośród porad stomatologicznych w formie teleporady świadczonych było 71,4 tys. (0,2%).

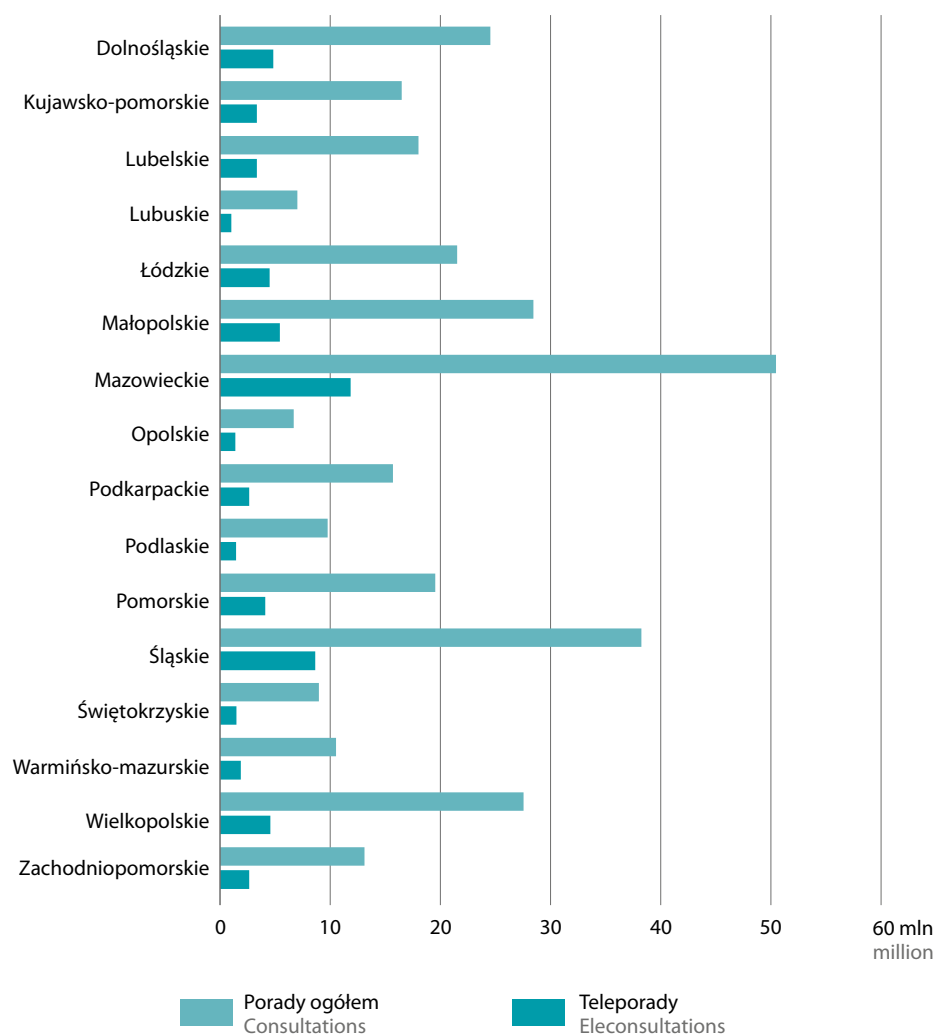
Wykres 65. Teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej w 2021 r.

Chart 65. Teleconsultations in ambulatory health care in 2021



Wykres 66. Porady i teleporady w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej według województw w 2021 r.

Chart 66. Consultations and teleconsultations in ambulatory health care by voivodships in 2021



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

Najwyższy wskaźnik teleporad w odniesieniu do wszystkich poradach ambulatoryjnych zaobserwowano w województwach: mazowieckim – 23,5% i śląskim – 22,6%, natomiast najniższy odnotowano w województwie lubuskim – 14,6%.

W czasie epidemii porady zdalne okazały się jednym z najlepszych rozwiązań chroniących zarówno pacjenta, jak i lekarza. Teleporada jest obecnie traktowana na równi z osobistą wizytą pacjenta w gabinecie, stała się również świetnym rozwiązaniem dla tych, którzy mieszkają w miejscach, gdzie nie ma blisko przychodni czy szpitala.

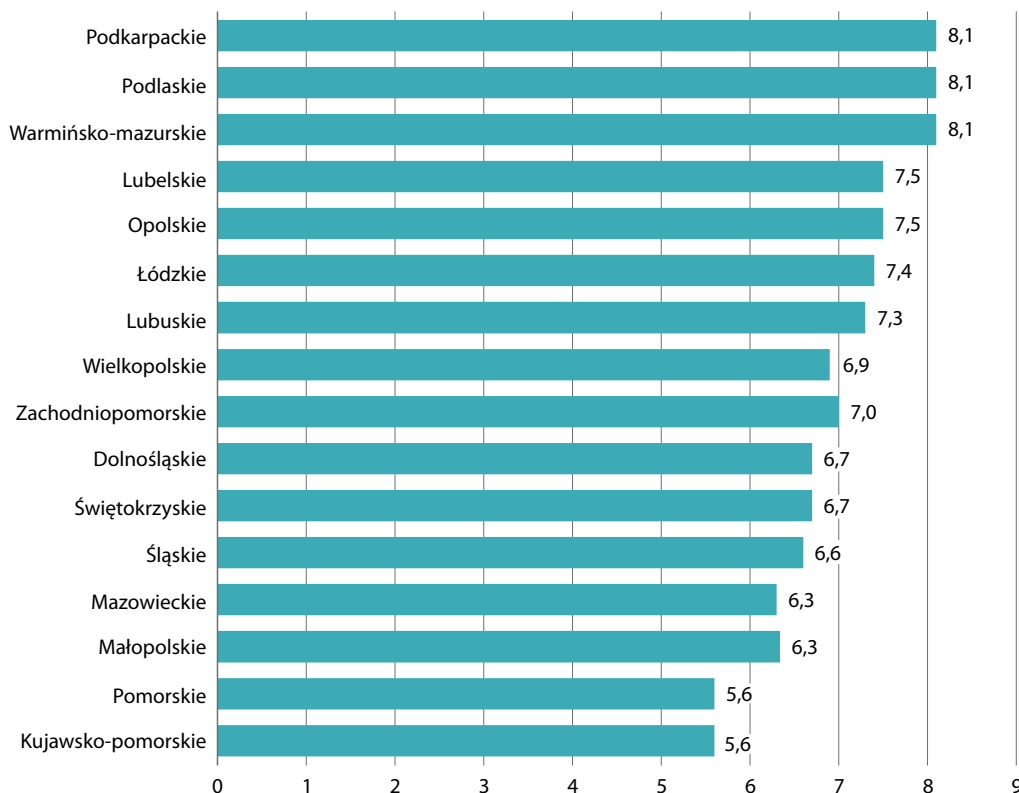
Ambulatoryjna opieka zdrowotna w województwach

W 2021 r. struktura geograficzna rozmieszczenia placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej przedstawiała się następująco: najczęściej przychodni oraz praktyk lekarzy i lekarzy dentystów⁶² zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (3,5 tys.), a najmniej odnotowano w województwach: lubuskim – 0,7 tys. i opolskim – 0,7 tys. oraz świętokrzyskim – 0,8 tys. Z łącznej liczby 3,8 tys. praktyk lekarskich i stomatologicznych, które podpisały umowę z NFZ, najczęściej, czyli 12,9% było zlokalizowanych na terenie województwa wielkopolskiego, a najmniej na obszarze małopolskiego – 3,4%.

Najwięcej podmiotów na 10 tys. mieszkańców⁶³ przypadało w województwach: podkarpackim (8,1), podlaskim (8,1), warmińsko-mazurskim (8,1), a najmniej – w województwach: kujawsko-pomorskim (5,6) i pomorskim (5,6).

Wykres 67. Liczba podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10 tys. mieszkańców według województw w 2021 r.

Chart 67. Number of out-patient health care (out-patient department and doctor practices) on 10 thousand population by voivodships in 2021



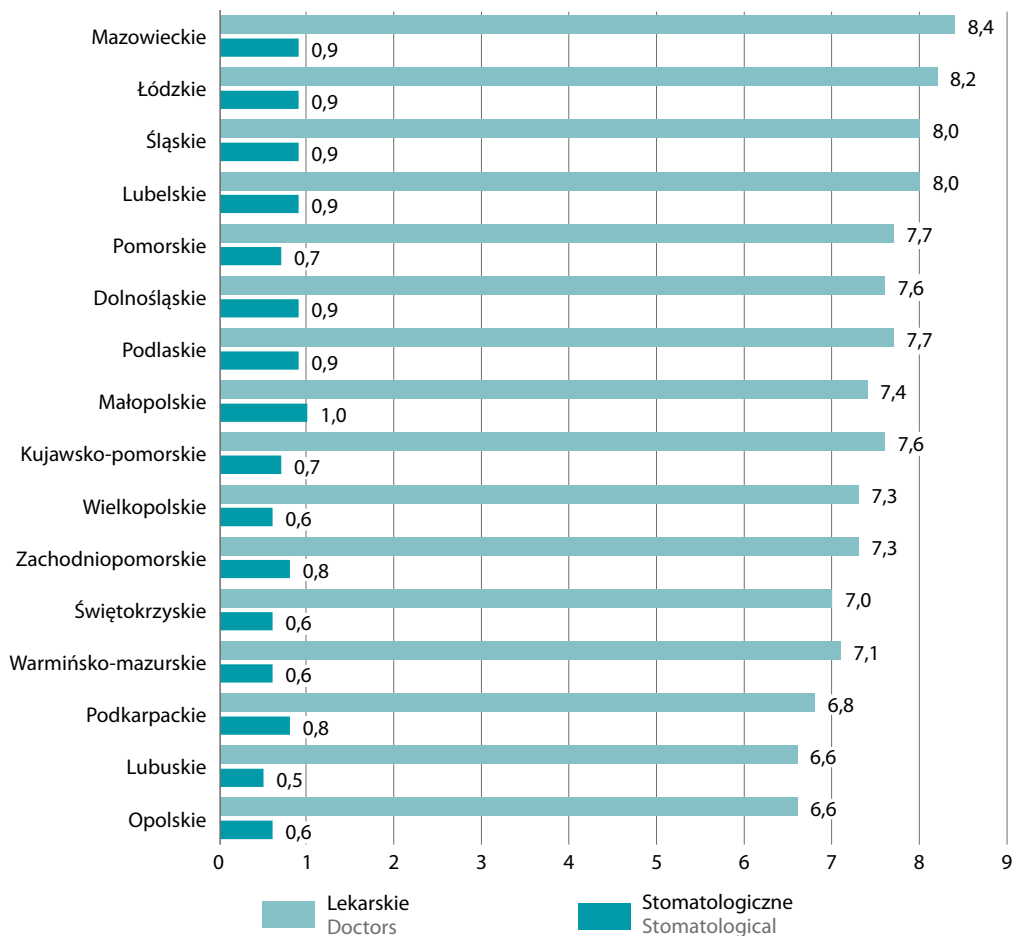
62 Praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych.

63 Wskaźniki dla 2021 r. przeliczono w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021.

Średnia liczba porad lekarskich i stomatologicznych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (przychodnie i praktyki z podpisanym kontraktem z NFZ) w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2021 r. wyniosła 8,4 (o 0,9 p. proc. więcej niż w 2020 r.).

Wykres 68. Porady udzielone w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej^a na 1 mieszkańca według województw w 2020 r.

Chart 68. Doctors' consultations provided in out-patient health care^a per capita by voivodships in 2021



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

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

Największą liczbę porad lekarskich i stomatologicznych udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w województwie mazowieckim (ponad 51 mln), a najniższą w województwach: lubuskim i opolskim (ponad 6 mln).

Wskaźnik udzielonych porad ogółem, przypadających na jednego mieszkańca w poszczególnych województwach, wyniósł od 7,1 w województwie lubuskim i opolskim, do 9,3 w mazowieckim.

Porady udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej stanowiły w poszczególnych województwach od 44,3% (mazowieckie) do 61,7% (lubuskie) wszystkich porad udzielonych ambulatoryjnie (lekarskich i stomatologicznych).

Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży poniżej 18 lat stanowiły 18,8% wszystkich porad udzielonych w POZ (o 2,5 p. proc. więcej niż w roku poprzednim). Ich udział w poszczególnych województwach zawierał się w przedziale od 15,5% do 21,4% (wartość maksymalną odnotowano

w województwie małopolskim, a minimalną w świętokrzyskim). W przypadku osób starszych (w wieku 65 lat lub więcej) odsetek ten wahał się od 32,7% w województwie małopolskim do 38,6% w świętokrzyskim.

W specjalistycznej lekarskiej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży wyniósł od 9,7% w województwie zachodniopomorskim do 13,9% w mazowieckim. Porady udzielone starszym osobom (w wieku 65 lat lub więcej) stanowiły 29,3% wszystkich porad lekarskich udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 24,9% (mazowieckie) do 34,0% (świętokrzyskie).

W specjalistycznej stomatologicznej opiece zdrowotnej udział porad udzielonych dzieciom i młodzieży w ogólnej liczbie porad stomatologicznych kształtował się od 23,4% w województwie zachodniopomorskim do 36,3% w lubelskim.

Porady udzielone starszym osobom (w wieku 65 lat lub więcej) stanowiły 16,1% wszystkich porad stomatologicznych udzielonych w ramach opieki specjalistycznej. W poszczególnych województwach ich udział wyniósł od 14,0% (lubelskie) do 20,5% (zachodniopomorskie).

2.4. Ratownictwo medyczne

2.4. Emergency medical services

System o nazwie Państwowe Ratownictwo Medyczne (PRM)⁶⁴ 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”⁶⁵ sporządzane przez wojewodów, a nadzorowany jest przez ministra właściwego ds. zdrowia. Minister m.in. zatwierdza wojewódzkie plany działania systemu i ich aktualizacje, może żądać od wojewody przekazania wszelkich informacji dotyczących funkcjonowania systemu na terenie danego województwa, jak również ma możliwość przeprowadzenia kontroli dysponentów jednostek systemu. Wojewodowie natomiast są odpowiedzialni za planowanie, organizowanie, koordynowanie oraz nadzór nad systemem ratownictwa w obrębie swojego województwa. W wojewódzkich planach działania systemu PRM wojewodowie określają m.in.:

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

Plan obejmuje również dane dotyczące liczby szpitalnych oddziałów ratunkowych i ich rozmieszczenia w regionie w sposób zapewniający odpowiedni czas dotarcia z miejsca zdarzenia do szpitalnego oddziału ratunkowego. W planie zawarty jest także wykaz jednostek organizacyjnych szpitali wyspecjalizowanych w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych niezbędnych dla ratownictwa medycznego oraz informacje o centrum urazowym, jeżeli znajduje się ono na obszarze danego województwa.

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

⁶⁴ System ratownictwa medycznego działa od 2007 r. na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

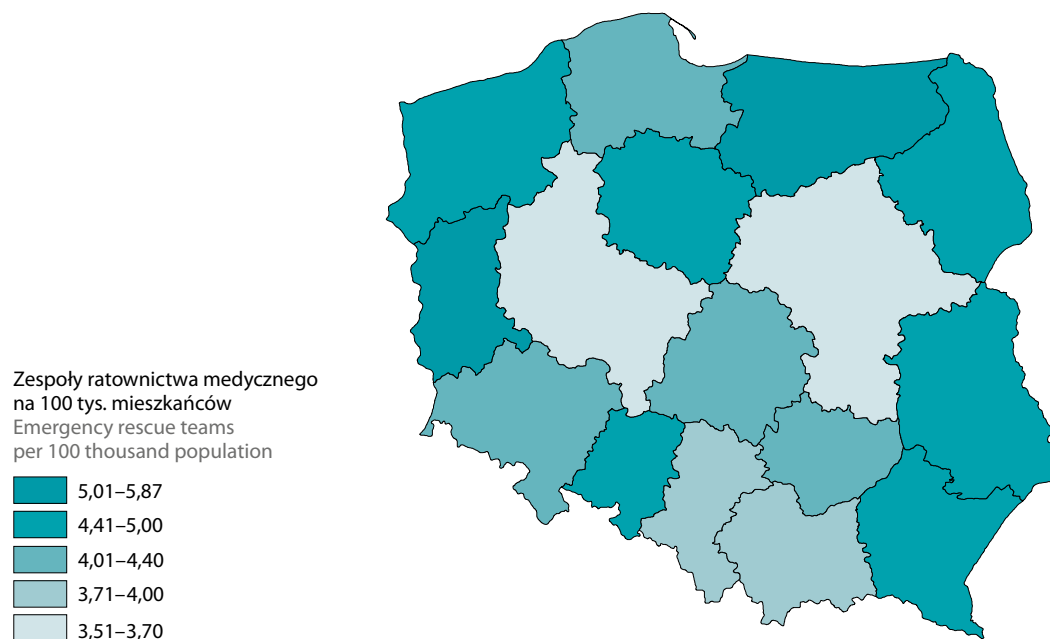
⁶⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 8 listopada 2018 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne (Dz. U. 2018, poz. 2154).

W 2021 r. w całej Polsce funkcjonował System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM)⁶⁶. Jest to system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 lub 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie ZRM. Na terenie kraju utrzymanie oraz obsługę systemu zapewnia minister właściwy do spraw administracji publicznej, natomiast na terenie województwa – wojewoda. Utrzymanie i funkcjonowanie SWD PRM jest finansowane z budżetu państwa, z części których dysponentami są właścicieli 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 tylko 18 dyspozytorni medycznych – po jednej w każdym województwie i po dwie, z racji wielkości i specyfiki, w województwach mazowieckim i śląskim. Pod koniec 2021 r. w Polsce funkcjonowało wciąż 23 dyspozytornie medyczne⁶⁷.

Zespoły ratownictwa medycznego (ZRM)

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

Mapa 10. Zespoły ratownictwa medycznego na 100 tys. mieszkańców według województw w 2021 r.
Map 10. Emergency rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2021



W 2021 r. w ramach ratownictwa medycznego świadczeń medycznych udzielało 1 587 zespołów (o 6 więcej niż przed rokiem), w tym 1 250 (78,8%) zespołów podstawowych i 337 (21,2%) specjalistycznych.

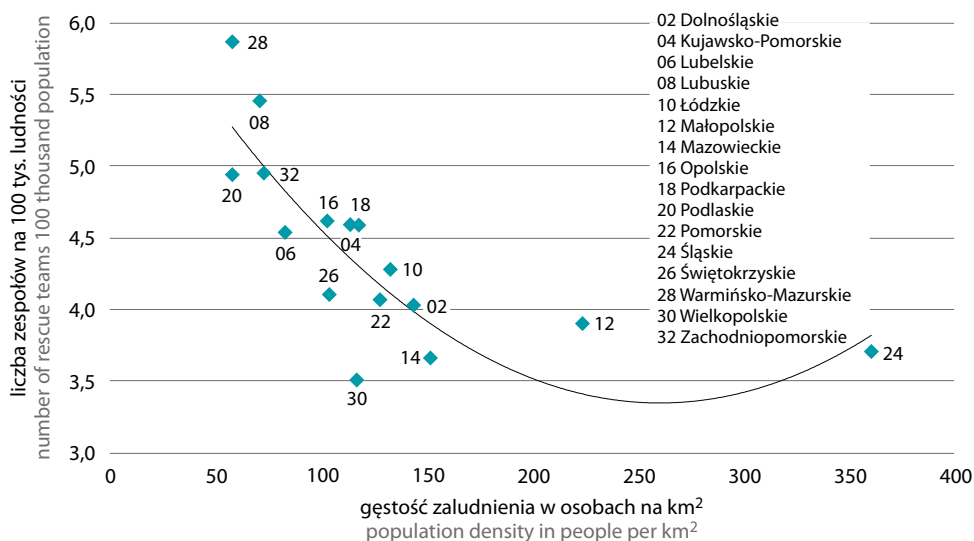
⁶⁶ System ten działa na podstawie ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

⁶⁷ Dyspozytornie medyczne funkcjonowały w następujących miastach: dolnośląskie (Wrocław, Legnica), kujawsko-pomorskie (Toruń), lubelskie (Lublin), lubuskie (Gorzów Wlkp.), łódzkie (Łódź), małopolskie (Kraków, Tarnów), mazowieckie (Warszawa, Radom, Siedlce), opolskie (Opole), podkarpackie (Rzeszów), podlaskie (Białystok), pomorskie (Gdańsk, Słupsk), śląskie (Częstochowa, Gliwice, Bielsko-Biała), świętokrzyskie (Kielce), warmińsko-mazurskie (Olsztyn), wielkopolskie (Poznań), zachodniopomorskie (Szczecin).

W porównaniu do lat poprzednich można zauważyć utrzymującą się tendencję do zmniejszenia udziału zespołów specjalistycznych w ogólnej liczbie zespołów ratownictwa (spadek z 32,0% w 2017 r. do 21,2% w 2021 r.) z równoczesnym zwiększeniem udziału zespołów podstawowych (wzrost z 68,0% w 2017 r. do 78,8% w 2021 r.).

Wskaźnikiem ilustrującym dostępność świadczeń udzielanych przez system ratownictwa medycznego jest liczba ZRM przypadająca na 100 tys. ludności⁶⁸. Wskaźnik ten był największy w województwach: warmińsko-mazurskim (5,9) oraz lubuskim (5,5), a najmniejszy w województwie wielkopolskim – 3,5 zespołu na 100 tys. ludności. Można zaobserwować znaczną zależność pomiędzy liczbą ZRM przypadającą na 100 tys. ludności a gęstością zaludnienia w danym województwie. Współczynnik korelacji pomiędzy tymi wskaźnikami ma wartość ujemną i wynosi: $-0,631$. Oznacza to, że im wyższa gęstość zaludnienia w województwie, tym mniej zespołów przypada na 100 tys. ludności.

Wykres 69. Gęstość zaludnienia a liczba ZRM na 100 tys. ludności według województw w 2021 r.
Chart 69. Population density and the number of rescue teams per 100 thousand population by voivodships in 2021



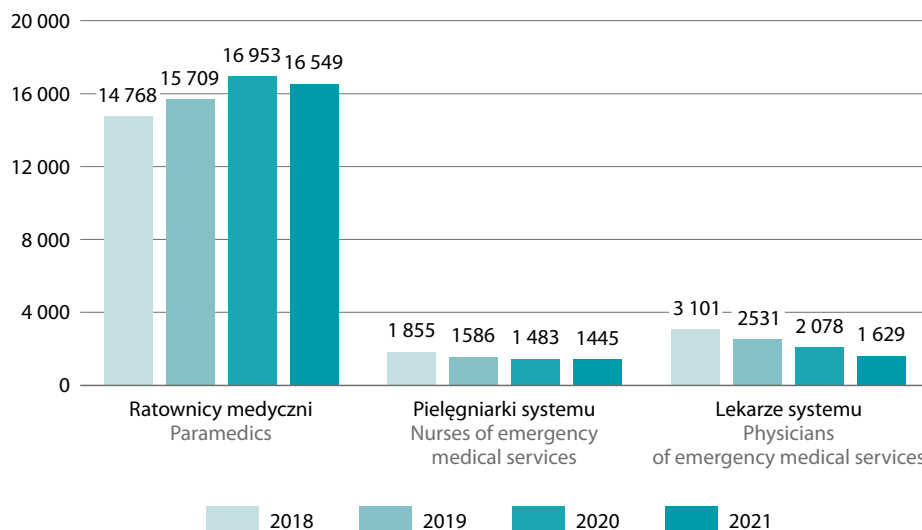
Wyniki badania jednostek pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego⁶⁹ wskazują, że w 2021 r. załogę zespołów podstawowych, specjalistycznych i lotniczych ratownictwa medycznego⁷⁰ stanowiło 16 549 ratowników medycznych, 1 445 pielęgniarek systemu i 1 629 lekarzy systemu. W 2021 r. tak jak w latach poprzednich utrzymywała się tendencja spadkowa dotycząca liczby pielęgniarek i lekarzy systemu. Liczba pielęgniarek systemu spadła w porównaniu do 2020 roku o 38, co oznacza spadek o 2,6%. Liczba lekarzy systemu zmniejszyła się o 449, co oznacza spadek ich liczby o 21,6%. W porównaniu do poprzedniego roku liczba ratowników medycznych zmniejszyła się o 404, co oznacza spadek o 2,4%. Była ona jednak nadal wyższa niż w latach 2018–2019.

⁶⁸ Wskaźniki dotyczące przeliczeń na ludność (mieszkańców Polski) dla 2021 r. oraz 2020 r. przeliczono w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania wydanego za 2020 r.

⁶⁹ Dane GUS – formularz ZD-4.

⁷⁰ Dotyczy liczby osób pracujących bez względu na formę zatrudnienia.

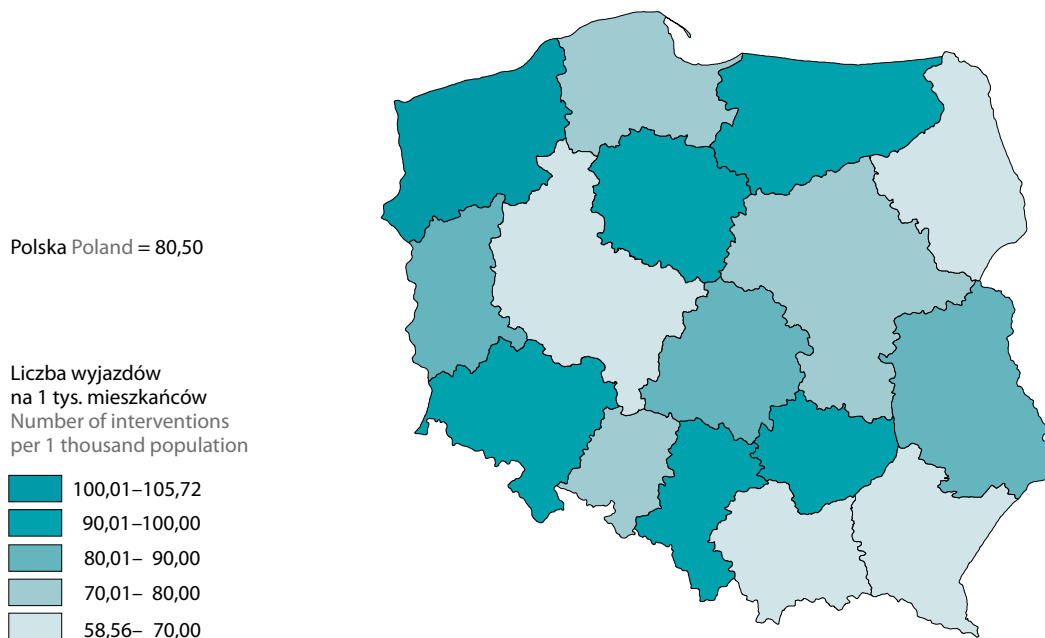
Wykres 70. Kadra medyczna w zespołach ratownictwa medycznego
 Chart 70. Medical staff in a emergency rescue teams



Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego

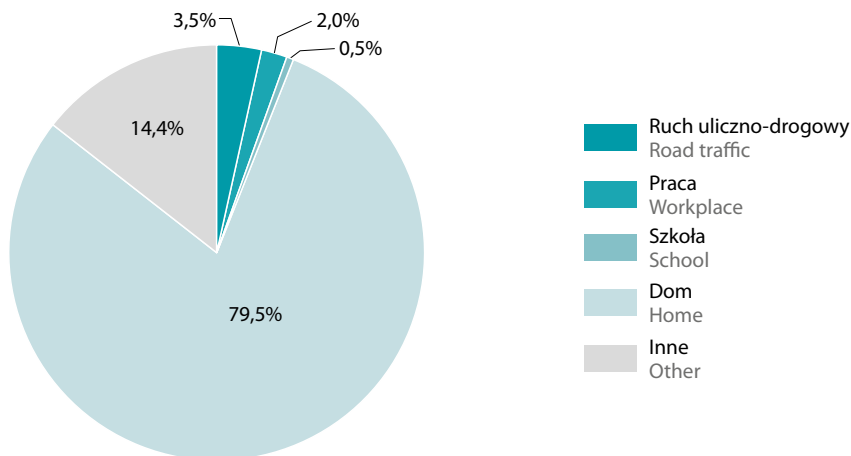
W 2021 r. zespoły ratownictwa medycznego zrealizowały około 3,06 mln wyjazdów na miejsce zdarzenia, czyli o ponad 300 tys. więcej niż w poprzednim roku, co oznacza wzrost o 10,1%. Przeciętnie w 2021 r. w przeliczeniu na 1 tys. ludności przypadało 80,5 wyjazdów ZRM (o 8,6 więcej niż przed rokiem). Najwięcej wyjazdów w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców zrealizowano w województwach: zachodniopomorskim, śląskim, warmińsko-mazurskim oraz świętokrzyskim, a najmniej w województwach: wielkopolskim, podlaskim, małopolskim oraz podkarpackim.

Mapa 11. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia na 1 tys. ludności w 2021 r.
 Map 11. Interventions of emergency rescue teams per 1 thousand population in 2021



Zdecydowaną większość, bo ok. 79,5% ogólnej liczby zrealizowanych wyjazdów, stanowiły wyjazdy do domu pacjenta. W porównaniu do roku 2020 odsetek takich wyjazdów w wyjazdach ogółem zwiększył się o blisko 1,5 p. proc. Drugie co do liczebności miejsce zdarzenia (ok. 14,4% wyjazdów) to kategoria „inne”, która obejmuje m.in. ulicę (wyłączając ruch uliczno-drogowy), sklep, kościół. W przypadku tych tego typu wyjazdów ich udział w ogólnej liczbie wyjazdów w porównaniu do roku 2020 zmniejszył się o ponad 1,2 p. proc. Udział wyjazdów do zdarzeń zaistniałych w ruchu uliczno-drogowym. w ogólnej liczbie wyjazdów spadł w porównaniu do roku 2020 o 0,6 p. proc., do zdarzeń w pracy o 0,07 p. proc. a do szkoły o 0,05 p. proc. Strukturę miejsc zdarzeń, w jakich przeprowadzono interwencje zespołów wyjazdowych, przedstawiono na wykresie.

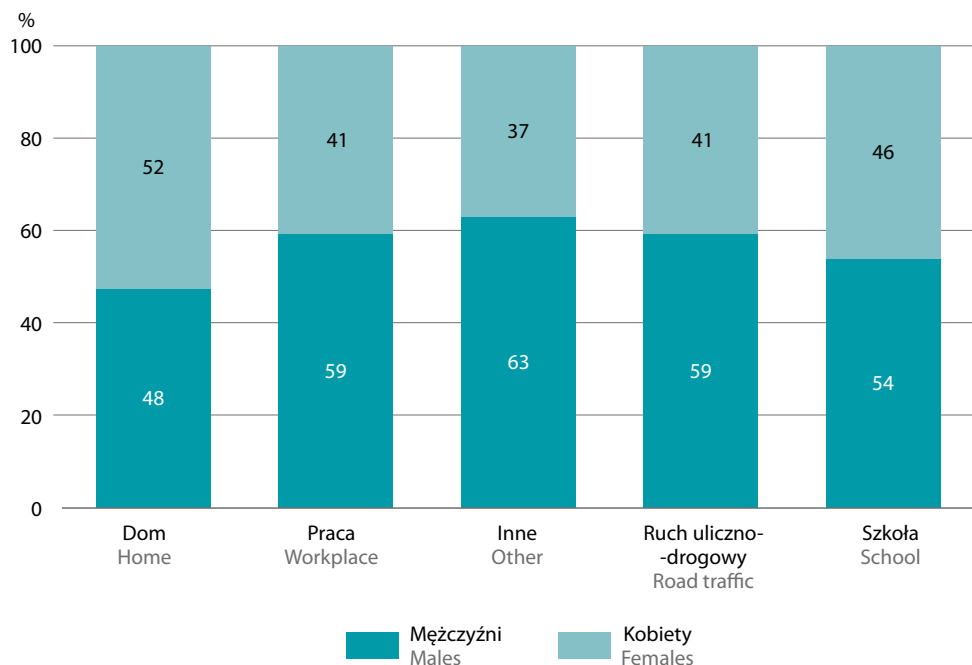
Wykres 71. Wyjazdy zespołów ratownictwa medycznego według miejsc zdarzenia w 2021 r.
Chart 71. Calls of emergency rescue teams by the occurrence places in 2021



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 3,07 mln (o 11,0% więcej niż w ubiegłym roku). Najwięcej pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły pomocy, w przeliczeniu na 1 tys. mieszkańców odnotowano w województwie zachodniopomorskim (106,1), a najmniej w wielkopolskim (58,8).

Wykres 72. Struktura płci osób, którym udzielono świadczenia medycznego w ramach wyjazdowych działań ratowniczych według miejsca świadczenia w 2021 r.

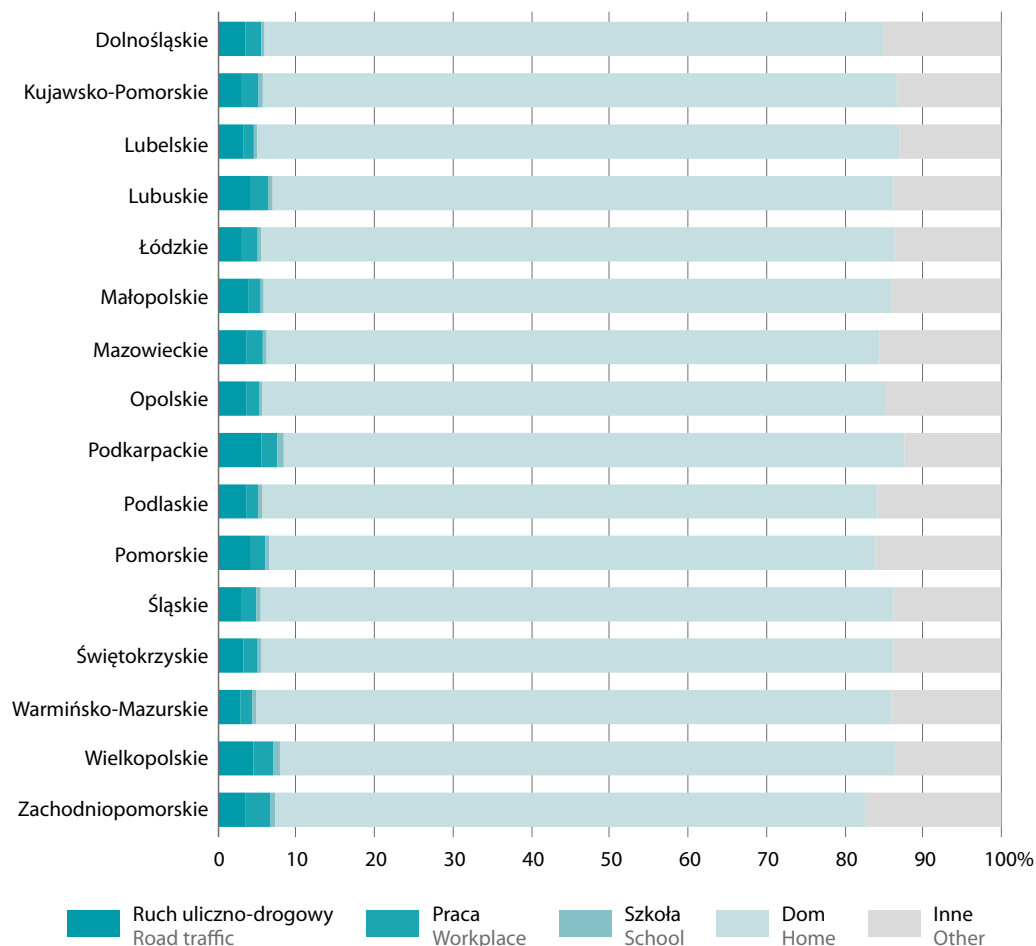
Chart 72. Structure of the sex of persons who received health care services as part of an emergency medical services by the occurrence place in 2021



Struktura według płci i wieku pacjentów, którym zespoły ratownictwa medycznego udzieliły świadczeń, nie zmieniła się znacząco w porównaniu z rokiem poprzednim: udział grupy dzieci i młodzieży do lat 18 wynosił 4,9%, osób w wieku od 18 do 64 lat – 46,7%, natomiast odsetek osób w wieku 65 lat lub więcej – 48,4% (w 2020 r. odsetki te wyniosły odpowiednio: 4,6%, 46,9% i 48,5%). Pomocy nieco częściej udzielano mężczyznom (50,8%) niż kobietom (49,2%). Odsetek ten kształtował się na podobnym poziomie jak w 2020 r. Udział procentowy mężczyzn był różny w zależności od miejsca zdarzenia, ale wynosił ponad połowę w większości kategorii. Wyjątek stanowiła struktura płci pacjentów, którym pomocy udzielono w domu, kobiety stanowiły w tym przypadku 52%.

W każdym województwie liczba wyjazdów do domu pacjenta znacząco przeważała nad innymi miejscami zdarzenia. W województwach: lubelskim, warmińsko-mazurskim, kujawsko-pomorskim, łódzkim, śląskim, świętokrzyskim, małopolskim stanowiły ponad 80% wszystkich wyjazdów, natomiast w województwach: zachodniopomorskim i pomorskim odpowiednio od 75% do 77%. Podobnie w każdym województwie najrzadziej wykonywane były wyjazdy do pracy i szkoły – od 1,8% ogółu wyjazdów w przypadku województwa lubelskiego do 3,8% ogółu wyjazdów w przypadku województwa zachodniopomorskiego. Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły od 2,7% (województwo warmińsko-mazurskie) do 5,5% (województwo podkarpackie) ogółu wyjazdów. W porównaniu do roku 2019, z uwagi na epidemię COVID-19, silnie wzrósł udział wyjazdów do domu pacjenta w ogólnej liczbie wyjazdów (o 7,4 p. proc.), a w porównaniu do roku 2020 również odnotowano wzrost, chociaż nie był on już tak znaczący (o 1,7 p. proc.). Największą zmianę zaobserwowano w przypadku województw: kujawsko-pomorskiego, opolskiego oraz dolnośląskiego, gdzie udział wyjazdów do domu pacjenta wzrósł odpowiednio o 10,5 p. proc., 9,3 p. proc. oraz 8,9 p. proc. Najmniejszą zmianę zaobserwowano w przypadku województw: świętokrzyskiego, podkarpackiego i lubelskiego, gdzie wzrost udziału wyjazdów do domu pacjenta w ogólnej liczbie wyjazdów wyniósł odpowiednio 5,1 p. proc., 5,3 p. proc. oraz 5,4 p. proc.

Wykres 73. Struktura wyjazdów na miejsce zdarzenia według województw w 2021 r.
Chart 73. Structure of calls to the occurrence places by voivodships in 2021

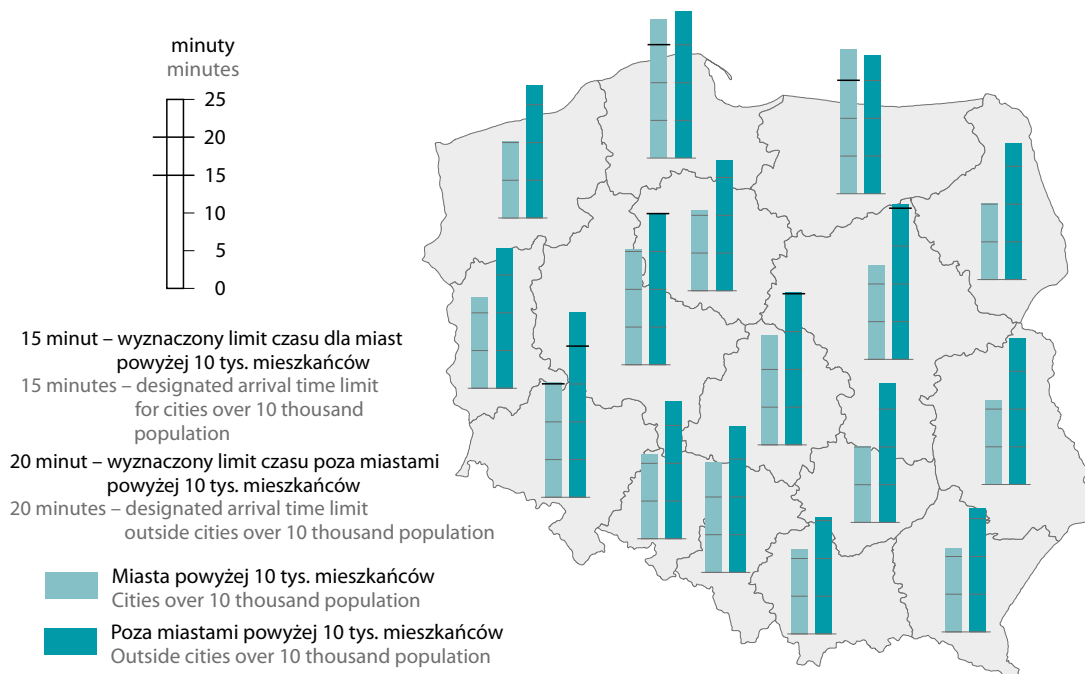


Jednym z podstawowych mierników służących do oceny skuteczności funkcjonowania systemu PRM jest czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia, liczony od chwili przyjęcia zgłoszenia przez dyspozytora medycznego do przybycia zespołu ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Zgodnie z ustawą⁷¹ czas dotarcia badany jest w skali każdego miesiąca za pomocą ustalenia wartości mediany, trzeciego kwartyla oraz maksymalnego czasu dotarcia. Każdy wojewoda ma obowiązek takiej organizacji systemu PRM na terenie województwa, żeby mediana czasu dotarcia – w skali każdego miesiąca – nie była większa niż 8 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 15 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców, a trzeci kwartyl czasu dotarcia – odpowiednio 12 i 20 minut. Natomiast maksymalny czas dotarcia zespołu nie powinien przekraczać 15 minut w mieście powyżej 10 tysięcy mieszkańców i 20 minut poza miastem powyżej 10 tysięcy mieszkańców. Z szacunkowych danych za 2021 r. wynika, że w drugim roku epidemii COVID-19 podobnie jak w pierwszym, mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców była przekroczona we wszystkich województwach. Największe mediany w przypadku miast powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach: warmińsko-mazurskim, pomorskim, wielkopolskim oraz dolnośląskim (odpowiednio w minutach i sekundach – 19:06, 18:28, 15:32, 15:19). Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w przypadku terenów poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców była również przekroczona we wszystkich województwach. Jedynie w przypadku województwa małopolskiego oscylowała blisko 15 min. i wyniosła 15 min. i 44 sek. Największe wartości

⁷¹ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

mediany odnotowano w województwach: dolnośląskim, mazowieckim, łódzkim oraz wielkopolskim (odpowiednio w minutach i sekundach: 24:48, 20:53, 20:14, 20:01).

Mapa 12. Mediana czasu dotarcia zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia w 2021 r.
Map 12. Median time of arrival of emergency rescue of teams to the place of the incident in 2021



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

W celu sprawnego działania systemu i zapewnienia ustawowych parametrów czasu dotarcia ZRM do miejsca zdarzenia, każde województwo podzielone zostało przez swoich wojewodów na rejony operacyjne. W porównaniu do lat ubiegłych wyraźnie widać stałą tendencję do zmniejszania liczby rejonów operacyjnych w obrębie województwa. Ich liczba jest bardzo zróżnicowana i kształtuje się od 1 w województwach: lubuskim, łódzkim, opolskim, podlaskim, świętokrzyskim oraz warmińsko-mazurskim do 5 w województwach: mazowieckim, podkarpackim oraz śląskim.

Do uzyskania pomocy udzielanej przez zespoły ratownictwa medycznego uprawnione są osoby znajdujące się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Pomimo to zdarzają się wezwania do sytuacji niezagrażających bezpośrednio zdrowiu lub życiu (blisko 60% w 2021 r.). Szacunkowe dane opracowane na podstawie informacji uzyskanych z urzędów wojewódzkich o liczbie wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w stosunku do ogólnej liczby wyjazdów wskazują, że najwięcej tego typu wyjazdów było w województwach: zachodniopomorskim, mazowieckim, dolnośląskim, warmińsko-mazurskim oraz kujawsko-pomorskim (odpowiednio: 73,0%, 67,1%, 66,0%, 61,9%, 60,9% wszystkich wyjazdów). Najmniej takich wyjazdów było w województwach: pomorskim, podlaskim, podkarpackim, łódzkim oraz opolskim (odpowiednio: 48,2%, 49,0%, 52,2%, 54,2%, 54,2% wszystkich wyjazdów). W 2021 r. tj. w drugim roku epidemii COVID-19, podobnie jak w pierwszym, odsetek wyjazdów niezwiązanych z zagrożeniem życia nadal utrzymywał się na wysokim poziomie. W porównaniu do roku 2020 wzrósł o 3,78% p. proc. i wyniósł 55,9%. Dla porównania w roku 2019 odsetek takich wyjazdów wynosił 20,4%.

Największy odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w miastach powyżej 10 tys. mieszkańców odnotowano w województwach: mazowieckim (86,6%), śląskim (38,5%) oraz dolnośląskim (34,1%), natomiast poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców – w województwach: mazowieckim (47,1%), lubelskim (24,7%), świętokrzyskim (23,4%) oraz dolnośląskim (22,8%). W miastach powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej w tym zakresie działały zespoły z województw: podkarpackiego,

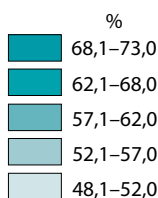
świętokrzyskiego oraz warmińsko-mazurskiego. Odsetek wyjazdów w których maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia przekroczył ustawową normę 15 min. (w tych województwach) wyniósł odpowiednio 8,1%, 10,8%, 11,7%.

