



Urząd Statystyczny we Wrocławiu



Informacje
i opracowania
statystyczne



**OCHRONA ZDROWIA I OPIEKA SPOŁECZNA
W WOJEWÓDZTWIE DOLNOŚLĄSKIM
W LATACH 2008 -2010**

*HEALTH CARE AND SOCIAL WELFARE
IN DOLNOŚLĄSKIE VOIVODSHIP
IN YEARS 2008-2010*

Wrocław

2011

ZESPÓŁ REDAKCYJNY *EDITORIAL BOARD*
URZĘDU STATYSTYCZNEGO *OF STATISTICAL OFFICE*
WE WROCŁAWIU *IN WROCŁAW*

PRZEWODNICZĄCY *PRESIDENT*
Małgorzata Wojtkowiak - Jakacka

REDAKTOR GŁÓWNY *EDITOR-IN-CHIEF*
Danuta Komarowska

CZŁONKOWIE *MEMBERS*
Beata Bal-Domańska, Sławomir Banaszak, Stanisław Kamiński, Waclaw Mazur,
Irena Makiej-Borowiecka, Gabriela Okoń, Anna Staniów, Elżbieta Stańczyk, Halina Urbanek,
Halina Woźniak, Marta Woźniakiewicz, Małgorzata Wysoczańska

SEKRETARZ *SECRETARY*
Agnieszka Ilczuk

OPRACOWANIE REDAKCYJNE *EDITORIAL ELABORATION*
Magdalena Klimek *Magdalena Klimek*
przy współpracy z: Haliną Urbanek *in cooperation with: Halina Urbanek*

SKŁAD KOMPUTEROWY I GRAFIKA *TYPE SETTING AND GRAPHIC*
Leszek Łukaszewicz

PROJEKT OKŁADKI *COVER DESIGN*
Leszek Łukaszewicz

Prosimy o podanie źródła *When publishing SO data*
przy publikowaniu danych US *please indicate source*

Publikacja dostępna *Publication available*
w Internecie *on the Internet*

PRZEDMOWA

Urząd Statystyczny we Wrocławiu przekazuje Państwu kolejną edycją opracowania tematycznego zawierającego informacje statystyczne z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej w województwie dolnośląskim w latach 2008-2010.

Publikacja składa się z uwag metodycznych, syntetycznego opisu wyników badań oraz części tabelarycznej w postaci pliku xls., stanowiącej zasadniczą część opracowania.

W uwagach metodologicznych przedstawiono źródła informacji wykorzystywanych w opracowaniu oraz definicje pojęć i wskaźników.

Opracowanie składa się z dwóch głównych działów tematycznych:

- ochrony zdrowia, w której zaprezentowano informacje o zasobach kadrowych, szpitali, działalności zakładów ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej, z zakresu krwiodawstwa, ratownictwa medycznego oraz pomocy doraźnej, aptek i punktów aptecznych ogólnodostępnych oraz żłobków;
- opieki społecznej - zawierającej dane o liczbie i strukturze placówek pomocy społecznej, ich pracownikach, wolontariuszach oraz o różnych formach udzielanej pomocy, a także o korzystających z pomocy.

Informacje zawarte w komentarzu analitycznym oraz tablicach zaprezentowano w podziale na podregiony i powiaty, a wybrane zagadnienia także na tle kraju i innych województw.

Publikacja dostępna jest w formie elektronicznej na stronie internetowej Urzędu www.stat.gov/urzedy/wroc oraz na płycie CD.

Mam nadzieję, że niniejsze opracowanie będzie dla zainteresowanych źródłem wiedzy na temat ochrony zdrowia i opieki społecznej w województwie dolnośląskim.

Dyrektor
Urzędu Statystycznego we Wrocławiu



dr Małgorzata Wojtkowiak-Jakacka

PREFACE

The Statistical Office in Wrocław is pleased to introduce the next edition of study containing statistical information describing health care and social welfare in dolnośląskie voivodship in years 2008-2010.

This study consists of methodological remarks, a synthetic description of result of surveys and as well as a tabular part in xls. format, which forms a fundamental part of the study.

In methodological notes there are sources of information used in the elaboration, explanation of results of basic definitions and indices.

The study consists of two basic parts:

- *health care: in which presented data of medical staff, hospitals, out-patients and inpatient health care institutions, blood donations, Emergency medical services and first, pharmacies and pharmaceutical outlets and nurseries,*
- *social welfare beneficiaries - includes information on the number and structure of social assistance centres, their employees, volunteers, and on various forms of aid, as well as on the population of beneficiaries.*

The data included in comment analysis and tables are presented as well as subregions and powiats but selected data as compared country and other voivodships.

This study is available in on the page of the Office www.stat.gov/urzedz/wroc and on CD-Rom.

I hope that the publication will be a useful source for those interested in knowledge of health care and social welfare in dolnośląskie voivodship.

*Director
Of Statistical Office in Wrocław*



Małgorzata Wojtkowiak-Jakacka, Ph.D.

SPIS TREŚCI

	<u>Strona</u>
Strona redakcyjna.....	2
Przedmowa.....	3
Spis treści.....	5
Objaśnienia znaków	6
Uwagi metodologiczne	7
Wyniki badań - synteza.....	21

TABLICE (xls):

I Ochrona zdrowia w latach 2008 - 2010

II Pomoc społeczna w latach 2008 - 2010

III Województwo dolnośląskie na tle kraju i innych województw w 2010 r.

OBJAŚNIENIA ZNAKÓW UMOWNYCH

SYMBOLS

- Kreska (–) – zjawisko nie wystąpiło.
magnitude zero.
- Zero: (0) – zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,5;
magnitude not zero, but less than 0.5 of a unit;
- (0,0) – zjawisko istniało w wielkości mniejszej od 0,05.
magnitude not zero, but less than 0.05 of a unit.
- Kropka (.) – zupełny brak informacji albo brak informacji wiarygodnych.
data not available or not reliable.
- Znak x – wypełnienie pozycji jest niemożliwe lub niecelowe.
not applicable.
- Znak Δ – oznacza, że nazwy zostały skrócone w stosunku do obowiązującej klasyfikacji.
categories of applied classification are presented in abbreviated form.
- Znak * – oznacza, że dane zostały zmienione w stosunku do wcześniej opublikowanych w publikacjach bieżących.
data revised.
- „W tym” – oznacza, że nie podaje się wszystkich składników sumy.
indicates that not all elements of the sum are given.
- “Of which”



CZĘŚĆ 1 UWAGI METODOLOGICZNE

I. OCHRONA ZDROWIA

1.1 Źródła danych statystycznych

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

W ramach sprawozdawczości badane są: placówki lecznictwa uzdrowiskowego, sanatorium rehabilitacyjnego (ZD-2), jednostki ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (ZD-3), jednostki ratownictwa medycznego i pomocy doraźnej (ZD-4), apteki i punkty apteczne (ZD-5), żłobki (ZD-6).

Jednostki sprawozdawcze raz w roku zobowiązane są do sporządzenia sprawozdania z działalności prowadzonej w danym roku kalendarzowym.

Badania opieki zdrowotnej obejmują wyżej wymienione zakłady działające na terenie województwa, bez względu na formę finansowania usług i podległość organizacyjną podmiotu świadczącego usługi (m.in. Ministerstwo Zdrowia, jednostki samorządu terytorialnego - województwa, powiat czy gmina, itp.). Ponadto, badaniami tymi objęte są placówki niepubliczne, w tym m.in. organizacji społecznych, kościoła lub związków wyznaniowych, a także praktyki lekarskie (indywidualne, indywidualne specjalistyczne i grupowe) realizujące świadczenia zdrowotne finansowane ze środków publicznych (formularz ZD-3).

W przypadku lecznictwa ambulatoryjnego zbierane są informacje: o liczbie i rodzajach zakładów ambulatoryjnych i praktyk lekarskich oraz poradach udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentystów w zakładach opieki zdrowotnej oraz w ramach praktyk lekarskich, w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zarówno w miastach jak i na wsi, w podziale na wiek i płeć pacjentów. W badaniu lecznictwa uzdrowiskowego i sanatoriów rehabilitacyjnych gromadzone są dane o liczbie zakładów lecznictwa uzdrowiskowego oraz sanatoriów rehabilitacyjnych, bazie łóżkowej, liczbie kuracjuszy w podziale na płeć, wiek (dzieci i młodzież do 18 roku życia) leczonych w trybie stacjonarnym oraz ambulatoryjnym, a także liczbie udzielanych świadczeń zdrowotnych – zabiegów przyrodoleczniczych i porad (ZD-2).

W badaniu pomocy doraźnej i ratownictwa medycznego gromadzone są m.in. dane o liczbie jednostek systemu ratownictwa medycznego, w tym o szpitalnym oddziale ratunkowym oraz zespołach wyjazdowych wraz z kadrą medyczną tam pracującą, wyjazdach do nagłych wypadków w miejscu ich zdarzenia oraz osobach, którym udzielono świadczenia zdrowotnego w miejscu wypadku. Badanie to obejmuje także liczbę świadczeń zdrowotnych udzielonych ambulatoryjnie w izbie przyjęć oraz w szpitalnym oddziale ratunkowym, a także działalność stacjonarną szpitalnego oddziału ratunkowego (ZD-4).

Formularz ZD-5 dostarcza informacji na temat aptek i punktów aptecznych. Przedmiotem badania jest rodzaj placówki, zakres świadczonych usług (pełnione dyżury), a także osoby pracujące w aptekach i punktach aptecznych.

Danych o liczbie żłobków oraz oddziałów żłobkowych funkcjonujących przy przedszkolach, miejscach w placówkach, dzieciach przebywających w żłobkach w ciągu roku i według stanu w dniu 31 XII, z uwzględnieniem ich wieku i płci, dostarcza badanie żłobków (ZD-6).

Zamieszczone w publikacji dane o pracownikach medycznych, opiece szpitalnej, opiece długoterminowej, zakładach psychiatrycznych oraz krwiodawstwie, pochodzą ze sprawozdawczości resortowej Ministerstwa Zdrowia. Źródłem informacji są roczne sprawozdania statystyczne o symbolach: MZ-29, MZ-29a (opieka stacjonarna – szpitale i opieka długoterminowa), MZ-10, MZ-88, MZ-88A i MZ-89 (m.in. pracownicy medyczni pracujący przy pacjencie oraz w administracji rządowej i samorządowej, NFZ



oraz wyższych uczelniach kształcących personel medyczny a także specjaliści), MZ-30 (zakłady psychiatryczne) i MZ-42 (krwiodawstwo).

Źródłem danych o stacjonarnych zakładach opieki psychiatrycznej jest „Roczne sprawozdanie z zakładów całodobowej opieki psychiatrycznej” opracowane z formularza MZ-30 przez Instytut Psychiatrii i Neurologii, a danych dotyczących krwiodawstwa dostarcza Instytut Hematologii i Transfuzjologii.

Informacje z zakresu krwiodawstwa zawierają dane pozyskane z regionalnych centrów krwiodawstwa i krwiolecznictwa będących publicznymi zakładami opieki zdrowotnej w rozumieniu ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późn. zm.) tworzonymi przez Ministra Zdrowia i finansowanymi z dotacji budżetu państwa. Zawierają również dane z Wojskowego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa oraz Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzonego przez Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji.

1.2 Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne

1. Zakład opieki zdrowotnej może być odrębną jednostką organizacyjną, częścią innej jednostki organizacyjnej lub jednostką organizacyjną podległą innej jednostce organizacyjnej, a także zespołowi zakładów. Zakład opieki zdrowotnej wchodzący w skład zespołu zakładów staje się jednostką organizacyjną tego zespołu. Nazwa zakładu opieki zdrowotnej powinna odpowiadać zakresowi świadczeń zdrowotnych udzielanych przez ten zakład. Zgodnie z art. 2 pkt. 2a ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, w ramach struktury organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej może zostać wydzielona jednostka organizacyjna w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mieszkańcom domów pomocy społecznej lub wychowankom placówek opiekuńczo wychowawczych, zlokalizowanych na terenie danej jednostki organizacyjnej pomocy społecznej.