Na terenach poza miastem powyżej 10 tys. mieszkańców najsprawniej działały zespoły w województwach: śląskim małopolskim oraz łódzkim. W tych województwach odsetek wyjazdów, które przekroczyły maksymalny czas dotarcia ZRM na miejsce zdarzenia, wyniósł odpowiednio: 10,2%, 14,0% i 17,1%.

Mapa 13. Wyjazdy niezwiązane ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego w odniesieniu do ogólnej liczby wyjazdów oraz wyjazdy, w których czas dotarcia ZRM przekroczył ustawowe normy w 2021 r.

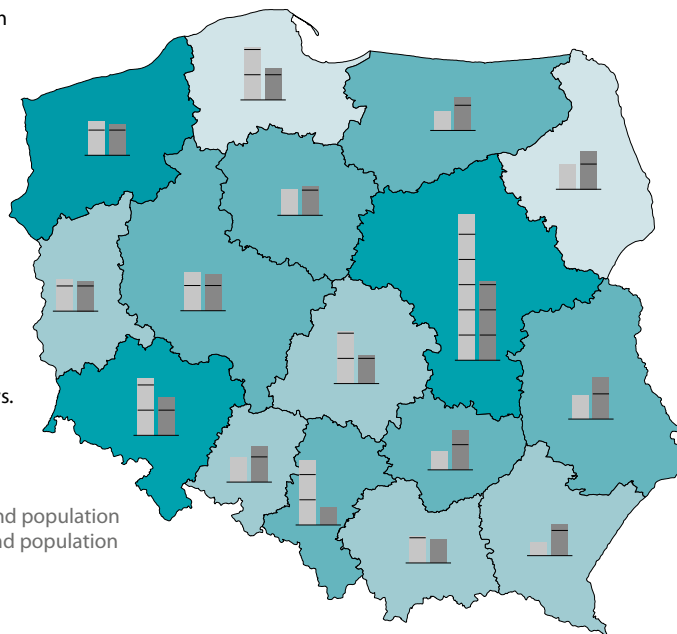
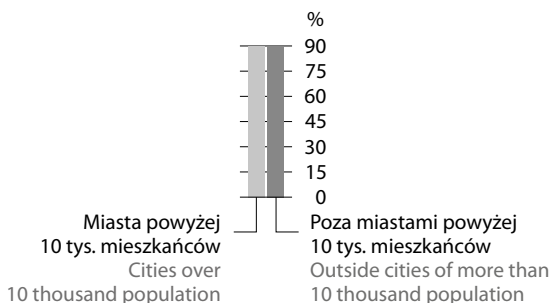
Map 13. Calls unrelated to the state of sudden health threat to the total number of calls and calls where time to reach ZRM exceeded the statutory standard in 2021

Odsetek wyjazdów niezwiązanych ze stanem nagłego zagrożenia zdrowotnego
The percentage of unrelated calls with a state of sudden health threat



Odsetek wyjazdów, w których czas dotarcia zespołu ratownictwa medycznego przekroczył 15 min. w mieście powyżej 10 tys. ludności i 20 min. poza miastem powyżej 10 tys. ludności

The percentage of calls in which time to reach the emergency medical team exceeded 15 min. in the city over 10 thousand population and 20 min. outside the city over 10 thousand population



Lotnicze Pogotowie Ratunkowe (LPR)

Oprócz naziemnych zespołów ratownictwa medycznego w systemie PRM działają także lotnicze zespoły ratownictwa medycznego. W 2021 r. LPR posiadało 21 stałych baz Śmigłowej Służby Ratownictwa Medycznego (HEMS⁷²) rozmieszczonych na terenie całej Polski, jedną bazę sezonową uruchamianą na czas wakacji (Koszalin) oraz jedną bazę transportu samolotowego w Warszawie. W województwie mazowieckim funkcjonowały 3 bazy HEMS (Płock, Warszawa, Sokółów), w województwie podlaskim – 2 (Białystok, Suwałki), w województwie lubuskim – 2 (Zielona Góra, Gorzów Wielkopolski), w województwie wielkopolskim – 2 (Poznań, Ostrów Wielkopolski). W pozostałych województwach funkcjonowało po jednej bazie (Gdańsk, Olsztyn, Bydgoszcz, Wrocław, Opole, Katowice, Sanok, Kielce, Lublin, Łódź, Szczecin). Całodobowo

72 HEMS – od ang. Helicopter Emergency Medical Service.

dyżurowały 4 bazy (Warszawa, Kraków, Gdańsk, Wrocław). Pozostałe bazy funkcjonowały w godz. 7–20. Parametry czasu dotarcia na miejsce zdarzenia zespołu LPR są inne niż w przypadku ZRM. Tutaj czas dotarcia zależy od promienia działania. Gdy promień działania jest mniejszy bądź równy 60 km – czas gotowości do startu wynosi do 3 minut w dzień oraz do 15 minut w nocy. Gdy promień działania jest większy niż 60 km i mniejszy bądź równy 130 km – czas gotowości do startu wynosi do 6 minut w dzień oraz do 30 minut w nocy. Natomiast gdy promień działania jest większy niż 130 km, gotowość do startu wynosi do 15 minut w dzień oraz do 30 minut w nocy.

W roku 2021 załogi śmigłowców zrealizowały łącznie 12 444 misje (o 13,8% więcej niż przed rokiem), w tym 10 598 lotów do nagłych zdarzeń oraz 1 490 transportów międzyszpitalnych. Załogi Samolotowego Zespołu Transportowego wykonały 356 misji, to jest o 2,7% mniej niż przed rokiem. W 2021 roku na pokładach śmigłowców LPR przetransportowano 8 246 pacjentów, tj. o 371 pacjentów więcej niż w 2020 r. Liczba wszystkich osób, którym lekarze i ratownicy medyczni/pielęgniarze LPR udzielili pomocy to 10 478, w tym 1 131 dzieci. Podobnie jak w poprzednich latach, najczęstszym powodem wezwań były wypadki komunikacyjne i pomoc ich ofiarom (1 921 lotów). Drugą przyczyną wezwań były udary mózgu (1 813). 1 223 razy załogi wylatywały na pomoc osobom w stanie nagłego zatrzymania krążenia, a w 596 przypadkach – do pacjentów po upadku z wysokości. Ponadto w katalogu powodów wezwań zawierają się m.in. zawał mięśnia sercowego, oparzenie termiczne, potrącenie, ból w klatce piersiowej, duszność, amputacja czy przygniecenie.

Spośród wszystkich baz HEMS, najwięcej lotów zrealizowano z baz całodobowych: Warszawa (929 misji) i Wrocław (919 misji) oraz z baz dyżurujących w godzinach 7–20: Opole (677 misji), Katowice (654), Szczecin (597 misji), Łódź (552) oraz Ostrów Wielkopolski (544). Biorąc pod uwagę całonocną liczbę misji, w ubiegłym roku jedynie 12,0% stanowiły transporty międzyszpitalne, pozostałe to wezwania do nagłych zdarzeń i zachorowań. Wśród baz HEMS tą, która wykonuje najmniej transportów międzyszpitalnych (1,9%) jest baza w Łodzi⁷³.

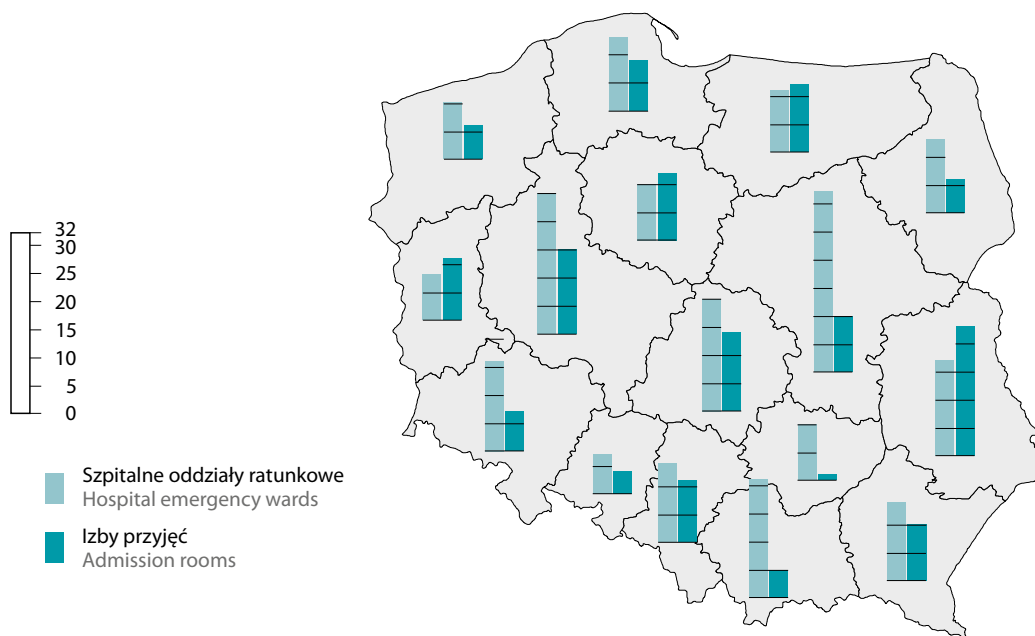
Szpitalne oddziały ratunkowe (SOR) i izby przyjęć oraz centra urazowe (CU)

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

Pod koniec 2021 r. w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 241 szpitalnych oddziałów ratunkowych, o 2 więcej niż w 2020 r. SOR udzielały świadczeń ratowniczych w trybie ambulatoryjnym, dziennym tzw. „jednego dnia” (z zamiarem planowanego zakończenia udzielania świadczeń w ciągu 24 godzin) i stacjonarnym powyżej 24 godzin. Ponadto w 2021 r. z systemem PRM współpracowały 156 izby przyjęć w szpitalach, o 2 więcej niż w 2020 r.

73 Dane pozyskane z Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

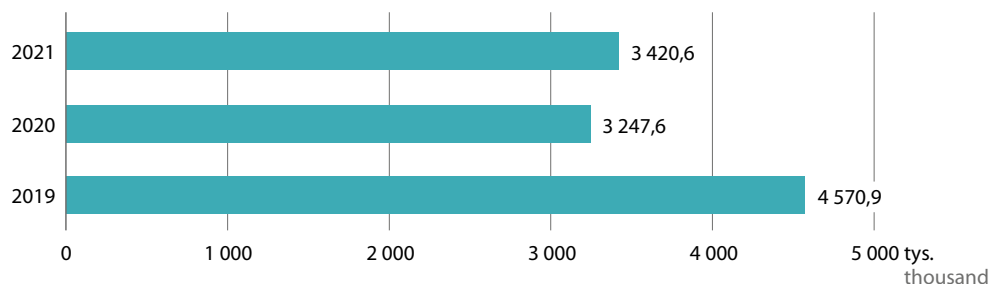
Mapa 14. Liczba szpitalnych oddziałów ratunkowych, izb przyjęć w województwach w 2021 r.
 Map 14. Number of hospital emergency wards, admission rooms in voivodships in 2021



W roku 2021 na izbie przyjęć lub w SOR udzielono pomocy medycznej w trybie ambulatoryjnym 3,57 mln osobom, tj. 167 tys. więcej niż w roku 2020. Większość pacjentów stanowili mężczyźni – 51,8%, dzieci i młodzież do lat 18 – 18,5%, a osoby w wieku 65 lat lub więcej – 25,3%.

Wykres 74. Świadczenia udzielone w trybie ambulatoryjnym w szpitalnych oddziałach ratunkowych i izbach przyjęć

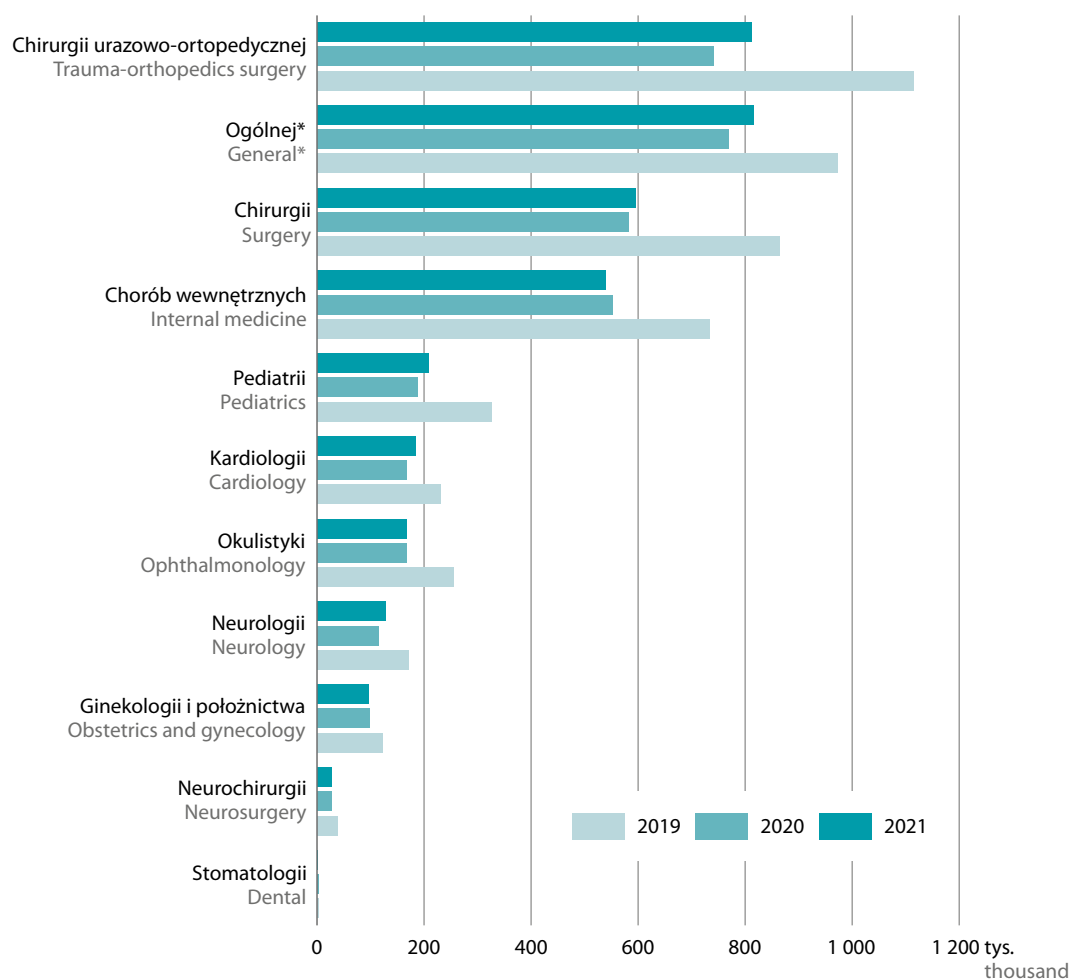
Chart 74 Outpatient health services provided in hospital emergency wards and admission rooms



Pacjenci SOR lub izb przyjęć, przyjmowani ambulatoryjnie, byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych lub były im udzielone świadczenia w zakresie ogólnym. Spośród pacjentów leczonych ambulatoryjnie najwięcej osób skorzystało ze świadczeń w zakresie chirurgii ogólnej (22,8%), chirurgii urazowo–ortopedycznej (22,7%) oraz leczenia chorób wewnętrznych (15,1%).

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

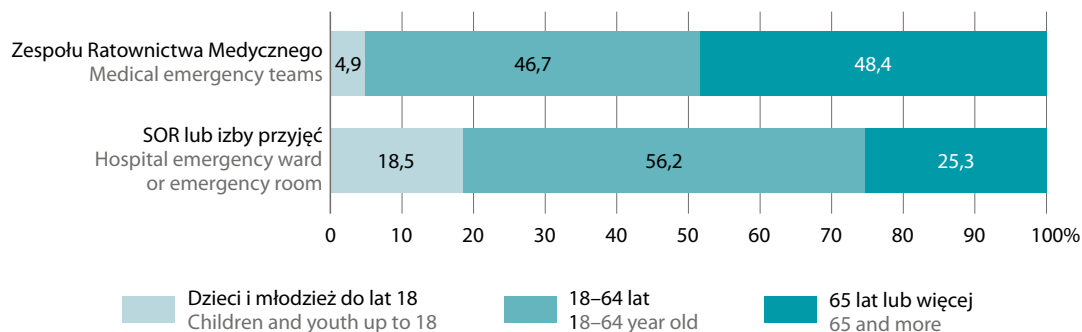
Chart 75. Persons who received doctor's consultations provided in admission rooms or hospital emergency wards by type of clinics



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

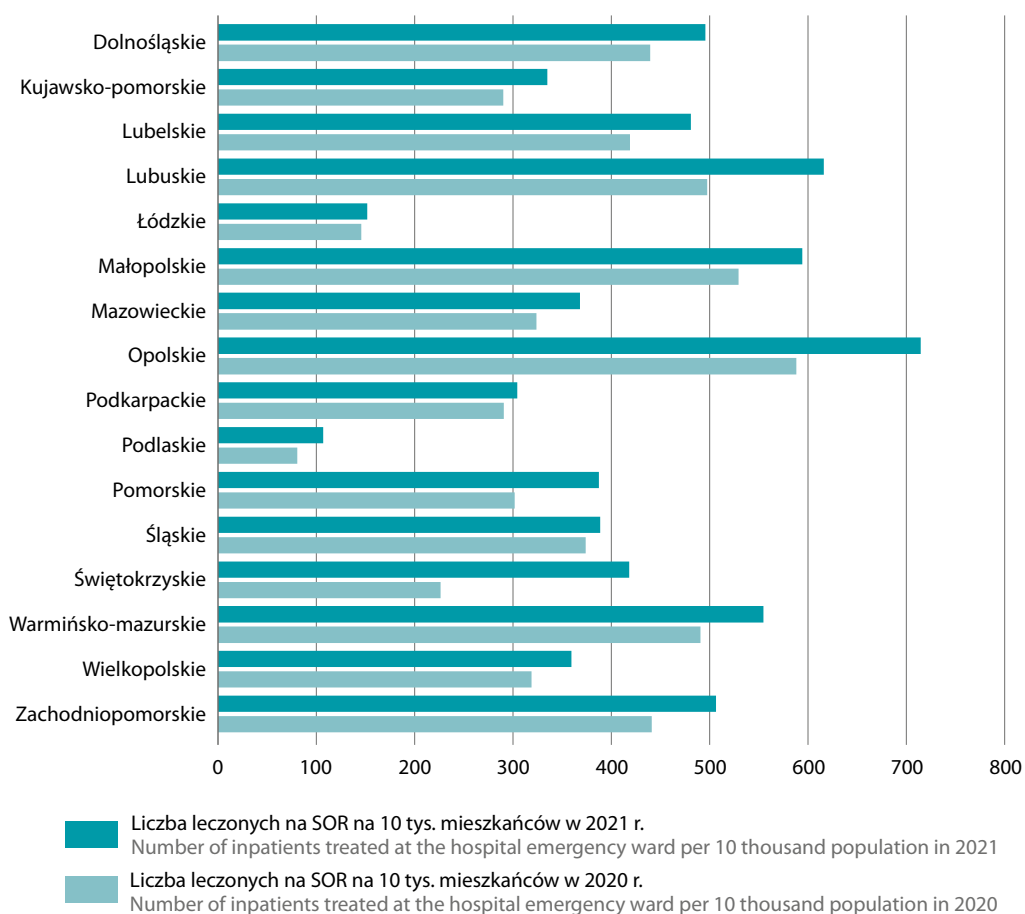
Struktura wieku pacjentów leczonych na SOR i izbach przyjęć jest podobna jak w latach poprzednich. Natomiast porównując strukturę leczonych na SOR do struktury pacjentów, którzy skorzystali z pomocy ZRM można zauważyć istotne różnice. Dzieci i młodzież do lat 18 znacznie częściej korzystały z pomocy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

Wykres 76. Pacjenci ZRM, SOR i izb przyjęć oraz oddziałów szpitalnych według wieku w 2021 r.
 Chart 76. Patients of emergency rescue teams, hospital emergency wards, admission rooms and other wards by age in 2021



W roku 2021 w porównaniu do poprzedniego w większości województw zwiększyła się liczba leczonych na SOR w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców województwa.

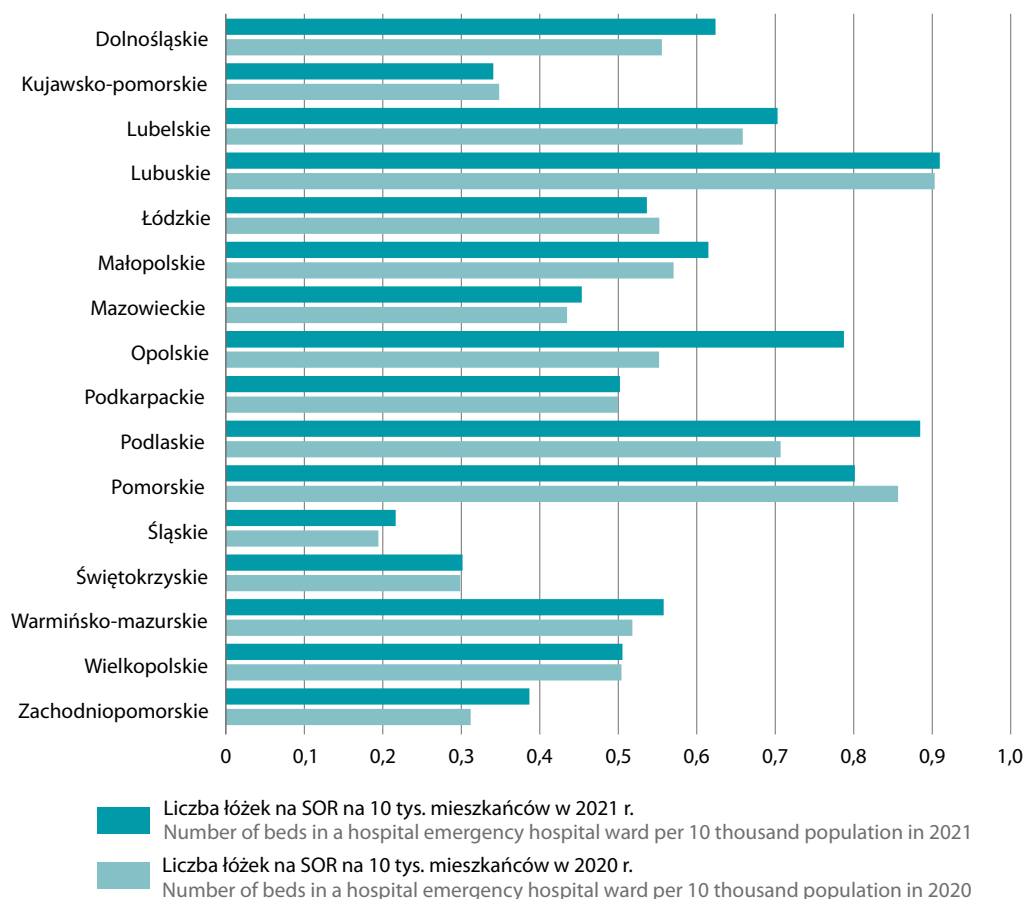
Wykres 77. Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw (leczeni na SOR)
 Chart 77. Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships (treated at the hospital emergency ward)



W 2021 r., w porównaniu do roku 2020, w większości województw (poza województwami: pomorskim, łódzkim oraz kujawsko-pomorskim) zaobserwowano zmniejszenie liczby łóżek na SOR w przeliczeniu na

10 tys. mieszkańców województwa. Największą bazą łóżkową na SOR, w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, dysponowały województwa: lubuskie, podlaskie oraz pomorskie, najmniejszą województwa: śląskie, świętokrzyskie i kujawsko-pomorskie.

Wykres 78. Stacjonarna działalność szpitalnego oddziału ratunkowego według województw (łóżka na SOR)
Chart 78. Stationary activities of the hospital emergency ward by voivodships (beds in a hospital emergency ward)



W 2021 r. szpitalne oddziały ratunkowe dysponowały łącznie 1 994 łóżkami, było ich o 100 więcej niż rok wcześniej.

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

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

Po zakończeniu zabiegów ratujących życie, pacjent kierowany jest na inny oddział szpitala, w którym znajduje się centrum urazowe lub do innej placówki leczniczej, w celu kontynuowania leczenia lub rehabilitacji. Zgodnie z założeniami ustawowymi centrum urazowe (CU) powinno zabezpieczać populację nie mniejszą niż 1 mln mieszkańców, zamieszkującą obszar pozwalający na dotarcie z miejsca zdarzenia

do centrum urazowego w ciągu 1,5 godziny. Centrum urazowe powinno mieć lotnisko lub lądowisko dla śmigłowca ratunkowego zlokalizowane na tyle blisko, aby możliwe było przejęcie pacjentów urazowych ze śmigłowca bezpośrednio do szpitala, bez konieczności przewożenia ich karetką. W Polsce w 2021 r. działało 17 centrów urazowych udzielających świadczeń opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów urazowych, w tym osiem dziecięcych. Są to: Akademicki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza we Wrocławiu, Szpital Akademicki Nr 1 w Bydgoszczy, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie, SP ZOZ Szpital Wojewódzki w Zielonej Górze, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. Kopernika w Łodzi, SP ZOZ Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Wojskowy Instytut Medyczny w Warszawie, Wojewódzkie Centrum Medyczne w Opolu, Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku, Szpital Wojewódzki Nr 2 w Rzeszowie, Uniwersyteckie Centrum Kliniczne w Gdańsku, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny im. NMP w Częstochowie, Wojewódzki Szpital Zespolony w Kielcach, Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Olsztynie, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski im. Józefa Strusia z Zakładem Opiekuńczo–Lecznym SPZOZ w Poznaniu, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Docelowo ma powstać również 12 centrów urazowych dla dzieci (CUD)⁷⁴.

Jednostki współpracujące z systemem (poza podmiotami leczniczymi)⁷⁵

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

Do jednostek, które współpracują z systemem PRM zaliczają się również wyspecjalizowane społeczne organizacje ratownicze, takie jak Górskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (GOPR), Tatrzańskie Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (TOPR) i Wodne Ochotnicze Pogotowie Ratunkowe (WOPR), które w warunkach szczególnych, w górach i nad wodą, udzielają pomocy ratowniczej. Ponadto w grupie tej znajdują się również inne społeczne organizacje ratownicze, które w ramach swoich zadań ustawowych lub statutowych, są zobowiązane do niesienia pomocy osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, pod warunkiem, że zostały 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, zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich. Punkty apteczne działają natomiast niemal w całości na terenach wiejskich⁷⁶ i uzupełniają sieć aptek w skali całego kraju. Punkty apteczne mogą sprzedawać wyłącznie leki gotowe. Artykuły farmaceutyczne i medyczne bez recepty, można nabyć również w sklepach i stacjach benzynowych.

⁷⁴ Centra urazowe dla dzieci przeznaczone są dla osób do 18. roku życia, będących w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego spowodowanego ciężkimi, mnogimi i wielonarządowymi obrażeniami ciała. Centra urazowe dla dorosłych nie są przystosowane do niesienia pomocy dzieciom, zwłaszcza młodszym, toteż dzieci nie były w nich przyjmowane. Obecnie wytypowane szpitale są na etapie dostosowania się do wymagań obowiązujących w zakresie takich centrów (Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz. U. 2021 poz. 2053).

⁷⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

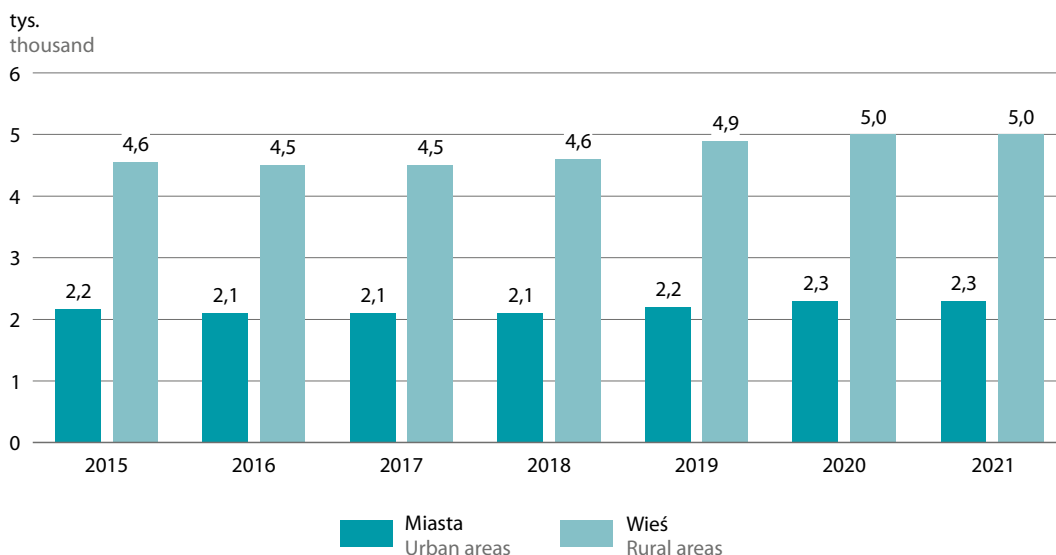
⁷⁶ Zgodnie z ustawą Prawo farmaceutyczne (art. 70 ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r., Dz. U. 2021 poz. 1977) punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy, mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

W 2021 r. na terenie Polski zbadano 11 866 aptek ogólnodostępnych (o 190 mniej niż przed rokiem), 24 apteki zakładowe⁷⁷ i 1 147 punkty apteczne. Niemal wszystkie apteki ogólnodostępne (11 858) należały do prywatnych właścicieli.

W 2021 r. na jedną zbadaną aptekę ogólnodostępną przypadało przeciętnie 3,2 tys. osób, w tym 2,3 tys. osób w miastach. W poszczególnych województwach wskaźnik ten zawierał się w przedziale od 2,8 tys. (dla województw: wielkopolskiego i lubelskiego) do 3,6 tys. (dla województw: warmińsko-mazurskiego i pomorskiego). Na wsi na 1 aptekę ogólnodostępną przypadało 9,0 tys. mieszkańców. Uwzględniając działające na obszarach wiejskich punkty apteczne, liczba ludności wiejskiej przypadającej na aptekę ogólnodostępną i punkt apteczny w 2021 r. wyniosła przeciętnie 5,0 tys. Zauważalna jest silna dysproporcja w rozkładzie aptek i ich znacznie gorsza dostępność na obszarach wiejskich w porównaniu z miastami.

Wskaźniki dotyczące przeliczeń na ludność (mieszkańców Polski) dla 2021 r. oraz 2020 r. przeliczono w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania wydanego za 2020 r.

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

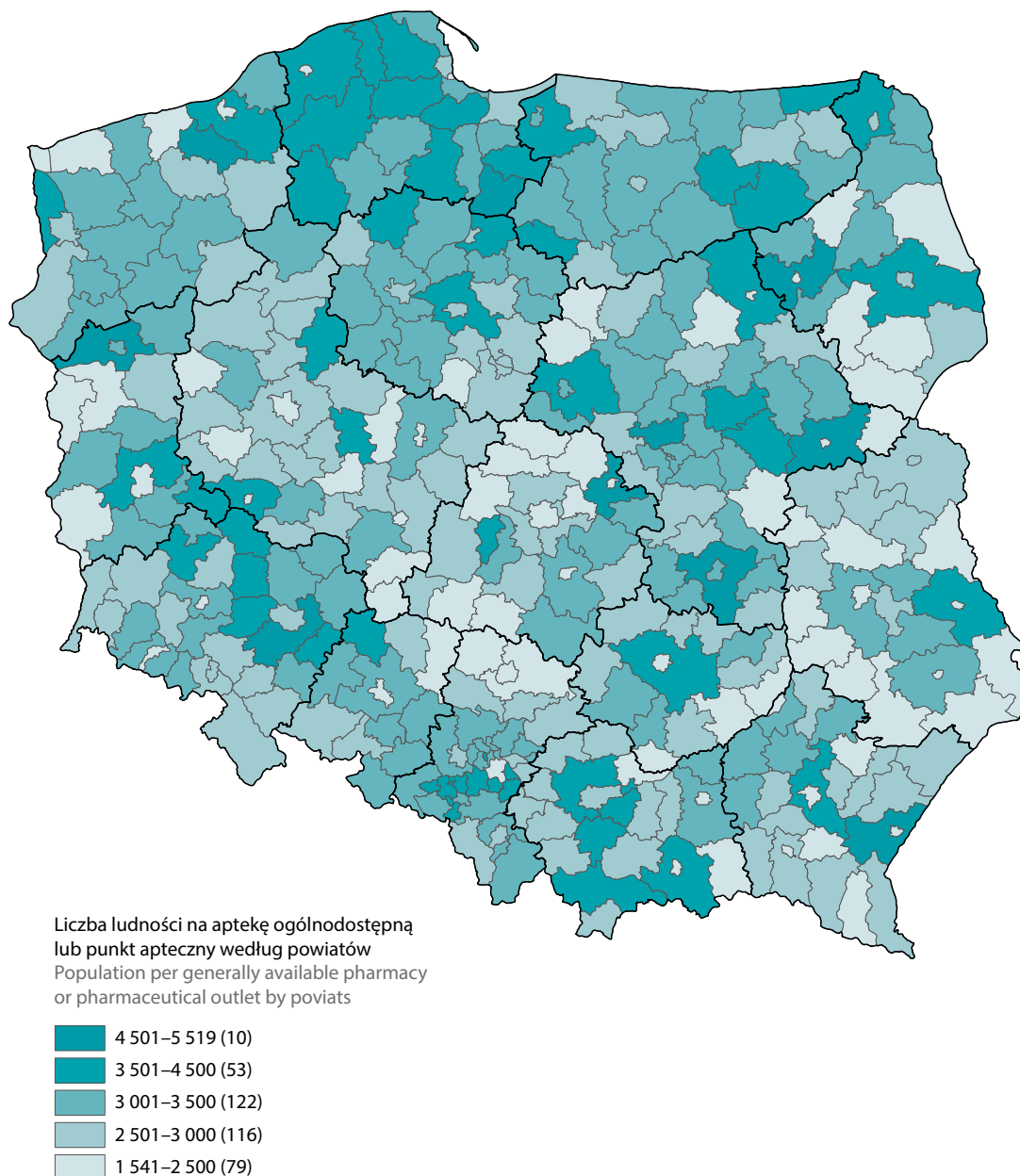


Najwięcej ludności na jedną aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny przypadało w powiatach wokół miast na prawach powiatu – kwidzińskim, radomskim, siedleckim i przemyskim (ponad 5 000 osób). Należy jednak pamiętać, że powiaty ziemskie wokół miasta na prawach powiatu, mają swoją specyfikę polegającą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

W 2021 r. w 14 województwach było mniej aptek ogólnodostępnych w porównaniu do poprzedniego roku. Największy spadek odnotowano w województwach: śląskim (o 38) i wielkopolskim (o 25), natomiast najmniejszy w łódzkim (o 3) i pomorskim (o 4). W województwach: podlaskim i opolskim liczba aptek ogólnodostępnych pozostała bez zmian.

⁷⁷ Aptekę zakładową tworzy się w podmiocie wykonującym działalność leczniczą utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej lub Ministra Sprawiedliwości w celu zaopatrywania gabinetów, pracowni, izb chorych lub oddziałów terapeutycznych, a także innych zakładów leczniczych, w których wykonuje się stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne, utworzonych w tych podmiotach (Prawo farmaceutyczne art. 87 ust. 4b, Dz. U. 2021 poz. 1977). Wśród zbadanych 24 aptek zakładowych, w gestii MON było 10, zaś w gestii MS – 14 aptek.

Mapa 15. Liczba ludności na aptekę ogólnodostępną lub punkt apteczny według powiatów w 2021 r.
Map 15. Population per generally available pharmacy or pharmaceutical outlet by poviats in 2021



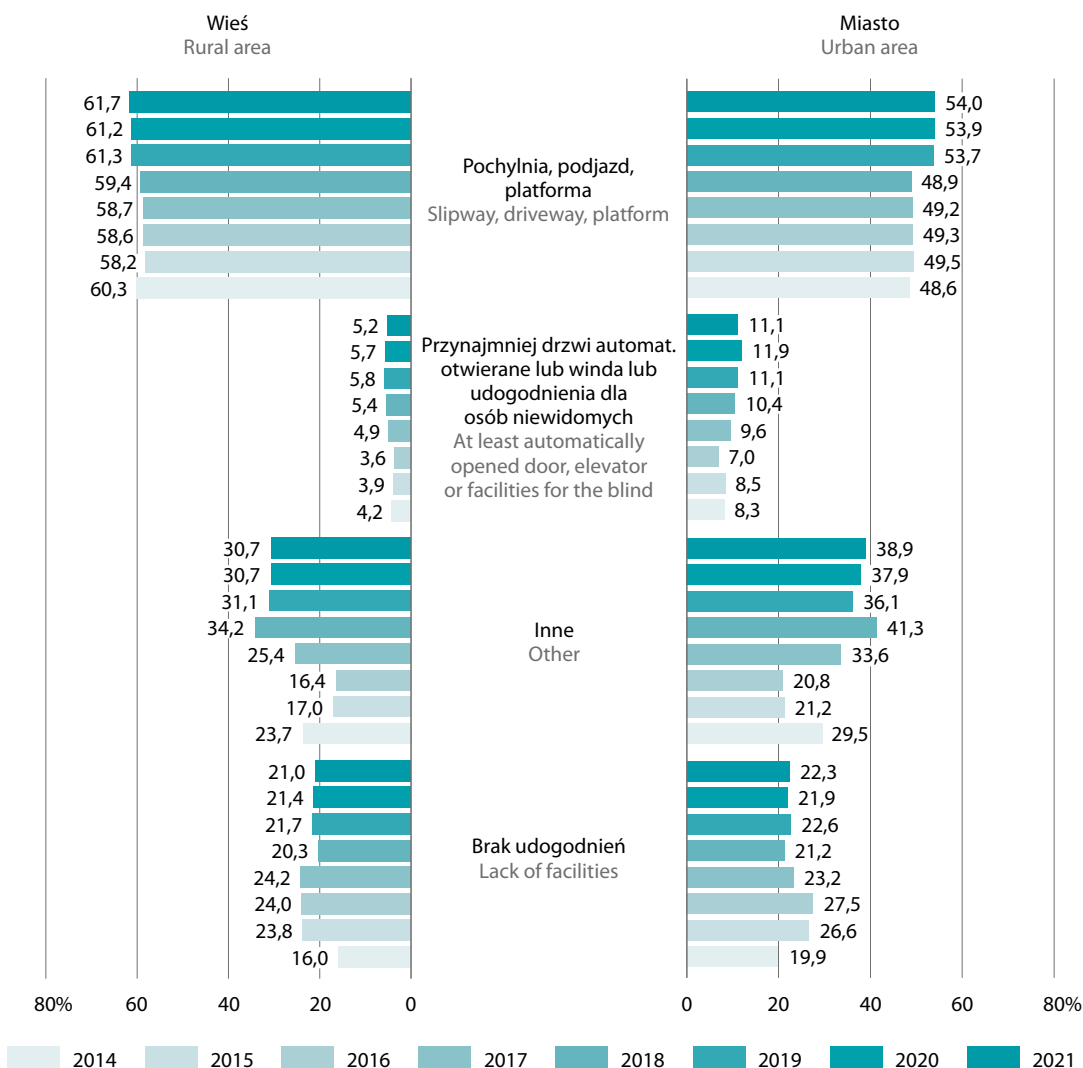
Punktów aptecznych ubyło w 4 województwach: małopolskim i warmińsko-mazurskim (po 3), opolskim i lubelskim (po 2). Liczba punktów aptecznych pozostała bez zmian w 7 województwach. Najwięcej, bo 8 punktów aptecznych ubyło w województwie świętokrzyskim, a 7 w województwie śląskim, natomiast po 6 w województwach: dolnośląskim i opolskim. Po jednym punkcie przybyło w województwach: zachodniopomorskim, dolnośląskim, kujawsko-pomorskim, podlaskim oraz mazowieckim.

W omawianym roku, podobnie do 2020 r., stałe dyżury nocne pełniło 2,8% aptek ogólnodostępnych, a ponad 22,5% placówek pełniło dyżury okresowo.

W 2021 r. 77,8% aptek posiadało jakiekolwiek udogodnienia dla osób niepełnosprawnych (podobnie jak przed rokiem). Najczęściej były to pochylnie, podjazdy, platformy (55,1% aptek ogółem, 61,3% aptek na wsi i 54,0% aptek w mieście). Również w punktach aptecznych na wsi większość udogodnień stanowiły pochylnie, podjazdy, platformy – 62,5% punktów aptecznych posiadało takie udogodnienia. Drzwi automatycznie otwierane posiadało 1,0% punktów aptecznych na wsi, 3,5% aptek na wsi, 8,8% aptek w mieście. Brak jakichkolwiek udogodnień dla osób niepełnosprawnych odnotowano w 22,4% aptek w mieście, 21,3% aptek na wsi, oraz w 20,7% punktów aptecznych na wsi.

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

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



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

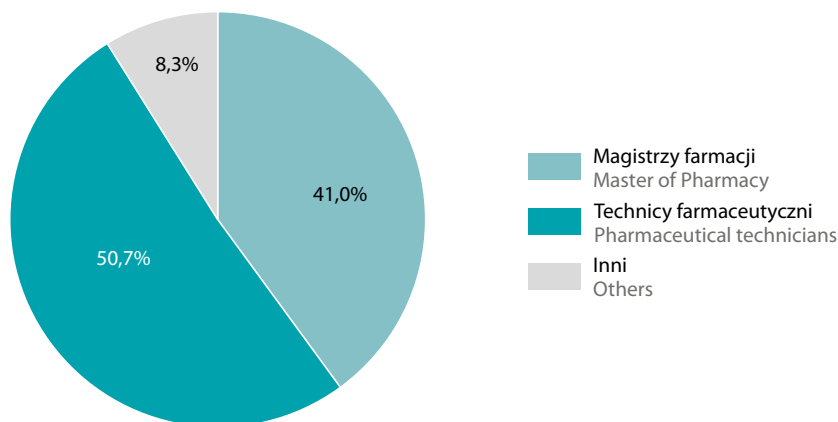
W 2021 r. 1,4% aptek ogólnodostępnych prowadziło sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych z wykorzystaniem Internetu (164). W województwie łódzkim 30 aptek ogólnodostępnych prowadziło w 2021 r. sprzedaż wysyłkową, a mazowieckim – 28 i było to 35% ogółu aptek. Największy odsetek takich aptek posiadały województwa: łódzkie (3,7%), podlaskie (2,4%) i lubelskie (2,0%), a najmniejszy – województwa:

kujawsko–pomorskie, podkarpackie, pomorskie, zachodniopomorskie i dolnośląskie (między 0,3% a 0,9%). W województwie lubuskim nie prowadzono sprzedaży wysyłkowej w aptekach ogólnodostępnych.

W przypadku punktów aptecznych sprzedaż wysyłkowa była realizowana w tylko 4 jednostkach (0,3%). Dotyczyła ona województw: wielkopolskiego, łódzkiego (2 punkty) i warmińsko–mazurskiego.

W aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych na terenie kraju pracowało łącznie 26 tys. magistrów farmacji oraz 32,2 tys. techników farmaceutycznych. Ponadto w aptekach 121 praktykantów⁷⁸ odbywało obowiązkową praktykę (w 2020 r. 216). Podobnie jak w poprzednim roku, zdecydowaną większość pracujących w aptekach i punktach stanowiły kobiety (odpowiednio 82,8% wśród farmaceutów i 98,9% kobiet wśród techników farmaceutycznych). Przeciętnie w jednej aptece ogólnodostępnej pracowały 2 osoby z tytułem magistra farmacji oraz co najmniej 2 z tytułem technika farmaceutycznego. W miastach w jednej aptece ogólnodostępnej pracowało przeciętnie co najmniej 2 magistrów i tyle samo techników. Natomiast w punkcie aptecznym przeciętnie pracował jeden technik farmaceutyczny, a w co dziesiątym – magister farmacji.

Wykres 81. Pracujący w aptekach ogólnodostępnych i punktach aptecznych w 2021 r.
Chart 81. Employed in generally available pharmacies and pharmaceutical outlets in 2021



W 24 aptekach zakładowych, działających w szpitalach resortowych, pracowało łącznie 84 magistrów farmacji, co daje średnio więcej niż trzech na aptekę, a więc więcej niż średnia w aptekach ogólnodostępnych (2). Ponadto w aptekach zakładowych pracowało 55 techników farmaceutycznych, około dwóch na aptekę, czyli podobnie jak w aptekach ogólnodostępnych.

⁷⁸ Minister właściwy do spraw zdrowia określa, w drodze rozporządzenia, program praktyki w aptece oraz sposób i tryb jej odbywania przez technika farmaceutycznego, uwzględniając w szczególności zakres wiedzy niezbędnej do wykonywania określonych czynności, obowiązki opiekuna praktyki, zakres czynności, które mogą być wykonywane samodzielnie przez praktykanta, formę i sposób prowadzenia dziennika praktyki aptecznej (Prawo Farmaceutyczne, art. 91 ust. 3, Dz. U. 2021 poz. 1977).