Zakładem opieki zdrowotnej jest m.in.:

- szpital, zakład opiekuńczo-leczniczy, zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy, sanatorium, prewenterium, hospicjum stacjonarne, inny nie wymieniony z nazwy zakład przeznaczony dla osób, których stan zdrowia wymaga udzielania całodobowych lub całodziennych świadczeń zdrowotnych w odpowiednio urządzonej, stałym pomieszczeniu,
- przychodnia, ośrodek zdrowia, poradnia, ambulatorium,
- pogotowie ratunkowe,
- medyczne laboratorium diagnostyczne,
- pracownia protetyki stomatologicznej i ortodontcji,
- zakład rehabilitacji leczniczej,
- żłobek,
- jednostka organizacyjna publicznej służby krwi,
- inny zakład spełniający warunki określone w ustawie.

Zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. 2007 Nr 14 poz. 89 z późn. zm.) zakłady opieki zdrowotnej dzieli się na publiczne i niepubliczne.

Publiczny zakład opieki zdrowotnej jest jednostką organizacyjną utworzoną przez jeden z podmiotów: ministra lub centralny organ administracji rządowej, wojewodę, jednostkę samorządu terytorialnego, publiczną uczelnię medyczną lub publiczną uczelnię prowadzącą działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych albo Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Niepubliczny zakład opieki zdrowotnej (NZOZ) może być utworzony przez: kościół lub związek wyznaniowy, pracodawcę, fundację, związek zawodowy, samorząd zawodowy lub stowarzyszenie, spółkę nie mającą osobowości prawnej, a także inną krajową lub zagraniczną osobę prawną lub osobę fizyczną.

2. Do identyfikacji podmiotów opieki zdrowotnej objętych badaniem, na formularzach ZD-2, ZD-3 i ZD-4 wykorzystano część II, III i V kodu resortowego nadanego w procesie rejestracji ZOZ.

3. Praktyki lekarskie - podmioty funkcjonujące m.in. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej odrębne niż zakłady opieki zdrowotnej, ujęte są w publikacji w oddzielnej tablicy. Prezentowane w publikacji dane

z zakresu ambulatoryjnej opieki dotyczą działalności praktyk lekarskich i stomatologicznych (indywidualnych, indywidualnych specjalistycznych i grupowych) finansowanych ze środków publicznych.

4. Badanie ambulatoryjnej opieki zdrowotnej prowadzone za pomocą formularza ZD-3, nie obejmuje praktyk lekarskich i stomatologicznych, działających wyłącznie w ramach środków niepublicznych. Ich działalność jest badana metodą reprezentacyjną za pomocą sprawozdania SP-3. Do przychodni ogólnodostępnych zaliczono: przychodnie, przychodnie specjalistyczne, przyszpitalne, przychodnie wchodzące w skład zespołu zakładów opieki zdrowotnej i inne bez względu na organ założycielski.

5. W przypadku leczenia ambulatoryjnego zbierane są informacje: o liczbie i rodzajach zakładów ambulatoryjnych i praktyk lekarskich oraz poradach udzielonych przez lekarzy i lekarzy dentyków w zakładach opieki zdrowotnej oraz w ramach praktyk lekarskich, w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, zarówno w miastach jak i na wsi, w podziale na wiek i płeć pacjentów.

6. W ambulatoryjnej opiece zdrowotnej wykazano porady udzielone przez lekarzy i lekarzy dentyków.

Do porad:

- ✓ podstawowej opieki zdrowotnej zalicza się porady udzielone w poradniach lekarza podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego,
- ✓ specjalistycznych zalicza się porady udzielone przez lekarzy specjalistów w danej dziedzinie medycyny oraz lekarzy dentyków.

7. Badaniem na formularzu ZD-5 objęte są apteki ogólnodostępne oraz punkty apteczne, apteki zakładowe prowadzone w zakładzie opieki zdrowotnej utworzonym przez Ministra Obrony Narodowej, Ministra Sprawiedliwości albo Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji. Nie wlicza się do nich aptek szpitalnych zaopatrujących w leki i środki medyczne stacjonarne zakłady opieki zdrowotnej (np. w szpitalach, sanatoriach itp.), objętych sprawozdawczością resortową. Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2001 r. o prawie farmaceutycznym (Tekst jednolity: Dz. U. z 2008r. Nr 45, poz. 271 z późn. zm.) punkty apteczne tworzone po dniu wejścia w życie ustawy mogą być usytuowane jedynie na terenach wiejskich.

8. W 2009 r. badania ZD-2, ZD-3, ZD-5 i ZD-6 poszerzono o informację dotyczącą posiadanych przez jednostkę przystosowań dla osób niepełnosprawnych. Wymienione w badaniach poszczególne rodzaje udogodnień nie muszą spełniać wymogów zawartych w Rozporządzeniu Ministra Infrastruktury z 12 kwietnia 2002 r. (Dz. U. Nr 75 poz. 690, z późn. zm.) Według realizatorów badania, w grupie „platformy/podjazdy/pochylnie” mogły znaleźć się również podjazdy dla wózków dziecięcych (szczególnie w przypadku żłobków).

9. Prezentowane dane o kadrze medycznej pracującej bezpośrednio z pacjentem dotyczą osób pracujących w sektorze opieki zdrowotnej, bez względu na formę zatrudnienia (samo zatrudnienie, umowa o pracę czy inna umowa cywilno prawna). Każda osoba powinna być liczona tylko raz, w podstawowym miejscu pracy.

10. Szpital i jego filie liczone były łącznie jako jedna jednostka, zgodnie z metodologią stosowaną w poprzednim roku. Za filię uważa się samodzielną jednostkę organizacyjną w rozumieniu rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 roku w sprawie rejestru zakładów opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 169 poz. 1781 z późn. zm.).

11. Zgodnie z przyjętą przez resort zdrowia metodologią liczenia łóżek w szpitalach, liczba ta podana została łącznie z łózkami dla noworodków i inkubatorami. Nadal do liczby łóżek nie wliczono miejsc dziennych na oddziałach szpitalnych.

12. Rodzaje oddziałów szpitalnych w szpitalach ogólnych są zgodne z kodem oddziału opublikowanym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2004 r. w sprawie systemu resortowych kodów identyfikacyjnych dla zakładów opieki zdrowotnej oraz szczegółowych zasad ich nadawania (Dz.U. z 2004 r. Nr 170, poz. 1797 z późn. zm.).

13. Lecznictwo uzdrowiskowe funkcjonuje w oparciu o ustawę z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. 2007 Nr 14 poz. 89 z późn. zm.), oraz ustawę z dnia 28 lipca 2005 r. o lecznictwie uzdrowiskowym i obszarach ochrony uzdrowiskowej oraz o gminach uzdrowiskowych (Dz.U. Nr 167, poz. 1399 z późn. zm.).

14. Zgodnie z ustawą uzdrowiskową zakład lecznictwa uzdrowiskowego to zakład opieki zdrowotnej działający na obszarze uzdrowiska, utworzony w celu udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu lecznictwa uzdrowiskowego, w ramach kierunków leczniczych i przeciwwskazań ustalonych dla danego uzdrowiska, w szczególności wykorzystujący warunki naturalne przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych. Zakładami lecznictwa uzdrowiskowego są: szpitale uzdrowiskowe, sanatoria uzdrowiskowe, przychodnie uzdrowiskowe oraz prewentoria uzdrowiskowe dla dzieci (od 2009 r. nie występujące w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej). Zgodnie z ustawą zakłady przyrodolecznicze są jednostkami organizacyjnymi zakładu lecznictwa uzdrowiskowego i ich zadaniem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przy wykorzystaniu naturalnych surowców leczniczych.

15. Nadzór nad lecznictwem uzdrowiskowym sprawuje Minister Zdrowia i wojewoda, a w odniesieniu do lecznictwa uzdrowiskowego prowadzonego w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji, odpowiednio ci ministrowie w porozumieniu z Ministrem Zdrowia.

16. Do zakładów opieki długoterminowej zaliczamy zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja. Zakłady opiekuńczo-lecznicze i pielęgnacyjno-opiekuńcze o charakterze psychiatrycznym zostały wyodrębnione z zakładów opieki długoterminowej o charakterze ogólnym i prezentowane są razem z zakładami całodobowej opieki psychiatrycznej. Liczba zakładów opieki długoterminowej odnosi się do liczby oddziałów opiekuńczo-leczniczych, pielęgnacyjno-opiekuńczych oraz hospicjów, często działających w ramach jednego ZOZ-u. W takich przypadkach każdy oddział liczony był jako jeden zakład.

17. Dane dotyczące krwiodawstwa podano łącznie z danymi z Ministerstwa Obrony Narodowej oraz Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji.

18. Zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.Nr 191 poz.1410 z późn. zm.) jednostkami systemu są: szpitalne

- oddziały ratunkowe,
- zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego,

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

1.3 Podstawowe definicje

1. **Ambulatoryjna opieka zdrowotna** – udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.).

2. **Ambulatoryjne świadczenia specjalistyczne** finansowane ze środków publicznych są udzielane na podstawie skierowania lekarza ubezpieczenia zdrowotnego. Skierowanie, o którym mowa, nie jest wymagane do świadczeń:

- ginekologa i położnika;
- dentysty;
- dermatologa;
- wenerologa;
- onkologa;
- okulisty;
- psychiatry;
- dla osób chorych na gruźlicę;
- dla osób zakażonych wirusem HIV;
- dla inwalidów wojennych i wojskowych, osób represjonowanych oraz kombatantów;
- dla cywilnych niewidomych ofiar działań wojennych;

- dla osób uzależnionych od alkoholu, środków odurzających i substancji psychotropowych - w zakresie leczenia odwykowego;
- dla uprawnionego żołnierza lub pracownika, w zakresie leczenia urazów lub chorób nabytych podczas wykonywania zadań poza granicami państwa.

(Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.). W stanach nagłych świadczenia zdrowotne są udzielane bez wymaganego skierowania. Specjalistyczne świadczenia ambulatoryjne realizowane są przez poradnie i przychodnie specjalistyczne, będące zakładami opieki zdrowotnej lub przez specjalistyczne praktyki lekarskie.

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

4. **Dysponent jednostki** – zakład opieki zdrowotnej, w którego skład wchodzi jednostka systemu (Ustawa o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

5. **Hospicjum** – zakład opieki zdrowotnej, sprawujący wielodyscyplinarną opiekę medyczną, psychologiczną i społeczną nad chorymi znajdującymi się w terminalnym okresie choroby oraz opiekę nad rodzinami tych pacjentów.

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

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

8. **Jednostki organizacyjne publicznej służby krwi:** instytut naukowo-badawczy, regionalne centra krwiodawstwa i krwiolecznictwa, Wojskowe Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa, Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa utworzone przez Ministra właściwego ds. wewnętrznych. Krwiodawstwo uregulowane jest ustawą o publicznej służbie krwi z 22 sierpnia 1997 roku (Dz.U. Nr 106, poz. 681 z 1997 z późn. zm.).

9. **Jednostki systemu ratownictwa medycznego** – zgodnie z ustawą o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.), mają za zadanie podejmowanie medycznych działań ratowniczych wobec każdej osoby znajdującej się w stanie nagłego zagrożenia życia lub zdrowia. Jednostkami systemu są szpitalne oddziały ratunkowe oraz zespoły ratownictwa medycznego, w tym lotnicze zespoły ratownictwa medycznego.

10. **Krwiodawstwo** jest akcją społeczną mającą na celu dobrowolne pozyskiwanie krwi od osób zdrowotnych na rzecz osób wymagających transfuzji krwi (np. podczas operacji chirurgicznych) lub do produkcji preparatów krwiopochodnych. Zasady pobierania krwi, oddzielenia jej składników, przechowywania i obrotu a także organizację publicznej służby krwi reguluje ustawa z 22 sierpnia 1997 roku o publicznej służbie krwi (Dz.U. Nr 106 z późn. zm.).

11. **Kuracjusze** w zakładach leczenia uzdrowiskowego to osoby korzystające z usług leczniczych na zasadzie skierowań lub na podstawie zaświadczenia o braku przeciwwskazań do korzystania z danego rodzaju świadczeń zdrowotnych.