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

Lata Years	Apteki Pharmacies		Liczba ludności na 1 aptekę Number of population per phar- macy	Punkty apteczne Pharmaceutical outlets		Mgr farmacji pracujący Masters of pharmacy employed	
	ogółem total	w tym prywatne of which private		ogółem total	w tym prywatne of which private	ogółem total	w tym prywatnie of which private
OGÓŁEM TOTAL							
2020	12 080	12 048	3 153	1 152	1 151	26 242	26 145
2021	11 890	11 858	3 188	1 147	1 146	26 092	25 988
WIEŚ RURAL AREAS							
2020	1 952	1 951	7 844	1 137	1 136	3 299	3 298
2021	1 920	1 919	7 960	1 128	1 127	3 288	3 286
MIASTO URBAN AREAS							
2020	10 128	10 097	2 249	15	15	22 943	22 847
2021	9 970	9 939	2 269	19	19	22 804	22 702

2.6. Sprzedaż leków na receptę

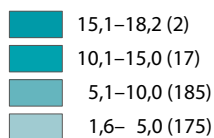
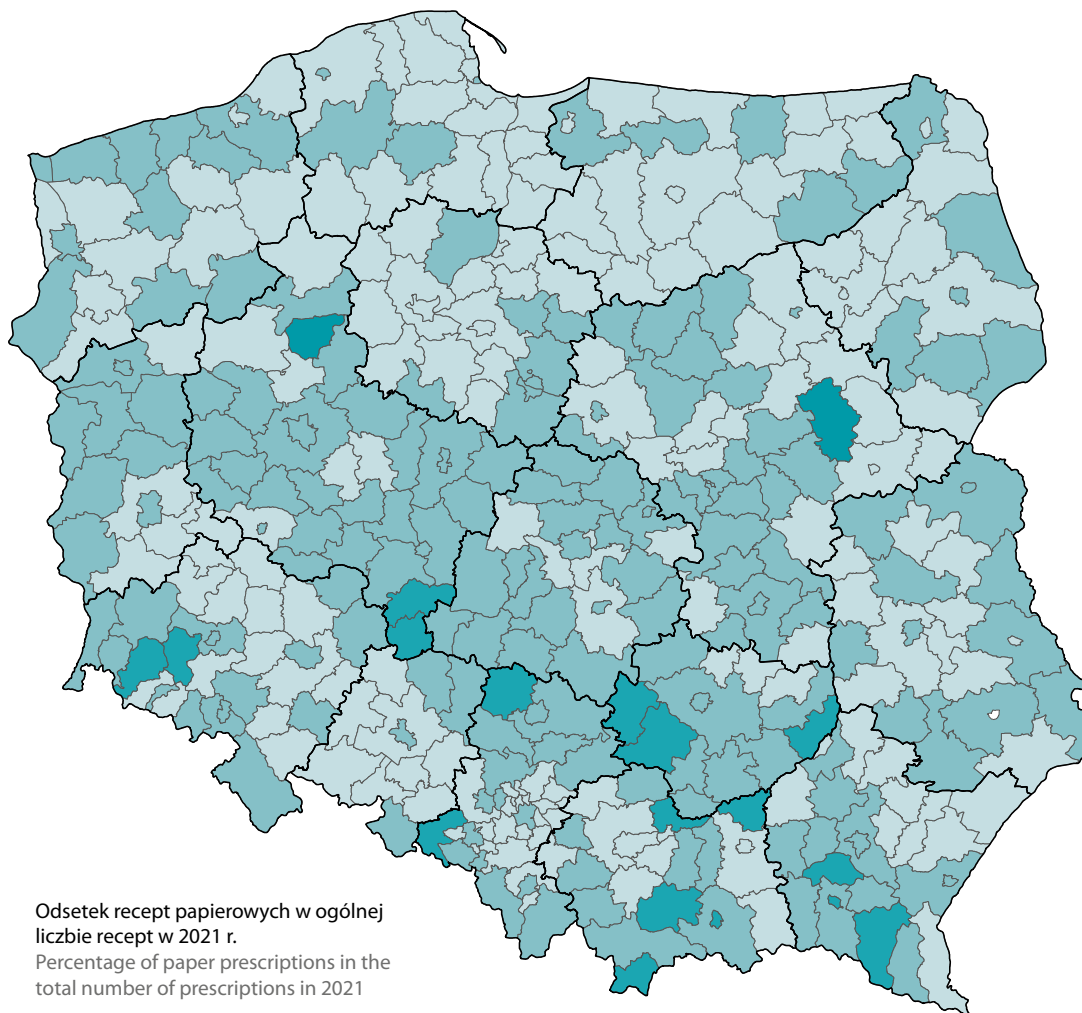
2.6. Sales of prescription medicines

Elektroniczna recepta to jedno z najbardziej udanych przedsięwzięć z zakresu elektronicznej administracji w Polsce. Projekt elektronicznej recepty powstał na przełomie 2007/2008 roku w Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia (aktualna nazwa: Centrum e-Zdrowia), a pierwsze podstawy prawne zostały przedstawione w Ustawie z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz. U. 2011 nr 113 poz. 657). Zgodnie z pierwotnymi planami, elektroniczna recepta miała zostać uruchomiona 1 sierpnia 2014 roku, jednak termin ten wskutek kolejnych nowelizacji ustawy przekładano. Ostatecznie, elektroniczna recepta została uruchomiona na początku 2019 roku, a od 8 stycznia 2020 r., wystawianie e-recept stało się obowiązkowe. Dane dotyczące wystawianych recept gromadzone są w centralnej bazie danych (System Informacji Medycznej) prowadzonej przez Centrum e-Zdrowia – jednostkę Ministerstwa Zdrowia. Na podstawie gromadzonych danych Ministerstwo Zdrowia przygotowuje wieloprzekrojowe analizy i statystyki, które pozwalają monitorować rynek leków w Polsce. W związku z tym, że dane dotyczące sprzedaży leków gromadzone są na podstawie danych przekazywanych przez apteki, analizy Ministerstwa Zdrowia nie uwzględniają miejsca zamieszkania pacjenta, któremu wystawiono receptę, ale jedynie miejsce realizacji przez niego recepty. Według danych Ministerstwa Zdrowia, w ciągu pół roku od jej wprowadzenia, lekarze wystawili ponad 275 mln e-recept dla 25 mln pacjentów. Wdrożenie elektronicznej recepty zbiegło się z epidemią koronawirusa SARS-CoV-2. Już w maju 2020 r., udział elektronicznych recept w ogólnej liczbie recept, wynosił blisko 95%. Ten odsetek utrzymał się do końca 2021 r. Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977) receptę papierową lekarz może wystawić w następujących przypadkach:

- braku dostępu do systemu teleinformatycznego,
- niektórych recept transgranicznych,
- recept dla osób o nieustalonej tożsamości,
- recept wystawianych przez osoby uprawnione, wykonujące zawód w Polsce tymczasowo i okazjonalnie,
- recept „pro auctore” i „pro familiae”.

W 2021 roku wystawiono 425 mln recept, z czego 94,4% elektronicznych. Odsetek ten był porównywalny we wszystkich województwach. Największy odsetek elektronicznych recept wystąpił w województwie pomorskim (96,1 %), najniższy w świętokrzyskim (93,0%). W przypadku powiatów najwyższy odsetek elektronicznych recept zaobserwowano w powiatach: monieckim (98,4%), człuchowskim (98,2%), nowomiejskim (98,0%), siedleckim (97,8%) i nidzickim (97,8%), natomiast najniższy w powiatach: węgrowskim (81,8%), chodzieskim (83,2%), lwóweckim (87,1%), sanockim (87,2%) i złotoryjskim (87,4%).

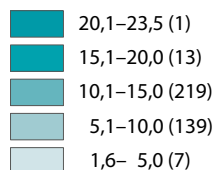
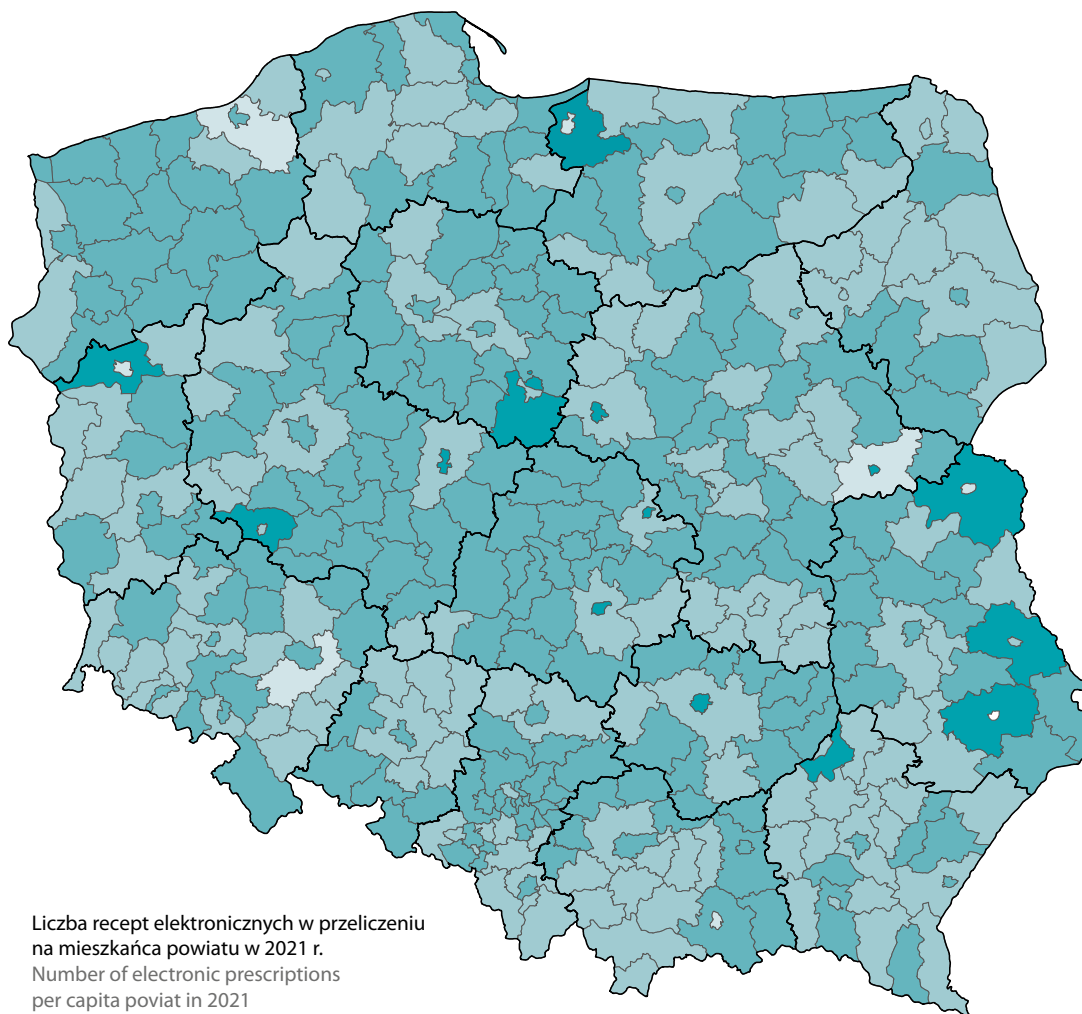
Mapa 16. Odsetek recept papierowych w ogólnej liczbie recept w 2021 r.
Map 16. Percentage of paper prescriptions in the total number of prescriptions in 2021



Brak danych z powiatu m. Zamość.
There is no data from the City of Zamość powiat.

Najmniej elektronicznych recept na jednego mieszkańca powiatu wystawiono w powiatach: Biała Podlaska (1,6), Nowy Sącz (2,2), Gorzów Wielkopolski (4,5), koszalińskim (4,5) i siedleckim (4,7). Najwięcej w powiatach: elbląskim (23,5), zamojskim (18,5), Piotrków Trybunalski (18,4), Siedlce (17,9) i gorzowskim (17,9).

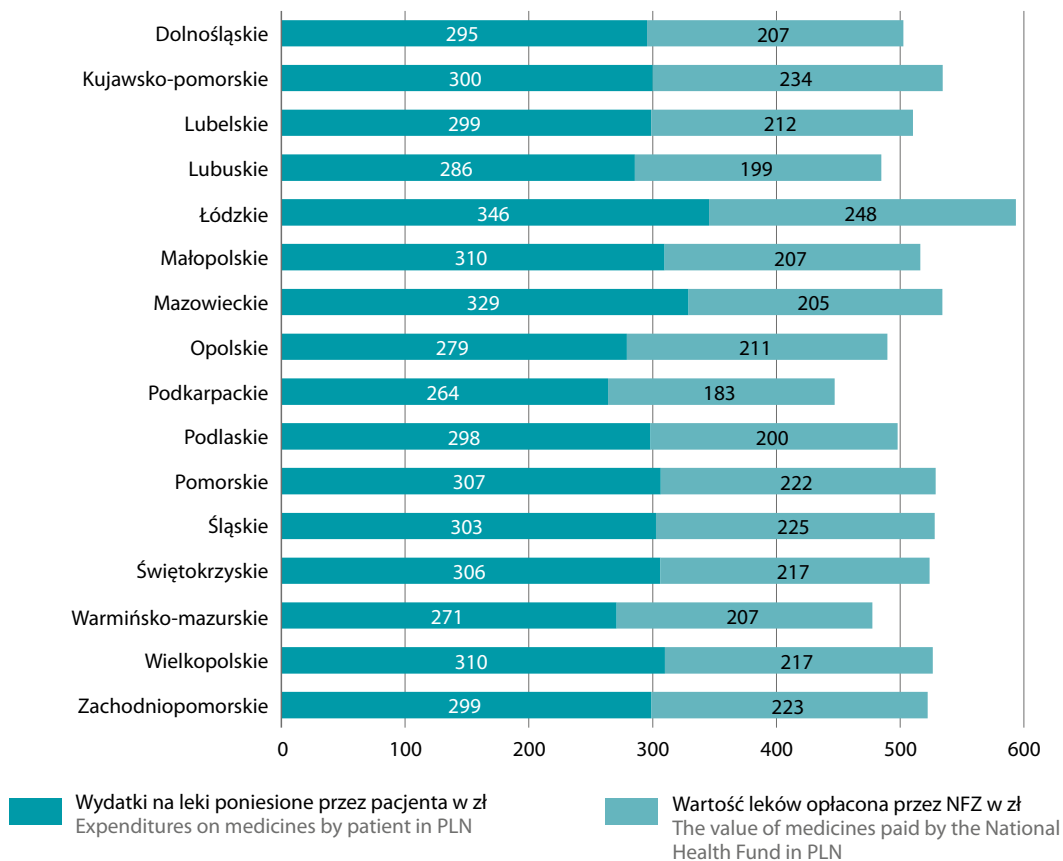
Mapa 17. Liczba recept elektronicznych w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.
 Map 17. Number of electronic prescriptions per capita powiat in 2021



Brak danych z powiatu m. Zamość.
 There is no data from the City of Zamość powiat.

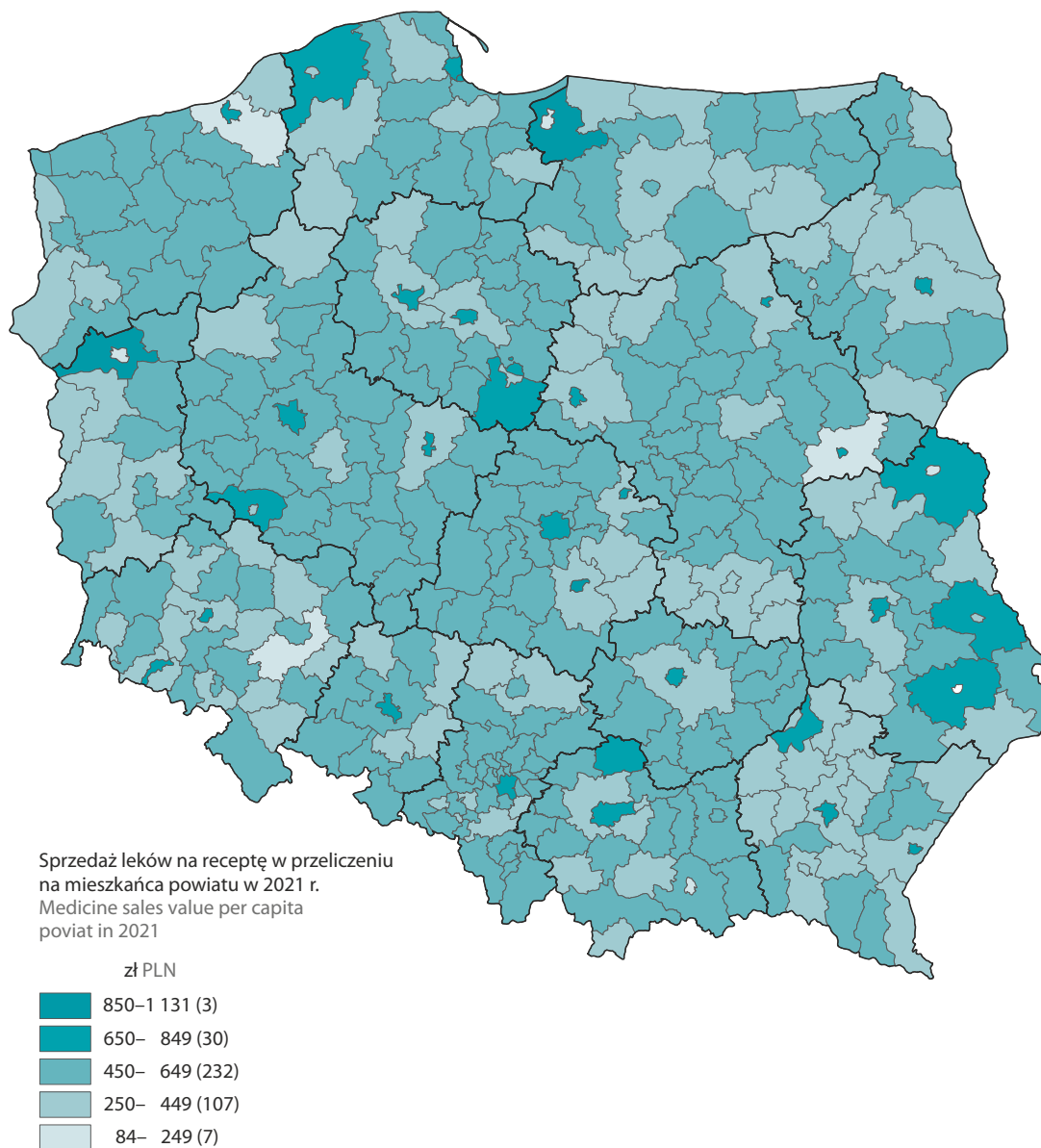
Dane dotyczące elektronicznych recept gromadzone są w Systemie Informacji Medycznej w Ministerstwie Zdrowia. Zakres gromadzonych danych określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 grudnia 2020 r. w sprawie recept (Dz. U. 2020 poz. 2424). System umożliwia Ministerstwu Zdrowia przeprowadzanie wieloprzekrojowych analiz i statystyk, w tym analizę wartości sprzedanych leków i wartości refundacji. Według danych Ministerstwa Zdrowia w roku 2021 wartość sprzedaży wszystkich leków na receptę wyniosła 19,7 mld zł. Natomiast wartość refundacji to 8,1 mld zł. Wartość sprzedaży w leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca Polski, wyniosła 520 zł, z czego 305 zł to dopłata pacjenta. Największą wartością sprzedanych leków na jednego mieszkańca, charakteryzuje się województwo łódzkie (594 zł), a najmniejszą podkarpackie (447 zł). Najwięcej przeciętnie do leków na receptę dopłacił mieszkaniec województwa łódzkiego (346 zł), najmniej mieszkaniec podkarpackiego (264 zł).

Wykres 82. Wartość sprzedaży leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca województwa w 2021 r.
Chart 82. Prescription medicines sales value in the voivodship per capita in 2021



Powiaty o najmniejszej wartości sprzedaży leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, to powiaty: Biała Podlaska (84 zł), Nowy Sącz (127 zł), siedlecki (197 zł), koszaliński (210 zł) i Elbląg (221 zł).

Mapa 18. Sprzedaż leków na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.
 Map 18. Medicine sale value per capita poviat in 2021

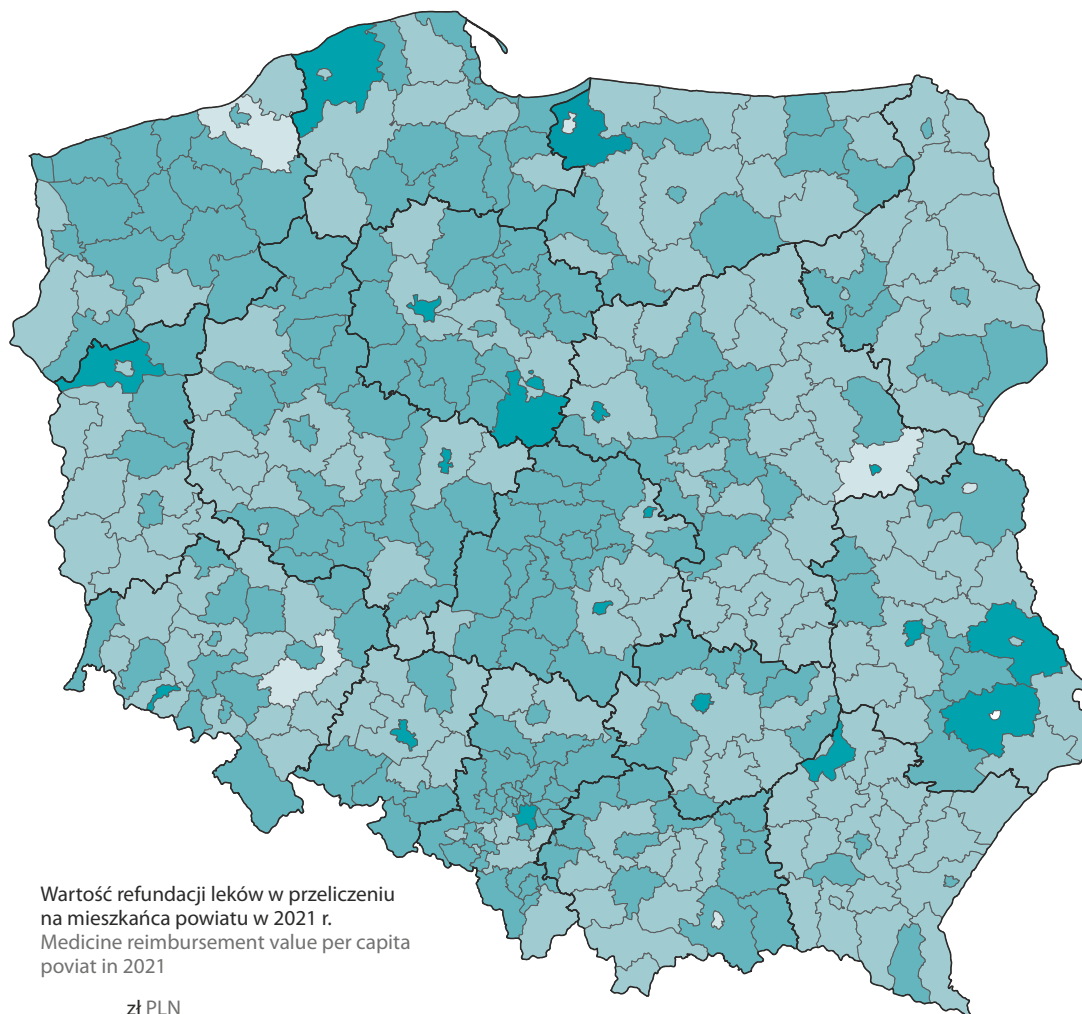


Brak danych z powiatu m. Zamość.
 There is no data from the City of Zamość poviat.

Powiaty o największej wartości sprzedaży leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, to powiaty: elbląski (1 131 zł), gorzowski (949 zł), Piotrków Trybunalski (849 zł), Kielce (841 zł) i Płock (838 zł), choć trzeba pamiętać, że generalnie pacjenci kupują leki nie tylko w swoim powiecie i szczególnie w przypadku miast na prawach powiatu ludzie pracujący w tych miastach mogą przy okazji dojazdu do pracy lub z pracy nabywać leki poza miejscowością zamieszkania. Powiaty o największej wartości sprzedaży leków na receptę, w przeliczeniu na jednego mieszkańca, to równocześnie powiaty o największej wartości dopłat do leków, w przeliczeniu na jednego mieszkańca. I odwrotnie, powiaty, w których pacjenci kupili najmniej leków na receptę to równocześnie powiaty, w których pacjenci dopłacili najmniej do leków. Najmniej do leków na receptę dopłacił przeciętnie mieszkańców powiatu: Białej Podlaskiej (51 zł), Nowego Sącza (82 zł), siedleckiego (113 zł), koszalińskiego (116 zł) i Elbląga (130 zł). Najwięcej do leków na receptę dopłacił

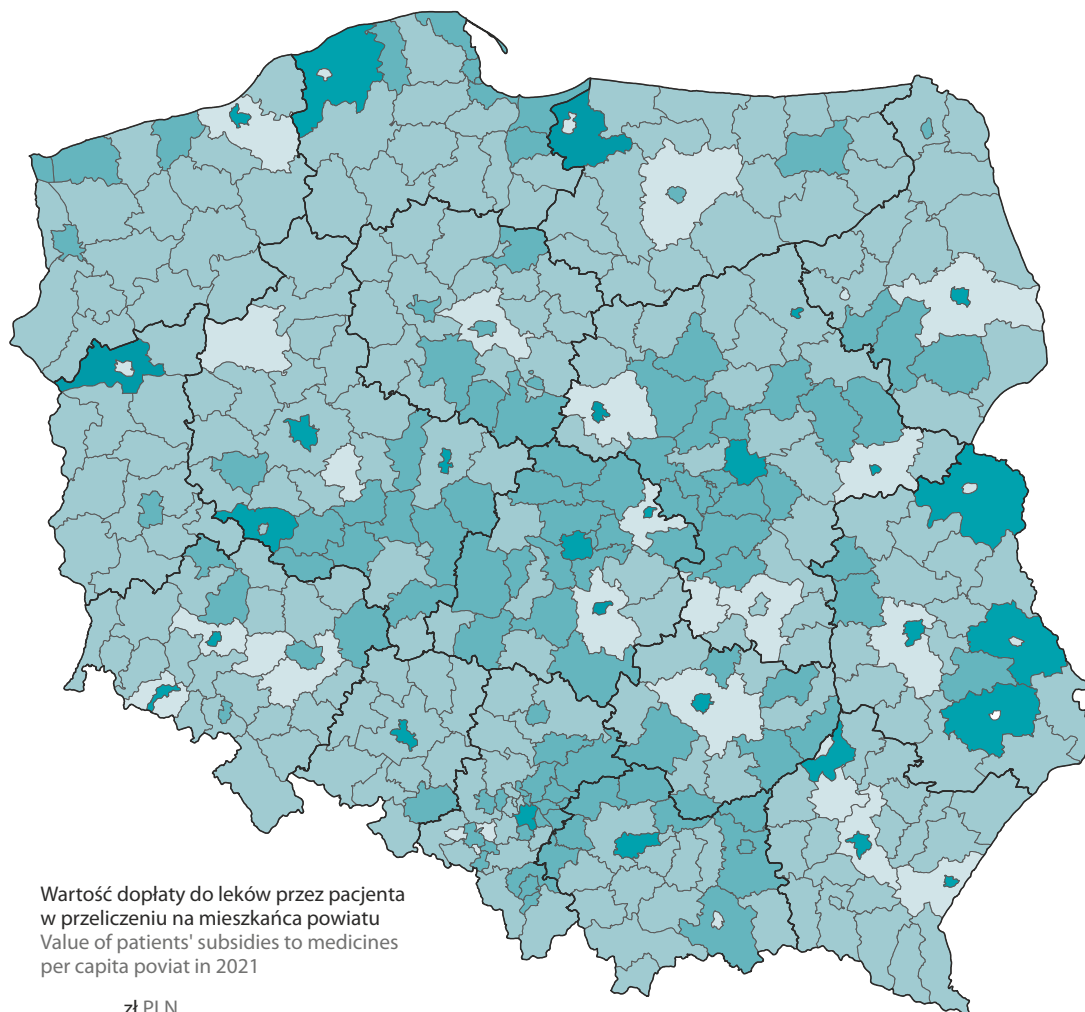
mieszkaniec powiatu: elbląskiego (660 zł), gorzowskiego (555 zł), Piotrkowa Trybunalskiego (520 zł), Płocka (501 zł) i Konina (493 zł).

Mapa 19. Wartość refundacji leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.
Map 19. Medicine reimbursement value per capita poviat in 2021



Brak danych z powiatu m. Zamość.
 There is no data from the City of Zamość poviat.

Mapa 20. Wartość dopłat pacjentów do leków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.
 Map 20. Value of patients' subsidies to medicines per capita powiat in 2021

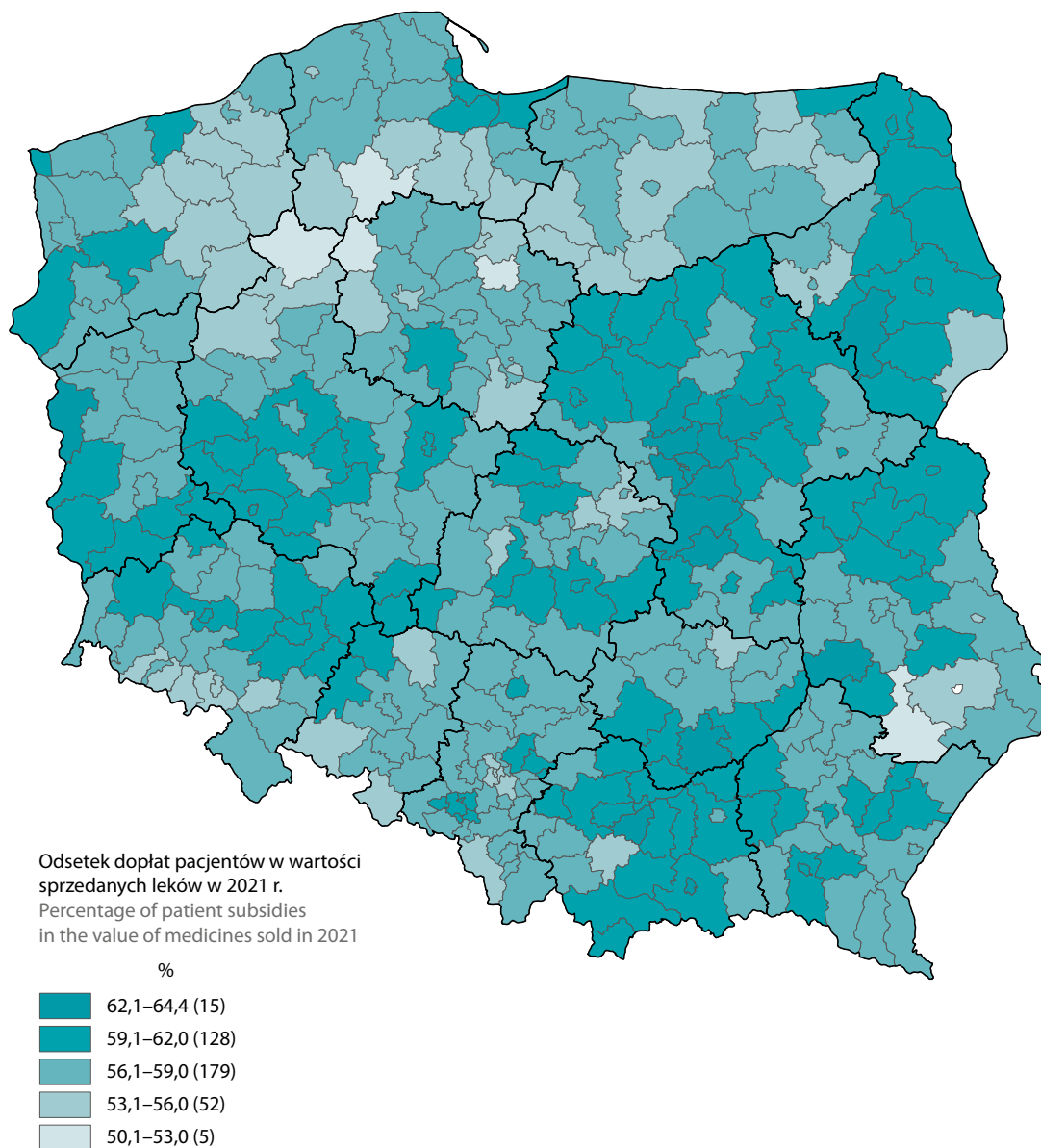


Brak danych z powiatu m. Zamość.
 There is no data from the City of Zamość powiat.

Powiaty o najmniejszym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to powiaty: sępoleński (50,1%), złotowski (52,1%), wąbrzeski (52,3%), biłgorajski (53,0%) i chojnicki (53,0%). Powiaty o największym odsetku dopłat do wartości sprzedanych leków to powiaty: piaseczyński (64,4%), grójecki (64,3%), wielicki (63,3%), ślubicki (63,3%) i Nowy Sącz (64,0%).

Mapa 21. Odsetek dopłat pacjentów w wartości sprzedanych leków w 2021 r.

Map 21. Percentage of patient subsidies in the value of medicines sold in 2021



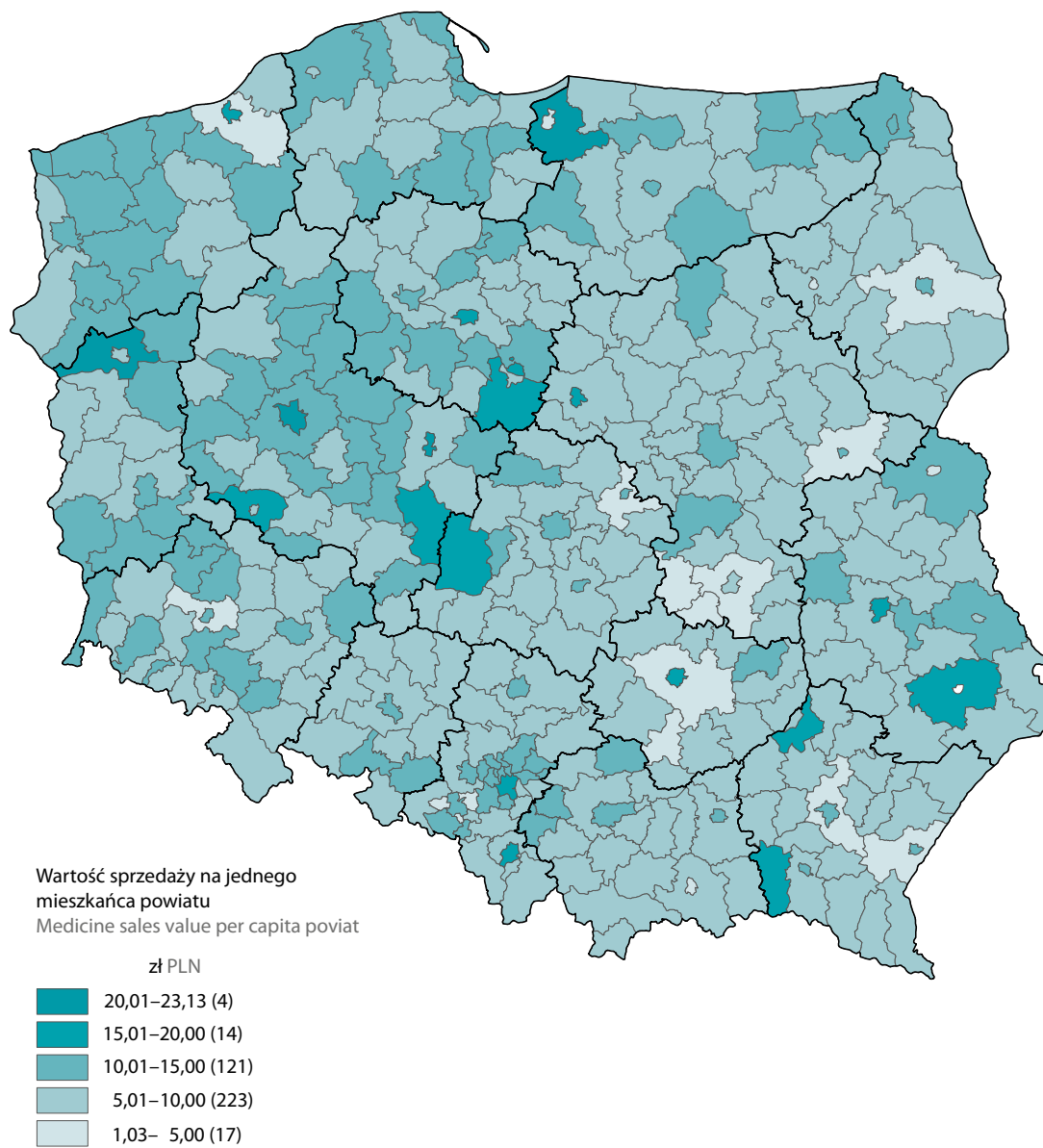
Brak danych z powiatu m. Zamość.
There is no data from the City of Zamość poviat.

W Systemie Informacji Medycznej (SIM) gromadzone są bardzo szczegółowe informacje dotyczące sprzedaży konkretnych leków. Pozwala to Ministerstwu Zdrowia na monitorowanie, w sposób ciągły, sprzedaży określonych leków i badanie popytu na leki. Przykładowo, według danych zgromadzonych w SIM w 2021 r. wartość sprzedaży leków, środków znieczulających i przeciwbólowych na receptę, w przeliczeniu na mieszkańca Polski, wyniosła 10,5 zł. W tym zakresie, najmniej, w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu,

wydano w powiatach: Biała Podlaska (1,0 zł), Nowy Sącz (2,2 zł), skierniewickim (3,2 zł), siedleckim (3,4 zł) i rzeszowskim (3,5 zł). Najwięcej w powiatach: gorzowskim (23,1 zł), Poznań (22,1 zł), Konin (21,9 zł), elbląskim (21,1 zł) i sieradzkim (19,9 zł).

Mapa 22. Wartość sprzedaży leków, środków znieczulających i przeciwbólowych na receptę w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.

Map 22. Sales value of prescription medicines, anesthetics and painkillers per capita poviat in 2021

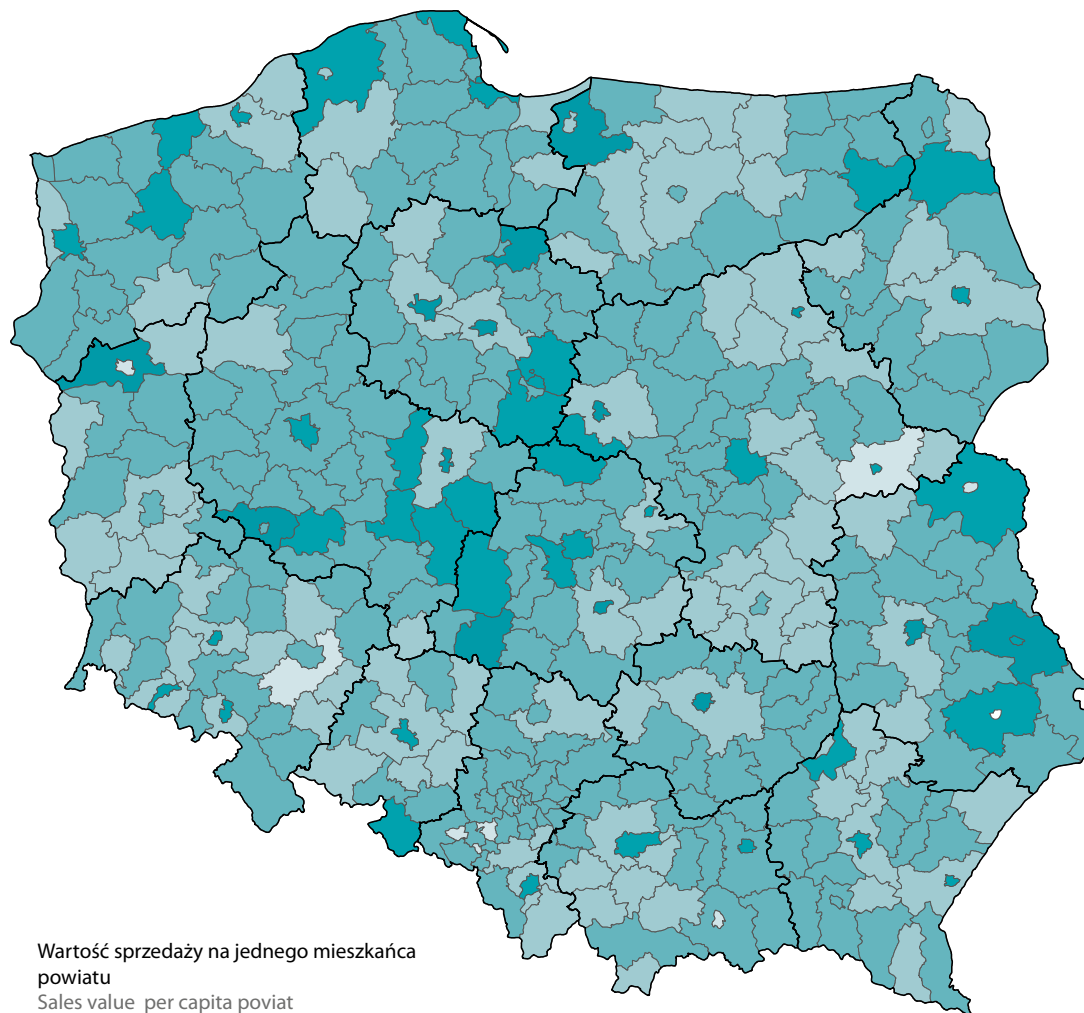


Brak danych z powiatu m. Zamość.
There is no data from the City of Zamość poviat.

Natomiast, wartość sprzedaży leków psychoanalitycznych i psychoanalptyków wydawanych na receptę, w przeliczeniu na mieszkańca Polski, w 2021 r. wyniosła 51,0 zł. W tym zakresie, najmniej w przeliczeniu na jednego mieszkańca powiatu wydano w powiatach: Nowy Sącz (12,6 zł), siedleckim (15,1 zł), Biała Podlaska (15,4 zł), wrocławskim (18,7 zł) i rybnickim (19,1 zł). Najwięcej w powiatach: chełmskim (107,7 zł), elbląskim (107,4 zł), Piotrków Trybunalski (96,1 zł), grudziądzkim (90,8 zł) i Konin (88,5 zł).

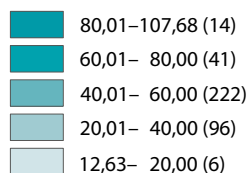
Mapa 23. Wartość sprzedaży leków psychoanalitycznych wydawanych na receptę i psychoanalptyków w przeliczeniu na 1 mieszkańca powiatu w 2021 r.

Map 23. Sales value of prescription psychoanalytical medicines and psychoanalptics per capita poviat in 2021



Wartość sprzedaży na jednego mieszkańca powiatu
Sales value per capita poviat

zł PLN



Brak danych z powiatu m. Zamość.
There is no data from the City of Zamość poviat.

2.7. Krwiodawstwo

2.7. Blood donation

Sytuacja w krwiodawstwie jest zmienna i dynamiczna. Zmiany te są wynikiem m.in. rozwoju medycyny, zwiększenia dostępu do nowoczesnych procedur i sposobów leczenia oraz wzrostu liczby wykonywanych zabiegów i przeszczepień. W tym miejscu wspomnieć również należy o sytuacji demograficznej – następuje proces starzenia się społeczeństwa, a wraz z nim następuje wzrost liczby hospitalizacji. Wzrost zapotrzebowania na krew i jej składniki, odnotowywany jest w szczególności w takich dziedzinach medycyny jak: transplantologia, onkologia i hematologia. Niewątpliwie wpływ na krwiodawstwo miała również epidemia COVID-19, która spowodowała konieczność podjęcia odpowiednich, skonkretyzowanych działań, będących realną odpowiedzią publicznej służby krwi na zmieniającą się rzeczywistość. Podkreślić należy, że system publicznej służby krwi sprostał wyzwaniu i działa prawidłowo oraz sprawnie, realizując zapotrzebowanie na krew i jej składniki, składane przez podmioty lecznicze.

Niedobory krwi i jej składników pojawiają się w ciągu całego roku, jednak najdłużej utrzymują się w okresie wakacyjnym. Wskazać należy, że są to jednak niedobory jakościowe (konkretnych grup krwi) a nie ilościowe.

Publiczna służba krwi działa na zasadzie dobrowolnego oraz bezpłatnego oddawania krwi i jej składników. Honorowe krwiodawstwo to misja i odpowiedzialność. Świadomość uratowania życia jest jedną z najistotniejszych wartości honorowego krwiodawstwa. Dzięki krwi ofiarowanej przez Honorowych Dawców Krwi codziennie mogą być wykonywane m.in. skomplikowane zabiegi i operacje, wymagające zabezpieczenia dużych ilości krwi i jej składników, jak również ratowane jest życie pacjentów z chorobami rozrostowymi i nowotworami, w trakcie i po chemioterapii⁷⁹.

W 2021 r. funkcjonowały 23 centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa (w tym 21 regionalnych oraz 2 resortowe⁸⁰) oraz 136 oddziałów terenowych (w tym 7 w gestii MON). Liczba centrów i oddziałów terenowych w stosunku do roku poprzedniego, nie zmieniła się.

⁷⁹ Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

⁸⁰ Po jednym w gestii MON oraz MSWiA.

Mapa 24. Centra Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz oddziały terenowe w 2021 r.
Map 24. Blood Donation and Blood Transfusion Centres and collection sites in 2021



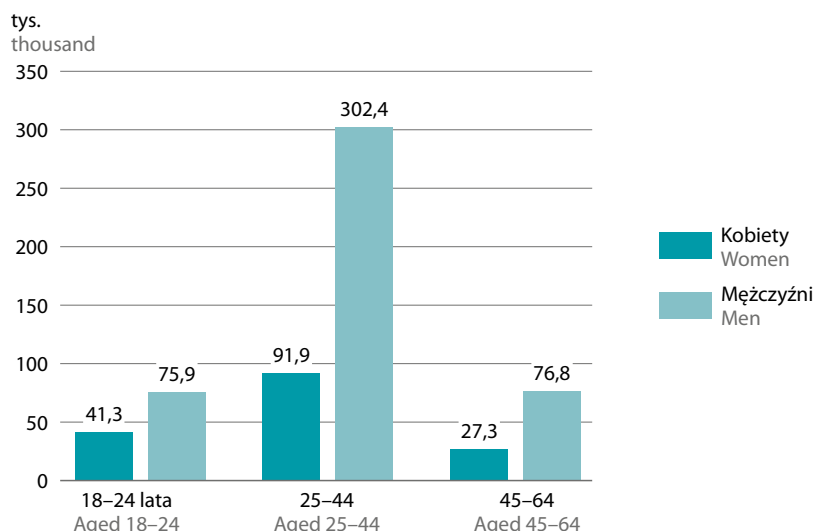
Źródło: Narodowe Centrum Krwi.
 Source: The National Blood Centre.

W 2021 r. zbiorowość krwiodawców⁸¹ liczyła 615,9 tys. osób, co stanowi wzrost o 45,9 tysiąca osób w stosunku do roku poprzedniego. Krwiodawcy przekazali łącznie 1 261 tys. donacji krwi pełnej (ok. 567,5 tys. litrów), czyli o 145 tys. więcej donacji niż przed rokiem. Wśród dawców 73,3% stanowili ci, którzy oddali krew więcej niż jeden raz, tj. dawcy wielokrotni stali i powtórni, podobnie jak przed rokiem⁸².

81 Jednorazowo pobiera się około 450 ml krwi pełnej. W ciągu roku krew pełna może być pobierana nie częściej niż 6 razy od mężczyzn i nie częściej niż 4 razy od kobiet, przy czym przerwa pomiędzy kolejnymi donacjami nie może być krótsza niż 8 tygodni. Poza metodą konwencjonalną, podczas której pobiera się krew pełną, dawcy mają także możliwość oddania osocza, którego nie można pobrać w okresie roku więcej niż 25 litrów, a przerwa pomiędzy poszczególnymi donacjami nie może być krótsza niż 2 tygodnie (lekarz może wyrazić zgodę na skrócenie tej przerwy). Zabieg pobrania płytek krwi może być wykonywany nie częściej niż 12 razy w roku. Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

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

Wykres 83. Krwiodawcy według płci i wieku w 2021 r.
Chart 83. Blood donors by sex and age in 2021



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

Krew lub jej składniki mogą oddawać osoby pomiędzy 18 a 65 rokiem życia, które ważą co najmniej 50 kilogramów. Stan zdrowia krwiodawcy powinien odpowiadać niezbędnym wymaganiom zdrowotnym, aby pobranie krwi nie wywołało ewentualnych ujemnych skutków dla jego stanu zdrowia lub stanu zdrowia przyszłego biorcy⁸³.

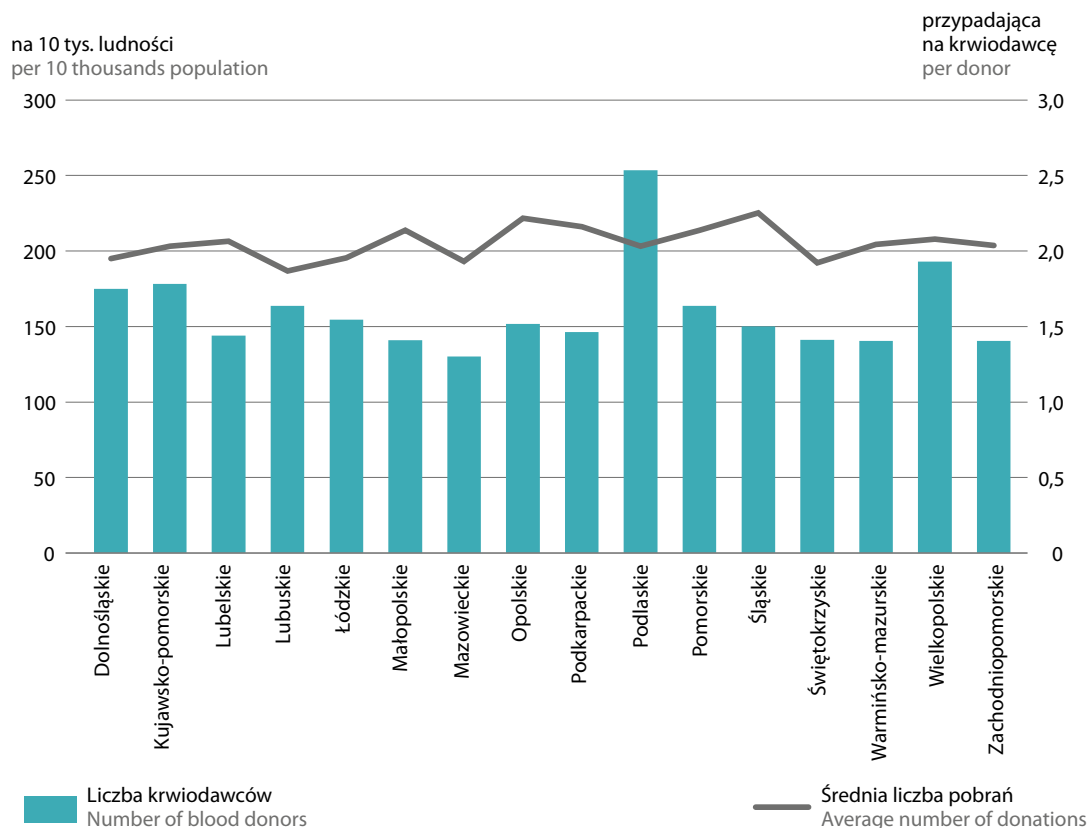
Informacje dostępne w podziale wojewódzkim (bez danych o działalności jednostek podległych MSWiA oraz MON)⁸⁴ pozwalają sądzić, że nie zmieniło się istotnie zaangażowanie w ideę krwiodawstwa w układzie przestrzennym. Podobnie jak przed rokiem, najwięcej krwi pobrano w największych województwach pod względem liczby mieszkańców: śląskim, mazowieckim i wielkopolskim, gdzie zarejestrowanych było łącznie 205,1 tys. krwiodawców, co stanowiło 34,5% wszystkich zarejestrowanych krwiodawców. Oddali oni 427,2 tys. donacji krwi pełnej (34,9% 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 – 254, gdzie wszystkie donacje realizowane są w jednostkach, nad którymi nadzór organizacyjny sprawuje Narodowe Centrum Krwi.

Wskaźniki dotyczące przeliczeń na ludność (mieszkańców Polski) dla 2021 r. oraz 2020 r. przeliczono w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania wydane go za 2020 r.

⁸³ Źródło: Narodowe Centrum Krwi.

⁸⁴ W regionalnych i terenowych centrach krwiodawstwa podlegających MON i MSWiA zarejestrowano łącznie 20 738 krwiodawców i pozyskano 36 103 donacji krwi pełnej, odpowiednio stanowiło to 3,4% wszystkich krwiodawców i 2,9% wszystkich donacji krwi pełnej.

Wykres 84. Krwiodawcy według województw w 2021 r.
Chart 84. Blood donors by voivodships in 2021



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 2021 r. pobrano w Polsce 1 389,2 tys. donacji krwi i jej składników⁸⁵. W porównaniu do danych za 2020 r. znacząco wzrosła liczba donacji pobranego osocza (z 56,4 tys. do 85,9 tys.). Główny wpływ na zaistniałą sytuację miało duże zapotrzebowanie na osocze od ozdrowieńców, czyli od osób, które uległy zakażeniu koronawirusem SARS-CoV-2 i zostały uznane za zdrowe. Pobrane osocze z przeciwciałami anti-SARS-CoV-2 było wykorzystywane w terapii chorych na COVID-19⁸⁶. Według danych Narodowego Centrum Krwi w 2021 r. wyprodukowano ponad 87 tys. jednostek osocza świeżo mrożonego (FFP) pochodzącego od ozdrowieńców COVID-19.

⁸⁵ Dotyczy donacji krwi pełnej, osocza, trombaferozy, leukaferozy i innych składników. W związku z tym liczba donacji jest wyższa niż w przypadku donacji krwi pełnej.

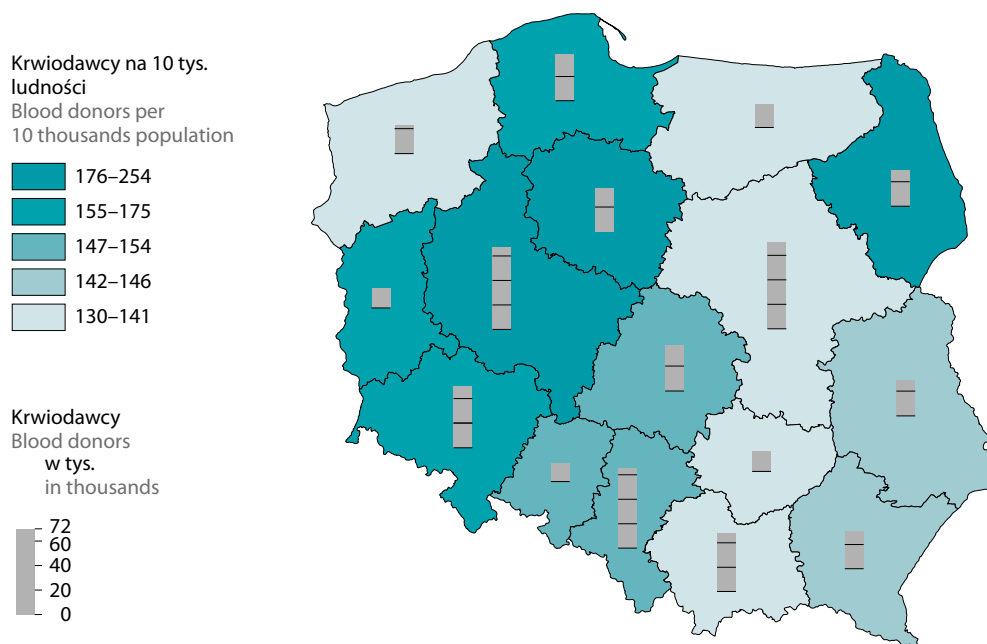
⁸⁶ Źródło: Narodowe Centrum Krwi

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

Lata Years	Krwiodawcy Blood donors	Pobrana krew pełna w donacjach Collected whole blood in donations	Wyprodukowano (liczba jednostek) Number of prepared units	
			koncentrat krwinek czerwonych (KKCz)d red blood cell concentrates (RBCC)d	osocze świeżo mrożone (FFP)e fresh frozen plasma (FFP)e
			w tysiącach in thousands	
2015	631,5	1 217,6	1 189,8	1 322,3
2016	622,2	1 218,1	1 184,5	1 311,9
2017	612,8	1 225,7	1 193,5	1 318,2
2018	614,8	1 234,8	1 201,0	1 329,1
2019	614,9	1 253,8	1 214,3	1 373,6
2020	570,1	1 115,9	1 090,3	1 286,2
2021	615,9	1 261,0	1 231,5	1 514,0

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

Mapa 25. Krwiodawcy według lokalizacji placówek pobierających krew i województw w 2021 r.
Map 25. Blood donors by location of institutions collecting blood and voivodships in 2021



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.

2.8. Służba medycyny pracy

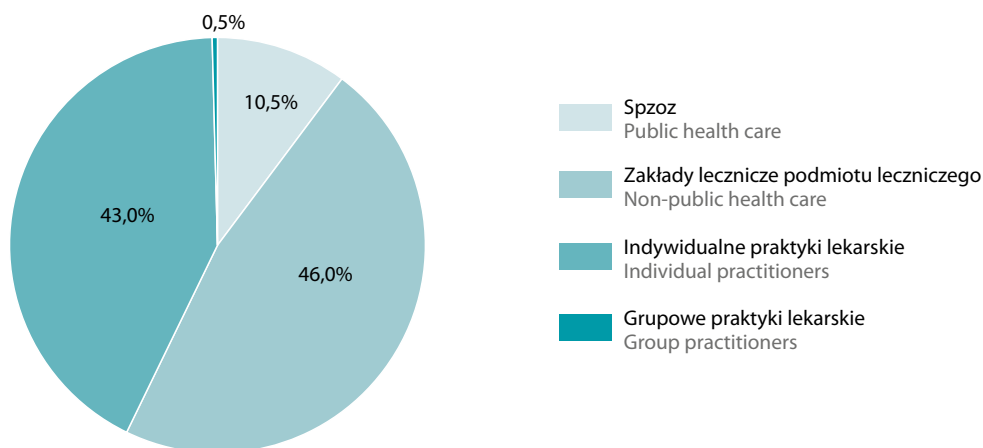
2.8. Occupational medicine

Analiza kadr i działalność służby medycyny pracy w Polsce w 2021 roku została opracowana w oparciu o informacje pozyskane w ramach obowiązkowej sprawozdawczości⁸⁷, corocznie pozyskiwanej od lekarzy uprawnionych do badań profilaktycznych pracowników oraz od jednostek służby medycyny pracy (SMP).

Jednostkami organizacyjnymi służby medycyny pracy, zgodnie z ustawą⁸⁸, są podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i psychologów wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami) oraz wojewódzkie ośrodki medycyny pracy (WOMP).

W 2021 r. zarejestrowano 5 629 jednostek podstawowych SMP, w tym prowadzonych w ramach: przedsiębiorstw podmiotu leczniczego – 2 587, indywidualnych praktyk lekarskich – 2 423, samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (spzoz) – 592 oraz grupowych praktyk lekarskich – 27. W porównaniu z poprzednimi latami, struktura jednostek podstawowych SMP nie zmieniła się istotnie.

Wykres 85. Struktura jednostek podstawowych służby medycyny pracy
Chart 85. Structure of basic occupational medicine service units



Badania profilaktyczne oraz profilaktyczną opiekę zdrowotną, niezbędną z uwagi na warunki pracy, mają prawo wykonywać lekarze spełniający wymagania określone w § 7 Rozporządzenia Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku⁸⁹. W 2021 roku liczba lekarzy posiadających uprawnienia, którzy zgodnie z § 8 ww. rozporządzenia, rozpoczynając działalność profilaktyczną, dopełnili obowiązku zarejestrowania się we właściwym terytorialnie wojewódzkim ośrodku medycyny pracy, wynosiła 6 153 (o 196 mniej niż przed rokiem). Pomimo określonego w przepisach o statystyce publicznej⁹⁰ corocznego obowiązku sporządzania sprawozdań przez lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących, nie wszyscy zobligowani dopełnili tego obowiązku. Z pozyskanych danych można jednak wnioskować o strukturze kwalifikacji lekarzy uprawnionych do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.

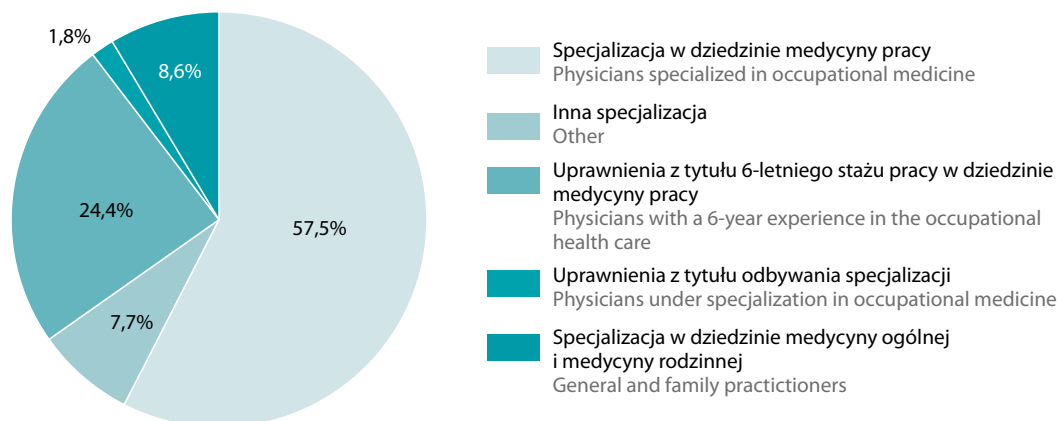
87 Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 września 2020 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2021 (Dz.U.2020.2062 ze zm.). Program zobowiązuje jednostki organizacyjne służby medycyny pracy do składania rocznych sprawozdań z prowadzonej działalności.

88 Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437).

89 Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U.2016.2067 ze zm.).

90 Ustawa z dnia 29 czerwca 1995 r. o statystyce publicznej (Dz.U.2022.459 ze zm.); Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 25 września 2020 r. w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2021 (Dz.U.2020.2062 ze zm.).

Wykres 86. Struktura lekarzy medycyny pracy wg wymogów kwalifikacyjnych w 2021 r.
Chart 86. Structure of occupational physicians by qualification in 2021



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)⁹¹, posiadało 1 742 lekarzy.

Uprawnienia do przeprowadzania profilaktycznych badań lekarskich mają także lekarze odbywający staże specjalizacyjne w dziedzinie medycyny pracy. Uprawnienie to jest ograniczone, ponieważ badania profilaktyczne mogą być wykonywane tylko w okresie przewidzianym na szkolenie specjalizacyjne w przepisach o specjalizacji i tylko w miejscu odbywania stażu objętego programem specjalizacji. W 2021 r. takich lekarzy było 61, o 5 więcej niż przed rokiem.

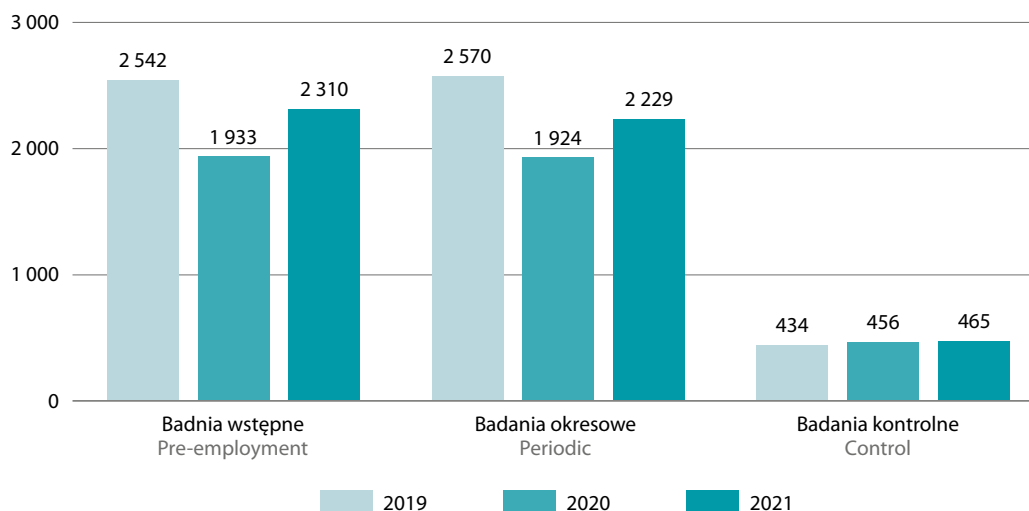
W Polsce najczęściej realizowanym zadaniem przez służbę medycyny pracy z zakresu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, jest prowadzone w oparciu o badania lekarskie orzecznictwo do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. Obowiązek zapewnienia badań profilaktycznych dotyczy zarówno pracodawców, którzy w oparciu o art. 229 Kodeksu pracy⁹² zobligowani są do kierowania pracowników na badania wstępne, okresowe i kontrolne, jak i samych pracowników, którzy zgodnie z art. 211 Kodeksu pracy muszą się takim badaniom poddawać. Powszechność i obligatoryjność badań profilaktycznych wynika z faktu, że pracodawca nie może dopuścić do pracy pracownika bez aktualnego orzeczenia lekarskiego, stwierdzającego brak przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku w warunkach opisanych w skierowaniu na te badania.

W 2021 r., drugim roku dotkniętym epidemią COVID-19, orzecznictwo do celów Kodeksu pracy kształtowało się na poziomie ponad 5 mln badań lekarskich (o ponad 16% więcej niż rok wcześniej) w tym: ponad 2,31 mln badań wstępnych, niemal 2,23 mln badań okresowych oraz ponad 465 tys. badań kontrolnych.

91 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.

92 Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (Dz.U.2022.1510 ze zm.)

Wykres 87. Liczba badań wstępnych, okresowych i kontrolnych
 Chart 87. Number of pre-employment, periodic and prophylactic examination



W 2021 r. 99,3% badań profilaktycznych zakończyło się pozytywnym orzeczeniem o braku przeciwwskazań zdrowotnych do podjęcia lub kontynuowania pracy na określonym stanowisku. Natomiast negatywne decyzje orzecznicze skutkujące odsunięciem od pracy ze względu na jej szkodliwy wpływ na zdrowie lub ze względu na brak predyspozycji zdrowotnych do wykonywania prac na konkretnym stanowisku, stanowiły 0,7%.

Zgodnie z art. 12 ustawy o służbie medycyny pracy, badania wstępne, okresowe i kontrolne pracowników oraz inne świadczenia zdrowotne powinny być wykonywane na podstawie pisemnej umowy zawartej przez pracodawcę z podstawową jednostką służby medycyny pracy. Liczba umów, jaką w kraju posiadały wszystkie jednostki podstawowe SMP, kształtowała się na poziomie ponad 366 tys. (o 1% więcej niż w roku poprzednim).

W ramach sprawowanej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi, lekarz służby medycyny pracy, w razie podejrzenia choroby zawodowej u pracownika, ma obowiązek skierować go na badania lekarskie do właściwego terytorialnie wojewódzkiego ośrodka medycyny pracy. W 2021 r. zarejestrowano 1 406 takich podejrzeń (o 777 mniej niż rok wcześniej).

Pracodawca, kierujący pracownika na badania profilaktyczne, ma obowiązek przekazania lekarzowi informacji o występowaniu na stanowisku pracy czynników szkodliwych, warunków uciążliwych oraz przedstawienia aktualnych wyników badań i pomiarów czynników szkodliwych dla zdrowia, występujących na danym stanowisku pracy. Informacje pozyskane od pracodawcy powinny być uzupełnione spostrzeżeniami poczynionymi w trakcie wizytacji danego stanowiska pracy.

W aktualnym stanie prawnym, wizytacja stanowisk pracy jest fakultatywna dla jednostek podstawowych służby medycyny pracy. W 2021 r. lekarze SMP przeprowadzili wizytację ponad 4,2 tys. zakładów i skontrolowali 25,4 tys. stanowisk pracy.

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

Służba medycyny pracy, zgodnie z przepisami prawa⁹³, „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 2021 r. ambulatoryjną rehabilitację leczniczą, uzasadnioną patologią zawodową, objęto ponad 6,5 tys. osób (o 7,6% więcej niż w roku poprzednim) i wykonano ponad 273 tys. zabiegów (o 8,7% więcej niż w 2020 r.). Świadczenia rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową prowadzone były w 10 wojewódzkich ośrodkach medycyny pracy oraz dodatkowo w dwóch ośrodkach autonomicznych województwa kujawsko-pomorskiego, tzn. w Bydgoszczy i Toruniu. Są one niezwykle istotne ze względu na zminimalizowanie dolegliwości spowodowanych charakterem wykonywanej pracy, przyspieszając powrót pracownika do aktywności zawodowej oraz zapobiegając dalszemu rozwojowi choroby. W 2021 r. zabiegi rehabilitacyjne uzasadnione patologią zawodową, stanowiły 34% wszystkich zabiegów rehabilitacyjnych⁹⁴ udzielanych w tych ośrodkach.

Wojewódzkie ośrodki medycyny pracy mają obligatoryjny, ustawowo⁹⁵ wskazany zakres zadań. Zadania te obejmują m.in. wspomaganie jednostek podstawowych SMP działalnością konsultacyjną, sprawowanie kontroli i nadzoru nad działalnością jednostek podstawowych SMP w zakresie obejmującym tryb, zakres i jakość udzielanych przez nie świadczeń zdrowotnych, a także rozpatrywanie odwołań od orzeczeń lekarskich wydawanych przez jednostki podstawowe SMP, skutkujące przeprowadzeniem ponownych badań lekarskich w przypadkach wniesienia przez zainteresowanych zastrzeżeń do treści wydanych zaświadczeń.

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

- 1) badania przeprowadzone w trybie konsultacji dla jednostek podstawowych SMP w przypadku wystąpienia wątpliwości orzeczniczych (w 2021 r. zrealizowano 2 299 takich konsultacji, o 20% więcej niż w 2020 r.),
- 2) świadczenia wykonywane w trybie art. 14 ustawy o służbie medycyny pracy (niemal 12,7 tys. w 2021 r., o 1,8% więcej niż w 2020 r.),
- 3) konsultacje w zakresie chorób zawodowych (3 268 w 2021 r., o 5,9% więcej niż w 2020 r.).

W ramach działalności kontrolnej, wojewódzkie ośrodki medycyny pracy przeprowadziły 3 162 kontrole jednostek podstawowych SMP (więcej o 6,7% niż w 2020 r.), z tego skierowano 8 wniosków do odpowiedniego organu izb lekarskich o wszczęcie postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

W ramach działalności orzeczniczej w 2021 r. wojewódzkie ośrodki medycyny pracy, przeprowadziły w sumie 1 404 postępowania w trybie odwoławczym od orzeczeń do pracy wydanych przez jednostki podstawowe SMP (o 1,7% więcej niż w roku poprzednim), co jednocześnie oznacza, że zaledwie 0,03% pracowników lub pracodawców (porównywalnie z latami poprzednimi) nie godziło się z treścią orzeczenia wystawionego w oparciu o przeprowadzone badanie profilaktyczne. W 482 przypadkach utrzymano w mocy orzeczenia wydane przez lekarzy medycyny pracy w jednostkach podstawowych SMP. W pozostałych przypadkach, podważono decyzję orzeczniczą wydaną w jednostce podstawowej SMP, potwierdzając tym samym zasadność odwołania.

93 Art. 6 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437).

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

95 Art. 17 ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U.2022.437).

3. EKONOMICZNE ASPEKTY OPIEKI ZDROWOTNEJ

3. ECONOMIC ASPECTS OF HEALTH CARE

3.1. Narodowy Rachunek Zdrowia

3.1. National Health Account

Informacja o wydatkach ponoszonych na ochronę zdrowia jest poszukiwana i wykorzystywana przez wielu odbiorców. Narodowy Rachunek Zdrowia obejmuje bieżące wydatki na zdrowie, zarówno publiczne, jak i prywatne. Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia służą porównaniom międzynarodowym i umożliwiają opisanie systemu ochrony zdrowia z perspektywy poniesionych bieżących wydatków przez różne podmioty⁹⁶.

Zgodnie ze **wstępnymi wynikami Narodowego Rachunku Zdrowia za 2020 r.**, wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły 151,9 mld zł⁹⁷, co stanowiło 6,5% PKB⁹⁸ (w roku 2019 również 6,5% PKB), w tym bieżące wydatki publiczne wynosiły 109,8 mld zł za rok 2020, co stanowiło 4,7% PKB (w roku 2019 – 4,6% PKB).

W 2021 r. bieżące wydatki na ochronę zdrowia wyniosły według **wstępnych szacunków** 172 884,6 mln zł i były wyższe niż w roku 2020 o 21,0 mld zł, tj. o 13,8% w stosunku do kwoty takich wydatków z 2020 r. według danych wstępnych. Bieżące wydatki na ochronę zdrowia (publiczne i prywatne) według wstępnych szacunków NRZ stanowiły w 2021 r. 6,6% PKB.

Wzrost wydatków bieżących zaobserwowano zarówno wśród wydatków publicznych, jak i prywatnych. Publiczne wydatki bieżące na ochronę zdrowia wyniosły w 2021 r. – 125,5 mld zł i były o 15,7 mld zł wyższe niż w 2020 r., a ich udział w PKB wyniósł 4,8%. Również bieżące wydatki prywatne zwiększyły się o 1,1 mld zł i wyniosły w 2021 r. 13,6 mld zł. Na wzrost wydatków bieżących na ochronę zdrowia wpływ miało m.in. zwiększenie bezpośrednich wydatków gospodarstw domowych, które wyniosły 33,8 mld zł, tj. o 4,1 mld zł (14,0%) więcej niż w roku 2020.

⁹⁶ Więcej informacji na temat metodologii w Części II. Uwagi metodologiczne.

⁹⁷ W informacji sygnalnej wydanej 31.08.2021 r. pt. Wydatki na ochronę zdrowia w latach 2018–2020, za rok 2020 przedstawiono wstępne szacunki bieżących wydatków na ochronę zdrowia w wysokości 165 672,4 mln zł; różnica pomiędzy danymi wstępnymi a obliczonymi rok wcześniej wstępnymi szacunkami, wynika głównie z różnicy w wysokości wydatków publicznych. Analiza wstępnych szacunków Narodowego Rachunku Zdrowia dla lat 2016–2020 i wyliczonych rok później danych ostatecznych (a dla roku 2020 danych wstępnych) wskazuje na duże wahania różnicy pomiędzy tymi wartościami dla danego roku. Co do wartości bezwzględnej różnica ta mieściła się w przedziale od 0,9 do 14,9% pierwotnie wyliczonej wartości szacunkowej NRZ.

⁹⁸ https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultstronaopisowa/1772/1/5/roczne_wskazniki_makroekonomiczne_cz_iii.xlsx – PKB (ceny bieżące): 2019 r. – 2 288 492 mln zł, 2020 r. – 2 337 672 mln zł i 2021 r. – 2 623 948 mln zł, gdzie a) oznacza szacunek wstępny.

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

Wyszczególnienie Specification		2019		2020		2021	
		w mln zł in millions PLN	% PKB % GDP	w mln zł in millions PLN	% PKB % GDP	w mln zł in millions PLN	% PKB % GDP
	Produkt krajowy brutto^a Gross Domestic Product^a	2 288 492	100	2 337 672	100	2 623 948	100
Metodologia SHA 2011 SHA 2011 Methodology							
HF.1+HF.2+ HF.3	Wydatki bieżące na ochronę zdrowia ogółem^b Total Current expenditure on health care ^b	147 838,5	6,5	151 873,5^a	6,5	172 884,6	6,6
HF.1	Wydatki publiczne Government schemes and compulsory contributory health care financing schemes	106 113,9	4,6	109 752,7	4,7	125 476,5	4,8
w tym: of which:							
HF.1.1	schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych government schemes	14 693,6	0,6	14 939,4	0,6	.	.
HF.1.2	schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach compulsory contributory health insurance schemes	91 420,3	4,0	94 813,3	4,1	.	.
HF.2+HF.3	Wydatki prywatne Private expenditure	41 724,6	1,8	42 120,8	1,8	47 408,1	1,8
HF.3	w tym: bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych of which: household out-of-pocket payment	41 724,6	1,8	42 120,8	1,8	47 408,1	1,8

a Łącznie z wydatkami prywatnymi.

a Including private expenditure.

b Szacunek wstępny NRZ.

b Initial estimates SHA 2011.

Źródło: dane o PKB dostępne na stronie: <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/> – aktualizacja 27.10.2022 r. nastąpiła zmiana PKB co wpłynęło na procentowy udział wydatków na ochronę zdrowia w PKB w 2020 r. w publikacji wydanej 31.12.2021 r. wydatki bieżące na ochronę zdrowia wynosiły 7,1% PKB.

Source: GDP data available at: <https://stat.gov.pl/en/poland-macroeconomic-indicators/> – updated on October 27, 2022. There was a change in GDP, which caused change of the percentage share of health care expenditure in GDP in 2020. Now current expenditure on health care amounted to 7.1% of GDP. This data is available in the publication issued on December 31, 2021.

Ze względu na to, że opracowanie danych dla 2021 roku jest na etapie wstępnych szacunków, porównanie struktury wydatków podano dla lat 2019–2020.

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania

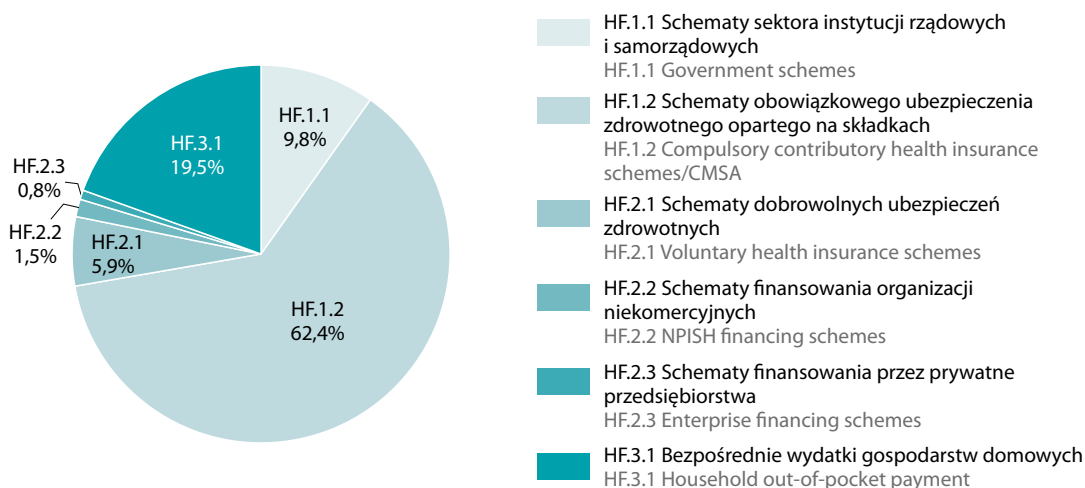
Expenditure structure according to financing schemes

Struktura wydatków ze względu na schematy finansowania ochrony zdrowia (klasyfikacja ICHA–HF) w Narodowym Rachunku Zdrowia za 2020 r. przedstawiała się następująco:

- wydatki publiczne stanowiły – 72,3% wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2019 – 71,8%) w tym:
 - o schematy sektora instytucji rządowych i samorządowych – 9,8% (w roku 2019 – 9,9%)
 - o schematy obowiązkowych ubezpieczeń zdrowotnych oparte na składkach – 62,4% (w roku 2019 – 61,8%)
- wydatki prywatne stanowiły 27,7% (w roku 2019 – 28,2%)
 - o w tym bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych – 19,5% wszystkich wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2019 – 20,1%).

Wykres 88. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według schematów finansowania w 2020 r.

Chart 88. Current expenditure on health care according to financing schemes in 2020



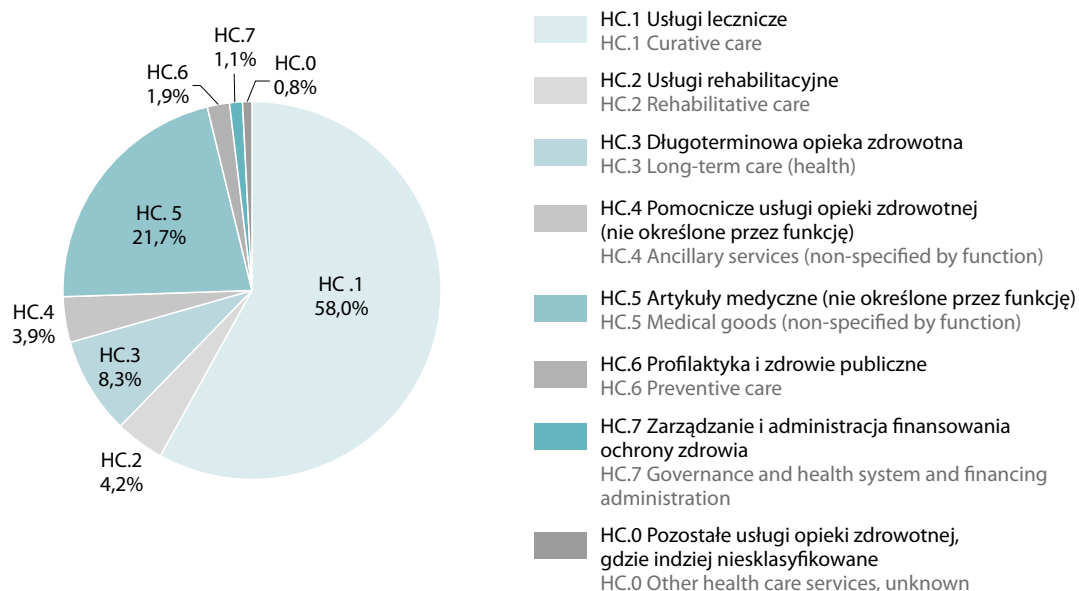
Struktura wydatków ze względu na funkcje

Expenditure structure according to functions

W obrębie klasyfikacji funkcji ochrony zdrowia (ICHA–HC), strumień wydatków bieżących na ochronę zdrowia w 2020 r. obejmował m.in.:

- usługi lecznicze – 58,0% (w roku 2019 – 58,9%) w tym:
 - o leczenie szpitalne – 30,9% (w roku 2019 – 32,3%)
 - o leczenie ambulatoryjne – 24,8% (w roku 2019 – 24,7%)
- artykuły medyczne, m.in. leki – 21,7% (w roku 2019 – 21,8%)
- długoterminową opiekę zdrowotną – 8,3% (w roku 2019 – 6,7%)
- usługi rehabilitacyjne – 4,2% (w roku 2019 – 4,5%).

Wykres 89. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według funkcji w 2020 r.
Chart 89. Current expenditure on health care according to functions in 2020



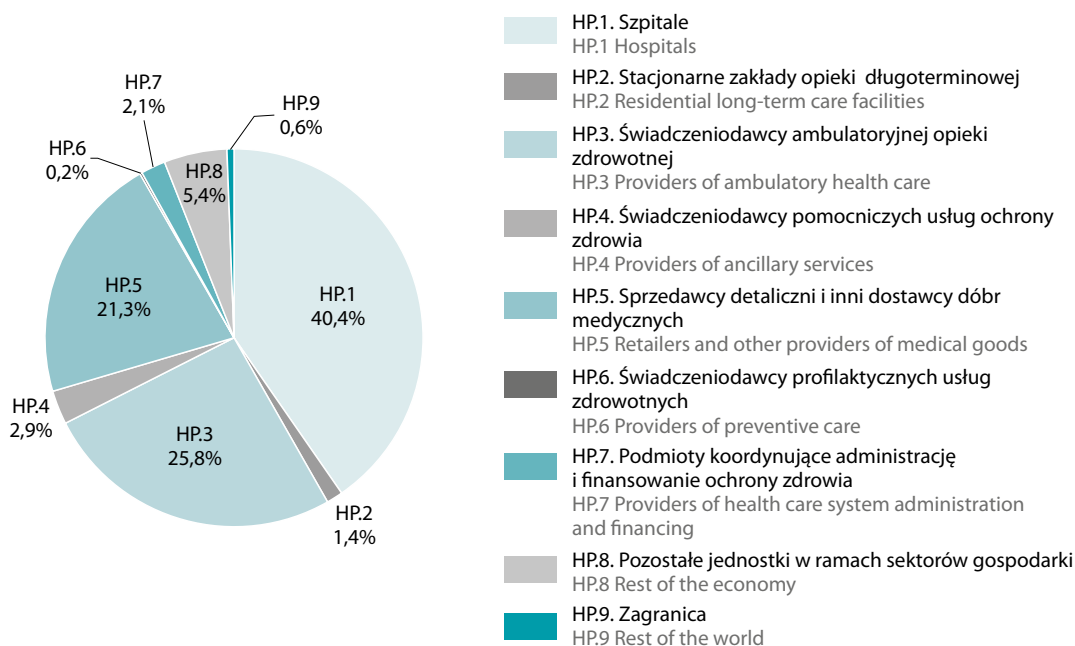
Struktura wydatków ze względu na świadczeniodawców

Expenditure structure according to health care providers

W przypadku świadczeniodawców (klasyfikacja HP), największy strumień środków z tytułu poniesionych wydatków w 2020 r., trafił m.in. do:

- szpitali – 40,4% kwoty wydatków bieżących na ochronę zdrowia (w roku 2019 – 41,7%)
 - o w tym do szpitali ogólnych – 30,5% (w roku 2019 – 31,2%)
 - placówek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej – 25,8% (w roku 2019 – 31,2%)
 - sprzedawców detalicznych i innych dostawców dóbr medycznych – 21,3% (w roku 2019 – 21,4%)
 - o w tym w większości do aptek, którym przekazano ponad 18,6% ogółu środków (w roku 2019 – 19,1%).

Wykres 90. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według dostawców usług zdrowotnych w 2020 r.
Chart 90. Current expenditure on health care according to providers in 2020



Struktura wydatków ze względu na przychody schematów finansowania

Expenditure structure according to revenues of financing schemes

W 2020 r. największy udział w finansowaniu opieki zdrowotnej miały środki pochodzące z obowiązkowych składek zdrowotnych, zaliczanych według klasyfikacji ICHA-FS do kategorii FS.3: składki na ubezpieczenia społeczne – 61,1% (w roku 2019 – 60,5%).

Prawie jedną czwartą (21,7%) wydatków na ochronę zdrowia, stanowiły środki przekazywane do systemu opieki zdrowotnej w formie dobrowolnych transferów finansowych, dokonywanych przez krajowe jednostki instytucjonalne, m.in. gospodarstwa domowe, przedsiębiorstwa, instytucje niekomercyjne (w roku 2019 – 21,9%), na poniższym wykresie określone jako inne przychody krajowe n.e.c⁹⁹.

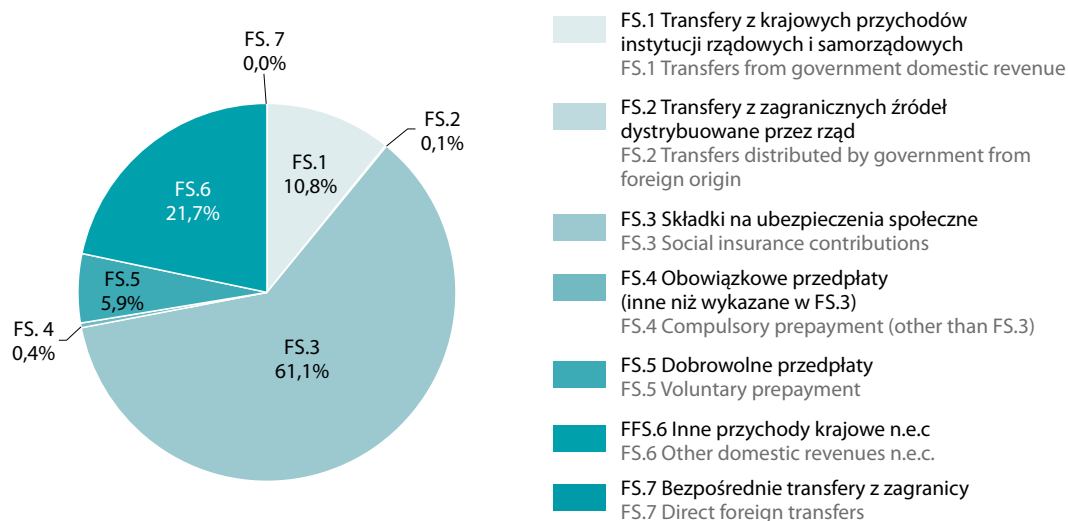
Natomiast 10,8% stanowiły środki alokowane przez instytucje rządowe i samorządowe (w roku 2019 – 10,9%).

Mniejszy, ale istotny udział, miała kategoria: dobrowolne przedpłaty – 5,9% (w roku 2019 – 6,2%). W tej pozycji uwzględnia się składki na dobrowolne, prywatne ubezpieczenia zdrowotne¹⁰⁰.

⁹⁹ n.e.c = Not Elsewhere Classified – nie sklasyfikowane gdzie indziej.

¹⁰⁰ Składki na ubezpieczenia dobrowolne, to wpłaty dokonywane przez ubezpieczonych lub inne jednostki instytucjonalne, na rzecz ubezpieczonych, w celu zabezpieczenia dostępu do świadczeń z systemu dobrowolnych ubezpieczeń zdrowotnych.