12. **Lekarz** - wykonywanie zawodu lekarza polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje – potwierdzone odpowiednimi dokumentami – świadczeń zdrowotnych, w szczególności: badaniu stanu zdrowia, rozpoznawaniu chorób i zapobieganiu im, leczeniu i rehabilitacji chorych, udzielaniu porad lekarskich, a także wydawaniu opinii i orzeczeń lekarskich. Zawód lekarza może być wykonywany w różnych formach prawnych (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jednolity: Dz.U. 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn.zm).

13. **Lekarz dentyista (do 31 maja 2004 r. lekarz stomatolog)** - wykonywanie zawodu lekarza dentystry polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje – potwierdzone odpowiednimi dokumentami – świadczeń określonych w ust. 1, w zakresie chorób jamy ustnej, części twarzowej czaszki oraz okolic przyległych (ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, tekst jednolity: Dz.U. 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn.zm).

14. **Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej** jest to lekarz posiadający tytuł w dziedzinie medycyny

rodzinnej lub odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie medycyny rodzinnej lub posiada specjalizację II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej - udzielający świadczeń w ramach podstawowej opieki zdrowotnej, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej albo który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

15. **Lekarz ubezpieczenia zdrowotnego** – lekarz, lekarz dentysta będący świadczeniodawcą, z którym Fundusz zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo lekarz, lekarz dentysta, który jest zatrudniony lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r.o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

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

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

18. **Medyczne czynności ratunkowe** - świadczenia opieki zdrowotnej w rozumieniu przepisów o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, udzielane przez jednostkę systemu.

19. **Miejsce zdarzenia** (zgodnie z ustawą o ratownictwie medycznym) - miejsce, w którym nastąpiło zdarzenie powodujące stan nagłego zagrożenia zdrowotnego i obszar, na który rozciągają się jego skutki.

20. **Miejsce w żłobku** – miejsce stałe, niezależnie od rodzaju sprzętu (łożko, leżak), w pełni przygotowane na przyjęcie dziecka.

21. 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.

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

23. **Pielęgniarka** – wykonywanie zawodu pielęgniarki polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje – potwierdzone odpowiednimi dokumentami – świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz z zakresu promocji zdrowia (ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej - tekst jednolity: Dz.U. 2009 r. Nr 151 poz. 1217 z późn. zm.).

24. **Podstawowa opieka zdrowotna** – świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Tekst jednolity Dz.U. 2008 Nr 164, poz. 1027 z późn. zm.)

25. **Położna**. Wykonywanie zawodu położnej polega na udzielaniu przez osobę posiadającą wymagane kwalifikacje – potwierdzone odpowiednimi dokumentami – świadczeń zdrowotnych, a w szczególności świadczeń pielęgnacyjnych, zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych oraz promocji zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą, położnicą oraz noworodkiem. (ustawa z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej; tekst jednolity: tekst jednolity: Dz.U. 2009 r. Nr 151 poz. 1217 z późn. zm.).

26. **Praktyka lekarska** - lekarz może udzielać świadczeń zdrowotnych prowadząc:

- indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską;
- grupową praktykę lekarską, w tym również udzielanie świadczeń specjalistycznych;

- praktykę w miejscu wezwania (w miejscu wezwania - u pacjenta).

Ustawa z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty tekst jednolity: Dz.U. 2008 r. Nr 136, poz. 857 z późn. zm).

27. **Przeciętne wykorzystanie łóżka** [w dniach] – liczba osobodni podzielona przez średnią liczbę łóżek.

28. **Przeciętny pobyt chorego** [w dniach] – liczba osobodni podzielona przez liczbę leczonych w ciągu roku.

29. **Przychodnia** może być zakładem opieki zdrowotnej lub jego częścią, udziela świadczeń zdrowotnych, które mogą obejmować swoim zakresem świadczenia podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, w warunkach ambulatoryjnych lub domowych, w miejscu zamieszkania lub pobytu osoby potrzebującej tych świadczeń (ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity Dz. U. 2007 Nr 14 poz. 89 z późn. zm.).

30. **Punkty apteczne** – ogólnodostępne punkty sprzedaży leków gotowych o ściśle określonym asortymencie. Kierownikiem punktu aptecznego może być farmaceuta z rocznym stażem lub technik farmaceutyczny posiadający 3 letni staż pracy w aptekach ogólnodostępnych.

31. **Rejestry lekarskie** prowadzone są 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 indywidualnej specjalistycznej praktykę lekarską posiadać specjalizację w dziedzinie medycyny odpowiadającej rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń medycznych. W przypadku praktyk grupowych lekarz zamierzający udzielać świadczeń w ramach grupowej praktyki m.in. musi przedstawić numer ewidencyjny działalności gospodarczej albo wpis do Krajowego Rejestru Sądowego. Organ prowadzący rejestr dokonuje wykreśleń z praktyk, jeżeli lekarz złoży oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania działalności objętej wpisem Lekarz, który zamierza wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w kilku dziedzinach medycyny, składa jeden wniosek podobnie lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia, którzy zamierzają udzielać świadczeń zdrowotnych w różnych dziedzinach medycyny w ramach grupowej praktyki lekarskiej, składają także jeden wniosek.

32. **Rejestry pielęgniarek i położnych** obejmuje indywidualną praktykę pielęgniarki, położnej lub indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarki, położnej, po uzyskaniu wpisu odpowiednio do rejestru indywidualnych praktyk albo rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk prowadzonych przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki. Pielęgniarki, położne w celu udzielania świadczeń zdrowotnych mogą prowadzić także grupową praktykę w formie spółki cywilnej lub partnerskiej, po uzyskaniu wpisu do rejestru grupowych praktyk prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.

33. **Szpital** – stacjonarny zakład opieki zdrowotnej, w którym udziela się całodobowych i całodziennych świadczeń zdrowotnych, posiadający oddziały szpitalne, pion diagnostyczny, zabiegowo-leczniczy i rehabilitacyjny oraz zaplecze techniczno-gospodarcze.

Szpital zapewnia przyjętemu pacjentowi:

- 1) świadczenia zdrowotne;
- 2) produkty lecznicze i materiały medyczne;
- 3) pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia.

W szpitalu posiadającym więcej niż 150 łóżek tworzy się aptekę szpitalną.

(Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej, tekst jednolity Dz.U. 2007 Nr 14 poz. 89 z późn. zm.)

34. **Szpitalny oddział ratunkowy** – oddział szpitalny, będący komórką organizacyjną szpitala, w rozumieniu przepisów o zakładach opieki zdrowotnej, ale stanowiący jednostkę systemu ratownictwa medycznego udzielającą świadczeń opieki zdrowotnej osobom w stanie nagłego zagrożenia zdrowotnego, spełniającą kryteria określone w ustawie o Państwowym Ratownictwie Medycznym z dnia 8 września 2006 r. (Dz.U. Nr 191, poz. 1410 z późn. zm.).

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

36. **Świadczeniem zdrowotnym** są działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania, w szczególności związane z:

- 1) badaniem i poradą lekarską;
- 2) leczeniem;
- 3) badaniem i terapią psychologiczną;
- 4) rehabilitacją leczniczą;
- 5) opieką nad kobietą ciężarną i jej płodem, porodem, pójciem oraz nad noworodkiem;
- 6) opieką nad zdrowym dzieckiem;
- 7) badaniem diagnostycznym, w tym z analityką medyczną;
- 8) pielęgnacją chorych;
- 9) pielęgnacją niepełnosprawnych i opieką nad nimi;
- 10) opieką paliatywno-hospicyjną;
- 11) orzekaniem i opiniowaniem o stanie zdrowia;
- 12) zapobieganiem powstawaniu urazów i chorób poprzez działania profilaktyczne oraz szczepienia ochronne;
- 13) czynnościami technicznymi z zakresu protetyki i ortodoncji;
- 14) czynnościami z zakresu zaopatrzenia w przedmioty ortopedyczne i środki pomocnicze; zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. 2007 Nr 14 poz. 89 z późn. zm.). Świadczenia zdrowotne mogą być udzielane przez zakłady opieki zdrowotnej oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny lub przez grupową praktykę lekarską, grupową praktykę pielęgniarek, położnych na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

37. **Transport sanitarny** jest to przewóz osób albo materiałów biologicznych i materiałów wykorzystywanych do udzielania świadczeń zdrowotnych, wymagających specjalnych warunków transportu. Wykonywany jest specjalistycznymi środkami transportu lądowego, wodnego i lotniczego. Środki transportu sanitarnego, o których mowa w ust. 2, muszą spełniać cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane - zgodnie z ustawą z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz.U. 2007 Nr 14 poz. 89 z późn. zm.)

38. **Zabiegi przyrodolecznicze:**

- **kąpiele mineralne** – do ich przygotowania wykorzystuje się przede wszystkim różnego typu solanki. Są to kąpiele w wannach lub w basenach napełnionych wodą leczniczą, z równoczesnymi ćwiczeniami fizycznymi;
- **kąpiele CO₂** – są to kąpiele wannowe (dwutlenek węgla jest rozpuszczany w wodzie) albo stosowany w formie gazowej w kąpielach suchych;
- **kąpiele borowinowe** – polega na zastosowaniu rozdrobnionego torfu i peloidów torfowych będących naturalnymi substancjami mineralnymi;
- **inhalacje, wziewanie** – wprowadzenie leków lub składników naturalnych do układu oddechowego (górnym dróg oddechowych i drzewa oskrzelowego), dzięki zastosowaniu urządzeń wytwarzających aerozole o różnym stopniu rozproszenia. Wziewania mogą być indywidualne lub zbiorowe;
- **krioterapia** – polega na poddaniu całego ciała przez krótki czas działaniu bardzo niskich temperatur;
- **elektrolecznictwo** – polega na zastosowaniu różnego rodzaju prądów leczniczych. Zalicza się tu zabiegi m.in. takie jak: galwanizacja, jonoforeza, prądy interferencyjne, prądy diadynamiczne;
- **światłolecznictwo** – metoda leczenia światłem, np. lampy emitujące głównie promienie podczerwone (sollux), nadfioletowe (lampa kwarcowa) lub skojarzone światło obu typów promieniowania;

- **wodolecznictwo, hydroterapia** – metody leczenia bodźcowego przez zewnętrzne stosowanie wody zimnej, chłodnej lub ciepłej (kąpiele lecznicze, półkąpiele, natryski, bicze wodne, okłady);
- **kinezyterapia** – leczenie ruchem, gimnastyka lecznicza dzieli się na miejscową i ogólną. Miejscowa - dotyczy bezpośrednio narządu zmienionego chorobowo, Ogólna - składa się z ćwiczeń części ciała nie objętych chorobą;
- **zabiegi parafinowe** – zawijania parafinowe, pędzlowania, okłady lub bezpośrednie kąpiele kończyn (tak zwane "rękawice" lub "skarpety"), a także maseczki.

39. **Zakład opiekuńczo – leczniczy** udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem pielęgnację i rehabilitację osób niewymagających hospitalizacji oraz zapewnia im środki farmaceutyczne i materiały medyczne, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także opiekę w czasie organizowanych zajęć kulturalno-rekreacyjnych. Osobom ubezpieczonym i innym osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych na podstawie odrębnych przepisów, przebywającym w zakładzie opiekuńczo-leczniczym będącym publicznym zakładem opieki zdrowotnej, zakład ten zapewnia środki farmaceutyczne i materiały medyczne na zlecenie lekarza zakładu. (art. 32.c ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej).

40. **Zakład pielęgnacyjny – opiekuńczy** – zakład stacjonarny, w którym prowadzi się całodobową opiekę, pielęgnację i rehabilitację osób nie wymagających hospitalizacji, zapewniający im kontynuację leczenia farmakologicznego, pomieszczenie i wyżywienie odpowiednie do stanu zdrowia, a także świadczy edukację zdrowotną pacjentów i członków ich rodzin (art. 32d ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej późn. zm.).

41. **Zespoły ratownictwa medycznego** zgodnie z ustawą z dnia 6 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191 poz.1410 z późn. zm.) dzielą się na:

- 1) 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;
- 2) zespoły podstawowe, w skład których wchodzi co najmniej dwie osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych, w tym pielęgniarz systemu lub ratownik medyczny.