Wykres 91. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia według przychodów schematów finansowania w 2020 r.
Chart 91. Current expenditure on health care according to revenues of financing schemes in 2020



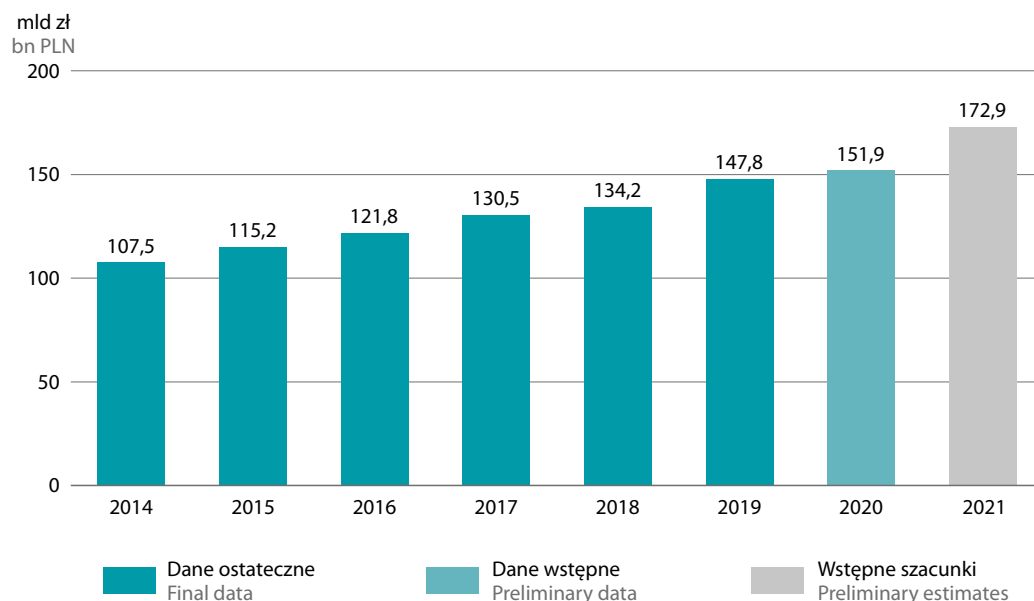
Tablica 18. Wydatki bieżące na ochronę zdrowia w krajach OECD
Table 18. Current expenditure on health care in OECD countries

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Australia/Australia	4 793,5	4 919,2	.	9,2	9,4	.	66,6	68,7	.
Austria/Austria	5 544,8	5 705,1	5 899,1	10,3	10,4	11,5	74,8	75,2	76,4
Belgia/Belgium	5 358,9	5 458,4	.	10,8	10,7	.	76,9	76,8	.
Chile/Chile	2 131,0	2 291,5	2 231,6	9,2	9,3	9,4	60,3	60,6	62,8
Czechy/Czech Republic	3 174,4	3 417,5	3 803,6	7,5	7,8	9,1	83,0	81,8	82,0
Dania/Denmark	5 316,6	5 477,6	5 849,4	10,1	10,0	10,6	83,9	83,3	83,8
Estonia/Estonia	2 365,8	2 507,1	2 948,5	6,7	6,7	8,1	73,7	74,5	78,2
Finlandia/Finland	4 378,7	4 558,5	4 662,2	9,0	9,2	9,6	77,0	77,8	78,3
Francja/France	5 136,2	5 274,3	5 564,1	11,2	11,1	12,4	83,5	83,7	.
Grecja/Greece	2 290,6	2 319,0	.	8,0	7,8	.	58,4	59,8	.
Hiszpania/Spain	3 443,7	3 600,3	.	9,0	9,1	.	70,3	70,6	.
Irlandia/Ireland	4 897,6	5 083,2	5 604,2	6,9	6,7	7,2	74,1	74,6	77,1
Islandia/Iceland	4 376,9	4 540,8	5 034,1	8,4	8,6	9,8	82,5	82,9	83,8
Izrael/Israel	2 836,3	2 903,4	.	7,5	7,5	.	64,6	64,8	.
Japonia/Japan	4 558,7	4 691,5	.	10,9	11,0	.	83,8	83,9	.

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

Państwo Country	Ceny bieżące w dolarach amerykańskich według parytetu siły nabywczej na 1 mieszkańca (PPP) Per capita, current prices, current PPPs			w % PKB % share of GDP			Udział wydatków publicznych/obowiązkowych w wydatkach bieżących na ochronę zdrowia Government/compulsory schemes as share of CHE		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Kanada/Canada	5 330,8	5 370,4	.	10,8	10,8	.	70,2	70,2	.
Kolumbia/Colombia	1 195,4	1 276,2	.	7,6	7,7	.	77,3	77,5	.
Korea Południowa/South Korea	3 091,8	3 406,3	3 493,7	7,5	8,2	8,4	60,1	61,0	.
Litwa/Lithuania	2 414,8	2 727,2	2 940,7	6,5	7,0	7,6	67,2	66,4	66,4
Luksemburg/Luxembourg	5 220,9	5 414,5	.	5,3	5,4	.	84,1	85,0	.
Łotwa/Latvia	1 867,3	2 039,2	.	6,2	6,6	.	59,9	60,8	.
Meksyk/Mexico	1 116,0	1 133,0	1 197,7	5,4	5,4	6,2	49,7	49,3	50,6
Holandia/Netherlands	5 538,1	5 739,2	6 298,5	10,0	10,2	11,2	82,1	82,6	84,6
Niemcy/Germany	6 291,0	6 518,0	6 730,9	11,5	11,7	12,5	84,5	84,6	85,1
Norwegia/Norway	6 536,8	6 744,6	6 748,4	10,0	10,5	11,3	85,7	85,8	86,0
Nowa Zelandia/New Zealand	4 058,7	4 211,9	.	9,0	9,1	.	79,2	79,7	.
POLSKA/POLAND	2 122,8	2 289,3	2 547,0	6,3	6,5	7,2	71,5	71,8	73,3
Portugalia/Portugal	3 152,8	3 347,4	3 308,3	9,4	9,5	10,1	61,2	61,0	65,1
Słowacja/Slovak Republic	2 049,5	2 189,1	2 360,4	6,7	7,0	7,7	80,1	79,8	82,1
Słowenia/Slovenia	3 060,7	3 303,5	3 630,0	8,3	8,5	9,7	72,8	72,8	75,2
Stany Zjednoczone/United States	10 528,5	10 948,5	.	16,7	16,8	.	82,8	82,7	.
Szwajcaria/Switzerland	6 978,1	7 138,1	.	11,2	11,3	.	65,7	66,8	.
Szwecja/Sweden	5 456,5	5 551,9	5 753,6	10,9	10,9	11,4	84,8	84,9	85,1
Turcja/Turkey	1 214,1	1 266,9	.	4,1	4,3	.	77,4	77,9	.
Węgry/Hungary	2 102,8	2 169,8	.	6,5	6,4	.	69,9	68,3	.
Wielka Brytania/United Kingdom	4 288,7	4 500,1	5 267,7	9,9	10,2	12,8	78,5	78,5	81,7
Włochy/Italy	3 522,1	3 653,4	3 819,4	8,7	8,7	9,7	73,8	73,9	76,3

Wykres 92. Wzrost wydatków ujętych w Narodowym Rachunku Zdrowia
Chart 92. Increase in expenditure according to the National Health Account



3.2. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia

3.2. Public expenditure on health care

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

Zgodnie z ustawą budżetową na 2021 r. oraz pierwotnym planem Narodowego Funduszu Zdrowia, zaplanowano na ten rok środki w wysokości 120,5 mld zł, które w ciągu roku zostały zwiększone, a ich ostateczne wykonanie wyniosło 141,3 mld zł (w tym 23,7 mld z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19¹⁰¹ przekazanych NFZ), co stanowi 6,22% PKB (z roku N-2)¹⁰². Podkreślenia wymaga, że środki te w roku 2021 były o blisko 25,0 mld zł wyższe (21,5%) od nakładów, przekazanych na ochronę zdrowia w 2020 r.

¹⁰¹ Fundusz Przeciwdziałania COVID-19, o którym mowa w art. 65 ust. 1 ustawy z dnia 31 marca 2020 r. o zmianie ustawy o szczególnych rozwiązaniach związanych z zapobieganiem, przeciwdziałaniem i zwalczaniem COVID-19, innych chorób zakaźnych oraz wywołanych nimi sytuacji kryzysowych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. poz. 568, z późn. zm.).

¹⁰² Literą N oznaczono rok bieżący, a N-2 rok o 2 lata wcześniejszy. Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2020 r. punktem odniesienia jest PKB za 2018 r., a dla 2021 r. – rok 2019.

Tablica 19. Nakłady publiczne na ochronę zdrowia i ich udział w PKB dla roku bieżącego N^a i N-2, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, art. 131c (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285)

Table 19. Public expenditure on health care and its share in GDP for the current year N^a and N-2, according to the provisions of the Act of 27 August 2004 on health care services financed from public funds, Art. 131c (Journal of Laws of 2021 item 1285)

Rok Year	PKB N-2 zgodnie z ustawą ^b GDP N-2 according to the act ^b	PKB dla roku bieżącego (N) ^c GDP for current year (N) ^c	Plan ^b Plan ^b		Wykonanie Execution		
	w mld zł/in billion PLN		% PKB/GDP N-2		w mld zł/ in billion PLN	% PKB/GDP N-2 ^b	% PKB/GDP N ^c
2020	2 115,7	2 323,9	107,8	5,10	116,3	5,50	5,00
2021	2 273,6	2 622,2	120,5	5,30	141,3	6,22	5,39

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

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

b Zgodnie z art. 131c ust. 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, dla wydatków za 2020 r. punktem odniesienia jest PKB za 2018 r., a dla 2021 r. – rok 2019.

b In accordance to art. 131c paragraph 2 of the Act on healthcare services financed from public funds, for 2020 expenditure, the benchmark is 2018 GDP and 2019 for 2021.

c Według danych PKB. Źródło: GUS dane o PKB dostępne na stronie: <https://stat.gov.pl/wskazniki-makroekonomiczne/> – aktualizacja 27.04.2022 r.

c According GDP data. Source: GUS, GDP data available on the website: <https://stat.gov.pl/en/poland-macroeconomic-indicators/> – update 27.04.2022.

Dane za rok 2021 wskazują na osiągnięcie poziomu 5,39% PKB nakładów publicznych¹⁰³.

Tablica 20. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy

Table 20. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2020			2021		
		plan ^a plan ^a	wykonanie execution		plan ^a plan ^a	wykonanie execution	
		w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%	w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%
I	Wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia Budget expenditure in the part of the state budget that is at the disposal of the minister responsible for health care	5 221	6 145	5,3	11 905	15 979	11,3
II	Wydatki budżetu środków europejskich w dziale „ochrona zdrowia” Expenditure of the budget of European funds in the section "health care"	670	1 386	1,2	574	810	0,6
III	Wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa Budget expenditure in the "health care" section in other parts of the state budget	5 280	5 521	4,7	10 306	6 075	4,3

¹⁰³ Według metodologii ustawowej.

Tablica 20. Struktura nakładów na ochronę zdrowia wg kategorii wynikających z ustawy (dok.)
Table 20. Structure of expenditure on health care by categories according to the Act (cont.)

Lp. No.	Kategorie wg ustawy Categories according to the Act	2020			2021		
		plan ^a plan ^a	wykonanie execution		plan ^a plan ^a	wykonanie execution	
		w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%	w mln zł in millions PLN	w mln zł in millions PLN	%
IV	Koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem środków z budżetu państwa i poz. IX The costs of the National Health Fund included in the Fund's financial plan excluding funds from the state budget and pos. IX	93 806	100 840 ^b	86,7	97 428	118 107 ^c	83,6
V	Koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych ^e Costs related to the implementation of postgraduate internships for doctors and dentists and the specialization of doctors, dentists, nurses and midwives ^e	2 243	2 045	1,8	0	0	0
VI	Odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa art. 31t ust. 5–9 ustawy ujęty w planie finansowym Funduszu Deduction for the Agency for Health Technology Assessment and Tariffs referred to n art. 31t paragraphs 5-9 of the Act included in the financial plan of the Fund	42	42	0	0	0	0
VII	Koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych Costs included in the financial plan of the Gambling Problem Solving Fund	28	25	0	26	20	0
VII	Koszty realizacji programów rządowych, których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Solidarnościowym Funduszu Wsparcia Osób Niepełnosprawnych Costs of implementing government programs, referred to in Art. 7 sec. 1 of the Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund for Support for Disabled People	250	24	0	0	41	0
IX	Odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu Deduction for the Medical Research Agency, referred to art. 97 sec. 3e, included in the Fund's financial plan	279	279	0,2	286	286	0,2
	RAZEM^a TOTAL^a	107 813	116 307	100	120 525	141 318	100

a Zgodnie z ustawą budżetową.

a According to the budget act.

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

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

c W tym 23 743 mln zł pochodziło z Funduszu Przeciwdziałania COVID-19.

c Including PLN 23 743 million which came from the COVID-19 Counteracting Fund.

d W 2021 r. wydatki na finansowanie staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych w wysokości 2 044 646 tys. zł uwzględniono w poz. I.

d In 2021, expenditure on postgraduate internships of doctors and dentists and the specialization of doctors, dentists, nurses and midwives amounted to 2 044 646 thousand PLN. This figure is included in the item I.

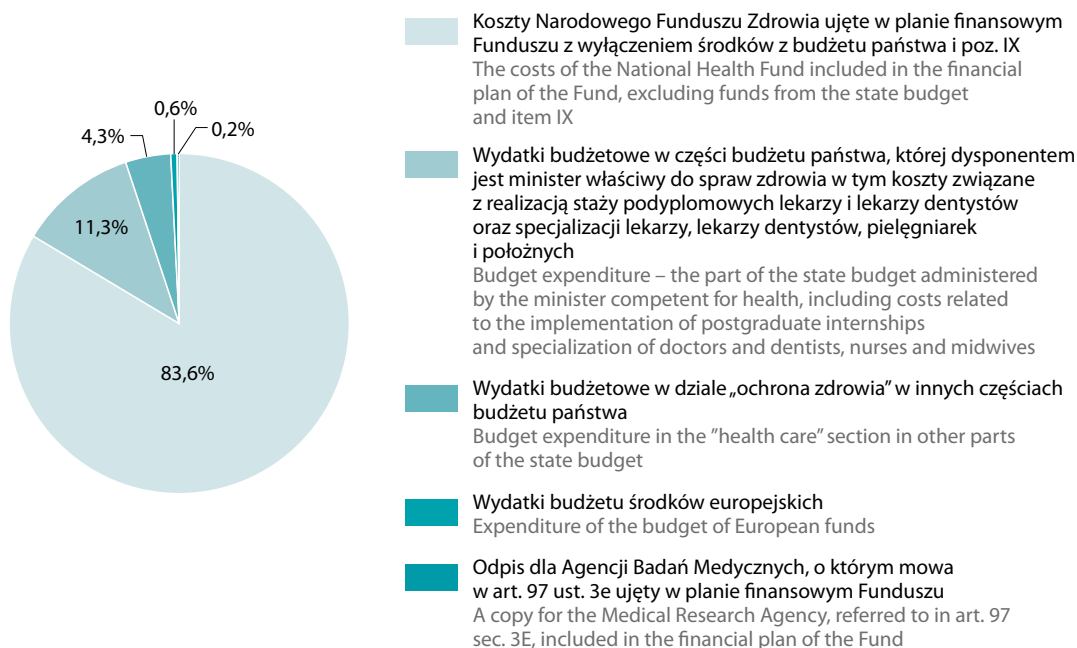
e Sumy w kolumnach obliczone na wartościach, które nie zostały zaokrąglone.

e Column sums have not been rounded.

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

Wykres 93. Udział wydatków w nakładach na ochronę zdrowia według kategorii wynikających z ustawy w 2021 r.

Chart 93. Share in expenditure on health care by categories resulting from the Act in 2021

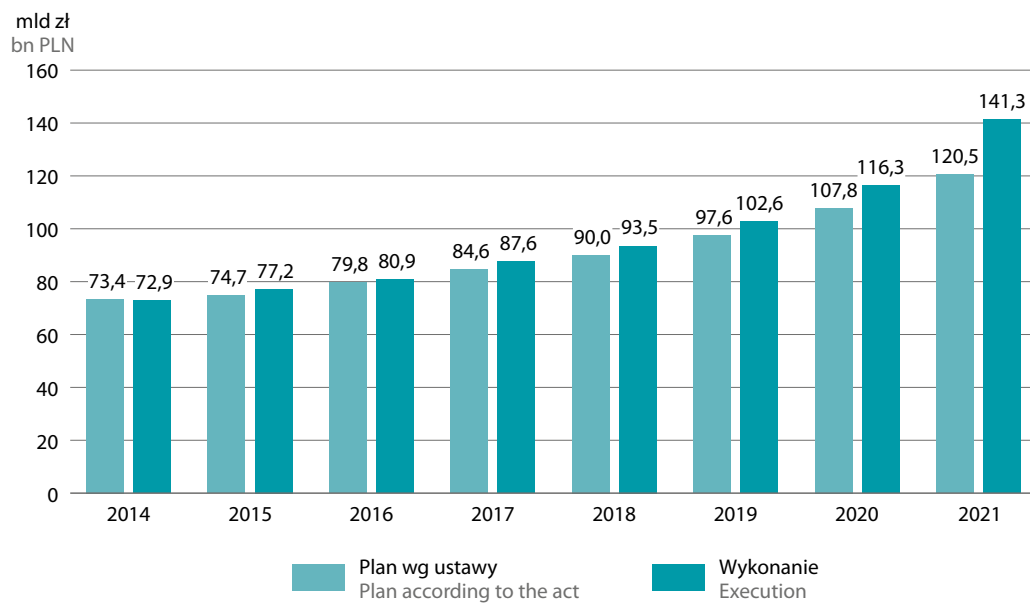


Wzrost nakładów na ochronę zdrowia w latach 2014–2021

Increase in health care expenditure in 2014–2021

W latach 2014–2021 możemy zaobserwować stały wzrost nakładów na ochronę zdrowia. Dotyczy to zarówno corocznych planów nakładów według ustawy, jak ich wykonania, które prawie zawsze było większe od planu, z wyjątkiem roku 2014 (we wcześniejszym okresie także roku 2012 i 2013). Pomiedzy rokiem 2014 a 2021 nakłady na ochronę zdrowia według planu, wzrosły o 64,2%, natomiast według wykonania, zwiększyły się o 94,0%. Największy roczny wzrost w tym okresie nakładów na ochronę zdrowia według wykonania, odnotowano w roku 2021 – o 21,5%.

Wykres 94. Wzrost nakładów na ochronę zdrowia
Chart 94. Increase in health care expenditure



4. WYBRANE PROBLEMY

4. SELECTED PROBLEMS

4.1. Wymiar terytorialny epidemii COVID-19 (zachorowalność, szczepienia, zgony)

4.1. The territorial dimension of the COVID-19 epidemic (incidence, vaccinations, deaths)

Rok 2021 to drugi rok epidemii COVID-19 (pierwszy przypadek zachorowania odnotowano w Polsce 4 marca 2020 r.), a zarazem pierwszy rok powszechnych szczepień przeciwko tej chorobie. Według danych Ministerstwa Zdrowia, od początku epidemii do końca 2021 r. na COVID-19 zachorowało 4 119 652 osób (10,8% ludności Polski), z czego 25 680 zachorowało powtórnie. Tylko w samym roku 2021 zachorowało 2 813 781 osób (7,4% ludności Polski). Podobnie jak w roku 2020, również w 2021 r. epidemia COVID-19 była główną przyczyną wzrostu zgonów w Polsce. W 2021 r. na COVID-19 zmarło 92,8 tys. osób¹⁰⁴, co stanowiło blisko 17,8% wszystkich zgonów. Oznacza to wzrost odsetka zgonów na COVID-19 w ogólnej liczbie zgonów, w porównaniu do roku 2020, o prawie 9,2 p. proc. (w roku 2020 na COVID-19 zmarło 41 451 osób, co stanowiło prawie 8,7% wszystkich zgonów w tym okresie).

Wskaźniki względne dla 2021 r. oraz 2020 r. obliczono w oparciu o wyniki Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania wydanego za 2020 r.¹⁰⁵

Pojawienie się nowej choroby, zostało uwzględnione przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych – Rewizja 10. Umożliwiło to jednostkom statystyki publicznej na całym świecie, kodowanie zgonów spowodowanych przez COVID-19. Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny 20 kwietnia 2020 roku opublikował wytyczne dotyczące kodowania zgonów związanych z epidemią koronawirusa SARS-CoV-2 wywołującego COVID-19¹⁰⁶. Również Główny Urząd Statystyczny rozszerzył zakres wykorzystywanych kodów, umożliwiając monitorowanie przypadków zgonów z powodu COVID-19.

Analizy zaprezentowane w tym rozdziale oparte zostały na dwóch źródłach. Analizy dotyczące zakażeń przeprowadzono na podstawie danych przekazanych przez Ministerstwo Zdrowia. Natomiast analizy dotyczące zgonów, w ujęciu terytorialnym, wykonano na podstawie danych o zgonach gromadzonych przez GUS w ramach ujętego w Programie badań statystycznych statystyki publicznej badania „Zgony. Umieralność. Trwanie życia”¹⁰⁷.

Zakażenia na COVID-19

Powiaty o najwyższej liczbie zakażeń na 10 tys. mieszkańców, to głównie duże miasta na prawach powiatu i powiaty w ich bezpośrednim otoczeniu. Największa koncentracja takich powiatów wystąpiła wokół Warszawy, w konurbacji śląskiej oraz wokół Poznania, Wrocławia i Olsztyna. Największa koncentracja powiatów o najmniejszej liczbie zakażeń na 10 tys. mieszkańców, wystąpiła w województwach: małopolskim i świętokrzyskim, na pograniczu województw: podlaskiego i mazowieckiego oraz we wschodniej części województwa wielkopolskiego.

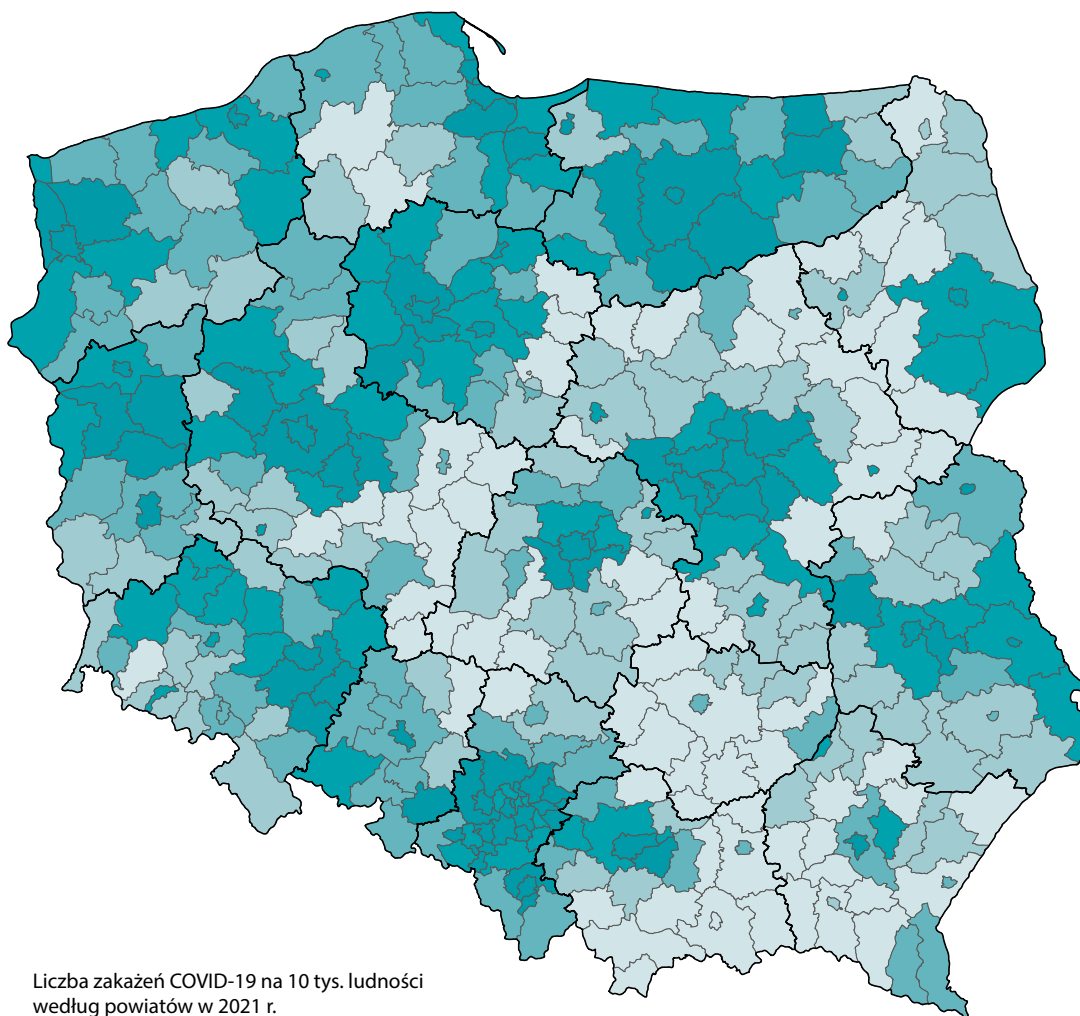
¹⁰⁴ <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/> – dostęp 14.11.2022 r.

¹⁰⁵ <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2020-roku,1,11.html> – dostęp 19.12.2022 r.

¹⁰⁶ <https://www.pzh.gov.pl/wp-content/uploads/2020/04/wytyczne-do-karty-zgonu-01.04.2020-2.pdf> – dostęp 14.11.2022 r.

¹⁰⁷ <https://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/> – dostęp 14.11.2022 r.

Mapa 26. Liczba zakażeń COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2021 r.
 Map 26. The number of infections with COVID-19 per 10 thousand residents by poviats in 2021



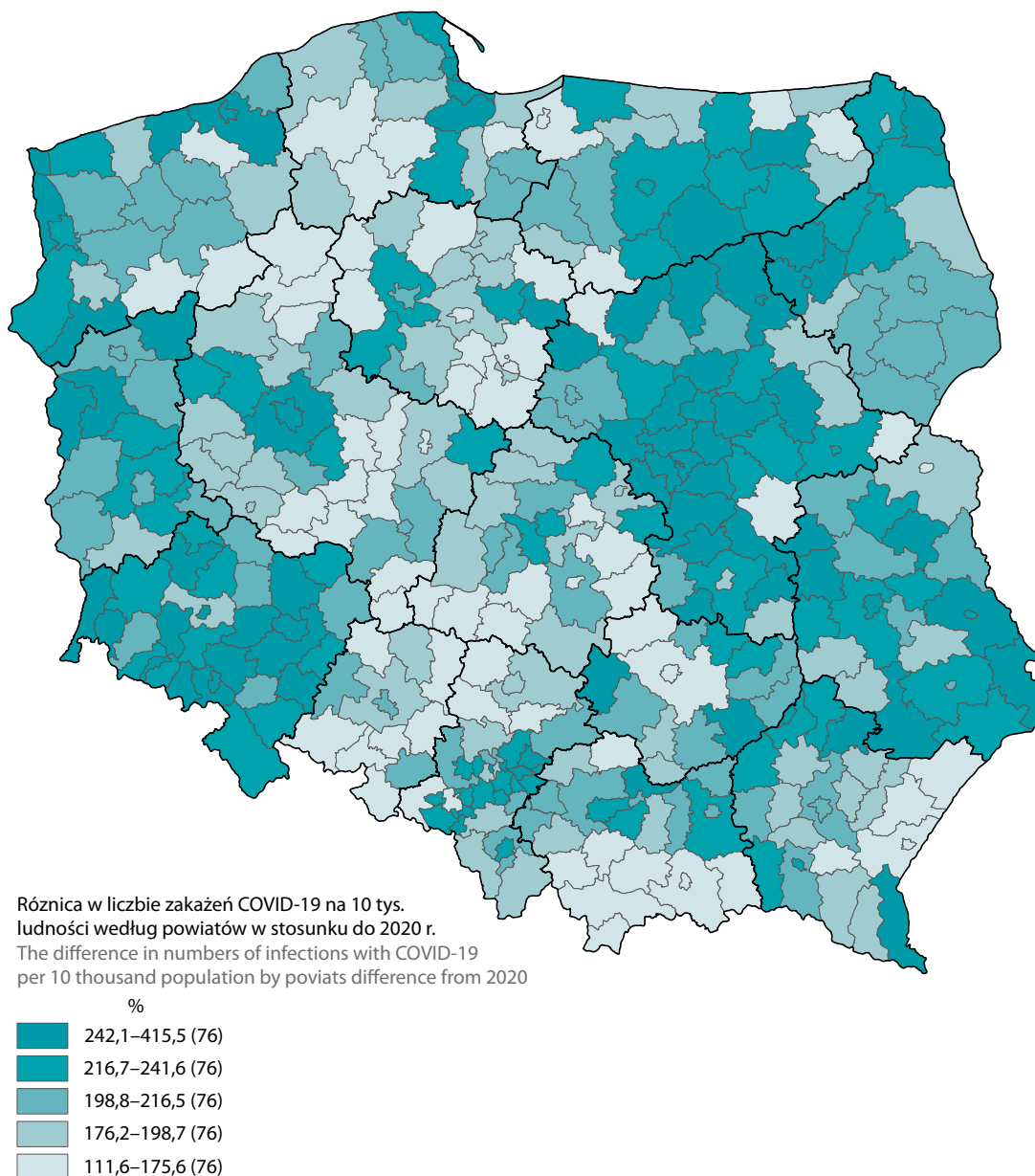
Liczba zakażeń COVID-19 na 10 tys. ludności
 według powiatów w 2021 r.
 The number of infections with COVID-19
 per 10 thousand population by poviats in 2021

	813,2–1145,3 (76)
	704,0–808,3 (76)
	622,4–703,0 (76)
	539,7–618,0 (76)
	292,9–538,7 (76)

Najniższą liczbę zakażeń na 10 tys. mieszkańców odnotowano w powiatach: opoczyńskim (293), nowotarskim (294), limanowskim (326), nowosądeckim (347) oraz ropczyńsko-sędziszowskim (353). Powiaty o najwyższej liczbie zakażeń na 10 tys. mieszkańców to m.in.: Olsztyn (1 145), grodziski (mazowiecki) (1 093), Poznań (1 087), poznański (1 074) i policki (1 068). W porównaniu do roku 2020, we wszystkich powiatach nastąpił wzrost zachorowań o powyżej 100%. W 223 powiatach zaobserwowano wzrost powyżej 200% w stosunku do poziomu z roku 2020. Największy procentowy wzrost zachorowań odnotowano w województwie mazowieckim (wzrost o 288%), najmniejszy w województwie opolskim (wzrost o 173%). Największą liczbę powiatów o najmniejszym procentowym wzroście zachorowań odnotowano w województwach: opolskim oraz małopolskim. Największą liczbę powiatów o największym wzroście odnotowano w województwach:

mazowieckim oraz dolnośląskim. Powiaty o największym procentowym wzroście zachorowań w stosunku do roku 2020 to: ostrołęcki (415,5%), legionowski (378,2%), grójecki (347,8%), sierpecki (344,5%) i łomżyński (343,7%). Powiaty o najmniejszym procentowym wzroście zachorowań w stosunku do roku 2020 to: ostrzeszowski (111,6%), Nowy Sącz (116,6%), limanowski (123,8%), głubczycki (124,5%) i strzelecki (124,8%).

Mapa 27. Różnica w liczbie zakażeń COVID-19 na 10 tys. ludności wg powiatów w stosunku do 2020 r.
 Map 27. The difference in numbers of infections with COVID-19 per 10 thousand population by poviats difference from 2020



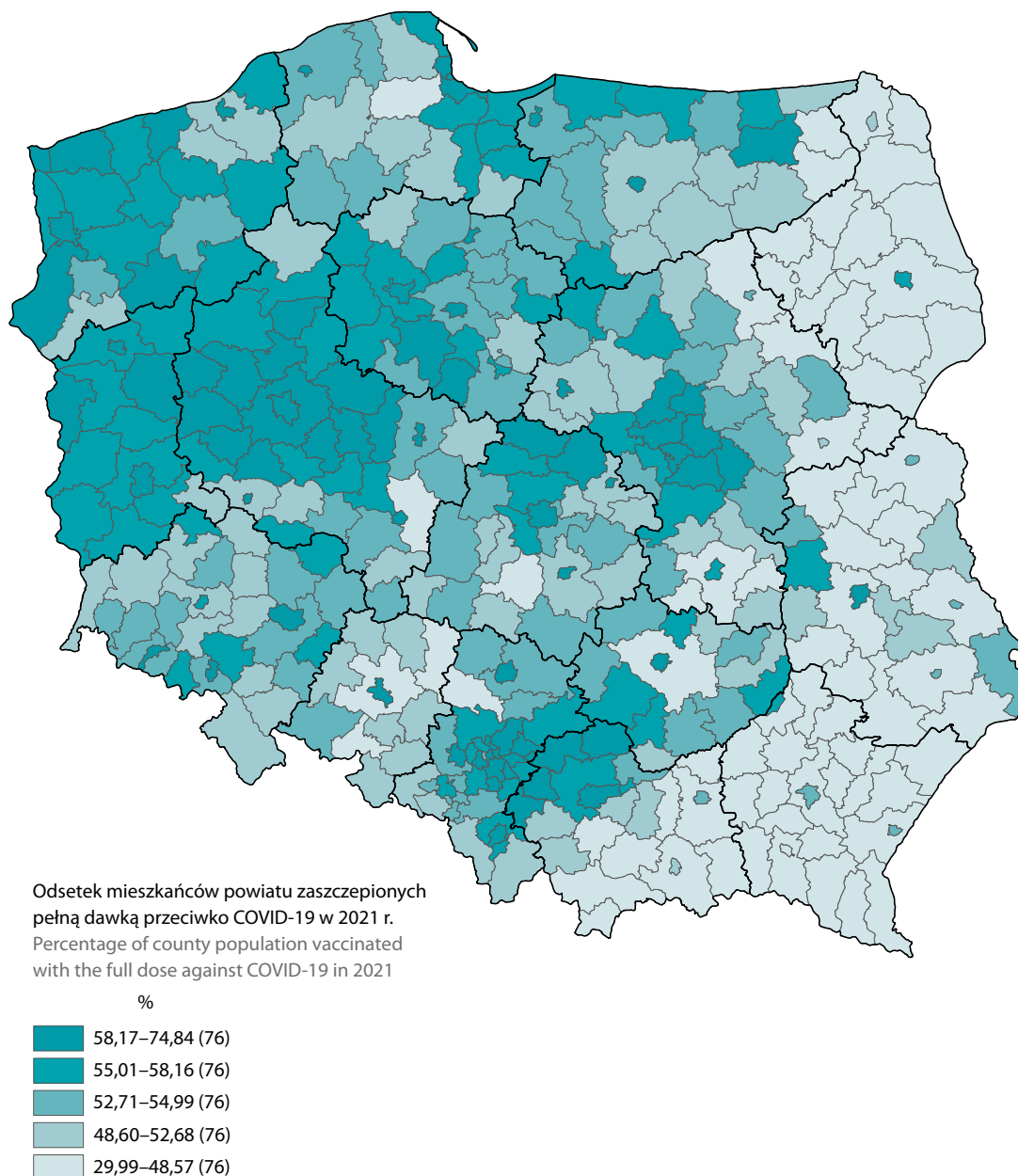
W porównaniu do roku 2020, zmniejszyła się zależność pomiędzy liczbą zakażeń a gęstością zaludnienia. Współczynnik korelacji pomiędzy liczbą zakażonych na 10 tys. mieszkańców powiatu a liczbą ludności na 1 km² wyniósł 0,419, podczas gdy w roku 2020 wynosił on 0,541.

Analiza danych pokazała natomiast, że istnieje umiarkowana ujemna korelacja pomiędzy odsetkiem osób mieszkających na wsi a liczbą zakażeń na 10 tys. mieszkańców. Współczynnik korelacji pomiędzy odsetkiem osób mieszkających na wsi a liczbą zakażeń na 10 tys. mieszkańców wyniósł $-0,493$, co oznacza, że mieszkańcy wsi rzadziej chorowali na COVID-19 niż mieszkańcy miast. Wśród 276 powiatów o większym odsetku osób mieszkających na wsi od średniej dla kraju (40,0%) 215 powiatów charakteryzowało się niższą liczbą zakażeń na 10 tys. mieszkańców niż średnia dla kraju (742).

Szczepienia przeciwko COVID-19

Badania nad szczepionką przeciw COVID-19 rozpoczęły się w momencie opublikowania sekwencji genetycznej koronawirusa SARS-CoV-2 (11.01.2020 r.). Pierwsze prototypy szczepionek były gotowe już w połowie marca 2020 r. Zastosowano różne podejścia, aby zmaksymalizować szanse na szybkie opracowanie bezpiecznej i skutecznej szczepionki przeciw COVID-19. Obok klasycznych szczepionek, które wykorzystywały białka do wywołania odpowiedzi immunologicznej, zastosowano bardziej nowatorskie szczepionki mRNA lub szczepionki wektorowe, w których nie podawano gotowego antygenu, a dokładny przepis na jego przygotowanie w postaci mRNA kodującego informację o białku pełniącym funkcję antygenu lub innego wirusa (wektora), do którego wbudowany jest gen białka. Pierwsza partia szczepionek przeciw COVID-19 dotarła do Polski 26 grudnia 2020 r. Preparaty rozdysponowano do 72 szpitali węzłowych w całym kraju, w których przeprowadzono szczepienia osób, najbardziej narażonych na zakażenie. W pierwszym etapie zaszczepiono personel medyczny, pracowników domów pomocy społecznej i miejskich ośrodków pomocy społecznej oraz osoby zatrudnione na uczelniach medycznych. Pierwszą osobę zaszczepiono już 27 grudnia w szpitalu MSWiA w Warszawie. Do końca 2021 r. w pełni zaszczepiono 21,1 mln osób w całym kraju (55,7% populacji). Najniższy odsetek osób zaszczepionych zaobserwowano w województwach: podkarpackim (41,9%), podlaskim (46,9%) oraz lubelskim (49,7%), natomiast najwyższy w województwach: mazowieckim (60,0%) oraz wielkopolskim (59,1%). Powiaty o najniższym odsetku osób zaszczepionych to głównie powiaty województwa podkarpackiego: kolbuszowski (30,0%), ropczycko-sędziszowski (33,9%), niżański (34,9%), strzyżowski (36,3%) i brzozowski (36,6%). Powiaty o najwyższym odsetku osób zaszczepionych to głównie miasta na prawach powiatu: Sopot (74,8%), Warszawa (71,0%), Poznań (70,8%), Wrocław (67,5%), Kraków (66,8%) i Gdańsk (66,7%). Największe skupiska powiatów o najwyższych współczynnikach pełnego zaszczepienia są zlokalizowane w centralnej Wielkopolsce (wokół Poznania) oraz wokół Warszawy (wraz ze stolicą) z wyjątkiem powiatów położonych na wschód od Warszawy. Wśród 136 powiatów, które charakteryzowało się wyższym odsetkiem zaszczepionych mieszkańców niż średnia dla kraju (55,7%) w 64 powiatach liczba zgonów na COVID na 10 tys. mieszkańców była niższa niż średnia dla kraju (24,4). I odwrotnie, wśród 242 powiatów, w których odsetek zaszczepionych mieszkańców był niższy od średniej dla kraju w 114 powiatach liczba zgonów na COVID na 10 tys. mieszkańców była wyższa od średniej dla kraju. W 2021 r. zaobserwowano natomiast umiarkowaną dodatnią korelację pomiędzy odsetkiem zaszczepionych w powiecie a liczbą zakażeń na 10 tys. mieszkańców. Współczynnik korelacji pomiędzy odsetkiem zaszczepionych w powiecie a liczbą zakażeń na COVID-19 na 10 tys. mieszkańców powiatu wyniósł bowiem $0,603$. Umiarkowaną ujemną korelację zaobserwowano natomiast pomiędzy odsetkiem zaszczepionych a odsetkiem osób mieszkających na wsi. W tym przypadku współczynnik korelacji wyniósł $-0,549$ (osoby mieszkające na wsi rzadziej poddawały się szczepieniom niż mieszkańcy miast).

Mapa 28. Odsetek mieszkańców powiatu zaszczepionych pełną dawką przeciwko COVID-19 w 2021 r.
 Map 28. Percentage of county population vaccinated with the full dose against COVID-19 in 2021



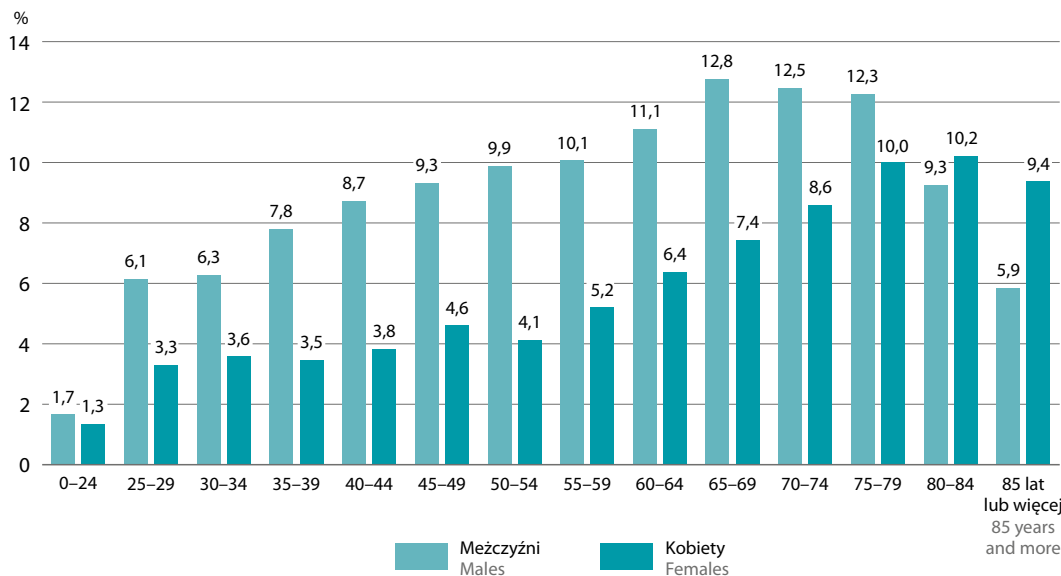
Zgony na COVID-19

Do końca 2021 r. na COVID-19 zmarło 92,8 tys. osób, co stanowiło blisko 17,8% wszystkich zgonów. Oznacza to wzrost odsetka zgonów na COVID-19 w ogólnej liczbie zgonów, w porównaniu do roku 2020, o ponad 9,2 p. proc. (w roku 2020 zgony na COVID-19 stanowiły 9,0% wszystkich zgonów). Podobnie jak w zeszłym roku, epidemia COVID-19 w 2021 r. w większym stopniu dotknęła mężczyzn i mieszkańców miast. Przyczyną tego zjawiska może być m.in. gorsza kondycja zdrowotna mężczyzn w Polsce, którzy bardzo często zaniedbują badania profilaktyczne i obarczeni są licznymi, nieleczonymi schorzeniami. Łącznie na COVID-19 w 2021 r. zmarło 43 119 kobiet (46,5%) i 49 661 mężczyzn (53,5%). Ofiary epidemii COVID-19 to przeważająco osoby starsze, ze szczególnym udziałem osób powyżej 65. roku życia (około 82,5%). W grupie wiekowej

80 lat lub więcej, umierało na COVID-19 więcej kobiet niż mężczyzn. W pozostałych grupach wiekowych, wśród zmarłych przeważali mężczyźni. Warto zauważyć, że podobnie jak w roku 2020, osoby w wieku do 24 lat stanowiły bardzo niewielki odsetek zmarłych z powodu zakażenia koronawirusem SARS-CoV-2.

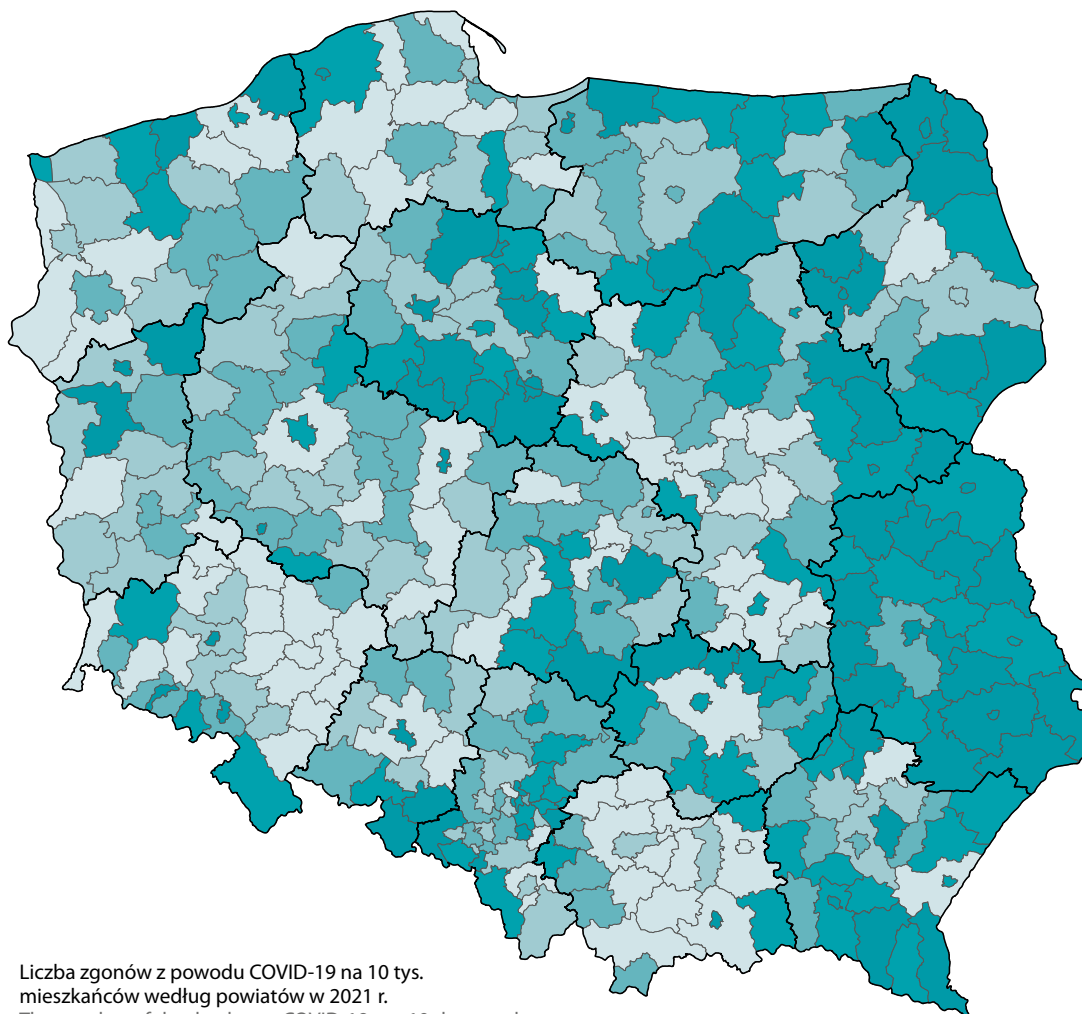
Wykres 95. Odsetek zgonów z powodu COVID-19 według wieku i płci w 2021 r.

Chart 95. Percentage of COVID-19 deaths by age and sex in 2021

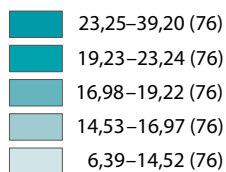


W 2021 r. największą liczbę zgonów z powodu COVID-19, na 10 tys. mieszkańców, odnotowano w wielu powiatach województw wschodnich: lubelskiego i podlaskiego, a także w północno-wschodniej części województwa mazowieckiego, południowej części województwa podkarpackiego oraz na Kujawach w województwie kujawsko-pomorskim, najniższą zaś w powiatach województw: małopolskiego, dolnośląskiego, pomorskiego, zachodniopomorskiego oraz centralnej i południowej części województwa mazowieckiego. Powiaty o najwyższej liczbie zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców to powiaty: hajnowski (39,2), Włocławek (36,3), starachowicki (33,6), krasnostawski (33,4) i Piotrków Trybunalski (31,6). Powiaty o najniższej liczbie zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców to powiaty: wrocławski (6,4), średzki (8,0), oleśnicki (8,5), wołomiński (9,1) oraz wołowski (9,3). Większą od średniej dla całego kraju liczbę zgonów na 10 tys. mieszkańców (18 osób) odnotowano w 190 powiatach (50,0% powiatów). Relatywnie wyższe wartości wskaźnika zgonów w 2021 r., można zaobserwować w miastach na prawach powiatu. Wśród 66 miast na prawach powiatów, 47 charakteryzowało się wyższym wskaźnikiem zgonów na 10 tys. mieszkańców, niż średnia dla kraju.

Mapa 29. Liczba zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2021 r.
 Map 29. The number of deaths due to COVID-19 per 10 thousand residents by poviats in 2021



Liczba zgonów z powodu COVID-19 na 10 tys. mieszkańców według powiatów w 2021 r.
 The number of deaths due to COVID-19 per 10 thousand population by poviats in 2021



W 2021 r. wśród 125 powiatów, które charakteryzowały się wyższą liczbą zakażeń na 10 tys. mieszkańców od średniej dla kraju (742) w 68 powiatach zaobserwowano wyższą od średniej dla kraju liczbę zgonów na 10 tys. mieszkańców (24,4). I odwrotnie, wśród 256 powiatów, w których liczba zakażeń na 10 tys. mieszkańców była niższa od średniej dla kraju (742), w 135 powiatach liczba zgonów na 10 tys. mieszkańców była niższa niż średnia dla kraju (24,4).

4.2. Pomiary dostępu do publicznych świadczeń szpitalnych

4.2. Measurement of access to public hospital services

Niniejsza analiza stanowi kontynuację dyskusji i prac metodologicznych prowadzonych w ramach pracy badawczej pt. „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia”¹⁰⁸. W ramach pracy badawczej opracowano zestaw wskaźników przydatnych do analizy dostępności do publicznych usług zdrowotnych¹⁰⁹. Część z tych wskaźników wykorzystano w niniejszym rozdziale. Analizie poddano przede wszystkim świadczenia szpitalne finansowane ze środków publicznych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) z perspektywy powiatu (NUTS 4). Podczas analiz wzięto pod uwagę miejsce udzielenia świadczenia oraz miejsca zamieszkania, uwzględniając przy tym aspekt migracji pacjentów do szpitali zlokalizowanych w innym powiecie niż powiat zamieszkania. W rozdziale poruszono również problematykę dostępu do ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS).

Ograniczone środki publiczne, wzrost świadomości zdrowotnej pacjentów, przy jednoczesnym wzroście kosztów opieki zdrowotnej skutkują tym, że system publicznej opieki zdrowotnej funkcjonuje w gospodarce stałego niedoboru. W konsekwencji władze publiczne poszukują coraz doskonalszych metod analizy i oceny potrzeb zdrowotnych tak, aby ograniczone strumienie środków publicznych, skierować do tych obszarów ochrony zdrowia, gdzie występują największe niedomagania oraz do tych, które mogą przyczynić się do maksymalizacji efektów zdrowotnych. W latach 2003–2004 badania i analizy dotyczące oceny stanu dostępności do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej prowadziły tzw. regionalne komitety sterujące¹¹⁰, a później Narodowy Fundusz Zdrowia. Od 2015 r. Ministerstwo Zdrowia opracowuje tzw. regionalne mapy potrzeb zdrowotnych oraz Ogólnopolską Mapę Potrzeb Zdrowotnych. Mapy zawierają m. in. analizę demograficzną, analizę stanu i wykorzystania zasobów oraz prognozę potrzeb zdrowotnych. Zadania związane m.in. z rozpoznawaniem potrzeb zdrowotnych i stanem zdrowia mieszkańców gminy, powiatu i województwa realizują również jednostki samorządu terytorialnego (JST). Większość ze stosowanych podczas analiz wskaźników, nie bierze jednak pod uwagę zjawiska migracji pacjentów, co wpływa na dokładność oceny stopnia dostępu do publicznej ochrony zdrowia. Przykładem są takie wskaźniki jak: liczba podmiotów ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (przychodni i praktyk lekarskich) lub liczba porad AOS na 10 tys. mieszkańców powiatu. Wskaźniki te stanowią często przesłankę na podstawie, której dokonuje się oceny zabezpieczenia dostępu do publicznej opieki zdrowotnej. Podczas analiz należy jednak mieć na uwadze to, że pacjenci podejmują decyzje o wyborze szpitala lub przychodni specjalistycznej, kierując się różnymi przesłankami, w ramach których odległość między miejscem zamieszkania a szpitalem lub przychodnią, nie zawsze musi być najważniejsza.

¹⁰⁸ Pracę badawczą zrealizowano w ramach projektu „Wsparcie systemu monitorowania polityki spójności w perspektywie finansowej 2014–2020 oraz programowania i monitorowania polityki spójności po 2020 roku” współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Programu Operacyjnego Pomoc Techniczna 2014–2020.

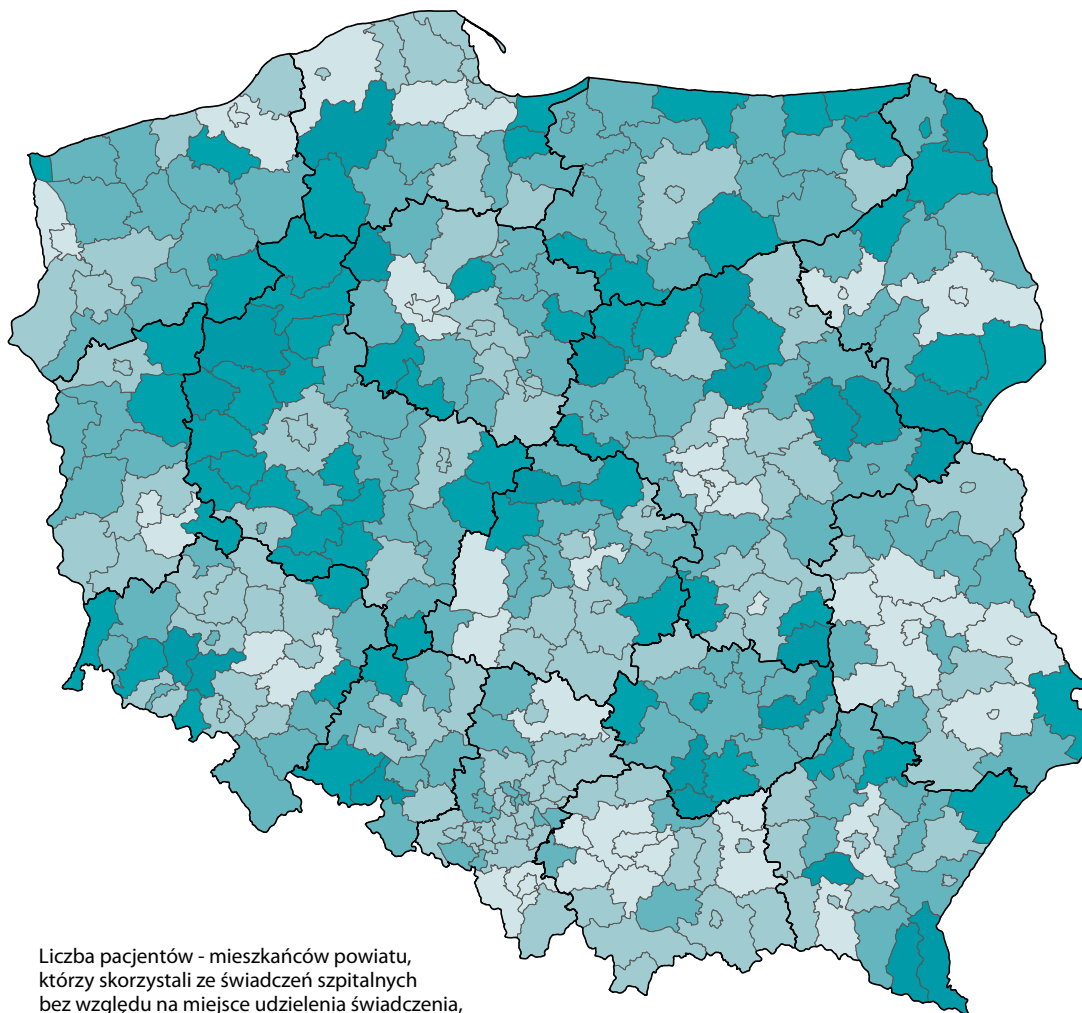
¹⁰⁹ Raport końcowy z pracy badawczej „Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia” https://stat.gov.pl/files/gfx/portalin-formacyjny/pl/defaultstronaopisowa/6150/1/1/raport_uslugi_publiczne_w_zakresie_ochrony_zdrowia.pdf

¹¹⁰ W skład regionalnych komitetów sterujących wchodził przedstawiciel wojewodów, samorządu województwa, regionalnych kas chorych. Na podstawie analiz tworzone były tzw. wojewódzkie plany zdrowotne, stanowiące następnie podstawę kontraktowania przez NFZ.

Ocena dostępności do wybranych świadczeń szpitalnych oraz AOS

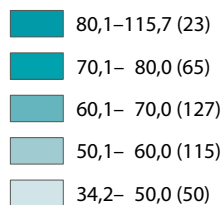
Mapa 30. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w 2021 r.

Mapa 30. 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 in 2021



Liczba pacjentów - mieszkańców powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. mieszkańców w 2021 r.

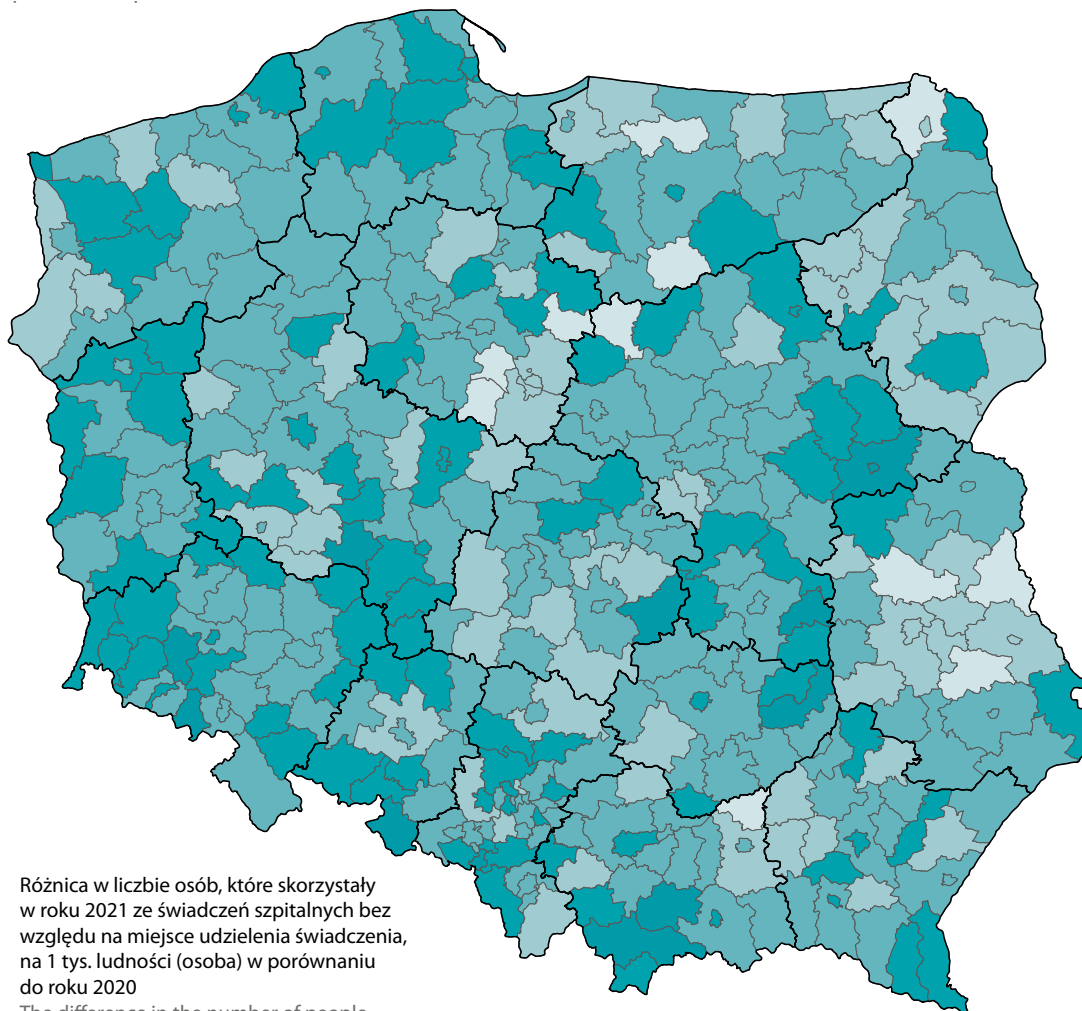
Number of patients - residents of the powiat who have benefited from hospital services regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population in 2021



W 2021 r. najwięcej świadczeń na 1 tys. mieszkańców, bez względu na miejsce ich udzielenia (ponad 80), wykonano dla mieszkańców 23 powiatów, wśród których największy wskaźnik zaobserwowano w powiatach: sejneńskim (115,7), bieszczadzkim (103,0), opatowskim (95,8), łosickim (94,8), pińczowskim (94,7) i złotoryjskim (93,0), a najmniej (poniżej 45) dla mieszkańców 24 powiatów, wśród których najmniejszy wskaźnik zaobserwowano w powiatach: chełmskim (34,2), m. Chełm (38,5), polickim (39,0), m. Lublin (39,5) i piaseczyńskim (41,2). W stosunku do roku 2020 spadek pod kątem liczby świadczeń szpitalnych, na tysiąc mieszkańców, bez względu na miejsce ich udzielenia, zaobserwowano w 11 powiatach, wśród których największy spadek zaobserwowano w powiatach: nidzickim (9,3) oraz aleksandrowskim (8,5). Największy wzrost (ponad 10) zaobserwowano w 37 powiatach wśród, których największy zaobserwowano w powiatach: złotoryjskim (17,9), zwoleńskim (17,6), krotoszyńskim (16,0), m. Siedlce (15,8) i opatowskim (15,5).

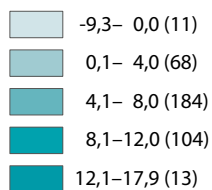
Mapa 31. Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2021 ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności w porównaniu do roku 2020

Map 31. The difference in the number of people who have benefited in 2021 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 compared to 2020



Różnica w liczbie osób, które skorzystały w roku 2021 ze świadczeń szpitalnych bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, na 1 tys. ludności (osoba) w porównaniu do roku 2020

The difference in the number of people who have benefited in 2021 from hospital services at hospital, regardless of the place of providing the service, per 1 thousand population (person) compared to 2020

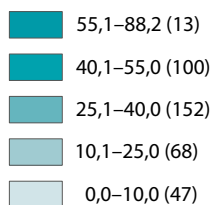
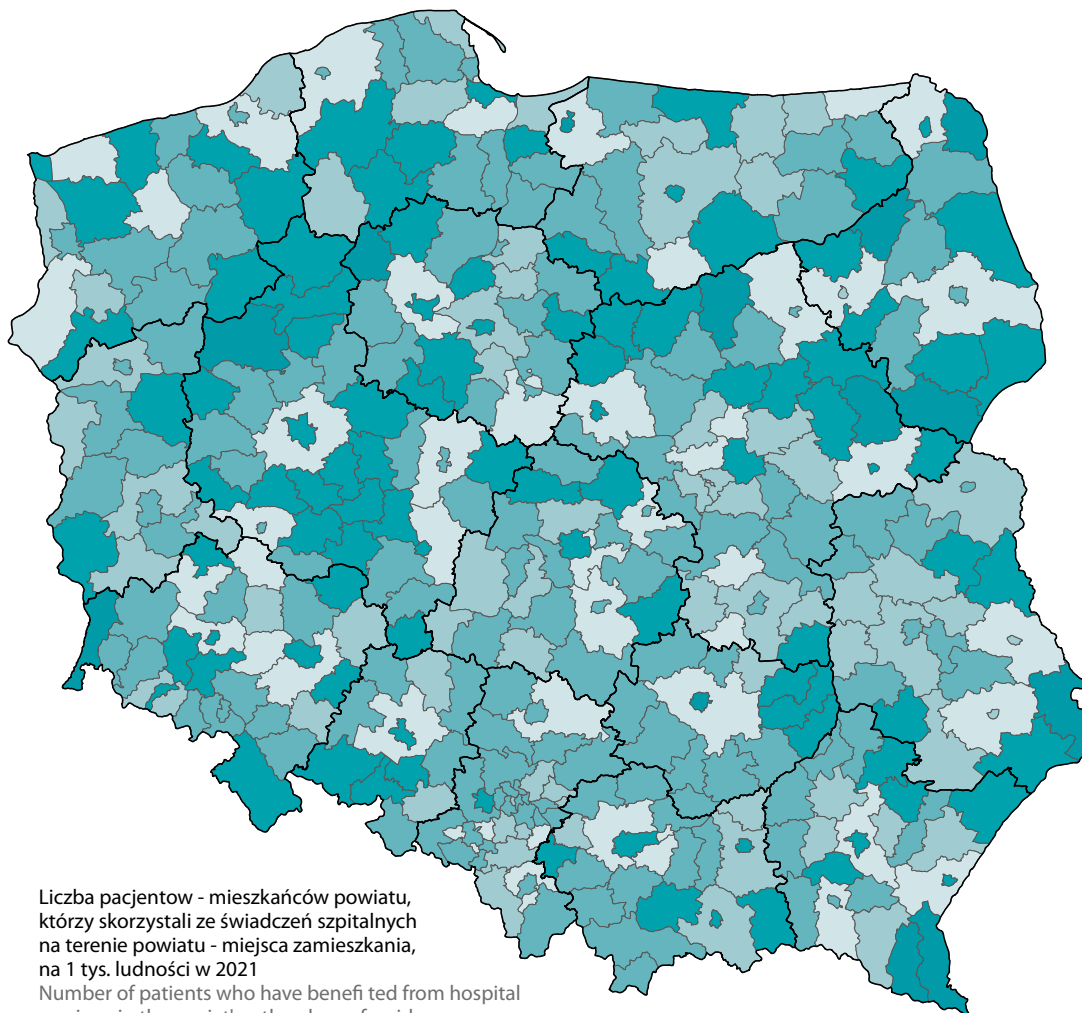


Kolejne dwie mapy potwierdzają następującą prawidłowość: powiaty, w których zaobserwowano w 2021 r. najniższy wskaźnik dotyczący liczby osób, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na terenie miejsca

zamieszkania, to równocześnie powiaty, cechujące się najwyższym wskaźnikiem migracji pacjentów do innych powiatów w celu uzyskania świadczenia szpitalnego. Zjawisko to dotyczy przede wszystkim powiatów ziemskich, okalających miasta na prawach powiatu oraz powiatów zlokalizowanych obok miast na prawach powiatu.

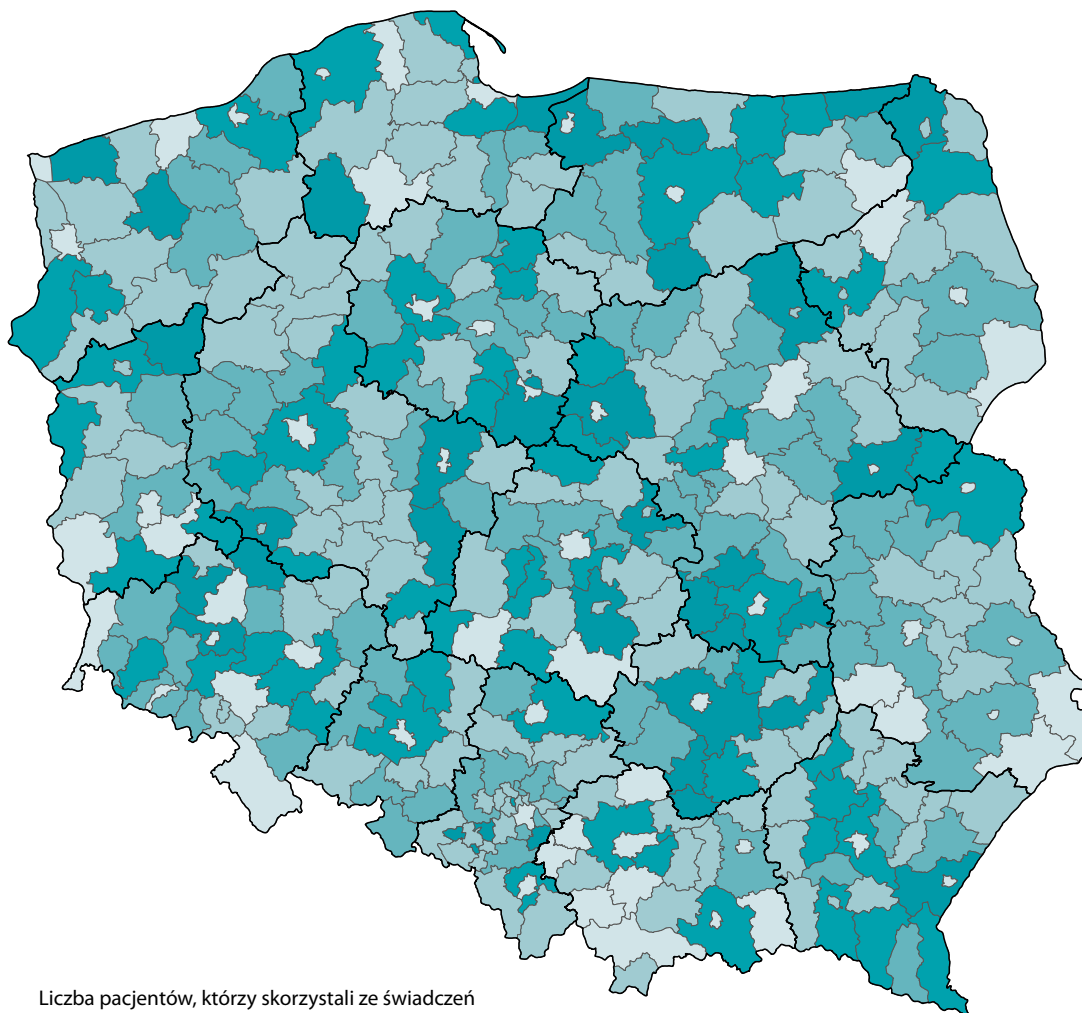
Mapa 32. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2021 r.

Mapa 32. 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 in 2021

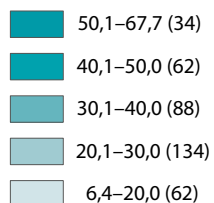


Mapa 33. Osoby, które skorzystały ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2021 r.

Map 33. 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 in 2021



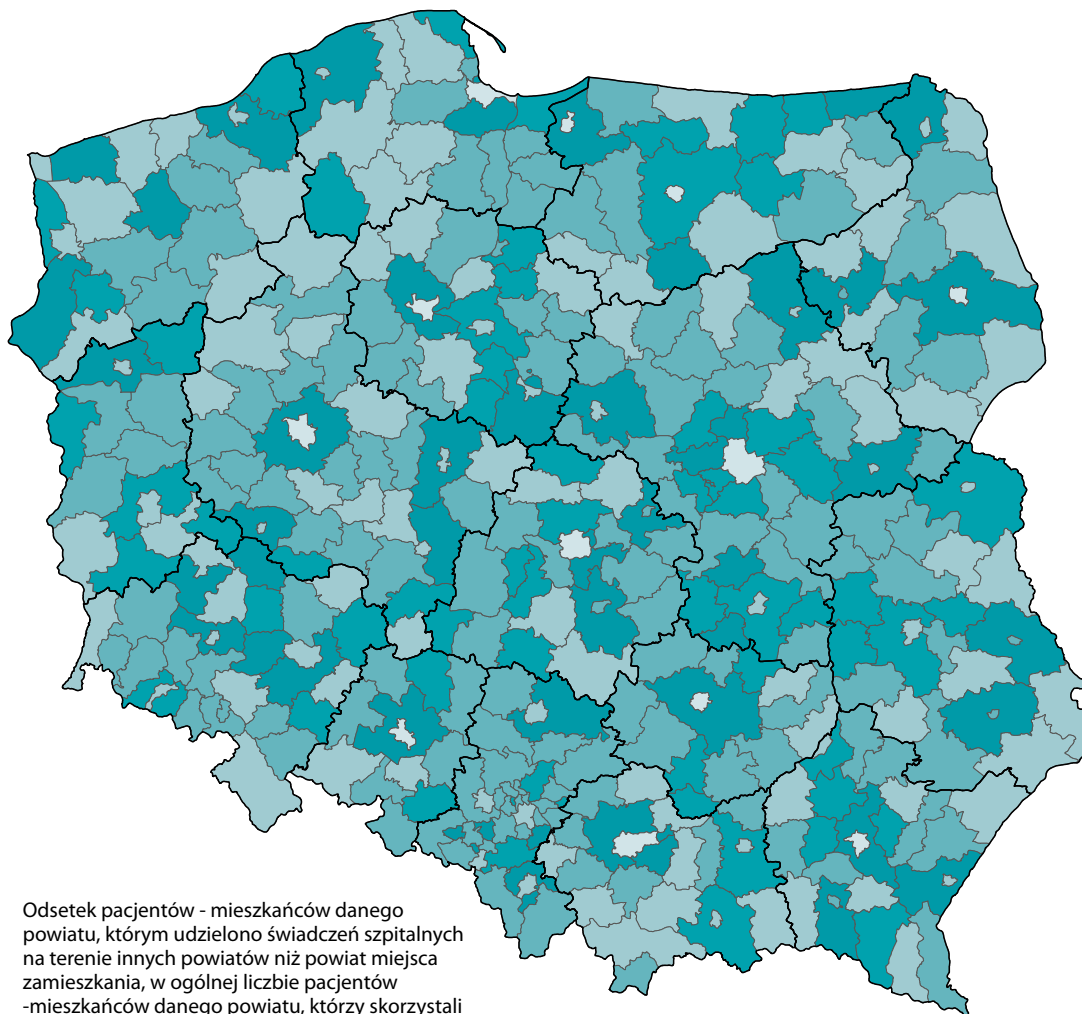
Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych, na terenie innego powiatu niż powiat miejsca zamieszkania, na 1 tys. ludności w 2021 r.
The number of patients who have used the hospital services in a different poviát than the poviát's place of residences, per 1 thousand population in 2021



W wielu miastach na prawach powiatu (20 powiatów), mniej niż 25% pacjentów, skorzystało ze świadczeń na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. Równocześnie istnieje 37 powiatów, których mieszkańcy w ponad 90% korzystali ze świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów lub miast na prawach powiatu. Brak na danym terenie (powiatu) placówek opieki zdrowotnej udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych nie oznacza, że pacjenci z takiego terenu pozbawieni są dostępu do świadczeń zdrowotnych. Otrzymują oni świadczenia najczęściej w powiatach sąsiednich, gdzie takie placówki funkcjonują. Pomimo tego, może występować zjawisko nadmiernego oddalenia usługodawcy od pacjenta.

Mapa 34. Odsetek pacjentów – ludności 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 – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2021 r.

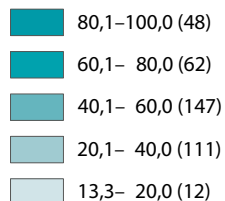
Map 34. Percentage of patients – population of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2021



Odsetek pacjentów - mieszkańców danego powiatu, którym udzielono świadczeń szpitalnych na terenie innych powiatów niż powiat miejsca zamieszkania, w ogólnej liczbie pacjentów -mieszkańców danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych w 2021

Percentage of patients – population of poviats who received hospital services in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services in 2021

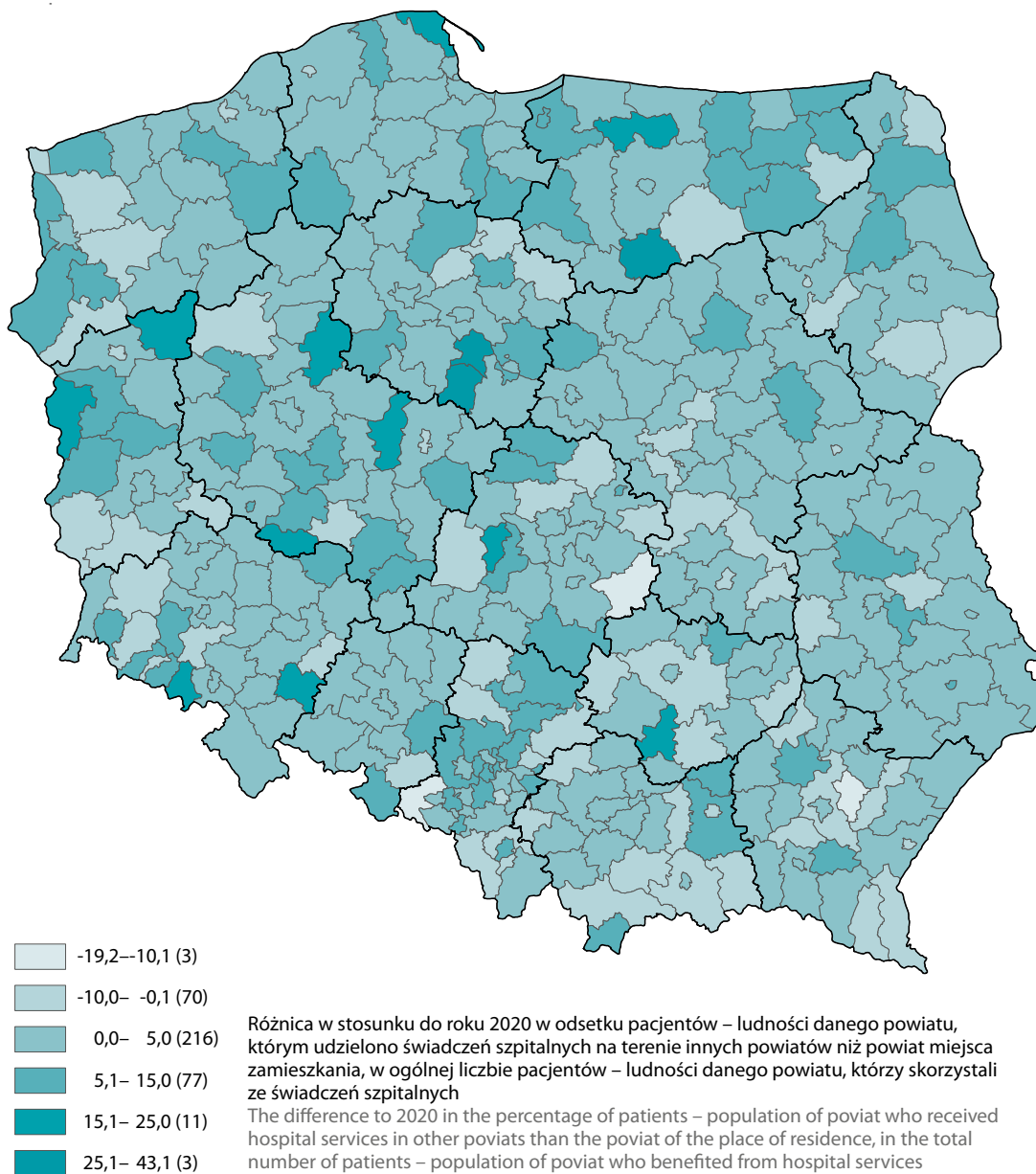
%



W porównaniu do roku 2020, w 92 powiatach nastąpił zauważalny wzrost (powyżej 5 p. proc.) zjawiska migracji mieszkańców do innych powiatów, niż powiat zamieszkania, w celu uzyskania świadczenia zdrowotnego. Największy wzrost (20 p. proc. lub więcej) zauważono w przypadku powiatów: rawickiego (20,0 p. proc.), lidzbarskiego (24,3 p. proc.), radziejowskiego (25,7 p. proc.), aleksandrowskiego (32,9 p. proc.) i nidzickiego (43,1 p. proc.). Zauważalny spadek (ponad 5 p. proc.) zaobserwowano natomiast w przypadku 13 powiatów, wśród których największy spadek wystąpił w powiatach: raciborskim (19,2 p. proc.), łańcuckim (11,8 p. proc.), opoczyńskim (10,2 p. proc.), zgierskim (9,4 p. proc.) i bolesławieckim (8,2 p. proc.).

Mapa 35. Różnica w odsetku pacjentów – ludności 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 – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych sfinansowanych przez NFZ na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego w 2021 r. w porównaniu do roku 2020

Map 35. The difference in the percentage of patients – population of poviats who received hospital services financed by the National Health Fund at a hospital ward of the first reference level in other poviats than the poviats of the place of residence, in the total number of patients – population of poviats who benefited from hospital services financed by National Health Fund in a hospital ward typical for the first reference level in 2021 compared to 2020

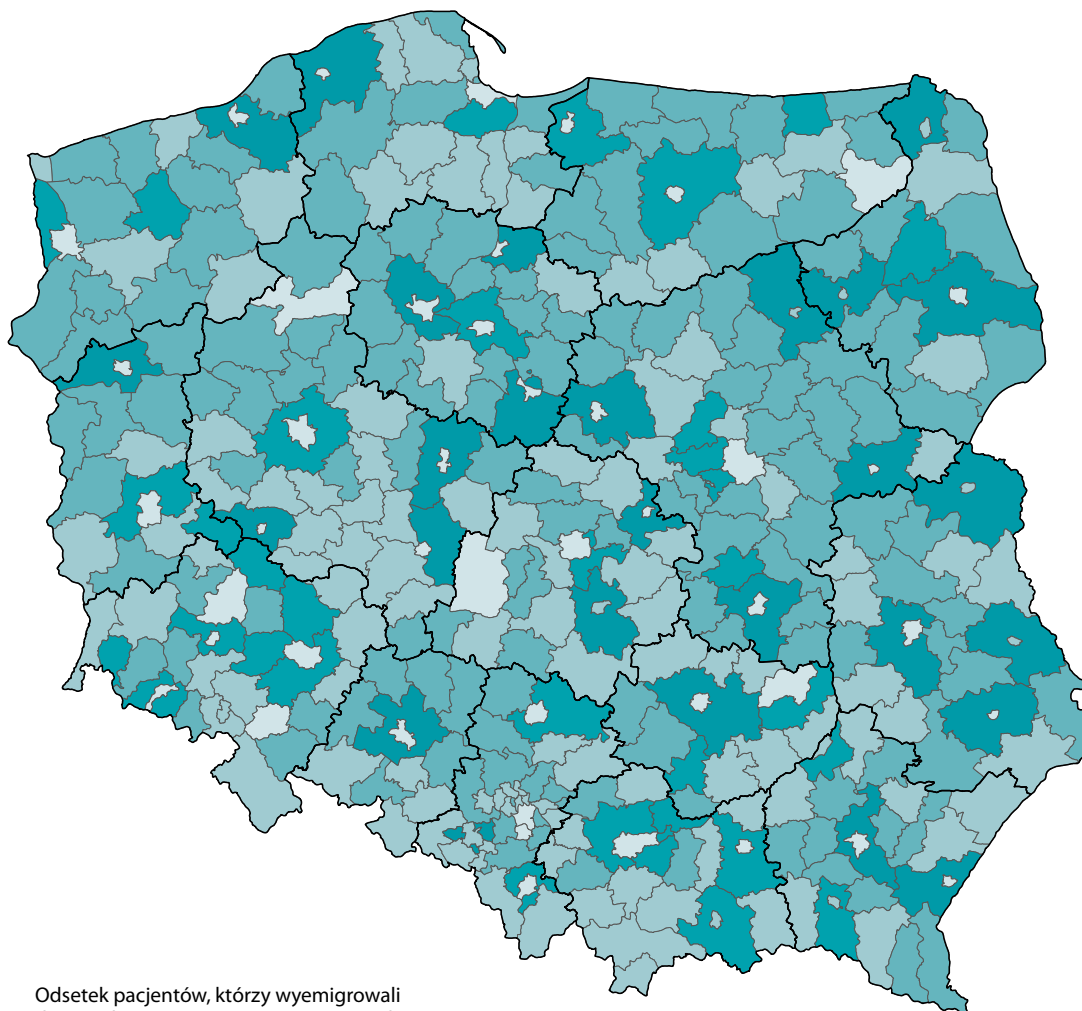


Najbardziej skłonni do migracji do innych powiatów, w celu skorzystania ze świadczeń AOS, są mieszkańcy powiatów ziemskich okalających powiaty mających status miast na prawach powiatu, co jest zrozumiałe

z uwagi na ich wzajemne położenie i pełnienie przez wiele miast na prawach powiatu roli funkcjonalnego centrum wielu usług publicznych dla ich otoczenia.

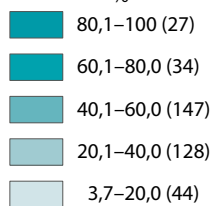
Mapa 36. Odsetek pacjentów – ludności danego powiatu, którzy migrowali do innych powiatów niż powiat – miejsca zamieszkania w celu skorzystania z ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych sfinansowanych przez NFZ w 2021 r.

Map 36. Percentage of patients – population of poviats who migrated to poviats other than the poviats – place of residence received in order to share outpatient health services financed by the National Health Fund in 2021



Odsetek pacjentów, którzy wyemigrowali do innych powiatów niż powiat zamieszkania w celu uzyskania świadczenia AOS w 2021
Percentage of patients – population of poviats, who emigrated to poviats other than the poviats – place of residence in order to share outpatient health services in 2021

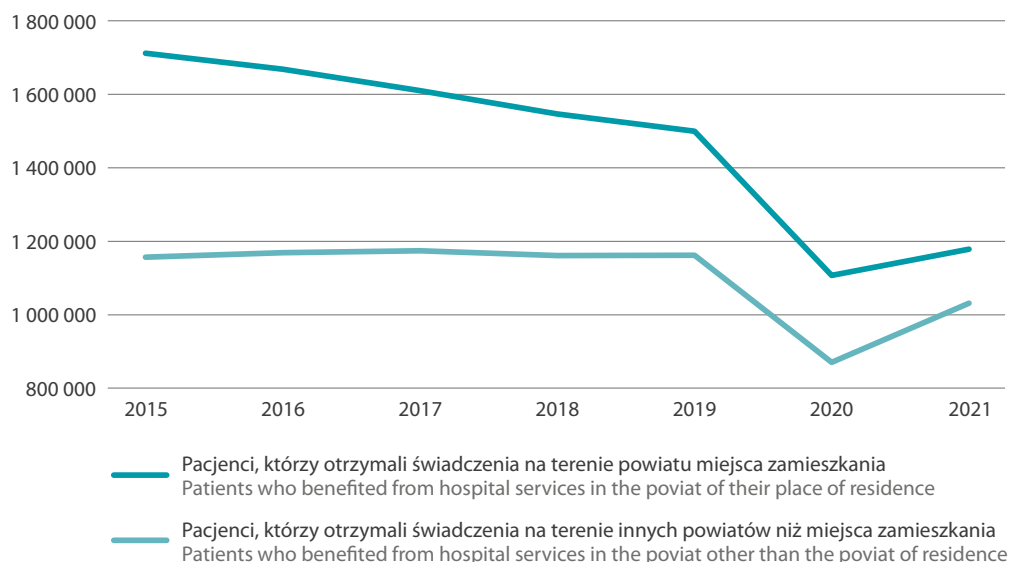
%



Z danych NFZ wynika, że wszyscy mieszkańcy powiatów: skierniewickiego oraz łomżyńskiego (100%) otrzymali świadczenia specjalistyczne na terenie innych powiatów, niż powiat zamieszkania. W powiatach: chełmskim, siedleckim, suwalskim, ostrołęckim, przemyskim, piotrkowskim oraz leszczyńskim odsetek ten wynosił ponad 95%. Najmniejszy odsetek pacjentów, leczących się na terenie innych powiatów niż powiat zamieszkania, występuje w miastach na prawach powiatu. W takich powiatach jak: m. Białystok, m. Bydgoszcz, m. Łódź, m. Lublin i m. Szczecin odsetek ten nie przekroczył 5%.

Wykres 96. Liczba pacjentów, którzy skorzystali ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego (chirurgia ogólna, ginekologia i położnictwo, choroby wewnętrzne, pediatria) finansowanych przez NFZ, bez względu na miejsce udzielenia świadczenia oraz na terenie powiatu – miejsca zamieszkania

Chart 96. Number of people who have benefited from hospital services at hospital ward typical of the first reference level (general surgery, gynecology and obstetrics, internal diseases, paediatrics) financed by the National Health Fund, regardless of the place of providing the service or in the poviat's – the place of residences

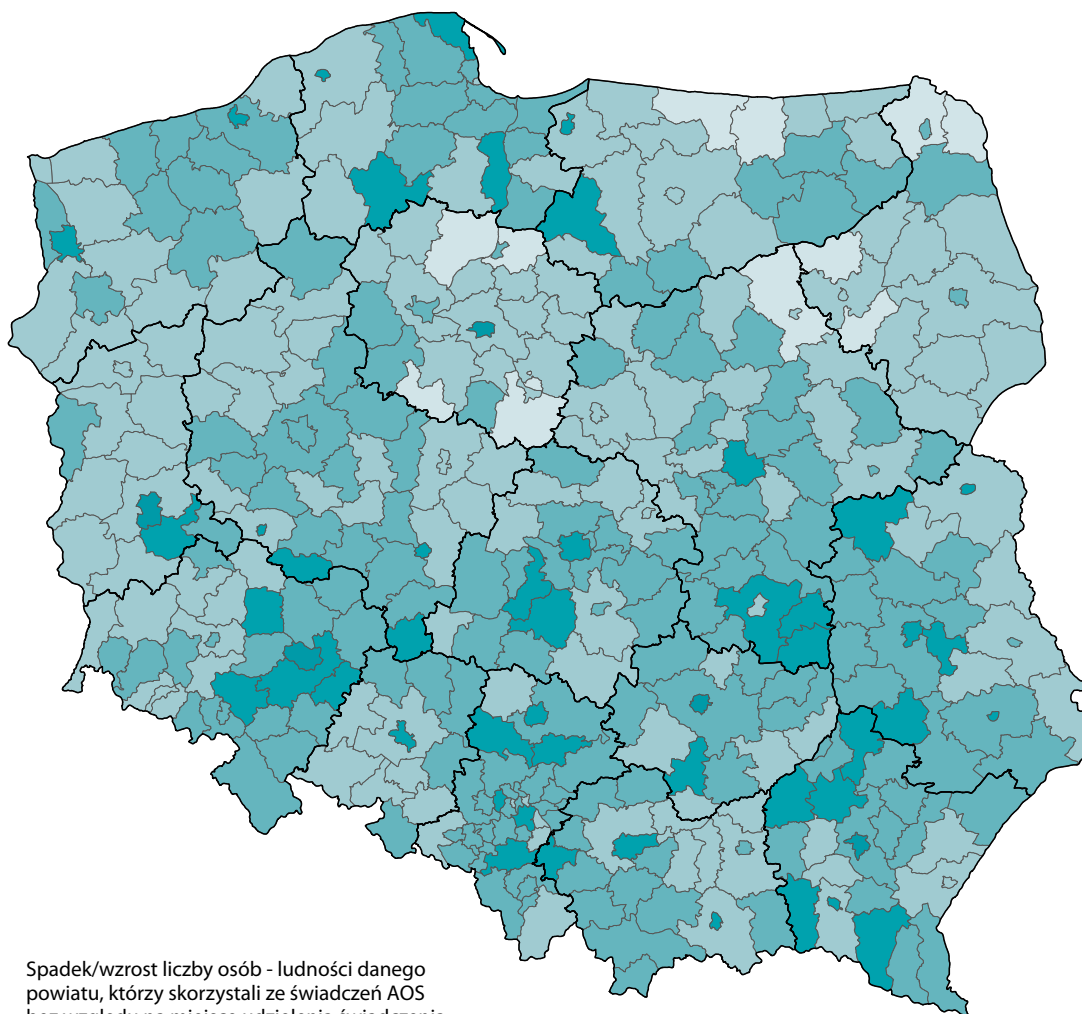


Z powyższego wykresu wynika, że do roku 2019 systematycznie spadała skłonność pacjentów do korzystania ze świadczeń szpitalnych na oddziałach typowych dla I poziomu referencyjnego na terenie powiatu – miejsca zamieszkania, przy utrzymującej się stałej tendencji do korzystania z takich świadczeń na terenie innych powiatów. W pierwszym roku epidemii COVID-19 (2020) spadek ten pogłębił się (o 26,2% w porównaniu do roku poprzedniego), po czym w roku 2021 wrócił do poziomu z przed epidemii.