W skład zespołów wchodzi kierowca, w przypadku, gdy żaden z członków zespołów ratownictwa medycznego nie posiada prawa jazdy kategorii B oraz nie spełnia warunków, o których mowa w art. 95a ust. 1 ustawy z dnia 20 czerwca 1997 r. - Prawo o ruchu drogowym (Dz. U. z 2005 r. Nr 108, poz. 908, z późn. zm.)

II. POMOC SPOŁECZNA

1.1 Źródła danych statystycznych

1. Podstawowym źródłem informacji prezentowanych w publikacji są wyniki badań statystycznych prowadzonych przez Główny Urząd Statystyczny, jak również dane pozyskane z Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej (informacje z Krajowego Systemu Monitoringu Pomocy Społecznej oraz Krajowego Systemu Monitoringu Świadczeń Rodzinnych), a także dane Ministerstwa Finansów za 2008 i 2009 r. Wszystkie prace realizowane są zgodnie z Programem Badań Statystycznych Statystyki Publicznej.

W ramach sprawozdawczości Głównego Urzędu Statystycznego badane były: placówki opiekuńczo-wychowawcze (PS-01), rodziny zastępcze (PS-02), zakłady stacjonarne pomocy społecznej (PS-03).

W badaniu placówek opiekuńczo-wychowawczych gromadzone są dane o ich liczbie według typu placówki, liczbie dzieci i młodzieży przebywających w placówkach według stanu w dniu 31.XII oraz wybranych cechach społeczno-demograficznych wychowanków (PS-01).

W przypadku rodzin zastępczych przedmiotem badania jest liczba rodzin poszczególnych typów, liczba dzieci przebywających w tych rodzinach według stanu na dzień 31 XII, a także wybrane cechy społeczno-

demograficzne dzieci oraz osób pełniących funkcję rodziny zastępczej (PS-02). Sprawozdania sporządzane są zbiorczo dla poszczególnych typów rodzin zastępczych przez powiatowe centra pomocy rodzinie i miejskie ośrodki pomocy społecznej.

Na sprawozdaniu PS-03 dotyczącym zakładów stacjonarnych pomocy społecznej gromadzone są dane o ich liczbie i miejscach, o liczbie mieszkańców według płci i wieku oraz źródłach finansowania pobytu (np. z emerytury lub renty, zasiłku stałego pomocy społecznej, pełna odpłatność gminy/budżetu państwa itp.) w poszczególnych rodzajach i typach placówek. Ponadto zbierane są dane o liczbie osób oczekujących na umieszczenie w zakładach, jak również liczbie osób pracujących w placówkach według zawodów (PS-03).

Źródłem informacji o świadczeniach pomocy społecznej jest roczne sprawozdanie Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej z udzielonych świadczeń pomocy społecznej - pieniężnych, w naturze i usługach za styczeń – grudzień (MPiPS-03).

2. Tablice w części dotyczącej beneficjentów środowiskowej pomocy społecznej zawierają informacje o gospodarstwach domowych i członkach gospodarstw, którzy otrzymali pomoc w dowolnej formie, świadczoną przez gminy w miejscu zamieszkania, na podstawie ustawy z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (jednolity tekst Dz. U. 2009 Nr 175, poz. 1362, z późn.zm.). Analiza nie obejmuje gospodarstw domowych, z którymi nie przeprowadzono wywiadu środowiskowego. Przy niektórych rodzajach świadczeń (np.: pomoc z powodu katastrofy ekologicznej lub klęski żywiołowej) nie ma wymogu przeprowadzenia wywiadu. Zatem, jeżeli rodzina nie korzystała z innych form pomocy, to nie jest ujęta w tablicach. Ze względu na różnice w danych dotyczących świadczeń pomocy społecznej pochodzących ze sprawozdania MPiPS-03 oraz tych, których źródłem jest Zbiór Centralny (baza danych jednostkowych), dokonano pośredniej oceny kompletności tego ostatniego. Różnice wynikają z faktu, iż baza danych zawiera informacje o świadczeniach zrealizowanych oraz o osobach i rodzinach, które te świadczenia faktycznie otrzymały, natomiast w sprawozdaniu MPiPS-03 wykazywano informacje o świadczeniach przyznanych, wymienionych w decyzjach. Jak zapisano w objaśnieniach do sprawozdania MPiPS-03: *„Kwota łączna świadczeń w danym okresie sprawozdawczym jest wielkością teoretyczną, tzn. nie uwzględnia sytuacji, gdy dane świadczenia z różnych przyczyn nie są wypłacone. Ponadto wielkości w sprawozdaniu nie są korygowane o refundacje ani o zwroty w wyniku nienależnie pobranych świadczeń”*.

3. Tablice w części dotyczącej świadczeń rodzinnych zawierają dane charakteryzujące rodziny, które korzystały ze świadczeń na podstawie ustawy z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (jednolity tekst Dz. U. 2006 Nr 139, poz. 992, z późn. zm.).

4. Podstawę prawną określającą procesy związane z gromadzeniem i rozdysponowaniem środków publicznych w budżecie państwa oraz w budżetach jednostek samorządu terytorialnego (gmin, miast na prawach powiatów, powiatów, województw) stanowi ustawa z dnia 30 VI 2005 r. (Dz. U. Nr 249, poz. 2104) z późniejszymi zmianami. Gospodarkę finansową jednostek samorządu terytorialnego regulują również: ustawa z dnia 8 III 1990 r. o samorządzie gminnym, ustawa z dnia 5 VI 1998 r. o samorządzie powiatowym, ustawa z dnia 5 VI 1998 r. o samorządzie województwa (jednolity tekst Dz. U. 2001 Nr 142, poz. 1590–1592, z późn. zm.) oraz ustawa z dnia 13 XI 2003 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego (Dz. U. Nr 203, poz. 1966) z późniejszymi zmianami.

5. Prezentowane dane finansowe w podziale według działów opracowano zgodnie z klasyfikacją dochodów i wydatków budżetowych, obowiązującą na mocy rozporządzenia Ministra Finansów: w latach 2008–2010 z dnia 14 VI 2006 r. (Dz. U. Nr 107, poz. 726) z późniejszymi zmianami.

1.2 Podstawowe wyjaśnienia metodologiczne

1. Ustawa o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 roku (jednolity tekst Dz. U. 2009 Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.) określa podział placówek opiekuńczo-wychowawczych na placówki: wsparcia dziennego – opiekuńcze i specjalistyczne, całodobowe: typu interwencyjnego, rodzinnego, socjalizacyjnego. Całodobowa placówka opiekuńczo-wychowawcza może łączyć działania interwencyjne,

socjalizacyjne i inne działania na rzecz pomocy dziecku i rodzinie, przyjmując formę placówki wielofunkcyjnej.

2. Rodziny zastępcze dzielą się na spokrewnione i niespokrewnione z dzieckiem oraz zawodowe niespokrewnione z dzieckiem: wielodzietne, specjalistyczne i o charakterze pogotowia rodzinnego.

W prowadzonym badaniu PS-02 nie są zbierane dane o rodzinach, w których przebywają wyłącznie dzieci, które ukończyły 18 rok życia.

3. Domy i zakłady pomocy społecznej obejmują stacjonarne placówki, takie jak: domy pomocy społecznej, rodzinne domy pomocy, placówki zapewniające całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym, w podeszłym wieku w ramach działalności gospodarczej lub statutowej, wybrane środowiskowe domy samopomocy i inne ośrodki dla osób z zaburzeniami psychicznymi, domy dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży, noclegownie, schroniska i domy dla bezdomnych oraz pozostałe, tj. placówki typu centrum wsparcia rodziny, centrum interwencji kryzysowej, udzielające wsparcia, w tym schronienia osobom i rodzinom w stanie kryzysu.

4. W badaniu zakładów stacjonarnych uwzględniono fakt, że część placówek, szczególnie domów pomocy społecznej może świadczyć usługi dla więcej niż jednej grupy mieszkańców. W wielu wypadkach mówienie o zakładzie np. dla osób w podeszłym wieku było nieadekwatne do sytuacji, bowiem znajdował się tam również „oddział” dla osób, np.: przewlekle somatycznie chorych. W tych przypadkach zakład liczony był dwa razy. Otrzymano informację zarówno o liczbie zakładów liczonych jeden raz, tj. równej liczbie podmiotów sprawozdawczych, jak również o liczbie zakładów uwzględniającej „oddziały” w obrębie placówek, co zaprezentowano w tablicach.

5. Dane o świadczeniach pomocy społecznej prezentuje się zgodnie z ustawą o pomocy społecznej z dnia 12 marca 2004 r., według której dokonano podziału na świadczenia pieniężne i niepieniężne.

6. Obecny system pomocy społecznej funkcjonuje od 1 maja 2004 r. w oparciu o ustawę z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (jednolity tekst Dz. U. 2009 Nr 175, poz. 1362, z późn. zm.). Prawo do świadczeń w tym systemie przysługuje osobom i rodzinom, które nie są w stanie same pokonać trudnych sytuacji życiowych, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. W ustawie wyodrębniono pieniężne i niepieniężne świadczenia pomocy społecznej. Podstawowym warunkiem przyznania pomocy jest zaistnienie jednego z problemów określonych w ustawie, a w przypadku świadczeń pieniężnych - dochód, którego wysokość nie przekracza kryteriów dochodowych ustalonych w oparciu o próg interwencji socjalnej. W przypadku niektórych świadczeń kryterium dochodowe może być podwyższone uchwałą rady gminy.

7. Obecny system świadczeń rodzinnych funkcjonuje od 1 maja 2004 r. w oparciu o ustawę z dnia 28 listopada 2003 roku o świadczeniach rodzinnych (jednolity tekst Dz. U. 2006 Nr 139, poz. 992, z późn. zm.). Ustawa wyróżnia trzy grupy świadczeń : zasiłek rodzinny z dodatkami; świadczenia opiekuńcze - zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne; zapomogi związane z urodzeniem dziecka. Podstawą decyzji o wypłacie świadczeń rodzinnych jest tylko kryterium dochodowe, a w przypadku zasiłku pielęgnacyjnego – dokument potwierdzający niepełnosprawność.

8. Na potrzeby niniejszej publikacji pogrupowano rodzaje problemów będących powodem udzielenia pomocy społecznej następująco: **ekonomiczne** – ubóstwo, bezrobocie, **zdrowotne** – niepełnosprawność, długotrwała lub ciężka choroba, **rodzinne** – potrzeba ochrony macierzyństwa lub wielodzietność, bezradność w sprawach opiekuńczo - wychowawczych lub prowadzenia gospodarstwa domowego, zwłaszcza w rodzinach niepełnych lub wielodzietnych, sieroctwo, przemoc w rodzinie, **społeczne** – bezdomność, alkoholizm lub narkomania, trudności w przystosowaniu do życia po zwolnieniu z zakładu karnego, brak umiejętności w przystosowaniu do życia młodzieży opuszczającej całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze, **pozostałe** – zdarzenie losowe lub sytuacja kryzysowa, trudności w integracji osób, które otrzymały status uchodźcy, potrzeba ochrony ofiar handlu ludźmi, **kłęski żywiołowe lub ekologiczne**.

1.3 Podstawowe definicje

1. **Beneficjenci środowiskowej pomocy społecznej** to po pierwsze zbiorowość gospodarstw domowych, które otrzymały pomoc finansową, rzeczową lub w formie usług za pośrednictwem ośrodka pomocy społecznej; po drugie – zbiorowość osób, wszystkich członków tych gospodarstw, bez względu na to, kto i jakie świadczenie otrzymał. Uzasadnieniem dla takiego ujęcia jest fakt, że przy rozpatrywaniu wniosków o pomoc społeczną analizowana jest sytuacja materialna wszystkich członków gospodarstwa domowego osoby składającej wniosek.

2. **Beneficjenci świadczeń rodzinnych** to z jednej strony odbiorcy tych świadczeń, czyli rodziny pobierające świadczenia na dzieci pozostające na utrzymaniu oraz osoby pełnoletnie uprawnione do świadczeń na siebie, a z drugiej - zbiorowość dzieci, na które były wypłacane zasiłki rodzinne.