W odróżnieniu od roku 2020 (w którym z powodu epidemii COVID-19 znacząco ograniczono przyjmowanie pacjentów do szpitali w celu wykonywania planowanych zabiegów) w roku 2021 we wszystkich powiatach zaobserwowano wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia. Największy wzrost (20 p. proc. lub więcej) zaobserwowano w 25 powiatach, z czego 17 to miasta na prawach powiatu. Największy wzrost zanotowano w następujących powiatach: Zielona Góra (27,7 p. proc.), Kielce (25,9 p. proc.), Rzeszów (25,4 p. proc.), Toruń (25,0 p. proc.), Wrocław (24,6 p. proc.), Kraków (23,5 p. proc.) i Leszno (23,4 p. proc.).

Mapa 37. Spadek lub wzrost liczby osób – ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenie w porównaniu do roku 2020

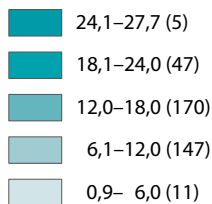
Map 37. Decrease or increase in the number of poviat population who have benefited from out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service compared to 2020



Spadek/wzrost liczby osób - ludności danego powiatu, którzy skorzystali ze świadczeń AOS bez względu na miejsce udzielenia świadczenia, w porównaniu do roku 2020

Decrease/ increase in the Number of poviat population who have benefited from out-patient specialized health care, regardless of the place of providing the service, compared to 2020

%



4.3. Satelitarny rachunek zdrowia

4.3. Satellite Health Account

Dla pełnej oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia niezbędny jest systematyczny opis przepływów finansowych związanych z opieką zdrowotną. Kompleksowej informacji o finansowym aspekcie sektora ochrony zdrowia, na poziomie gospodarki narodowej, dostarczają szacunki satelitarnego rachunku zdrowia.

Rachunki narodowe, zestawiane według przeważającego rodzaju działalności jednostek instytucjonalnych, nie dostarczają wystarczających informacji na temat aktywności sektora ochrony zdrowia, zdefiniowanego w systemie rachunków zdrowia, w tworzeniu nowych wartości ekonomicznych. Satelitarny rachunek zdrowia, w połączeniu z Narodowym Rachunkiem Zdrowia, stanowi kompletny obraz działalności tego sektora na poziomie gospodarki narodowej, umożliwiając pomiar udziału świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produktu krajowego brutto oraz analizę przepływów w sferze produkcji wyrobów i usług w ochronie zdrowia i ich finalnego wykorzystania.

Niniejszy rozdział prezentuje podstawowe założenia metodologiczne sporządzania satelitarnego rachunku zdrowia oraz wyniki obliczeń za lata 2017–2018. Do opracowania metodologii wykorzystano rekomendacje dotyczące satelitarnych rachunków zdrowia, zawarte w podręcznikach metodologicznych „System Rachunków Zdrowia” (SHA 2011)¹¹¹ i „Europejski System Rachunków Narodowych i Regionalnych w Unii Europejskiej” (ESA 2010)¹¹².

Koncepcja satelitarnego rachunku zdrowia

Celem opracowywania rachunków satelitarnych jest zaspokojenie zapotrzebowania na specyficzne dane, które nie są prezentowane w systemie rachunków narodowych. Rachunki satelitarne stanowią rozwinięcie lub modyfikację tablic i rachunków stosowanych w schemacie podstawowym wprowadzonym przez Europejski System Rachunków Narodowych i Regionalnych (ESA 2010). Schemat podstawowy ma głównie charakter instytucjonalny i obejmuje zintegrowane rachunki ekonomiczne stanowiące rachunki sektorów instytucjonalnych, kompleks przepływów międzygałęziowych w formie tablic podaży i wykorzystania oraz rachunki według rodzajów działalności, a także tablice dotyczące ludności i zatrudnienia. Rachunki satelitarne poszerzają schemat podstawowy w taki sposób, że wprowadzają uzupełnienia o szczegółowe dane, zmiany układu tablic, modyfikacje pojęć, czy też przesuwają granicę produkcji, tak aby obejmowała ona nieodpłatne usługi gospodarstw domowych.

Rachunek satelitarny jest metodą statystyczną związaną z rachunkami narodowymi, zalecaną do szacowania wpływu danej branży na gospodarkę. W szczególności ma zastosowanie do tych sektorów, których produkcja jest niejednorodna przez jej rozproszenie w różnych sekcjach, działach i grupach działalności gospodarczej oraz związane z tym trudności z jej wyodrębnieniem z całej działalności. Dzięki rachunkom satelitarnym możliwa jest kompleksowa analiza takich sektorów jak np. sport, turystyka, ochrona zdrowia i kultura. Ich podstawowym celem jest określenie, jaką część produktu krajowego brutto generuje dana branża oraz jak kształtuje się efektywność tego procesu.

¹¹¹ System rachunków zdrowia SHA 2011, opracowany wspólnie przez Komisję (Eurostat), Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) oraz Światową Organizację Zdrowia (WHO) zawierający pojęcia, definicje i metody z zakresu przetwarzania danych na temat wydatków na ochronę zdrowia i jej finansowania rekomendowany Rozporządzeniem 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.

¹¹² Europejski System Rachunków Narodowych i Regionalnych ESA 2010 to międzynarodowy standard metodologiczny i rachunkowy wprowadzony rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 549/2013 z dnia 21 maja 2013 r. w sprawie europejskiego systemu rachunków narodowych i regionalnych w Unii Europejskiej.

Satelitarny rachunek zdrowia wykorzystuje strukturę rachunków z systemu rachunków narodowych (sekwencja rachunków zintegrowanych, rachunek wyrobów i usług), jednocześnie przyjmując koncepcje charakterystyczne dla systemu rachunków zdrowia (klasyfikacje ICHA i związane z nimi definicje obszaru ochrony zdrowia i świadczeniodawców opieki zdrowotnej). Zakres przedmiotowy satelitarnego rachunku zdrowia, obejmuje podstawowe kategorie makroekonomiczne rachunków narodowych:

- z rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów według świadczeniodawców opieki zdrowotnej:
 - o produkcję globalną,
 - o zużycie pośrednie,
 - o wartość dodaną brutto,
 - o koszty związane z zatrudnieniem,
 - o pozostałe podatki związane z produkcją minus pozostałe dotacje związane z produkcją,
 - o nadwyżkę operacyjną brutto,
- z rachunku podaży i wykorzystania w ochronie zdrowia według funkcji ochrony zdrowia:
 - o produkcję globalną,
 - o import,
 - o spożycie,
 - o eksport.

W odróżnieniu od rachunków narodowych, do grupowania transakcji w satelitarnym rachunku zdrowia, wykorzystuje się klasyfikacje zdefiniowane w systemie rachunków zdrowia – rachunki opracowane na podstawie sekwencji rachunków zintegrowanych są zestawiane według świadczeniodawców opieki zdrowotnej, zgodnie z klasyfikacją ICHA-HP, natomiast wyroby i usługi ochrony zdrowia zidentyfikowane w ramach obszaru ochrony zdrowia, są grupowane przy użyciu klasyfikacji funkcjonalnej ICHA-HC.

Ponadto, na satelitarny rachunek zdrowia składają się dane uzupełniające o nakładach inwestycyjnych w ochronie zdrowia: nakłady głównych świadczeniodawców opieki zdrowotnej (HP.1–HP.5) oraz nakłady na ochronę zdrowia (według kierunku inwestowania).

Podstawą do opracowania satelitarnego rachunku zdrowia, są dane z zakresu rachunków narodowych zestawiane według sektorów instytucjonalnych. Świadczeniodawców opieki zdrowotnej zidentyfikowano w następujących sektorach:

- przedsiębiorstw niefinansowych: przedsiębiorcy będący podmiotami leczniczymi w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, grupowe praktyki zawodowe wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych;
- instytucji rządowych i samorządowych: samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe posiadające w strukturze organizacyjnej ambulatorium, ambulatorium z izbą chorych lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, szpitale publiczne działające w formie spółek kapitałowych, instytuty badawcze, które prowadzą działalność leczniczą, podmioty realizujące zadania z zakresu zdrowia publicznego, instytucje koordynujące administrację i finansowanie ochrony zdrowia;
- gospodarstw domowych: indywidualne praktyki wykonywane przez lekarzy, pielęgniarki, sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych;
- instytucji niekomercyjnych: fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej, jednostki organizacji wyznaniowych prowadzące działalność leczniczą.

Satelitarny rachunek zdrowia, przyjmując definicję obszaru ochrony zdrowia z systemu rachunków zdrowia, rozszerza granice produkcji w porównaniu do rachunków narodowych poprzez uwzględnienie części produkcji gospodarstw domowych związanej z dostarczeniem usług opieki zdrowotnej na własne cele finalne. Gdy gospodarstwo domowe otrzymuje transfery pieniężne na pokrycie znacznej części kosztów opieki domowej nad osobami chorymi i niepełnosprawnymi, to takie transfery są traktowane jako płatna produkcja i zaliczane w Narodowym Rachunku Zdrowia do bieżących wydatków na zdrowie. W satelitarnym rachunku zdrowia, tego rodzaju „produkcja” gospodarstw domowych, została również uwzględniona w produkcji globalnej.

Głównymi źródłami danych do opracowania szacunków satelitarnego rachunku zdrowia są następujące sprawozdania i systemy informacyjne:

- SP Roczna ankieta przedsiębiorstwa,
- SP-3 Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw,
- H-01a Sprawozdanie o działalności sklepów, aptek i stacji paliw,
- MZ-03 Roczne sprawozdanie o finansach samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- F-03 Sprawozdanie o stanie i ruchu środków trwałych,
- SG-01 cz.4 Statystyka gminy – Środki trwałe,
- SOF-1 Sprawozdanie z działalności fundacji, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych,
- DNU-R Roczne sprawozdanie o międzynarodowej wymianie usług,
- systemy informacyjne Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji dotyczące rachunku zysków i strat samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- system informacyjny Ministerstwa Finansów dotyczący sprawozdawczości jednostek sektora finansów publicznych (prowadzony na podstawie sprawozdań Rb),
- sprawozdania z wykonania budżetu państwa w zakresie ochrony zdrowia lub bezpośrednio sprawozdania finansowe jednostek zaliczanych do sektora instytucji rządowych i samorządowych.

W obliczeniach wykorzystano również szczegółowe dane naliczane dla potrzeb rachunków narodowych i Narodowego Rachunku Zdrowia, opracowywane w ramach następujących badań statystycznych:

- 1.29.17 Rachunki Zdrowia: Narodowy Rachunek Zdrowia, Satelitarny Rachunek Zdrowia,
- 1.65.11 Budżety jednostek samorządu terytorialnego,
- 1.65.16 Dochody i wydatki budżetu państwa,
- 1.66.01 Środki trwałe w gospodarce narodowej,
- 1.66.02 Nakłady na środki trwałe,
- 1.67.01 Rachunki narodowe niefinansowe według sektorów i podsektorów instytucjonalnych,
- 1.67.05 Spożycie indywidualne w gospodarstwach domowych,
- 1.67.06 Rachunek podaży i wykorzystania wyrobów i usług (przepływów produktowych).

Wyniki szacunku satelitarnego rachunku zdrowia za lata 2017–2018

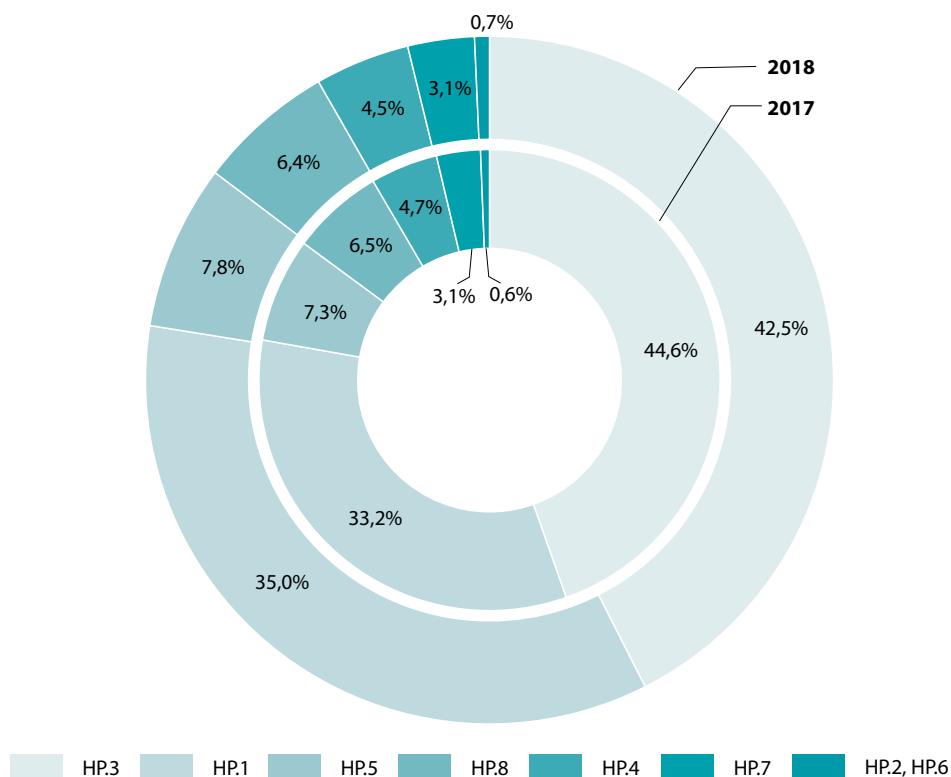
Satelitarny rachunek zdrowia pozwala ocenić udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w gospodarce narodowej.

W 2018 r. wartość produkcji globalnej dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 155 643,3 mln zł i w porównaniu z rokiem poprzednim wzrosła o 6,6%. Najwyższą wartość produkcji globalnej zanotowano dla świadczeniodawców ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3. Ich udział w wartości produkcji globalnej wyniósł 40,9%. Znaczący wkład w produkcję globalną miały także szpitale HP.1 – 40,1%. Najmniejszy udział odnotowano dla świadczeniodawców profilaktycznych usług zdrowotnych HP.6 – 0,3%.

Wartość zużycia pośredniego dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej wyniosła 66 198,3 mln zł, natomiast wartość dodana brutto 89 445,0 mln zł (odpowiednio wzrost o 6,5% i 6,7% w stosunku do roku poprzedniego).

W 2018 r. największy udział w tworzeniu wartości dodanej brutto mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, którzy wypracowali 42,6% wartości dodanej brutto tej grupy podmiotów. Znaczący udział w generowaniu wartości tej transakcji odnotowano również dla szpitali – 35,0%. Udziały pozostałych grup dostawców w wartości dodanej brutto nie przekroczyły 8%.

Wykres 97. Struktura wartości dodanej brutto wg świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP (w %)
Chart 97. Structure of gross value added by health care providers HP (in %)



Tablica 21. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP (w mln zł, ceny bieżące)

Table 21. Production account and generation of income account for health care providers HP (in million PLN, current prices)

DOSTAWCY HP LATA Providers HP Years		Produkcja globalna Gross output	Zużycie pośrednie Interme- diate consum- ption	Wartość dodana brutto Value added gross	Koszty związane z zatrud- nieniem Compens- ation of employ- ees	Pozostałe podatki związane z produk- cją Other taxes on produc- tion	Pozostałe dotacje związane z produk- cją Other subsidies on produc- tion	Nadwyżka operacyj- na brutto Operating surplus gross
OGÓŁEM HP.1–HP.8 TOTAL	2017	146 017,8	62 154,8	83 863,0	42 574,5	711,0	240,8	40 818,3
	2018	155 643,3	66 198,3	89 445,0	47 037,7	708,3	310,6	42 009,6
Szpitale HP.1 Hospitals	2017	56 339,5	28 506,5	27 833,0	24 439,1	348,0	144,6	3 190,4
	2018	62 462,9	31 171,3	31 291,6	27 855,7	346,6	184,6	3 273,9
Stacjonarne zakłady opieki długoterminowej HP.2 Residential long-term care facilities	2017	735,4	400,7	334,8	285,3	3,6	0,4	46,3
	2018	995,6	574,4	421,3	367,7	2,7	2,7	53,6

Tablica 21. Rachunek produkcji i tworzenia dochodów dla świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP (w mln zł, ceny bieżące) (dok.)

Table 21. Production account and generation of income account for health care providers HP (in million PLN, current prices) (cont.)

DOSTAWCY HP LATA Providers HP Years		Produkcja globalna Gross output	Zużycie pośrednie Interme- diate consum- ption	Wartość dodana brutto Value added gross	Koszty związane z zatrud- nieniem Compens- ation of employ- ees	Pozostałe podatki związane z produk- cją Other taxes on produc- tion	Pozostałe dotacje związane z produk- cją Other subsidies on produc- tion	Nadwyżka operacyj- na brutto Operating surplus gross
Świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej HP.3 Providers of ambulatory health care	2017	61 486,7	24 081,2	37 405,5	10 089,6	230,2	64,6	27 150,3
	2018	63 635,1	25 557,9	38 077,2	10 397,9	241,2	86,7	27 524,8
Świadczeniodawcy pomocniczych usług w ochronie zdrowia HP.4 Providers of ancillary services	2017	7 702,2	3 739,4	3 962,8	1 803,1	40,0	14,7	2 134,3
	2018	7 482,5	3 501,7	3 980,8	1 993,9	37,0	16,4	1 966,3
Sprzedawcy detaliczni i inni dostawcy dóbr medycznych HP.5 Retailers and other pro- viders of medical goods	2017	9 048,3	2 908,0	6 140,2	3 210,8	52,5	11,3	2 888,2
	2018	9 757,8	2 814,7	6 943,2	3 442,9	46,6	10,4	3 464,1
Świadczeniodawcy profilaktycznych usług zdrowotnych HP.6 Providers of preventive care	2017	449,5	263,4	186,1	175,3	1,6	–	9,2
	2018	529,5	329,0	200,4	189,5	0,5	–	10,5
Podmioty koordynujące administrację i finanso- wanie ochrony zdrowia HP.7 Providers of health care system administration and financing	2017	4 454,8	1 874,0	2 580,7	2 324,9	30,7	–	225,1
	2018	4 609,9	1 813,4	2 796,5	2 518,0	29,0	–	249,5
Pozostałe jednostki w ramach sektorów gospo- darki HP.8.1–8.2 Rest of the economy	2017	5 801,5	381,7	5 419,8	246,3	4,3	5,3	5 174,5
	2018	6 170,1	436,0	5 734,1	272,1	4,8	9,8	5 467,0

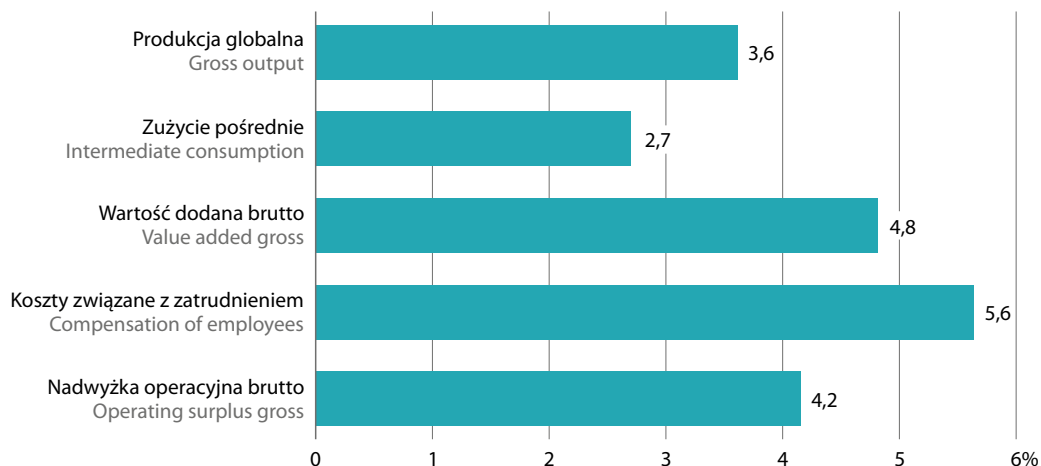
W 2018 r. koszty związane z zatrudnieniem wyniosły 47 037,7 mln zł i w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosły o 10,5%. Ponad połowa tej wartości (59,2%) przypadała na szpitale.

Nadwyżka operacyjna brutto, stanowiąca różnicę pomiędzy wartością dodaną brutto a kosztami związanymi z zatrudnieniem i pozostałymi podatkami związanymi z produkcją pomniejszoną o pozostałe dotacje związane z produkcją, wyniosła 42 009,6 mln zł. Największy wkład w tej kategorii makroekonomicznej mieli świadczeniodawcy ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (65,5%).

W 2018 r. udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej w tworzeniu produkcji globalnej brutto dla gospodarki narodowej wyniósł 3,6%, natomiast w generowaniu wartości dodanej brutto – 4,8%. Udział tej grupy podmiotów w kształtowaniu wielkości kosztów związanych z zatrudnieniem stanowił 5,6%.

Wykres 98. Udział świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP w wybranych transakcjach rachunku produkcji i rachunku tworzenia dochodów dla gospodarki narodowej w 2018 r.

Chart 98. The share of health care providers HP in selected transactions of production account and generation of income account for national economy in 2018



Szacunki satelitarne rachunku zdrowia dostarczają również informacji dotyczących podaży i wykorzystania dóbr i usług z zakresu opieki zdrowotnej, stanowiących funkcje ochrony zdrowia HC.

W 2018 r. produkcja globalna dóbr i usług w ochronie zdrowia HC osiągnęła wartość 169 755,3 mln zł, o 6,2% więcej niż w roku poprzednim. Spożycie ogółem wyniosło 134 244,4 mln zł, z czego 71,0% dotyczyło instytucji rządowych i samorządowych. W przeliczeniu na 1 mieszkańca wartość spożycia wyniosła 3 495 zł (w 2017 r. 3 397 zł). Odnotowano ujemne saldo w handlu zagranicznym na poziomie 112,0 mln zł.

Tablica 22. Podaż i wykorzystanie dóbr i usług w ochronie zdrowia HC (w mln zł, ceny bieżące)

Table 22. Supply and use of health care goods and services HC (in million PLN, current prices)

TRANSAKcje TRANSACTIONS	2017	2018
Produkcja globalna Gross output	159 874,7	169 755,3
Import Imports	715,4	836,1
Spożycie Final consumption expenditure	130 535,8	134 244,4
w gospodarstwach domowych by households	39 253,3	37 304,5
w instytucjach niekomercyjnych działających na rzecz gospodarstw domowych by non-profit institutions serving households	1 437,6	1 560,3
w instytucjach rządowych i samorządowych by general government	89 844,9	95 379,6
Eksport Exports	575,4	724,2

Informację uzupełniającą o sektorze ochrony zdrowia stanowią dane o nakładach inwestycyjnych. W 2018 r. wartość nakładów inwestycyjnych poniesionych przez głównych dostawców dóbr i usług w ochronie

zdrowia wyniosła 7 874,2 mln zł (o 26,2% więcej niż w 2017 r.). Połowę ich wartości stanowiły nakłady na maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia, 40,3% na budynki i budowle, a 9,6% na środki transportu.

Biorąc pod uwagę wartość nakładów inwestycyjnych na ochronę zdrowia według kierunków inwestowania, wydatki poniesione w gospodarce narodowej przez inwestorów na budowę, zakup lub ulepszenie środków trwałych przeznaczonych dla potrzeb ochrony zdrowia w 2018 r. wyniosły 8 229,3 mln zł (wzrost o 25,9% w porównaniu z rokiem poprzednim).

Tablica 23. Nakłady inwestycyjne w ochronie zdrowia (w mln zł, ceny bieżące)

Table 23. Investments outlays in health care (in million PLN, current prices)

Wyszczególnienie Specification	2017	2018
Nakłady głównych świadczeniodawców opieki zdrowotnej HP.1–HP.5 Investments outlays of primary health care providers	6 237,5	7 874,2
w tym na: of which:		
budynki i budowle buildings and structures	2 093,8	3 173,2
maszyny, urządzenia techniczne i narzędzia machinery, technical equipment and tools	3 581,6	3 934,3
środki transportu transport equipment	556,4	758,2
Nakłady na ochronę zdrowia (według kierunku inwestowania) Investments outlays in health care (by the direction of investments)	6 534,7	8 229,3

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, np. Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji¹¹³. 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 i teleporadach udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentyków w przychodniach, a także w ramach praktyk lekarskich. Sprawozdawczością obejmuje się podstawową i specjalistyczną ambulatoryjną opiekę zdrowotną, zarówno w miastach, jak i na wsi. Dane na temat liczby porad gromadzone są z uwzględnieniem płci i wieku pacjentów.

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

¹¹³ Jednostki, dla których organem tworzącym jest Minister Obrony Narodowej, począwszy od 2012 r., objęte są sprawozdawczością odpowiednio Głównego Urzędu Statystycznego i Ministerstwa Zdrowia.

Państwowego Ratownictwa Medycznego oraz dane dotyczące działalności lotniczych zespołów ratownictwa medycznego pozyskane z systemu administracyjnego Lotniczego Pogotowia Ratunkowego.

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

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

Dane o pracownikach medycznych (z wyłączeniem lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych), 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-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), MZ-42, MSWiA-44 i MSWiA-46 (krwiodawstwo). Liczba lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych została opracowana w oparciu o źródła administracyjne (w tym rejestry).

Źródłem danych o działalności pracowni diagnostycznych jest sprawozdawczość resortowa Ministerstwa Zdrowia oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji: roczne sprawozdania statystyczne o symbolach MZ-11 i MSWiA-32 (opieka ambulatoryjna) oraz MZ-29 i MSWiA-43 (opieka szpitalna).

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest *Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej w 2021 r.* opracowane przez Instytut Psychiatrii i Neurologii na podstawie sprawozdania MZ-30.

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

Wydatki na ochronę zdrowia zestawione w Narodowym Rachunku Zdrowia zostały opracowane w oparciu o dane pozyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia, Ministerstwa Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób niepełnosprawnych, rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetu państwa (Rb-28), a także na podstawie rocznego sprawozdania z wykonania planu wydatków budżetowych jednostek samorządu terytorialnego (Rb-28S), sprawozdania z działalności fundacji, stowarzyszeń i innych organizacji społecznych (SOF-1) i rocznego sprawozdania lekarza przeprowadzającego badania profilaktyczne pracujących (MZ-35A). Do szacunków wykorzystano również wyniki badania SP *Roczna ankieta przedsiębiorstwa* i SP-3 *Sprawozdanie o działalności gospodarczej przedsiębiorstw*. Informacje te uzupełniono szacunkami eksperckimi o wydatkach gospodarstw domowych na opiekę zdrowotną opracowanymi w oparciu o wyniki *Badania budżetów gospodarstw domowych* i badania modułowego *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2020 r.*

2. PODSTAWOWE WYJAŚNIENIA METODYCZNE

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

Wskaźniki oparte o liczbę ludności (mieszkańców Polski) dla 2021 r. oraz 2020 r. zaktualizowano w oparciu o dane opracowane na podstawie wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań 2021, dlatego mogą występować różnice w stosunku do opracowania z roku poprzedniego.

Liczby opisujące zasoby systemu opieki zdrowotnej podawane są według stanu na dzień 31 grudnia, natomiast liczby opisujące działalność badanych placówek dotyczą działalności podejmowanej w ciągu roku. Przy przeliczaniu danych stanowiących stan w końcu roku (np. łóżka w szpitalach, liczba przychodni) na mieszkańców (na 1 000 i 10 000 ludności itp.) przyjęto liczbę ludności według stanu w dniu 31 grudnia, a przy przeliczaniu danych charakteryzujących wielkość zjawiska w ciągu roku (np. leczenia) — ludność według stanu w dniu 30 czerwca.

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

Dane i analizy zawarte w publikacji uwzględniają strukturę opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej¹¹⁴.

Zgodnie z ustawą podmiotami leczniczymi mogą być:

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

Z kolei do praktyk zawodowych można zaliczyć np.:

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

Zgodnie z ustawą działalność leczniczą dzieli się na trzy rodzaje:

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

¹¹⁴ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 711).

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

Badaniami statystycznymi, których wyniki prezentowane są w niniejszej publikacji, objęto zakłady lecznicze lub jednostki organizacyjne zakładów leczniczych podmiotów leczniczych zarejestrowane¹¹⁵ w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą. Do identyfikacji podmiotów (formularze ZD-2, ZD-3 i ZD-4) wykorzystano numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego, część II, III, IV, V i VI kodu resortowego oraz kod rodzaju praktyki zawodowej i kod zawodu lekarza/lekarza dentysty 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 2021 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 2022 r. poz. 1657).

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

Badanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, prowadzone za pomocą formularza ZD-3, nie obejmuje praktyk lekarskich i stomatologicznych działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych.

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

W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zastosowano następujące rozróżnienie porad i teleporad udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystów: udzielone w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, specjalistyczne – porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz przez lekarzy dentystów. Badanie na formularzu ZD-3 obejmuje również informacje na temat nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej¹¹⁶. Do 30 września 2017 r. porady wykazywane były w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ), a od 01 października 2017 r. zostały wydzielone w oddzielnym dziale „Nocna i Świąteczna Opieka Zdrowotna” i obejmują porady łącznie z udzielonymi w ramach podkontraktów ze szpitalem na wykonywanie tych porad.

Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne, punkty apteczne oraz apteki zakładowe w podmiotach leczniczych wykonujących działalność leczniczą, utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości. Nie wlicza się do nich aptek działających w strukturze i na potrzeby szpitali. Zgodnie z ustawą¹¹⁷ punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich, jeżeli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

Do utworzenia wykazu aptek i punktów aptecznych objętych badaniem ZD-5 wykorzystano informacje z rejestru aptek prowadzonego przez wojewódzkie inspektoraty farmaceutyczne (według stanu na 31 grudnia 2021 r.).

Rodzaje udogodnień dla osób niepełnosprawnych, deklarowane przez jednostki objęte badaniami ZD-2, ZD-3, ZD-5, powinny spełniać wymogi zawarte w Rozporządzeniu¹¹⁸ Ministra Infrastruktury.

¹¹⁵ Według stanu na dzień 31 grudnia 2020 r.

¹¹⁶ Ustawa z dnia 25 maja 2017 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. 2017 poz. 1200) oraz Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2017 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (Dz. U. 2017 poz. 1300).

¹¹⁷ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 1977).

¹¹⁸ Rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 12 kwietnia 2002 r. (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 1065).

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.

Ze względu na niepełną realizację obowiązku statystycznego przez podmioty lecznicze, szczególnie praktyki zawodowe, dane dotyczące osób pracujących z pacjentem mogą być niższe niż stan faktyczny. Dlatego, w wyniku przeprowadzonych prac metodologicznych, dane dotyczące lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych za lata 2019, 2020 i 2021 zostały oszacowane w oparciu wyłącznie o źródła administracyjne, w tym rejestry. Dane te są nieporównywalne z danymi publikowanymi wcześniej. Poniżej przedstawiono szczegółowy algorytm opracowywania danych dla wyżej wymienionych zawodów.

W pracach nad algorytmem, służącym do oszacowania liczby lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych wykorzystano następujące źródła administracyjne:

- Wykaz ZUS płatników składek (ZUS),
- Rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą (MZ),
- Rejestry praktyk lekarskich (MZ),
- Wykaz podmiotów, z którymi NFZ podpisał umowę na świadczenie usług medycznych (NFZ),
- Centralny Rejestr Pielęgniarek i Położnych (NIPiP),
- Centralny Rejestr Lekarzy i Lekarzy dentystów (NIL).

W pracach wykorzystano także zbiory opracowane w GUS na potrzeby innych badań statystycznych, np. zbiór BJS (Baza Jednostek Statystycznych), co pozwoliło na uniknięcie powielania części prac.

Algorytm dla poszczególnych grup pracowników medycznych został opracowany w oparciu o pozyskane dane administracyjne i składał się z kilku opisanych poniżej kroków:

A. Określenie populacji osób posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza-dentysty, pielęgniarki oraz położnej, zamieszkałych w Polsce

Osobom z rejestrów prowadzonych przez Naczelną Izbę Lekarską (NIL) i Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych (NIPiP) przypisany został Unikalny Numer Statystyczny (UNS), stosowany także w innych zbiorach wykorzystywanych do dalszych przeliczeń.

Na podstawie zbiorów NIL i NIPiP oraz Statystycznej Bazy Spisowej (SBS) ustalono faktyczne przebywanie tych osób na terenie kraju. Z wykazu osób posiadających prawo wykonywania zawodu usunięte zostały osoby, które posiadały przynajmniej jedną z cech: wyjechały z kraju, osoby zamieszkałe i pobierające świadczenia poza terytorium Polski, osoby posiadające zagraniczny adres zamieszkania, osoby występujące tylko w jednym rejestrze, osoby zmarłe.

W ten sposób otrzymano populację osób posiadających prawo wykonywania zawodu (PWZ) zamieszkałych w Polsce z unikalnym identyfikatorem (UNS – unikalny numer statystyczny) oraz numerem prawa wykonywania zawodu, który uzupełniono o dane demograficzne (wiek, płeć) oraz adres zamieszkania. W końcowym etapie prac identyfikator został usunięty.

B. Określenie populacji osób pracujących z pacjentem z grupy opisanej w punkcie A

Przyjęto założenie, że osoba pracująca z pacjentem to osoba wykazana jako pracująca w przynajmniej jednym ze źródeł: RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą), NFZ (wykaz podmiotów mających podpisany kontrakt z NFZ), BJS (podmioty z Bazy Jednostek Statystycznych, działające według PKD w sekcji Q Opieka zdrowotna i pomoc społeczna) lub aktywnej praktyce (indywidualnej lub grupowej).

W celu uzyskania populacji osób pracujących z pacjentem, dla każdego z wymienionych powyżej podmiotów uznanych za świadczących opiekę zdrowotną pacjentom:

- zweryfikowano występowanie podmiotów w zbiorze płatników składek ZUS (klucz łączenia: REGON/NIP);
- następnie spośród osób, za które podmioty te odpłacają składki, wybrano osoby pracujące (status pracy ustalano na podstawie kodów tytułu ubezpieczenia).

C. Wyznaczenie głównego miejsca pracy dla osób pracujących z pacjentem

Dla osób pracujących z pacjentem, na podstawie zbiorów płatników składek ZUS, wyznaczono ich główne miejsce pracy przyjmując następujące kryteria stosowane kolejno:

- w przypadku, gdy osoba pracuje w jednym miejscu, jest to jej główne miejsce pracy;
- w przypadku, gdy osoba pracuje w więcej niż jednym miejscu pracy, za główne miejsce pracy uważa się to, w którym wymiar czasu pracy jest największy;
- kolejnym kryterium wyboru głównego miejsca pracy były: podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie emerytalne, a w razie niemożności jej wykorzystania – podstawa wymiaru składki na ubezpieczenie zdrowotne;
- w przypadku, gdy powyższe, kolejno stosowane kryteria nie pozwalają na dokonanie jednoznacznego wyboru, za główne miejsce pracy uważa się to, w którym pracujący w zawodzie lekarza lub lekarza dentystry lub pielęgniarki lub położnej jest zatrudniony na umowę o pracę (tj. gdzie pierwsze cztery cyfry kodu tytułu ubezpieczenia to 01 10);
- w pozostałych przypadkach, główne miejsce pracy ustalone jest losowo.

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

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

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

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

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

Liczba szpitali dotyczy zakładów leczniczych albo wydzielonych jednostek organizacyjnych zakładów leczniczych (filii), w których podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne. Zakłady lecznicze podmiotów leczniczych udzielające wy-

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

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

Dane o oddziałach szpitalnych w szpitalach ogólnych prezentowane są dla 35 grup rodzajów oddziałów, opracowywanych przez autora badania (Ministerstwo Zdrowia), w oparciu o część VIII kodu resortowego, charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej zakładu leczniczego, określonego w rozporządzeniu¹¹⁹ Ministra Zdrowia w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania.

Dane o oddziałach szpitalnych dotyczą oddziałów, które były zarejestrowane w RPWDL i które wykazały w roku sprawozdawczym pacjentów leczonych stacjonarnie lub w trybie dziennym.

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.

Dane o wykorzystaniu sprzętu medycznego dotyczą urządzeń będących własnością szpitali ogólnych oraz jednostek udzielających ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w ramach środków publicznych (umowa z NFZ) oraz wszystkich wykonanych na tym sprzęcie badań lub zabiegów.

Badaniem ZD–2 objęte są zakłady lecznictwa uzdrowskiego, funkcjonujące w oparciu o ustawę o działalności leczniczej¹²⁰ oraz ustawę o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskich i obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskich¹²¹.

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 ustawą¹²², są:

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

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

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

W 2020 r. w całym kraju funkcjonował System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego (SWD PRM). Jest to system teleinformatyczny umożliwiający przyjęcie zgłoszeń alarmowych i powiadomień o zdarzeniach z numerów alarmowych (112 i 999), dysponowanie zespołami ratownictwa medycznego, rejestrowanie zdarzeń medycznych, prezentację miejsca geograficznego zdarzenia alarmowego oraz pozycjonowanie ZRM. Na terenie kraju utrzymanie oraz obsługę systemu zapewnia minister do spraw administracji publicznej, natomiast na terenie województwa – wojewoda. System umożliwia m.in.

¹¹⁹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 maja 2012 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych oraz szczegółowego sposobu ich nadawania (tekst jednolity Dz. U. 2019 poz. 173).

¹²⁰ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 711).

¹²¹ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowskim, uzdrowskich i obszarach ochrony uzdrowskiej oraz o gminach uzdrowskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1301).

¹²² Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 2053).

generowanie wieloprzekrojowych statystyk i analiz dotyczących czasu dojazdu zespołów ratownictwa medycznego na miejsce zdarzenia. Rok 2020 był trzecim rokiem, w którym dyspozytorzy medyczni prowadzili dokumentację statystyczną w postaci elektronicznej. Opracowanie danych dotyczących charakterystyki interwencji ZRM za cały rok 2020 nie stwarzało więc większych problemów urzędom wojewodów w porównaniu z latami poprzednimi. W efekcie dane prezentowane w niniejszej publikacji o czasach dotarcia na miejsce zdarzenia, o liczbie wyjazdów uzasadnionych lub nie, nie mają więc już charakteru szacunkowego, co mogło zdarzać się w latach poprzednich i są już o wiele bardziej precyzyjne.

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

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.

Za lata 2004–2013 dane Narodowego Rachunku zdrowia zostały po raz ostatni przekazane na podstawie umowy dżentelmeńskiej (SHA 1.0), natomiast od roku 2016 zgodnie z Rozporządzeniem Komisji (UE) z 2015 r.¹²³ te sporządzane są według metodologii SHA 2011¹²⁴, zgodnie z którą informacje o wydatkach na ochronę zdrowia przekazywane są do organizacji międzynarodowych – w roku 2015 (dane za 2013 r.)

Narodowy Rachunek Zdrowia sporządzany jest co roku za rok T–2. Rachunek zestawiany jest według międzynarodowej klasyfikacji wydatków ICHA (International Classification for Health Accounts) i ujmowany w czterech tablicach (HCxHF, HPxHF, HCxHP i HFXFS), które są przekazywane, łącznie z uwagami metodologicznymi, do OECD, Eurostatu i WHO.

Wydatki poniesione na zdrowie i ochronę zdrowia są prezentowane w trzech podstawowych przekrojach: HF (schematów finansowania), HC (funkcji opieki zdrowotnej) i HP (świadczeniodawców). Dodatkowa tablica dotyczy przekroju HFXFS i zawiera informacje na temat powiązania schematów finansowania z rodzajami przychodów do nich trafiających.

Wyniki Narodowego Rachunku Zdrowia są corocznie uzupełniane o wstępne szacunki dotyczące schematów finansowania za rok T–1.

Źródłem informacji do NRZ w zakresie wydatków publicznych (HF.1), na które składają się schematy rządowe, schematy obowiązkowych – składowych ubezpieczeń, są m.in. systemy administracyjne instytucji, które gromadzą dane o wydatkach na ochronę zdrowia, tj. Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji, Ministerstwa Obrony Narodowej, Ministerstwa Sprawiedliwości, Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej. Wykorzystywane są również wyniki innych badań realizowanych w ramach programu badań statystycznych statystyki publicznej i dostępne źródła informacji, służące głównie do oszacowania wydatków prywatnych.

Ze względu na wyżej wspomnianą zmianę metodologii, wyniki NRZ za lata 2013–2020 nie powinny być bezpośrednio porównywane z rachunkami publikowanymi w poprzednich latach. Można analizować

¹²³ 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.

¹²⁴ Do roku 2014 Narodowy Rachunek Zdrowia był sporządzany na podstawie metodologii SHA 1.0. i przekazywany do OECD, Eurostatu i WHO w oparciu o umowę dżentelmeńską. Proces tworzenia SHA 2011 rozpoczął się w 2007 r. w ramach współpracy pomiędzy ekspertami z OECD, WHO oraz Eurostatu, działającymi pod wspólną nazwą Międzynarodowy Zespół ds. Rachunków Zdrowia (IHAT). Przygotowany przez Zespół podręcznik, był przedmiotem szczegółowych i szeroko zakrojonych konsultacji mających na celu zebranie opinii międzynarodowych ekspertów oraz organizacji międzynarodowych z całego świata. Przedstawiciele GUS czynnie uczestniczyli w pracach nad nową metodologią SHA w trakcie kolejnych etapów jej opracowywania. Od roku 2015 – dane za 2013 r., zgodnie z Rozporządzeniem Komisji, Narodowy Rachunek Zdrowia jest opracowywany wg metodologii SHA 2011.

jedynie wybrane agregaty, na wysokim poziomie ogólności, rachunku opracowanego według SHA 2011 w odniesieniu do SHA 1.0.

Szacunkowe porównanie potencjalnych przeliczeń agregatów pomiędzy metodologiami SHA 1.0 i SHA 2011

SHA 1.0	SHA 2011
HF1	HF1
HF2	HF2
	HF3

Schematy finansowania opieki zdrowotnej (ICHA-HF)

Kod ICHA	Schematy finansowania
HF.1	Programy rządowe, samorządowe i obowiązkowe ubezpieczenie zdrowotne
HF.1.1	Programy rządowe i samorządowe
HF.1.2	Obowiązkowe składkowe ubezpieczenia zdrowotne
HF.2	Dobrowolne opłaty za opiekę zdrowotną
HF.3	Opłaty bezpośrednie z gospodarstw domowych
HF.4	Programy finansowania przez zagraniczne towarzystwa ubezpieczeniowe

Funkcje ochrony zdrowia (ICHA-HC)

Kod ICHA	Funkcje ochrony zdrowia
HC.1	Usługi lecznicze
HC.2	Usługi rehabilitacyjne
HC.3	Długoterminowa opieka (zdrowotna)
HC.4	Pomocnicze usługi opieki zdrowotnej (nie określone przez funkcję)
HC.5	Artykuły medyczne (nie określone przez funkcję)
HC.5.1	Leki i artykuły medyczne nie będące dobrami trwałego użytku
HC.5.2	Sprzęt terapeutyczny i pozostałe dobra medyczne trwałego użytku
HC.6	Profilaktyka i zdrowie publiczne
HC.7	Zarządzanie i administracja finansowania ochrony zdrowia

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

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

Przychody schematów finansowania (ICHA-FS)

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

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

Kod ICHA	Płatnicy w ochronie zdrowia
FA.1	Instytucje rządowe i samorządowe (łącznie z funduszami ubezpieczeń społecznych)
FA.1.1	Instytucje rządowe na szczeblu centralnym
FA.1.2	Fundusze ubezpieczeń społecznych
FA.1.9	Wszystkie inne jednostki rządowe
FA.2	Ubezpieczenia prywatne
FA.3	Przedsiębiorstwa (inne niż ubezpieczeniowe)
FA.4	Instytucje niekomercyjne
FA.5	Gospodarstwa domowe
FA.6	Zagranica

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

Metodologia wyliczania nakładów na ochronę zdrowia przez Ministerstwo Zdrowia określona jest ściśle w art. 131c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285) i nie jest powiązana z metodologią SHA 2011, według której opracowywany jest Narodowy Rachunek Zdrowia.