3. **Dom dla bezdomnych** - budynek, lub wyodrębnione części budynku, przeznaczone do udzielania całodobowego schronienia osobom bezdomnym, wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania domu dla bezdomnych.

4. **Dom dla matek z małoletnimi dziećmi i kobiet w ciąży** - zapewnia całodobowy, okresowy pobyt matkom z małoletnimi dziećmi i kobietom w ciąży, a także ojcom z małoletnimi dziećmi i innym osobom sprawującym opiekę nad dziećmi.

5. **Dom pomocy społecznej** - świadczy usługi bytowe, opiekuńcze, wspomagające i edukacyjne na poziomie obowiązującego standardu, w zakresie i formach wynikających z indywidualnych potrzeb osób w nim przebywających. Pobyt w domu jest odpłatny. Placówki przeznaczone są dla: osób w podeszłym wieku, osób przewlekle somatycznie chorych, osób przewlekle psychicznie chorych, dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie, dzieci i młodzieży niepełnosprawnych intelektualnie, osób niepełnosprawnych fizycznie.

6. **Dziecko niepełnosprawne** - dziecko w wieku do ukończenia 16 roku życia, które posiada orzeczenie o niepełnosprawności określone w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (*definicja związana z uprawnieniem do zasiłku pielęgnacyjnego*).

7. **Dziecko na utrzymaniu** - w ustawie o świadczeniach rodzinnych, dziecko pozostające na utrzymaniu do ukończenia 25 roku życia – własne, małżonka, dziecko, w sprawie którego toczy się postępowanie o przysposobienie lub dziecko znajdujące się pod opieką prawną.

8. **Noclegownia** - budynek, lub wyodrębnione części budynku, przeznaczone do udzielania noclegu osobom bezdomnym, wraz z pomieszczeniami pomocniczymi niezbędnymi do prawidłowego funkcjonowania noclegowni.

9. **Osoba bezdomna** - niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym w rozumieniu przepisów o ochronie praw lokatorów i mieszkaniowym zasobie gminy i niezameldowana na pobyt stały, w rozumieniu przepisów o ewidencji ludności i dowodach osobistych, a także osoba niezamieszkująca w lokalu mieszkalnym i zameldowana na pobyt stały w lokalu, w którym nie ma możliwości zamieszkania.

10. **Osoba niepełnosprawna** - osoba w wieku powyżej 16 lat, legitymująca się orzeczeniem o znacznym (a w określonych przypadkach umiarkowanym) stopniu niepełnosprawności określonym w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (*definicja związana z uprawnieniem do zasiłku pielęgnacyjnego*).

11. **Placówka opiekuńczo-wychowawcza** - zapewnia dziecku całodobową ciągłą lub okresową opiekę i wychowanie oraz zaspokaja jego niezbędne potrzeby bytowe, rozwojowe, w tym emocjonalne, społeczne, religijne, a także zapewnia korzystanie z przysługujących na podstawie odrębnych przepisów świadczeń zdrowotnych i kształcenia.

12. **Placówka interwencyjna** – zapewnia na czas trwania sytuacji kryzysowej doraźną opiekę i wychowanie, kształcenie dostosowane do wieku i możliwości rozwojowych, przygotowuje diagnozę dziecka i jego sytuacji rodzinnej oraz ustala wskazania do dalszej pracy z dzieckiem.

13. **Placówka rodzinna** – tworzy wielodzietną rodzinę, umożliwia całodobową opiekę i wychowanie np. licznemu rodzeństwu, zapewnia kształcenie, wyrównywanie opóźnień rozwojowych i szkolnych.

14. **Placówka socjalizacyjna** – zapewnia całodobową opiekę, wychowanie i kształcenie oraz zaspokojenie niezbędnych potrzeb dziecka, zapewnia zajęcia korekcyjne, kompensacyjne, logopedyczne,

terapeutyczne rekompensujące brak wychowania w rodzinie i przygotowuje do życia społecznego, a dzieciom niepełnosprawnym – odpowiednią rehabilitację i zajęcia specjalistyczne.

15. **Placówka wielofunkcyjna** – zapewnia dzienną i całodobową opiekę oraz wychowanie poprzez realizację zadań przewidzianych dla placówki: wsparcia dziennego, interwencyjnej i socjalizacyjnej, a także łączyienne i całodobowe działania terapeutyczne, interwencyjne i socjalizacyjne skierowane na dziecko i rodzinę dziecka.

16. **Placówka wsparcia dziennego** – działa w najbliższym środowisku dziecka, wspiera funkcje opiekuńczo-wychowawcze, świadcząc opiekę dzienną i zapewniając dziecku: pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, rozwój zainteresowań, organizację zabaw i zajęć sportowych. Wyróżniamy placówki: opiekuńcze – prowadzone w formie kół zainteresowań, świetlic, klubów, ognisk wychowawczych, które pomagają dzieciom w pokonywaniu trudności szkolnych i organizowaniu czasu wolnego, specjalistyczne – realizujące program psychokorekcyjny lub psychoprofilaktyczny, w tym terapię pedagogiczną, psychologiczną, rehabilitację, resocjalizację.

17. **Placówka zapewniająca całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku, działająca na podstawie przepisów o działalności gospodarczej lub statutowej** - świadczy, po uzyskaniu zezwolenia wojewody, usługi opiekuńcze i bytowe.

18. **Pomoc na ekonomiczne usamodzielnienie** - świadczenie fakultatywne przysługujące na mocy art. 43 ustawy o pomocy społecznej, stanowiące pomoc osobie albo rodzinie przyznawaną przez gminę w formie pieniężnej (jednorazowego zasiłku celowego lub nieoprocentowanej pożyczki) lub rzeczowej (udostępnienie maszyn i narzędzi pracy stwarzających możliwość zorganizowania własnego warsztatu pracy oraz urządzeń ułatwiających pracę niepełnosprawnym).

19. **Pomoc społeczna** - instytucja polityki społecznej państwa, mająca na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi. Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

20. **Rodzina wielodzietna** - w rozumieniu ustawy o świadczeniach rodzinnych, rodzina wychowująca troje i więcej dzieci mających prawo do zasiłku rodzinnego.

21. **Rodzina** w ustawie o świadczeniach rodzinnych, to następujący jej członkowie: małżonkowie, rodzice dzieci, opiekun faktyczny oraz pozostające na utrzymaniu dzieci w wieku do ukończenia 25 roku życia, a także dziecko, które ukończyło 25 rok życia legitymujące się orzeczeniem o znacznym stopniu niepełnosprawności, jeżeli w związku z tą niepełnosprawnością rodzinie przysługuje świadczenie pielęgnacyjne.

22. **Rodzina zastępcza** – zapewnia opiekę i wychowanie dzieciom pozbawionym całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej.

23. **Rodzinny dom pomocy** - świadczy osobom wymagającym z powodu wieku pomocy innych osób całodobowe usługi bytowe i opiekuńcze.

24. **Świadczenia niepieniężne** - pomoc w formie: schronienia, posiłku, ubrania, usług opiekuńczych, pracy socjalnej, poradnictwa specjalistycznego w szczególności prawnego, psychologicznego, pedagogicznego, a także w formie pobytu w ośrodkach wsparcia.

25. **Świadczenia opiekuńcze** – to zasiłek pielęgnacyjny i świadczenie pielęgnacyjne.

26. **Świadczenie pielęgnacyjne** - przysługuje matce, ojcu, lub innej osobie, na której ciąży obowiązek alimentacyjny, jeżeli nie podejmuje lub rezygnuje z pracy zawodowej, by opiekować się osobą, która posiada orzeczenie o niepełnosprawności łącznie ze wskazaniem konieczności stałej lub długotrwałej opieki, lub osobą posiadającą orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności.

27. **Świadczenia pieniężne** - głównie zasiłki stałe, okresowe i celowe, ale także pomoc dla rodzin zastępczych i formy pomocy finansowej dla osób opuszczających rodziny zastępcze, placówki opiekuńczo-wychowawcze i inne.

28. **Świadczeniami pomocy społecznej** - są: świadczenia pieniężne takie, jak: zasiłek stały, zasiłek okresowy, zasiłek celowy, specjalny zasiłek celowy, zasiłek i pożyczka na ekonomiczne usamodzielnienie, pomoc dla rodzin zastępczych, pomoc pieniężna na usamodzielnienie oraz na kontynuowanie nauki, świadczenie pieniężne na utrzymanie i pokrycie wydatków związanych z nauką języka polskiego dla uchodźców oraz świadczenia niepieniężne takie, jak: praca socjalna, bilet kredytowany, składki na ubezpieczenie zdrowotne, składki na ubezpieczenia społeczne, pomoc rzeczowa, w tym na ekonomiczne usamodzielnienie, sprawienie pogrzebu, poradnictwo specjalistyczne, interwencja kryzysowa, schronienie, posiłek, niezbędne ubranie, usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania, w ośrodkach wsparcia oraz w rodzinnych domach pomocy, specjalistyczne usługi opiekuńcze w miejscu zamieszkania oraz w ośrodkach wsparcia, mieszkanie chronione, pobyt i usługi w domu pomocy społecznej, opieka i wychowanie w rodzinie zastępczej i w placówce opiekuńczo-wychowawczej, pomoc w uzyskaniu odpowiednich warunków mieszkaniowych, w tym w mieszkaniu chronionym, pomoc w uzyskaniu zatrudnienia, pomoc na zagospodarowanie - w formie rzeczowej dla osób usamodzielnianych, szkolenia, poradnictwo rodzinne i terapia rodzinna prowadzone przez ośrodki adopcyjno-opiekuńcze.

29. **Usługi opiekuńcze** - obejmują pomoc świadczoną osobie, która z powodu wieku, choroby lub innych przyczyn wymaga pomocy innych osób, polegającą na zaspokajaniu codziennych potrzeb życiowych, opiece higienicznej, zaleconej przez lekarza pielęgnacji oraz, w miarę możliwości, zapewnieniu kontaktów z otoczeniem.

30. **Umieszczeni** (w ciągu roku) w domu /zakładzie pomocy społecznej – osoby umieszczone w placówce po raz pierwszy w danym roku.

31. **Zapomogi wypłacane w związku z urodzeniem się dziecka** - jednorazowa zapomoga z tytułu urodzenia się dziecka tzw. „becikowe” przysługujące niezależnie od dochodów rodziny, finansowana ze środków budżetu państwa oraz zapomoga wypłacana przez gminę ze środków własnych, o której wypłacaniu gminy same decydują, określając jej wysokość i kryteria otrzymania.

33. **Zasiłek celowy** - przyznawany jest w celu zaspokojenia niezbędnej potrzeby bytowej, pokrycia części lub całości wydatków na świadczenia zdrowotne, zakupu żywności, opału, odzieży, niezbędnych przedmiotów użytku domowego, wykonania drobnych remontów i napraw w mieszkaniu, pokrycia kosztów pogrzebu. Może być przyznany osobie lub rodzinie, które poniosły straty w wyniku zdarzenia losowego, klęski żywiołowej lub ekologicznej.

34. **Zasiłek okresowy** - przysługuje osobie lub rodzinie ze względu na długotrwałą chorobę, niepełnosprawność, bezrobocie, możliwość utrzymania lub nabycia uprawnień do świadczeń z innych systemów zabezpieczenia społecznego.

35. **Zasiłek rodzinny** - ma na celu częściowe pokrycie wydatków na utrzymanie dziecka i przysługuje: rodzicom, jednemu z rodziców albo opiekunowi prawnemu dziecka, opiekunowi faktycznemu dziecka, osobie uczącej się. Do zasiłku rodzinnego przysługują dodatki z następujących tytułów: urodzenia dziecka (świadczenie jednorazowe), opieki nad dzieckiem w okresie korzystania z urlopu wychowawczego, samotnego wychowywania dziecka, wychowywania dziecka w rodzinie wielodzietnej, kształcenia i rehabilitacji dziecka niepełnosprawnego, rozpoczęcia roku szkolnego, podjęcia przez dziecko nauki poza miejscem zamieszkania. Można pobierać kilka dodatków jednocześnie.

36. **Zasiłek stały** - wypłacany jest z tytułu całkowitej niezdolności do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności

Ze względu na zaokrąglenia niektóre wartości w publikacji mogą się nie sumować.