Zgodnie z przepisami ustawy, na finansowanie ochrony zdrowia, przeznacza się corocznie środki w wysokości nie niższej niż 6% produktu krajowego brutto, z zastrzeżeniem, że wysokość środków finansowych przeznaczonych na finansowanie ochrony zdrowia w latach 2018–2023, nie może być niższa niż:

- 1) 4,78% produktu krajowego brutto w 2018 r.
- 2) 4,86% produktu krajowego brutto w 2019 r.
- 3) 5,03% produktu krajowego brutto w 2020 r.
- 4) 5,30% produktu krajowego brutto w 2021 r.
- 5) 5,55% produktu krajowego brutto w 2022 r.
- 6) 5,80% produktu krajowego brutto w 2023 r.

Powyższe limity, zgodnie z ust. 4 art. 131c tej ustawy, są uwzględniane przez Radę Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o prowizorium budżetowym.

Punkt odniesienia wartości produktu krajowego brutto jest wskazany w art. 131c ust. 2 ustawy, zgodnie z którym wartość produktu krajowego brutto jest ustalana na podstawie wartości określonej w obwieszczeniu

Prezesa Głównego Urzędu Statystycznego wydawanym na podstawie art. 5 ustawy z dnia 26 października 2000 r. o sposobie obliczania wartości rocznego produktu krajowego brutto, według stanu na dzień 31 sierpnia. Przedmiotowe obwieszczenie wydawane jest do 15 maja danego roku za rok poprzedni. Tym samym, przy planowaniu nakładów na ochronę zdrowia na rok następny, zgodnie z ustawą, Rada Ministrów w projektach ustaw budżetowych albo projektach ustaw o przewidywanym budżecie uwzględnia tę wartość PKB, która jest dostępna dla roku N-2 w stosunku do roku N, którego dotyczy ustawa budżetowa. Dodatkowo ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa również ścisły katalog wydatków lub kosztów, które wlicza się do nakładów na ochronę zdrowia.

Katalog ten obejmuje:

- 1) wydatki budżetowe w części budżetu państwa, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia;
- 2) wydatki budżetowe w dziale „ochrona zdrowia” w innych częściach budżetu państwa;
- 3) koszty Narodowego Funduszu Zdrowia ujęte w planie finansowym Funduszu z wyłączeniem wydatków budżetowych, o których mowa w punktach 1 i 2, środków finansowych, o których mowa w art. 97 ust. 13 oraz środków z Funduszu Medycznego, przekazywanych do Funduszu;
- 4) odpis dla Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, o którym mowa w art. 31t ust. 5–9, ujęty w planie finansowym Funduszu;
- 5) koszty związane z realizacją staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów oraz specjalizacji lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek i położnych;
- 6) koszty ujęte w planie finansowym Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych, o którym mowa w art. 88 ustawy z dnia 19 listopada 2009 r. o grach hazardowych;
- 7) koszty realizacji programów rządowych, o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 23 października 2018 r. o Funduszu Solidarnościowym, w zakresie wsparcia zdrowotnego osób niepełnosprawnych;
- 8) odpis dla Agencji Badań Medycznych, o którym mowa w art. 97 ust. 3e, ujęty w planie finansowym Funduszu.

3. PODSTAWOWE DEFINICJE

Ambulatoryjna opieka zdrowotna – według ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹²⁵ – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych.

Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne obejmują świadczenia podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej, udzielane w warunkach niewymagających ich udzielenia w trybie stacjonarnym i całodobowym w odpowiednio urządzonym, stałym pomieszczeniu. Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa/zakładu leczniczego, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń lub w miejscu pobytu pacjenta¹²⁶.

Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne finansowane ze środków publicznych¹²⁷ są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie to nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologicznych i położniczych,
- stomatologicznych,
- wenerologicznych,
- onkologicznych,
- psychiatrycznych,
- dla osób chorych na gruźlicę,

¹²⁵ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 1285).

¹²⁶ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 711).

¹²⁷ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 1285).

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

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

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

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

Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne¹²⁸.

Dysponent jednostki – podmiot leczniczy albo jednostka organizacyjna zakładu leczniczego podmiotu leczniczego, w którego skład wchodzi jednostka systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne¹²⁹.

Dyspozytornia medyczna – komórka organizacyjna urzędu wojewódzkiego wskazana w wojewódzkim planie działania systemu, utworzona w celu przyjmowania i obsługi zgłoszeń alarmowych przekazywanych z centrów powiadamiania ratunkowego, przyjmowania powiadomień o zdarzeniach oraz wykonywania zadań przez dyspozytorów medycznych¹³⁰.

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

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

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

Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi, prowadzone w formie samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, których celem jest prowadzenie działalności w zakresie i krwiolecznictwa. Do ich zadań należy pobieranie, preparatyka oraz wydawanie krwi i jej składników do podmiotów leczniczych,

¹²⁸ Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).

¹²⁹ Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz. U. 2021 poz. 2053).

¹³⁰ Ustawa o systemie powiadamiania ratunkowego z dnia 22 listopada 2013 (Dz. U. 2021 poz. 268).

a także realizacja zaopatrzenia w produkty krwiopochodne, rekombinowane koncentraty czynników krzepnięcia, desmopresynę i inne produkty lecznicze¹³¹.

Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy – podmioty wykonujące działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi (z wyłączeniem pielęgniarek i położnych wykonujących zawód w formach określonych odrębnymi przepisami), stanowiące podstawowe jednostki służby medycyny pracy oraz wojewódzkie ośrodki medycyny. Jednostki organizacyjne służby medycyny pracy określa art. 2 pkt 2 ust. 1 ustawy¹³².

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

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

Lecznictwo uzdrowiskowe – zorganizowana działalność polegająca na udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia uzdrowiskowego albo rehabilitacji uzdrowiskowej, prowadzona w uzdrowisku przez zakłady lecznictwa uzdrowiskowego albo poza uzdrowiskiem w szpitalach i sanatoriach znajdujących się w urządzonych podziemnych wyrobiskach górniczych, przy wykorzystaniu warunków naturalnych (surowce lecznicze, właściwości lecznicze klimatu) oraz towarzyszących zabiegów z zakresu fizjoterapii.

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

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

Hospitalizacja – całodobowe udzielanie świadczeń w trybie planowym albo nagłym, obejmujące proces diagnostyczno-terapeutyczny oraz proces 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 prawnych¹³³.

Lekarz dentysta 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 przyległych¹³⁴.

Lekarz specjalista (lekarz dentysta specjalista) – lekarz posiadający specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w odpowiedniej dziedzinie medycyny zgodnie z art. 16 ustawy¹³⁵ i wydanym na tej podstawie rozporządzeniem¹³⁶.

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.

131 Ustawa o publicznej służbie krwi z dnia 22 sierpnia 1997 r. (Dz. U. 2021 poz. 1749).

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

133 Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 790).

134 Ibidem.

135 Ibidem.

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

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

Medycyna pracy – teoretyczna i praktyczna dziedzina medycyny, której przedmiotem jest badanie wpływu środowiska pracy i sposobów wykonywania pracy na stan zdrowia pracujących, oraz minimalizowanie negatywnych skutków zdrowotnych pracy poprzez odpowiednią profilaktykę. Zgodnie z przepisami Kodeksu pracy¹³⁷ pracodawcy zobowiązani są do finansowania profilaktycznych badań lekarskich pracowników oraz profilaktycznej opieki zdrowotnej niezbędnej z uwagi na warunki pracy.

Miejsce zdarzenia zgodnie z ustawą¹³⁸ – miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

Opieka paliatywna i hospicyjna – wszechstronna i całościowa forma opieki sprawowana nad pacjentem chorym na nieuleczalną chorobę oraz jego rodziną, mająca na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z codziennymi problemami związanymi z postępującą, często nieuleczalną chorobą. Podejmowane działania służą zapobieganiu cierpienia, niesieniu ulgi, leczeniu bólu i innych objawów somatycznych oraz pomocy w rozwiązywaniu problemów, wraz ze wsparciem dla rodziny pacjenta.

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

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

Ośrodek leczenia odwykowego – zakład leczniczy prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, zarówno w trybie całodobowym jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od alkoholu.

Ośrodek rehabilitacyjny dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych (razem z MONAR) – zakład leczniczy podmiotu leczniczego prowadzący oddziały leczenia i terapii uzależnień, działający zarówno w trybie całodobowym, jak i dziennym i/lub hostelowym, w którym większość osób leczonych jest z powodu uzależnienia od innych substancji psychoaktywnych niż alkohol.

Pacjent stacjonarny – osoba formalnie przyjęta na leczenie lub pod opiekę, do szpitala lub innego stacjonarnego zakładu leczniczego, pozostająca w nim na minimum jedną noc lub dłużej niż 24 godziny.

Pielęgniarka – osoba posiadająca wymagane prawem kwalifikacje do wykonywania zawodu pielęgniarki i wykonująca ten zawód, tj. udzielająca świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia¹³⁹.

Podstawowa opieka zdrowotna – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej¹⁴⁰.

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

¹³⁷ Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity: Dz. U. 2020 poz. 1320).

¹³⁸ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. 2021 poz. 2053).

¹³⁹ Ustawa z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2021 poz. 479).

¹⁴⁰ Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity Dz. U. z 2021 r. poz. 1285).

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, żłobkach i klubach dziecięcych, zgodnie z ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz o zawodzie pielęgniarki i położnej. Nie zalicza się natomiast osób, dla których głównym miejscem pracy jest Narodowy Fundusz Zdrowia, wyższa uczelnia lub jednostka administracji rządowej lub samorządowej oraz resortu sprawiedliwości, a także osób pracujących w ZUS, KRUS oraz w firmach farmaceutycznych, nawet jeśli praca przez niewykonywana wymaga wykształcenia medycznego.

Praktyki zawodowe lekarzy, lekarzy dentystów, pielęgniarek lub położnych – forma wykonywania zawodu w ramach działalności leczniczej na zasadach określonych w ustawie oraz w przepisach odrębnych, po wpisaniu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą¹⁴¹.

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

$$W = \frac{\text{osobodni pobytu pacjentów w roku}}{\text{średnia liczba łóżek w roku} \times 365 \text{ dni}} \times 100\%$$

Wielkości użyte do wyliczenia oznaczają:

- średnia liczba łóżek w roku (przeciętna miesięczna liczba łóżek w roku) – suma liczby łóżek według stanu na koniec poszczególnych miesięcy w roku podzielona przez 12;
- osobodni pobytu pacjentów w roku – łączna liczba dni pobytu wszystkich pacjentów w zakładzie leczniczym w ciągu okresu sprawozdawczego (rok), dzień przyjęcia i wypisania liczy się jako jeden dzień pobytu.

Wskaźnik może być wyrażony jako udział procentowy wykorzystanej bazy łóżkowej w roku oraz w wersji uproszczonej, wyrażony w dniach w roku.

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

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

Punkty apteczne – ogólnodostępne punkty obrotu detalicznego produktami leczniczymi. Punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy¹⁴² mogą być usytuowane jedynie na obszarach wiejskich, jeśli na terenie danej wsi nie jest prowadzona apteka ogólnodostępna.

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

Rejestr praktyk lekarskich prowadzony jest przez okręgową radę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Przed rozpoczęciem działalności lekarz i lekarz dentysta musi uzyskać m.in. wpis do ewidencji działalności gospodarczej, a w przypadku praktyki specjalistycznej, posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreślenia 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 e-Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

¹⁴¹ Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2021 poz. 711).

¹⁴² Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. 2021 poz. 1977).

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 e-Zdrowia – wyspecjalizowana jednostka utworzona zarządzeniem Ministra Zdrowia.

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

Szpital psychiatryczny – zakład leczniczy podmiotu leczniczego wykonujący działalność leczniczą w rodzaju świadczenia szpitalne, prowadzący przynajmniej jeden oddział całodobowej opieki psychiatrycznej.

Stacjonarny zakład rehabilitacji leczniczej – zakład leczniczy/jednostka organizacyjna zakładu leczniczego/komórka zakładu leczniczego w którym podmiot leczniczy wykonuje działalność leczniczą polegającą w szczególności na działaniach usprawniających, które służą zachowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia.

Średni czas pobytu w placówkach stacjonarnej opieki zdrowotnej (w dniach) – jest to iloraz osobodni (łączna liczba dni pobytu osób leczonych w ciągu roku w danym rodzaju zakładu) i łącznej liczby osób leczonych w ciągu tego okresu.

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

Szpitalny oddział ratunkowy – oddział szpitalny, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej, polegających na wstępnej diagnostyce oraz podjęciu leczenia w zakresie niezbędnym dla stabilizacji funkcji życiowych osób, które znajdują się w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego. Szpitalny oddział ratunkowy może powstać w placówkach, w których znajduje się co najmniej: oddział chirurgii ogólnej z częścią urazową, oddział chirurgii dziecięcej – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, oddział chorób wewnętrznych, oddział pediatrii – w przypadku szpitali udzielających świadczeń zdrowotnych dla dzieci, oddział anestezjologii i intensywnej terapii, pracownia diagnostyki obrazowej¹⁴³.

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

Świadczenie zdrowotne jest to działanie służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działanie medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady jego wykonywania, w szczególności związane z:

- badaniem i poradą lekarską,
- leczeniem,
- badaniem i terapią psychologiczną,
- rehabilitacją leczniczą,
- opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, położeniem oraz nad noworodkiem,
- opieką nad zdrowym dzieckiem,
- badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną,
- pielęgnacją chorych,
- pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi,
- opieką paliatywno-hospicyjną,

¹⁴³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 27 czerwca 2019 r. w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2048).

- orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia,
- zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne,
- czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji,
- czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze zgodnie z ustawą.

Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady lecznicze podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz przez praktyki zawodowe.

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

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 lecnictwo 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.

Wypisani pacjenci – pacjenci, którzy opuścili zakład leczniczy (np. szpital) po przebytych leczeniu w trybie stacjonarnym. W liczbie tej nie uwzględnia się osób zmarłych.

Zabiegi lecznicze i przyrodolecznictwo wykonywane w uzdrowiskach:

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

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

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

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

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

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

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

wodolecznictwo, hydroterapia – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub ciepłej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, bicz wodny, 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 przeciwskażeń ustalonych dla danego uzdrowiska z wykorzystaniem warunków naturalnych uzdrowiska.

Zgodnie z ustawą¹⁴⁴ zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, szpitale uzdrowiskowe dla dzieci i sanatoria uzdrowiskowe dla dzieci, przychodnie uzdrowiskowe, zakłady przyrodolecznictwa, szpitale i sanatoria w urzędzonych 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 Medycznym¹⁴⁵ dzielą się na: zespoły specjalistyczne, w skład których wchodzi co najmniej trzy osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym lekarz systemu oraz pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny; zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny. Zespół ratownictwa medycznego jest wyposażony w środek transportu sanitarnego spełniający cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane. W skład każdego z typów wyżej wymienionych zespołów wchodzi kierownik, w przypadku gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie spełnia warunków, o których mowa w art. 106 ust. 1 ustawy o kierujących pojazdami¹⁴⁶.

¹⁴⁴ Ustawa z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz. U. z 2021 poz. 1301).

¹⁴⁵ Ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. 2021 poz. 2053).

¹⁴⁶ Ustawa z dnia 5 stycznia 2011 r. o kierujących pojazdami (Dz. U. 2021 poz. 1212).

PART II.

METHODOLOGICAL NOTES

1. SOURCES OF STATISTICAL DATA

The essential results of surveys conducted according to the Programme of Statistical Surveys of Official Statistics serve as the basic source of information presented in the publication. The surveys are conducted by the CSO as well as by the ministries (Ministry of Health or Ministry of Interior and Administration)¹⁴⁷. Complementary sources include administrative data and aggregate studies obtained from health care institutions and data from the European Health Interview Survey conducted in 2019.

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

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

In the survey of health resort treatment and inpatient medical rehabilitation facilities (ZD-2) information on number of establishments, beds, as well as inpatients by sex and age are obtained. In terms of inpatients are collected data about number of people subsidized by the National Health Fund, ZUS and KRUS, full-fee patients (including foreigners), as well as persons who received funding from PFRON. Data on number and types of natural healing services performed in health resort facilities are also obtained.

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

In the survey of emergency relief and medical rescue (ZD-4) there are collected, among others, data on the number of medical rescue units included in the plans of voivodes, including emergency departments and rescue teams together with data on medical staff working in them, as well as data on trips to emergencies at the place of their occurrence and the number of people to whom health services were provided at the place of the accident. This survey also includes the number of services provided on an outpatient basis in the emergency room and in the hospital emergency department, as well as the inpatient activity of the hospital emergency department. The scope of information on the medical rescue system also includes data on departures of medical rescue teams, emergency rooms, hospital emergency wards and trauma centers obtained from the Command Support System for Polish Emergency Medical Services and data on the activity of air medical rescue teams obtained from the administrative system of the Air Rescue Service.

ZD-5 questionnaire is aimed at gathering information on pharmacies (generally available pharmacies and dispensaries) and pharmaceutical outlets. The survey covers the information on the type of the establishment, scope of services rendered (mail order services, services available at nights, preparation

¹⁴⁷ The entities for which the forming body is the Minister of National Defence starting from 2012 are covered by reporting adequately of the Central Statistical Office and the Ministry of Health.

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 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 (excluding doctors, dentists, nurses and midwives), inpatient care – hospitals, long-term health care facilities, psychiatric facilities and blood donation, presented herein, has been derived from the reports of the Ministry of Health and the Ministry of Interior and Administration. The following annual statistical reports serve as the source of information in this scope: MZ-29, MSWiA-43 (hospital care), MZ-29a and MSWiA-33 (long-term health care), MZ-88, MZ-88A, MZ-89, MSWiA-29 and MSWiA-30 (inter alia medical personnel working with patients and employed within the government and local self-government administration, the National Health Fund personnel, persons employed in higher education institutions training medical personnel), MZ-30 (psychiatric facilities), and MZ-42, MSWiA-44 and MSWiA-46 (blood donation). The number of doctors, dentists, nurses and midwives is based on administrative sources (including registers).

The data on activity of diagnostic laboratories has been derived from the reports of the Ministry of Health and the Ministry of Interior and Administration: annual statistical reports MZ-11 and MSWiA-32 (outpatient treatment) as well as MZ-29 and MSWiA-43 (hospital care).

The Annual Report on Psychiatric In-patient Units in 2021, developed on the basis of the MZ-30 form by the Institute of Psychiatry and Neurology, served as the source of data on psychiatric in-patient facilities.

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

The information from National Health Account on expenditure on health care has been developed on the basis of data from National Health Fund, Ministry of Health, Social Insurance Institution (ZUS), Agricultural Social Insurance Fund (KRUS), Ministry of Family and Social Policy, Ministry of the Interior and Administration, Ministry of National Defence, Ministry of Justice, the annual report on execution of the plans of the State budget expenses (Rb-28) and also annual report on execution of the plans of the budgetary expenses by local self-governments (Rb-28S), reports on the activities of NGOs (SOF-1) and annual report of doctor conducting preventive examinations of employees (MZ-35A). The estimates also use SP (Year's results of the survey of companies) and SP-3 (Report on the economic activities of enterprises). The information was supplemented with the expert estimates of households expenditure on health care, based on the results of *Households budgets survey* as well as module survey *Health care in households in 2020*.

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

2. BASIC METHODOLOGICAL EXPLANATIONS

The data concerning health care – unless otherwise stated – include not only health care units subordinated to the Ministry of Health but also health care units subordinated to the Ministry of National Defence, the Ministry of the Interior and Administration; it means that the presented data concerning medical personnel, out-patient and in-patient health care can't be directly compared with the data published in the previous

editions of this Yearbook (before 2012), however, data presented in this publication still do not include information on prison health care (exception Table 9 and tabular annex).

Indicators based on population number (inhabitants of Poland) for 2021 and 2020 have been updated based on data compiled on the basis of the results of the National Population and Housing Census 2021, therefore there may be differences compared to the study from the previous year.

The numbers describing the health care system resources are given as of 31 December, while the numbers describing the activities of the surveyed facilities refer to the activities undertaken during the year. When computing per capita data (1 000 and 10 000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., people cured) – as of 30 June.

When computing per capita data (1 000 population, etc.) as of the end of a year (e.g., beds in hospitals, fixed assets), the population as of 31 December was adopted, whereas data describing the magnitude of a phenomenon within a year (e.g., people cured) – as of 30 June.

Relative numbers (indices, percentages) are, as a rule, calculated on the basis of absolute data expressed with higher precision than that presented in the tables. Minor discrepancies in adding up the data on the "total" (in the analytical section and in annex table) result from automatic rounding.

The data and analysis presented in the publication are consistent with the structure of the health care presented in the Act on Health Care Activities¹⁴⁸.

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

Medical entities – in accordance with *the Act* include:

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

In turn, the professional practices include:

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

The most significant changes introduced by the *Act on Health Care Activities*, include the statutory distinction of terms: a health care entity and a company of health care entity. In addition, the *Act on Health Care Activities* introduced changes in the classification of medical entities. Legislators resigned to use the International Classification of Health Care Providers (HP) instead they used the three types of activities:

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

¹⁴⁸ The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

In 2016, the amendment to the Act on Medical Activity¹⁴⁹ came into force, replacing the notion of a "medical enterprise" with the term "medical facility". However, this change did not affect the comparability of statistics.

Statistical surveys, which results are presented in this publication included companies or corporate organizational entities providing health care services registered¹⁵⁰ in the Register of Entities providing health care. The register number in the register of the entity providing health care, part II, III, IV, V and VI of the resort code and the type of medical practice and practice of medicine/dentistry acquired during the process of registration of entity providing health services was used for identification of entities covered by the surveys (forms ZD-2, ZD-3 and ZD-4).

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 2021).

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 2022 item 1657).

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.

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

The ambulatory health care includes consultations and teleconsultations provided by physicians and dentists: – provided within the primary health care include consultations provided by GP (General Practitioners) and by primary care physician, – treated as specialist include consultations provided by physicians specialized in a given area of medicine and by dentists. The ZD-3 form also includes information on holiday and nighttime medical services¹⁵¹. By 30/09/2017 advice was reported in Primary Health Care (POZ), and from 01/10/2017 were separated in a section "holiday and nighttime medical services" and include advice including those provided under sub-contract with the hospital to perform these tips.

The ZD-5 survey covers three types of establishments: generally available pharmacies, pharmaceutical outlets, and dispensaries in the units performing health care activities, created by the Minister of the National Defence, the Minister of Justice. These do not include pharmacies/or dispensaries which operate in the structure and for the need of other hospitals. Pharmaceutical outlets established after the Act¹⁵² came into force can only be located in rural areas and if there is no other retail pharmacy in the village.

Information kept by the provincial pharmaceutical inspectorates – specifically the records of pharmacies – was used to create a list of pharmacies and pharmaceutical outlets surveyed in ZD-5 (as at 31 December 2021).

The various types of facilities for the disabled, mentioned in ZD-2, ZD-3 and ZD-5 surveys should have to meet the requirements of the Ministry of Infrastructure Regulation¹⁵³.

Data on the medical personnel come from the Ministry of Health (including data from Ministry of National Defence), Ministry of the Interior and Administration and the CSO. Data on the medical staff working directly

149 Act of 10 June 2016 amending the Act on Health Care Activities (Journal of Laws 2016 item 960).

150 As of 31 December 2020.

151 Act of 25 May 2017 amending the act on health care services financed from public funds and certain other acts (Journal of Laws 2017 item 1200) and Regulation of the Minister of Health of June 28, 2017 amending the regulation on guaranteed services in the field of basic health care (OJ 2017 item 1300).

152 Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2021 item 1977).

153 The Ministry of Infrastructure Regulation of 12 April 2002 (uniform text Journal of Laws 2019 item 1065).

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.

Due to the incomplete fulfillment of the statistical obligation by medical entities, especially professional practices, the data on people working with the patient may be lower than the actual state. Therefore, as a result of the methodological work carried out, data on doctors, dentists, nurses and midwives for 2019, 2020 and 2021 were estimated based solely on administrative sources. These data are incomparable with the data published earlier. A detailed algorithm for processing data for the above-mentioned occupations is presented below.

The following administrative sources were used in the work on the algorithm used to estimate the number of doctors, dentists, nurses and midwives:

- List of Social Insurance Institution contributors (Social Insurance Institution),
- Register of entities performing medical activities (Ministry of Health),
- Registers of medical practices (Ministry of Health),
- List of entities with which the National Health Fund has signed a contract for the provision of medical services (National Health Fund),
- Central Register of Nurses and Midwives (General Chamber of Nurses and Midwives),
- Central Register of Doctors and Dentists (The Polish Chamber of Physicians and Dentists).

The works also used data files developed at the Central Statistical Office for the purposes of other statistical surveys, e.g. Base of Statistical Units, which allowed to avoid duplication of part of the work.

The algorithm for individual groups of medical professionals was developed on the basis of the obtained administrative data and consisted of several steps described below:

A. Determination of the population of persons licensed to practice the profession of doctor, dentist, nurse and midwife, residing in Poland

Persons from the registers kept by the The Polish Chamber of Physicians and Dentists and the Supreme Chamber of Nurses and Midwives were assigned the Unique Statistical Number (UNS), also used in other collections used for further calculations.

On the basis of the collections of The Polish Chamber of Physicians and Dentists and General Chamber of Nurses and Midwives, as well as, Statistical Census Database (SBS), the actual residence of these persons in the country was established. Persons who possess at least one of the following characteristics have been removed from the list of holders of the profession: they left the country, persons residing and receiving benefits outside the territory of Poland, persons with a foreign address, persons appearing in only one register, persons who died.

In this way, the population of persons with the right to exercise the profession (PWZ) residing in Poland with a unique identifier (UNS — a unique statistical number) and the number of the right to exercise the profession, which was supplemented with demographic data (age, sex) and address of residence, was obtained. In the final stage of work, the identifier was deleted.

B. Determination of the population of people working with a patient (practising) in the group described in section A

It is assumed that a person working with a patient is a person shown to be working in at least one of the sources: Register of Entities providing health care, the National Health Fund (list of entities having a contract with the National Health Fund), BJS (entities from the Statistical Units Base, operating according to PKD in section Q Healthcare and social assistance) or active practice (individual or group).

In order to obtain a population of persons working with the patient, for each of the entities identified as providing health care to patients:

- verified the presence of entities in the collection of Social Insurance Institution contribution payers (linking key: REGON/NIP);
- then, from among the persons for whom these entities pay contributions, the persons working were selected (the employment status was determined on the basis of the insurance title codes).

C. Designation of the main workplace for people working with the patient

For people working with a patient, on the basis of the collections of Social Insurance Institution contribution payers, their main workplace was determined by adopting the following criteria applied in turn:

- where a person works in one place, it is his or her main place of work;
- where a person works in more than one place of work, the main place of work shall be the one where the working time is the highest;
- another criterion for selecting the main place of work was: the basis for the assessment of the pension contribution or, if it is impossible to use, the basis for the assessment of the health insurance contribution;
- where the above, successively applied criteria do not allow an unambiguous choice to be made, the main place of work shall be deemed to be the place where the working person in the profession of doctor or dentist or nurse or midwife is employed under an employment contract (i.e. where the first four digits of the insurance title code this 01 10);
- in other cases, the main place of work is determined randomly.

Data on beds in in-patient health care facilities transmitted to international organisations (and presented in the annex in Table 9) represents the total number of beds in hospitals (HP.1) and in long term care facilities (HP.2) in its wide scope of understanding. Data are elaborated in accordance with OECD/EUROSTAT requirements.

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

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

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

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

The number of hospitals refer to the health care units of therapeutic entities or organizational units of these health care units, in which the entity conducts medical activity in kind of stationary and twenty-four hours

hospital services. Health care units of the therapeutic entities providing health services with the intent to discharge a patient in time not exceeding twenty-four hours (day care hospitals) are excluded.

The number of hospital beds does not include day-places. The daily activities of hospitals is presented separately in the two tables (Table 16 and 17) together with the day-care activities of one day hospitals.

Data on hospital wards are presented for 35 groups of wards elaborated by the author of the survey (the Ministry of Health) on the basis of the system of identification codes for health care facilities (part VIII) in accordance with the Regulation¹⁵⁴ of the Minister of Health. In accordance with the amendment to this regulation, in the data for 2017, palliative and hospice care departments were distinguished and the name of the grouping of detoxification wards have been changed on addiction treatment wards.

Data on hospital wards concerns wards which reported inpatient or day care 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 Law on Health Care Activities*¹⁵⁵, as well as *the Act on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection*, as well as on *Health Resort Gminas*¹⁵⁶.

Inpatient rehabilitation facilities examined in the ZD-2 study are institutions which were registered using a code of specialty (7 400) and also registered beds and conduct inpatients activity.

Pursuant to the Act¹⁵⁷ on the State Emergency Medical, the following units are classified within the system:

- hospital emergency wards,
- emergency rescue teams, including medical air rescue teams, with whom contracts for the provision of healthcare services were concluded.

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

Data on patients in cross territorial location are presented according to the location of provided health care services regardless of a place of residence. The location of health service provided means the location of examined facilities which is in some case different from the location of the "parent facility".

In 2020, the National Medical Rescue Command System (SWD PRM) operated throughout the country. It is an IT system enabling the accepting emergency calls and event notifications from emergency numbers (112 and 999), dispatching emergency medical teams (ZRM), recording medical events, presentation of the geographical location of an emergency event and positioning of ZRM. In the country, the system maintenance and service is provided by the minister for public administration, while in the voivodship – by the voivode. The system allows, among others, the generation of cross-sectional statistics and analysis on the time of arrival of medical rescue teams to the scene of an incident. The year 2020 was the third year in which medical dispatchers kept statistical records in electronic form. Thus, the development of data on the characteristics of emergency medical service (EMT, in Polish: ZRM) interventions for the entire year 2020 did not pose major problems for the offices of voivodes compared to previous years. As a result, the data presented in this publication about the time of arrival at the scene of the event, the number of trips justified or not, are no longer estimates, which could have happened in previous years, and are much more precise.

Data on blood donation delivered by the National Blood Center – NBC, provided by regional and local blood collection sites run by NBC are displayed for regions (voivodships). Data delivered by the Military Blood

154 Regulation of 17 May 2012 of the Minister of Health on the system of departmental identification codes and a detailed method of their issuing (uniform text Journal of Laws 2019 item 173).

155 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

156 The Act of 28 July 2005 on Health Resort Treatment and on the Areas of Health Resort Protection, as well as on Health Resort Gminas (Journal of Laws of 2021 item 1301).

157 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws of 2021 item 2053).

Donation and Blood Transfusion Centers as well as the Blood Donation and Blood Transfusion Center run by the Ministry of Interior and Administration are available only for Poland as total.

The System of Health Accounts is an international tool for the analysis of health care expenditures, which captures them in a comprehensive manner that ensures comparability across countries. The National Health Accounts (NRZ) enable a systematic description of financial flows related to the consumption of health care goods and services. They aim to describe the health care system from an expenditure perspective.

For several years, these accounts have been produced according to the SHA 2011 methodology¹⁵⁸, under which information on health care expenditures is reported to international organizations – in 2015 (data for 2013) under the gentlemen's agreement, and from 2016 under the 2015 Commission (EU) Regulation¹⁵⁹.

The National Health Account is prepared annually for year T–2. The account is compiled according to the International Classification for Health Accounts (ICHA) expenditure classification and captured in four tables (HCxHF, HPxHF, HCxHP and HFxFS), which are transmitted, together with methodological remarks, to the OECD, Eurostat and WHO.

Expenditure on health and health care is presented in three basic cross sections: HF (financing schemes), HC (health care functions), and HP (providers). An additional table relates to the HFxFS cross-section and provides information on the relationship between financing schemes and the types of revenues going to them.

The results of the National Health Account are updated annually with preliminary estimates of funding patterns for the T–1 year.

The sources of information for the NRZ on public expenditure (HF.1), which consists of government schemes, compulsory – contributory insurance schemes, include administrative systems of institutions that collect data on health expenditure, i.e. the Ministry of Health, the National Health Fund, the Social Insurance Institution, the Agricultural Social Insurance Fund, the Ministry of Interior and Administration, the Ministry of National Defense, the Ministry of Justice, the Ministry of Family and Social Policy. The results of other surveys carried out under the program of surveys of public statistics and available sources of information, used mainly for estimating private expenditures, are also used.

Due to the aforementioned change in methodology, the NRZ results for 2013–2020 should not be directly compared to accounts published in previous years. Only selected aggregates can be analyzed, at a high level of generality, of the account produced according to SHA 2011 with respect to SHA 1.0.

The financing schemes (ICHA – HF)

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

¹⁵⁸ Until 2014, the National Health Account was produced on the basis of the SHA 1.0 methodology and submitted to the OECD, Eurostat and WHO based on a gentlemen's agreement. The process of compiling SHA 2011 began in 2007 as a collaborative effort between experts from the OECD, WHO and Eurostat under the joint name of the International Health Accounts Team (IHAT). The manual, prepared by the Team, was subject to detailed and extensive consultations aimed at collecting opinions of international experts and international organizations from all over the world. Representatives of Statistics Poland actively participated in the development of the new SHA methodology during subsequent stages of its development. From 2015 – data for 2013, in accordance with the Commission Regulation, the National Health Account is compiled according to the SHA 2011 methodology.

¹⁵⁹ Commission Regulation (EU) 2015/359 of 4 March 2015 implementing Regulation (EC) No 1338/2008 of the European Parliament and of the Council as regards statistics on healthcare expenditure and financing.

Health care functions (ICHA-HC)

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

Health care providers (ICHA-HP)

ICHA code	Providers of health care
HP.1	Hospitals
HP.2	Residential long-term care facilities
HP.3	Providers of ambulatory health care
HP.4	Providers of ancillary services
HP.5	Retailers and other providers of medical goods
HP.6	Providers of preventive care
HP.7	Providers of health care system administration and financing
HP.8	Rest of the economy
HP.9	Rest of the world

Revenues of health care financing schemes (ICHA-FS)

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

Financing agents (ICHA-FA) – additional breakdown used for acquiring data by the Statistics Poland

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

It is important to keep in mind that health care systems all over the world are evolving, often undergoing complex organizational changes, and financing systems are also changing, which requires systematic adjustment of health accounts to these changes, which are supervised on an international scale by an expert team composed of representatives of: Eurostat, OECD and WHO – IHAT. Therefore, every year, if necessary, countries revise previously elaborated accounts in order to bring data to the best possible international comparability.

The methodology for calculating health care expenditures by the Ministry of Health is strictly defined in Article 131c of the Act on health care benefits financed from public funds of 27 August 2004 (Journal of Laws of 2021, item 1285) and is not related to the methodology of SHA 2011, according to which the National Health Account is developed.

Pursuant to the provisions of the Act, there shall be appropriated annually for the financing of health care an amount not less than 6% of the gross domestic product, provided that the amount of funds appropriated for the financing of health care from 2018 to 2023, shall not be less than:

- 1) 4.78% of gross domestic product in 2018
- 2) 4.86% of gross domestic product in 2019
- 3) 5.03% of gross domestic product in 2020
- 4) 5.30% of gross domestic product in 2021
- 5) 5.55% of gross domestic product in 2022
- 6) 5.80% of gross domestic product in 2023.

These limits, in accordance with paragraph 4 of Article 131c of this Act, are taken into account by the Council of Ministers in draft budget laws or draft laws on budget provisions.

The reference point for the value of the gross domestic product is indicated in Article 131c(2) of the Act, according to which the value of the gross domestic product is determined on the basis of the value specified in the announcement of the President of Statistics Poland issued pursuant to Article 5 of the Act of 26 October 2000 on the method of calculating the value of the annual gross domestic product as at 31 August. This announcement is issued by May 15 of a given year for the previous year. Thus, when planning outlays on health care for the following year, in accordance with the Act, the Council of Ministers, in draft budget laws or draft laws on budget provision, takes into account that value of GDP which is available for year N-2 in relation to year N to which the budget law refers. In addition, the Law on health care services financed from public funds, also defines a strict catalog of expenses or costs that are included in health care outlays.

The catalog includes:

- 1) budgetary expenditure in the part of the state budget at the disposal of the minister responsible for health matters;
- 2) budget expenditures in the "health care" section in other parts of the state budget;
- 3) costs of the National Health Fund included in the financial plan of the Fund excluding budgetary expenditures referred to in points 1 and 2, financial resources referred to in Art. 97 par. 13 and resources from the Medical Fund transferred to the Fund;
- 4) the estreat for the Agency for Health Technology Assessment and Tarification, referred to in Art. 31t sections 5–9, included in the financial plan of the Fund;
- 5) costs related to the implementation of postgraduate internships of doctors and dentists and of specializations of doctors, dentists, nurses and midwives;
- 6) costs included in the financial plan of the Gambling Problem Solving Fund, referred to in Article 88 of the Gambling Act of 19 November 2009;
- 7) the costs of implementing the government programs referred to in Article 7(1) of the Act of 23 October 2018 on the Solidarity Fund with regard to health support for persons with disabilities;
- 8) the estreat for the Medical Research Agency referred to in Art. 97 par. 3e, included in the Fund's financial plan.

3. BASIC DEFINITIONS

Administrator of a system unit – health care facility comprising a unit of State Emergency Medical Services according to the Act¹⁶⁰.

Addiction recovery center – a medical facility of medical entity conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24-hour basis, as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

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

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

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

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.

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

Detoxification center – a medical facility conducting addiction treatment and therapy wards, both on a 24-hour as well as on a day and/or hostel basis, where most people are treated for alcohol addiction.

Discharged patients – patients who left the treatment facility (e.g. hospital) after inpatient treatment. This number does not include deceased patients.

A dentist (up to 31 May 2004 – a stomatologist) – a person who has required qualifications, confirmed by appropriate documents, to perform the profession of a dentist, which consists of providing services in the scope of teeth, oral cavity, facial part of the skull and adjacent area¹⁶¹.

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 Act¹⁶², and the regulation¹⁶³.

Drug treatment center – an inpatient facility that operates substance abuse treatment and therapy units, either on a 24-hour basis or on a day and/or hostel basis, where the majority of individuals are treated for alcohol dependence.

Emergency rescue teams – pursuant to the Act on the State Emergency Medical Services¹⁶⁴, 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;

¹⁶⁰ The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2021 item 2053).

¹⁶¹ The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2021 item 790).

¹⁶² The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist, (uniform text Journal of Laws 2021 item 790).

¹⁶³ Regulation of the Minister of Health of 31 August 2020 on the specialization of Doctors and Dentists (Journal of Laws item 1566).

¹⁶⁴ The Act on the State Emergency Medical System of 8 September 2006 (uniform text Journal of Laws 2021 item 2053).

The medical rescue team shall be equipped with a means of sanitary transport fulfilling technical and quality features specified in the Polish Standards transposing the European harmonized standards. Both teams also include a driver, in the event that no member of such a team fulfils the conditions referred to the Article 106, paragraph 1 of the Act on vehicle drivers¹⁶⁵.

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 an organizational unit or cell performing medical activities as outpatient or stationary round-the-clock health benefits under the provisions of medical activity. Health resort facility operates in the area of the health resort (spa), has been created in order to provide health services in the field of health resort treatment or rehabilitation. According to the Law¹⁶⁶ 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 underground mine.

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

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

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

A hospital emergency ward – a hospital ward, which provides health care services, consisting of initial diagnosis and making treatment to stabilize the vital signs of persons in crisis situation. A hospital emergency department can be established in facilities which have at least: a general surgery department with a trauma section, a pediatric surgery department – for hospitals providing health care services for children,

¹⁶⁵ The Act of 5 January 2011 on vehicle drivers (Journal of Laws 2021 item 1212, with subsequent amendments)

¹⁶⁶ 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 2021 item 1301).

an internal medicine department, a pediatrics department – for hospitals providing health care services for children, an anesthesiology and intensive therapy department, an imaging diagnostic laboratory¹⁶⁷.

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

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

Inpatient – a person formally admitted for treatment or care, to a hospital or other inpatient treatment facility, and who remains there for a minimum of one night or more than 24 hours.

Inpatient medical rehabilitation facility – a medical facility/organizational unit of a medical facility/cell of a medical facility in which a medical entity carries out therapeutic activity consisting in particular in improvement activities that serve to preserve, restore and improve health.

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

Natural healing services in health resort facilities and in inpatient rehabilitation facilities:

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

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.

¹⁶⁷ Regulation of the Minister of Health of 27 June 2019 on the hospital emergency department (uniform text Journal of Laws 2021 item 2048).

Medical dispatch center – an organizational unit of a voivodship office indicated in the voivodship plan of action of the system, created to receive and handle emergency calls transmitted from emergency notification centers, to receive notifications about events and to perform tasks by medical dispatchers¹⁶⁸.

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 services¹⁶⁹.

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 annual average occupancy rate (in days) – the number of bed-days divided by the average number of beds.

The annual average 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:

$$W = \frac{\text{annual inpatient bed-days}}{\text{average number of beds} \times 365} \times 100\%$$

The values used for the calculation mean:

- annual inpatient bed-days – number of the days that inpatients spend in health facility during a year. The admission day and the discharge day are counted as one day of patient stay in a facility
- the average number of beds – number of beds in health facility as of the end of each month, divided by 12.

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 Act¹⁷⁰, employers are obliged to finance preventive medical examinations of the employees and other necessary prophylactic health care activities as per the working conditions.

Occupational medicine service organizational units – entities, excluding nurses and midwives (as defined by the provisions of separate regulations), which deliver preventive occupational health care as a part of their curative activities. Such entities constitute basic occupational medicine service units and voivodship occupational medicine service centres. Occupational medicine service organizational units are defined in art. 2, paragraph 2 of the OMS Act¹⁷¹.

Organisational units of public blood service, conducted in the form of an independent public health care institution, whose purpose is to conduct activities in the field of blood donation and blood therapy. Their tasks include the collection, preparation and dispensing of blood and its components to medicinal entities, as well as the supply of blood products, recombinant coagulation factor concentrates, desmopressin and other medicinal products¹⁷².

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.

168 The Act of 22 November 2013 on the Emergency Notification System (uniform text Journal of Laws of 2021 item 268).

169 The Act of 15 July 2011 on the Profession of Nurses and Midwives (uniform text Journal of Laws of 2021 item 479).

170 Labour Code Act of 26 June 1974, Official Journal 2020.1320.

171 Occupational Medicine Service Act of 27 June 1997, Official Journal 2019.1175.

172 The Act on Public Blood Service of 22 August 1997 (uniform text Journal of Laws of 2021 item 1749).

Out-patient health care – according to the Act¹⁷³ – 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 residence¹⁷⁴.

Palliative and hospice care – a comprehensive and holistic form of care provided to patients with terminal illness and their families to improve the quality of life of patients and their loved ones coping with the daily problems associated with a progressive, often incurable disease. Activities undertaken serve to prevent suffering, provide relief, treat pain and other somatic symptoms and help with problem solving, along with support for the patient's family.

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

Pharmacy – an establishment within health care system, where pharmacists and other pharmaceutical personnel provide pharmaceutical services.

Pharmaceutical outlets – generally available points of retail turnover for medicinal products. Pharmacy points created after the date of entry into force of the Act may be located only in rural areas, if there is no generally available pharmacy¹⁷⁵.

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 forms¹⁷⁶.

The place of occurrence – in accordance with the Act¹⁷⁷ 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 care¹⁷⁸.

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 care¹⁷⁹.

Psychiatric hospital – a medical institution of a medical entity conducting therapeutic activity in the type of hospital benefits, leading at least one department of 24-hour psychiatric care.

173 The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2021 item 1285).

174 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

175 The Act of 6 September 2001 – the Pharmaceutical Law (uniform text Journal of Laws of 2021 item 1977).

176 The Act of 5 December 1996 on the Profession of Doctor and Dentist (uniform text Journal of Laws of 2021 item 790).

177 The Act of 8 September 2006 on the State Emergency Medical Services (uniform text Journal of Laws 2021 item 2053).

178 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).

179 The Act of 15 April 2011 on Health Care Activities (uniform text Journal of Laws 2021 item 711).

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

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

Specialised out-patient services financed from public funds¹⁸⁰ are provided on the basis of a referral from a health insurance doctor.

No referral is required for services provided by:

- gynaecologists and obstetricians,
- dentists,
- venereologists,
- oncologists,
- psychiatrists,
- people suffering from tuberculosis,
- people infected with HIV,
- war and military invalids, veterans and victims of oppression,
- civilian blind victims of war,
- people addicted to alcohol, narcotics and psychotropic substances – in substance abuse treatment,
- authorized 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.

¹⁸⁰ The Act of 27 August 2004 on Health Services Financed from Public Funds (uniform text Journal of Laws 2021 item 1285).

Substance Abuse Rehabilitation Center (together with MONAR) – an inpatient facility of an inpatient entity that operates substance abuse treatment and therapy units, operating on both a 24-hour and day and/or hostel basis, where the majority of individuals are treated for addiction to psychoactive substances other than alcohol.

Teleconsultation – medical or psychological consultation provided remotely using a telephone connection or other ICT systems.

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

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

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