CZĘŚĆ 2 WYNIKI BADAŃ - SYNTEZA

I. OCHRONA ZDROWIA

Kadra medyczna

W końcu 2010 roku, według danych Ministerstwa Zdrowia w województwie dolnośląskim opiekę nad pacjentami sprawowało 24,0 tys. personelu medycznego¹ (lekarze, lekarze dentyści, farmaceutów, pielęgniarek i położnych *pracujących bezpośrednio z pacjentem*), czyli o 0,4 tys. więcej niż w 2009 r., jednakże o 0,8 tys. mniej niż w 2008 r. Udział głównych grup zawodowych wskazuje, że najliczniejszą od kilku lat są pielęgniarki, których odsetek w 2010 r. wyniósł 59,1% ogółu pracujących analizowanej zbiorowości i był o 1,4 pkt. proc. niższy niż przed rokiem. Lekarze stanowili 23,4% (w 2009 - 23,2%), następnie farmaceuci – 8,5% (w porównaniu do 2009 r. nastąpił wzrost o 0,2 pkt. proc.) oraz położne – 6,2% (w 2009 r. – 6,0%). W 2010 r. pacjentami zajmowało się również 1,7 tys. fizjoterapeutów i rehabilitantów, 0,8 tys. - diagnostów laboratoryjnych oraz 0,6 tys. - ratowników medycznych. W odniesieniu do 2009 r. było ich odpowiednio: mniej o 2,7%, więcej o 24,2% oraz mniej o 15,5%.

Analiza zróżnicowania przestrzennego rozmieszczenia kadry medycznej wskazuje, że spośród 79,3 tys. lekarzy w kraju najwięcej pracowało w województwie mazowieckim – 12,2 tys. (15,4% ogółu). Największą liczbę dentyści zanotowano w województwie śląskim – 1,5 tys. (12,2% ogółu dentyści w kraju). Liczba pielęgniarek wynosiła w województwach od 4,4 tys. w lubuskim do 25,8 tys. w śląskim, (tj. 2,4% i 13,9% w kraju). W 2010 r. najmniej położnych pracujących bezpośrednio z pacjentem zanotowano w województwie opolskim (0,5 tys.).

Bezwzględna liczba pracowników kadry medycznej nie odzwierciedla w pełni faktycznego poziomu zapewnienia pacjentom podstawowej opieki zdrowotnej. Bardziej precyzyjnym wskaźnikiem dostępności do świadczeń medycznych jest liczba personelu medycznego przypadająca na 1000 mieszkańców.

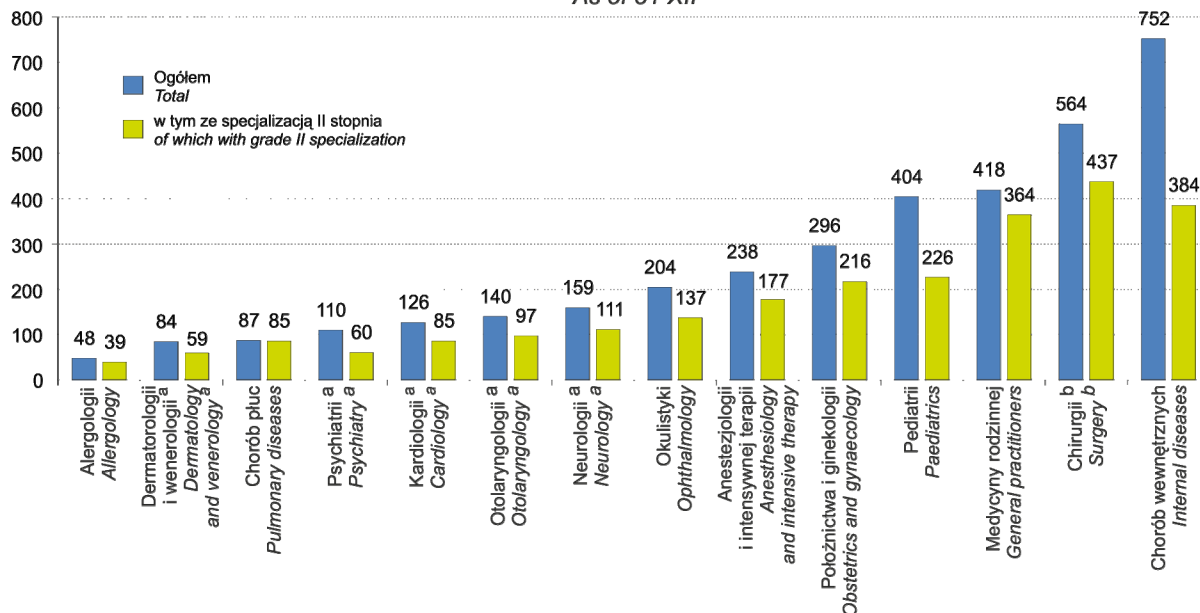
Do województw o najkorzystniejszej liczbie lekarzy ogółem na 1000 ludności należały lubelskie i podlaskie (po 2,4), w przypadku lekarzy dentyści województwa: lubelskie, lubuskie, podkarpackie (po 0,5) oraz w województwie śląskim (5,6) - pielęgniarki. W kraju wskaźniki te wynosiły odpowiednio: 2,1, 0,3 i 4,8.

Lekarze specjaliści w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Doctors specialists in 2010

As of 31 XII



a Łącznie ze specjalistami dziecięcymi. b Chirurgia: chirurgia ogólna, dziecięca, klatki piersiowej, ortopedii i traumatologii, neurochirurgii i neurotraumatologii, chirurgii onkologicznej, plastycznej i szczękowej, kardiochirurgii i urologii i chirurgii naczyniowej.
a Including childrens specializations. b Surgery: general surgery, children's, thoracic surgery, orthopaedic and traumatological surgery, neurosurgery and neurotraumatological surgery, oncological surgery, plastic and maxillofacial surgery, cardiosurgery and urology and vascular surgery.

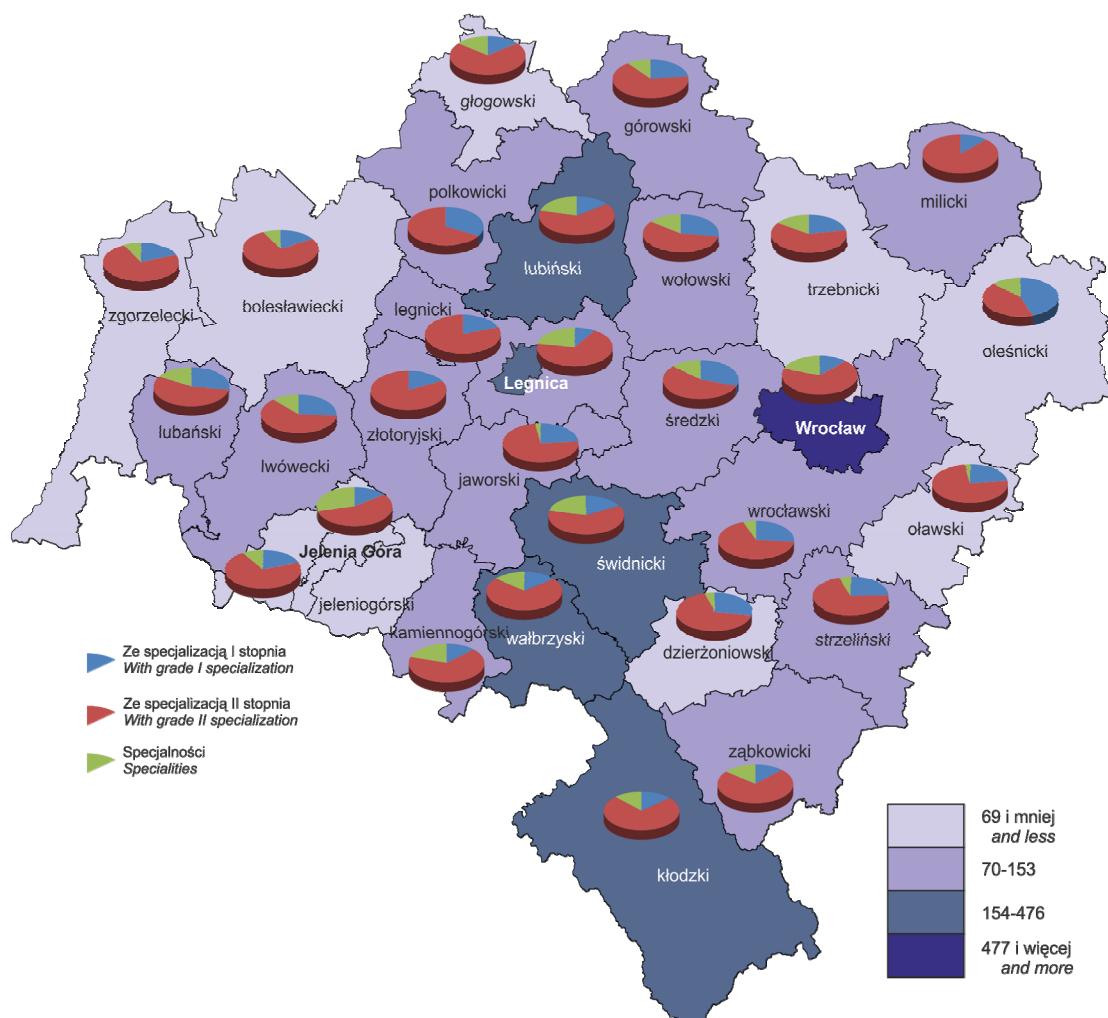
¹ Dane nie obejmują personelu medycznego pracującego w domach pomocy społecznej, MON, MSWiA oraz osób dla których głównym miejscem pracy jest NFZ, wyższa uczelnia lub jednostka administracji państwowej i samorządowej.

Lekarze specjaliści według powiatów w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Doctors specialists by powiats in 2010

As of 31 XII



W województwie dolnośląskim na 1000 ludności przypadają: 1,9 lekarzy, 0,2 lekarzy dentyści, oraz 4,9 pielęgniarek. Lekarze specjaliści w 2010 r. stanowili 79,1% ogółu pracujących lekarzy i w porównaniu do roku poprzedniego ich udział zmniejszył się o 5,3 pkt. proc. (w relacji do 2008 r. – o 1,8). Najwięcej lekarzy posiadało specjalizację z zakresu chorób wewnętrznych (17,0% ogółu zatrudnionych specjalistów w 2010 r.) oraz chirurgii (12,7%), medycyny rodzinnej (9,4%) i pediatrii (9,1%).

W porównaniu do 2009 r. było ich odpowiednio: mniej o 1,4% i o 7,5%, więcej o 4,0% oraz mniej o 4,7%. Podobnie jak w przypadku lekarzy specjalistów, również wystąpił spadek liczby lekarzy ze specjalizacją II stopnia z 3154 w 2009 r. do 3010 w 2010 r. Największy odsetek lekarzy ze specjalizacją II stopnia (97,7% ogółu specjalistów) zanotowano w przypadku specjalizacji w zakresie chorób płuc. Niewiele ponad połowę (51,1%) lekarzy ze specjalizacją II stopnia zanotowano wśród lekarzy leczących choroby wewnętrzne. Lekarze specjaliści we Wrocławiu stanowili 39,6% ogółu specjalistów w województwie.

Stacjonarna opieka zdrowotna Szpitale ogólne

Opieka zdrowotna o charakterze stacjonarnym świadczona była w szpitalach ogólnych oraz innych zakładach opieki zdrowotnej, takich jak zakłady psychiatryczne, zakłady opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno - opiekuńcze, hospicja) oraz zakłady lecznictwa uzdrowiskowego.

W województwie dolnośląskim według stanu w dniu 31 XII 2010 r. funkcjonowało łącznie 67 szpitali ogólnych z 482 oddziałami szpitalnymi, wyposażonymi w 14,1 tys. łóżek, z których w ciągu roku skorzystało 579,9 tys. leczonych.

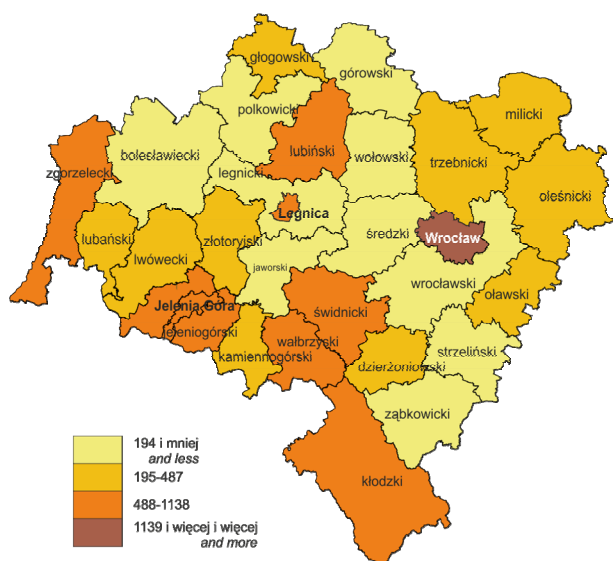
Najwięcej szpitali znajdowało się w województwach śląskim (115) i mazowieckim (98), a najmniej w lubuskim (19) oraz opolskim i świętokrzyskim (po 22). Do województw o największej liczbie łóżek należało śląskie (26,0 tys.) i mazowieckie (24,2 tys.).

W województwie dolnośląskim najwięcej oddziałów szpitalnych funkcjonowało w ramach: chirurgii ogólnej (58 oddziałów) i chorób wewnętrznych (51).

Łóżka w szpitalach ogólnych według powiatów w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Total hospitals beds by powiats in 2010
As of 31 XII

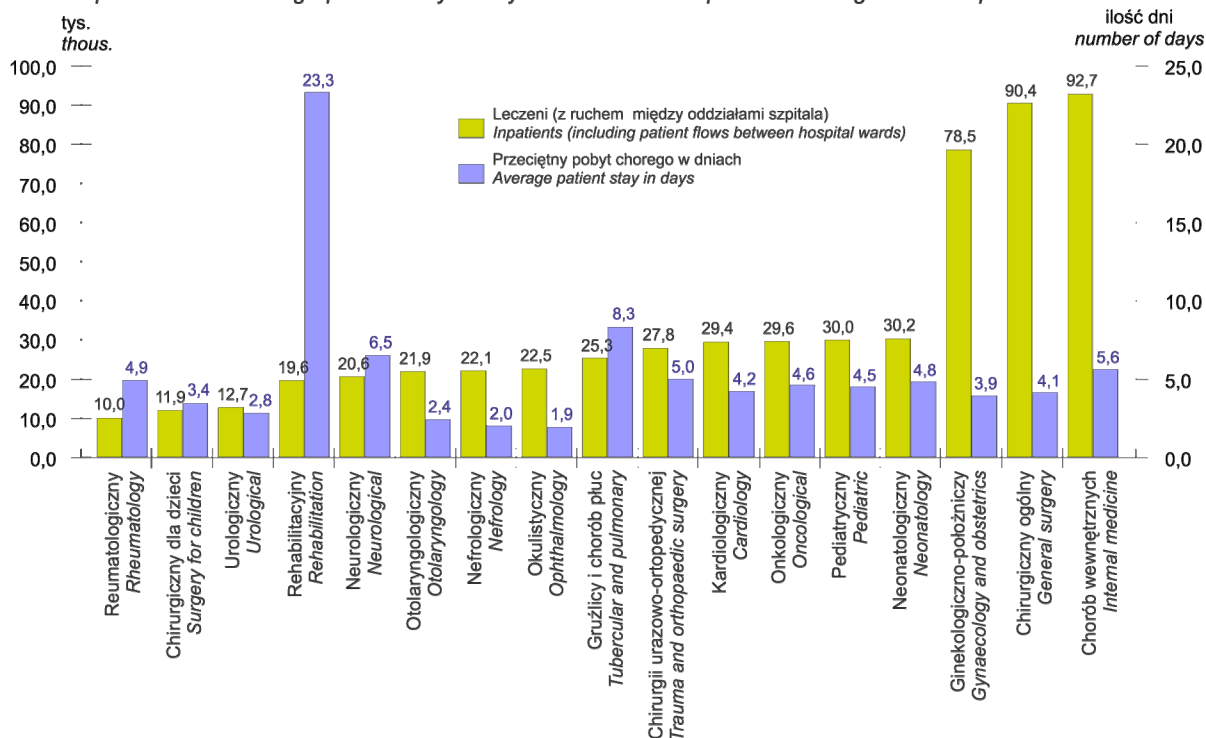


i w porównaniu do 2009 r. było to mniej o 3,7% i 6,7%. Udział leczonych dzieci i młodzieży wśród ogółu leczonych w szpitalach ogólnych wyniósł 18,2% (w 2009 r. – 18,8%, w 2008 r. – 20,7%).

Najwięcej młodych pacjentów leczono w województwach: warmińsko-mazurskim (20,7% ogółu leczonych), mazowieckim (20,5%), kujawsko-pomorskim (20,2%), natomiast najmniej w święto-krzyskim (12,5%). Dla porównania w kraju udział pacjentów młodych w leczonych ogółem wyniósł 17,4%.

Leczeni oraz przeciętny pobyt chorego w dniach w wybranych oddziałach szpitali ogólnych w 2010 r.

Inpatients and average patient stay in days of selected hospital wards in general hospitals in 2010



Najwięcej pacjentów przebywało na oddziałach o specjalnościach chirurgicznych (20,7% wszystkich leczonych, w tym na oddziale chirurgii ogólnej – 15,6%), następnie na oddziałach chorób wewnętrznych (14,5%) oraz ginekologiczno-położniczych (12,3%).

W 2010 r. przeciętny pobyt chorego wynosił 5,2 dni i był on zróżnicowany na poszczególnych oddziałach. Najdłużej w szpitalu przebywali pacjenci na oddziałach psychiatrycznych (25,0 dni), a najkrócej leczeni na oddziałach okulistycznych (mniej niż 2 dni).

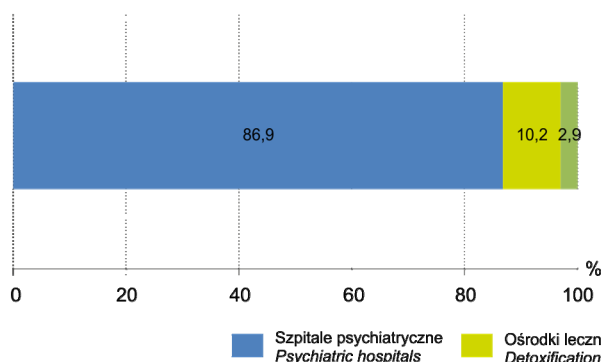
Średnio najdłużej hospitalizowani byli pacjenci w szpitalach na terenie województwa śląskiego (6,7 dnia) i lubuskiego (6,5 dnia), natomiast najkrótszy pobyt chorego odnotowano w województwach wielkopolskim (5,0 dnia) i dolnośląskim (5,2 dnia).

Biorąc pod uwagę sektor własności, to można stwierdzić, że szpitale publiczne stanowiły ponad połowę szpitali ogółem, jednakże ich liczba z roku na rok systematycznie maleje. Szpitale publiczne w 2010 r. dysponowały 11,0 tys. łóżek, lecząc 79,5% wszystkich pacjentów.

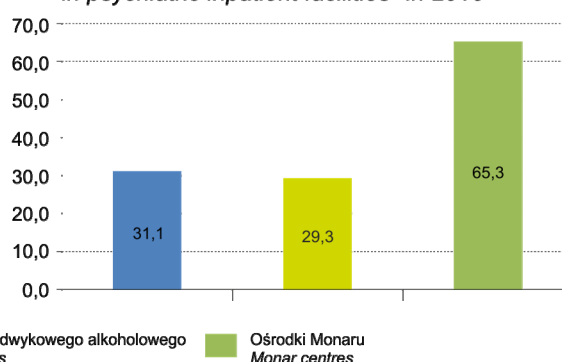
Stacjonarna opieka psychiatryczna

W końcu 2010 r. na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowało 10 zakładów stacjonarnej opieki psychiatrycznej (tj. o 1 zakład mniej niż przed rokiem), w tym: 5 szpitali psychiatrycznych (tj. o 1 szpital mniej niż przed rokiem), 3 ośrodki leczenia odwykowego alkoholowego, oraz 2 ośrodki Monaru. Ośrodki te dysponowały łącznie 1356 łóżkami, w których w ciągu roku leczyło się 13344 chorych.

Leczeni w zakładach^a stacjonarnej opieki psychiatrycznej w 2010 r.
Inpatient in psychiatric inpatient facilities^a in 2010



Przeciętny pobyt chorego w dniach w zakładach^a stacjonarnej opieki psychiatrycznej w 2010 r.
Average patient stay in days in psychiatric inpatient facilities^a in 2010



^a Leczeni (bez ruchu między oddziałowego).
^a Inpatient (excluding movement between branches).

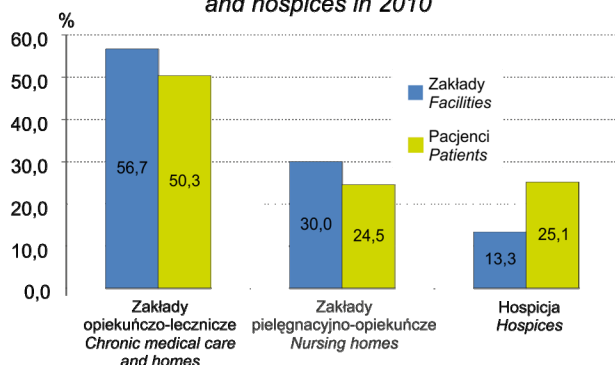
Średni pobyt chorego w szpitalu psychiatrycznym wynosił 31,1 dni, zatem okresy hospitalizacji były dłuższe niż w szpitalach ogólnych. W ośrodkach leczenia odwykowego alkoholowego oraz w Monarach chorzy spędzili przeciętnie odpowiednio 29,3 dni oraz 65,3 dni.

W kraju funkcjonowało 47 szpitali psychiatrycznych, w tym najwięcej w województwach mazowieckim – 7 oraz dolnośląskim i śląskim po 5.

Stacjonarne zakłady opiekuńczo-lecznicze i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicja

Zakłady oraz leczeni w stacjonarnych zakładach opiekuńczo-leczniczych, zakładach pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicjach w 2010 r.

Facilities and patients in chronic medical care and homes, nursing homes and hospices in 2010



W końcu 2010 r. funkcjonowały 34 zakłady opiekuńczo-lecznicze, 18 zakładów pielęgnacyjno - opiekuńczych oraz 8 hospicjów. Zakłady te łącznie dysponowały 2558 łóżkami (o 6,5% więcej w porównaniu do 2009 r., a w relacji do 2008 r. o 21,4%), zapewniając opiekę stacjonarną 6984 osobom (tj. o 8,2% więcej niż w 2009 r.). Najwięcej pacjentów korzystających z tej formy opieki (3515) leczonych było w zakładach opiekuńczo-leczniczych i było to o 2,1% więcej w relacji do 2009 r.

Na terenie kraju funkcjonowało: 286 zakładów opiekuńczo-leczniczych, 132 zakłady pielęgnacyjno - opiekuńcze oraz 67 hospicjów.

Zakłady lecznictwa uzdrowiskowego

Na terenie województwa dolnośląskiego w końcu 2010 r. funkcjonowało 65 placówek lecznictwa uzdrowiskowego: 28 - szpitali uzdrowiskowych, 26 – sanatori uzdrowiskowych, 7 – przychodni uzdrowiskowych oraz 3 zakłady przyrodolecznictwa. Średnia liczba łóżek we wszystkich placówkach wyniosła 5873, z czego 57,9% to łóżka w szpitalach uzdrowiskowych, a 38,5% w sanatoriach. Łącznie z lecznictwa uzdrowiskowego w 2010 r. skorzystało 97137 kuracjuszy, tj. o 10,8% mniej w porównaniu do 2009 r. Pacjenci w placówkach w ciągu roku spędzili 1485,3 tys. osobodni, a przeciętny pobyt chorego wyniósł 15,3 dnia.

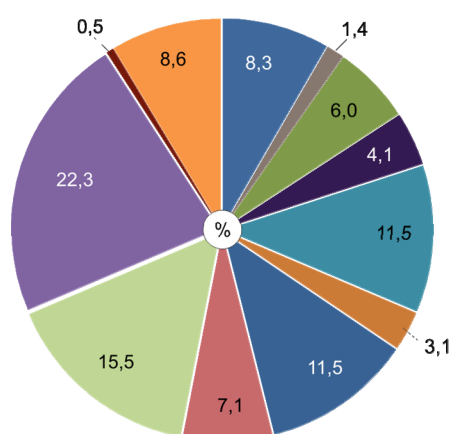
Rozmieszczenie placówek lecznictwa uzdrowiskowego w województwie jest nierównomierne, co związane jest też z czynnikami geologiczno-klimatycznymi terenów na których się one znajdują. Większość zakładów lecznictwa uzdrowiskowego znajduje się w powiecie kłodzkim (38 placówek) oraz wałbrzyskim (16). W tych powiatach leczono odpowiednio 48,8% i 19,1% ogółu kuracjuszy.

W 2010 r. w szpitalach uzdrowiskowych leczeniu poddało się 3399 pacjentów, którzy przebywali średnio 18,7 dni, a w sanatoriach odnotowano 35508 kuracjuszy, którzy przeciętnie spędzili 15,2 dni.

W ciągu roku w zakładach lecznictwa uzdrowiskowego zostało udzielonych 15602 porady (o 35,1% więcej niż w 2009 r.), w tym ponad połowa w przychodniach uzdrowiskowych (o 11,6% mniej). Zanotowano zmniejszenie liczby wykonywanych zabiegów ogółem w relacji do 2009 r. o 19,8%, w tym zwłaszcza zabiegów parafinowych (o 43,3%) i kinezyterapii (o 28,3%). Nie zmienił się w zasadzie udział poszczególnych zabiegów. Od kilku lat najczęściej wykonuje się zabiegów kinezyterapii (22,3% ogółu), wodolecznictwa (15,5%), elektrolecznictwa i masaży (po 11,5%). Zabiegi przyrodolecznictwa, (kąpiele borowinowe, mineralne, CO₂ oraz inhalacje) stanowiły 19,9% ogółu. Stopień przystosowania zakładów lecznictwa uzdrowiskowego do potrzeb osób niepełnosprawnych jest zróżnicowany. Najlepiej dostosowane były szpitale uzdrowiskowe, spośród których 82,1% miało do dyspozycji pokoje z przystosowanymi łazienkami oraz wyposażona była w windę, 78,6% posiadało pochylnie/podjazd/platformę oraz posadzki antypoślizgowe, a 7,1% miało udogodnienia dla osób niewidomych.

Zabiegi w placówkach lecznictwa uzdrowiskowego w 2010 r.

Services in health resort facilities in 2010



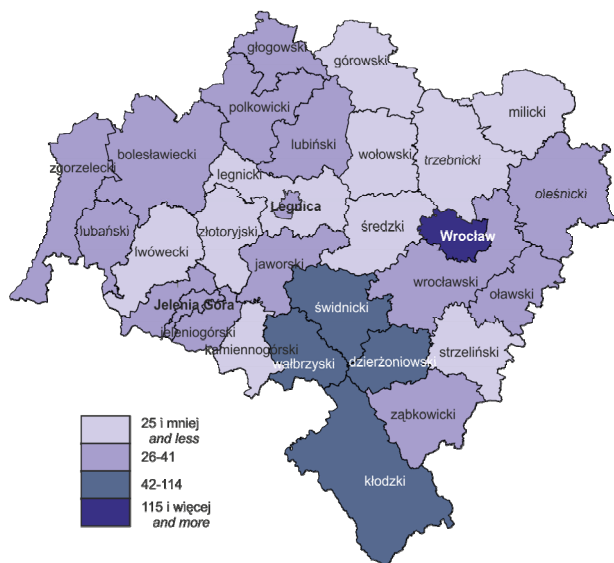
Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane są przez zakłady opieki zdrowotnej i praktyki lekarskie. W końcu 2010 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 1178 zakładów opieki zdrowotnej (o 8 mniej niż rok wcześniej i o 118 więcej niż w 2008 r.), z czego większość - 79,4% w miastach, a tylko co piąta placówka na obszarze wiejskim. W efekcie przekształceń własnościowych w porównaniu do 2009 r. odnotowano zmniejszenie liczby publicznych zakładów opieki zdrowotnej o 13, natomiast zwiększenie liczby zakładów świadczących usługi niepubliczne o 5.

Zakłady opieki zdrowotnej i praktyki lekarskie w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej według powiatów w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Health care institutions out-patients health care and medical practices by powiats in 2010
As of 31 XII



W kraju wskaźnik udzielonych porad ogółem w przeliczeniu na 1 mieszkańca wyniósł 7,5 (w 2009 r. - 7,6%) - tyle samo w województwie dolnośląskim i mazowieckim. Wyższe wskaźniki zanotowano w województwach: śląskim i łódzkim (8,0), podlaskim (7,9), lubelskim (7,8) i kujawsko – pomorskim (7,6).

W województwie dolnośląskim w 2010 r. udzielono 21,2 mln porad w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej, z czego w większości przeważały porady udzielane w niepublicznych zoz i stanowiły 71,5% ogółu tych porad. W ciągu roku ich liczba jednak zmalała odpowiednio o 3,0% i o 2,3%. Porady udzielane w ramach praktyk lekarskich stanowiły 88,9% wobec 11,1% porad świadczonych przez lekarzy stomatologów. Biorąc pod uwagę zróżnicowanie przestrzenne, we Wrocławiu udzielono 28,9% porad lekarskich oraz 33,5% porad stomatologicznych w województwie dolnośląskim.

W 2010 r. w ramach podstawowej opieki zdrowotnej udzielono 11,9 mln porad lekarskich, z czego tylko nieznaczną część (1,3%) w formie wizyt domowych. W ciągu roku 3,4 mln porad

Od kilku lat systematycznie wzrasta liczba niepublicznych zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej zarówno w miastach, jak i na obszarach wiejskich. W relacji do roku poprzedniego ich liczba wzrosła odpowiednio o 4 i 1 zakład. W 2010 r. odnotowano łącznie 723 praktyki lekarskie i stomatologiczne (rok wcześniej 728), z tego 160 lekarskich i 563 stomatologiczne. Wśród praktyk lekarskich przeważały indywidualne specjalistyczne (155), a wśród praktyk stomatologicznych indywidualne praktyki stomatologiczne (358). Ta forma ambulatoryjnej opieki była bardziej powszechna w miastach (82,1% ogółu) niż na terenach wiejskich (17,9%).

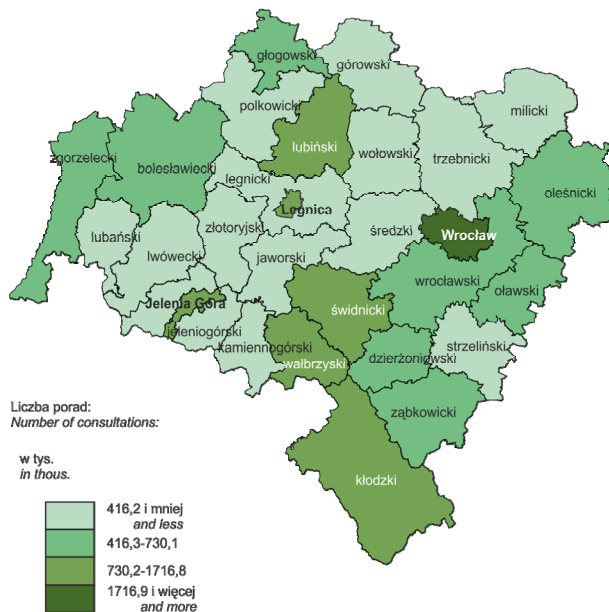
Ogółem w 2010 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielonych zostało 21,7 mln porad, tj. o 3,2% mniej niż rok wcześniej. Przeważały porady lekarskie (19,3 mln - 89,1%), natomiast stomatologicznych udzielono 2,4 mln, tj. 10,9% ogółu.

Najwięcej porad w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej zostało udzielonych w województwie mazowieckim (13,7% ogółu w kraju), a najmniej w województwie lubuskim (2,3%).

Porady w podstawowej i specjalistycznej opiece zdrowotnej według powiatów w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

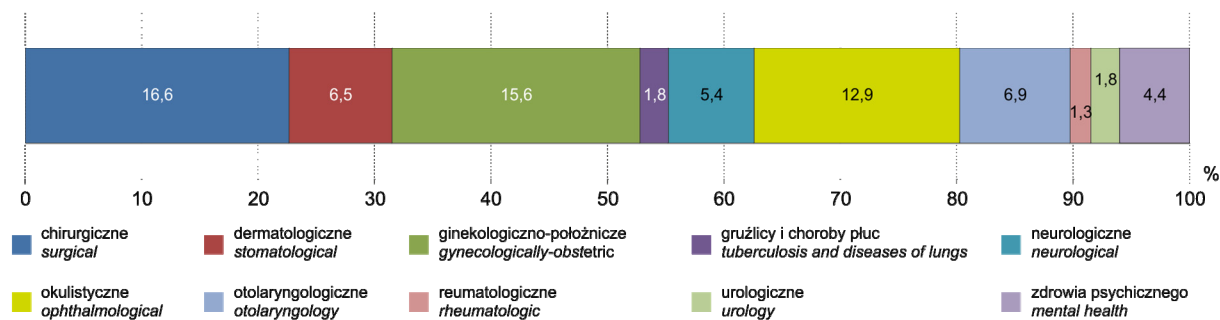
Consultations in primary and specialized health care by powiats in 2010
As of 31 XII



(28,5%) udzielono osobom w wieku 65 lat i więcej, a 2,7 mln (22,9%) dzieciom i młodzieży do lat 18. Kobiety częściej niż mężczyźni korzystali z porad w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – 6,6 mln (55,7%). W 2010 r. kobietom w ciąży udzielono 9,2 tys. porad w zakresie opieki profilaktycznej, tj. o 2,4% więcej w porównaniu do 2009 r.

W ramach specjalistycznej lekarskiej opieki zdrowotnej udzielono 6,9 mln porad, z czego najwięcej w zakresie chirurgii – 16,6% ogółu, następnie ginekologii-położnictwa – 15,6% oraz okulistyki – 12,9%. W 2010 r. lekarze udzielili 2,4 mln specjalistycznych porad stomatologicznych, z czego najwięcej – 58,9% w poradniach stomatologicznych oraz – 21,3% w pracowniach stomatologii zachowawczej. Ze względu na zróżnicowany dostęp do lekarzy specjalistów leczenia zdecydowanie częściej korzystali z porad specjalistycznych w miastach (97,9% ogółu) niż na obszarach wiejskich.

Specjalistyczne porady^a lekarskie Specialized doctors consultations^a



a Bez porad w przychodniach świadczących medycynę pracy, razem z praktykami lekarskimi.

a Excluding consultations in out-patients health care institutions providing of occupational medicine, includes medical practices.

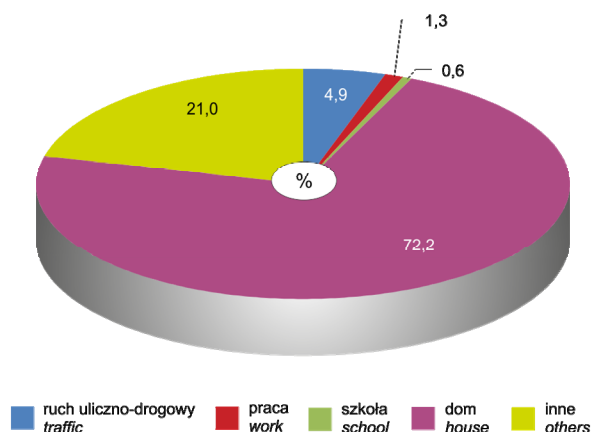
Analizując przystosowanie zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej do potrzeb osób niepełnosprawnych można stwierdzić, że 68,2% było wyposażonych w pochylnię/podjazd/platformę, 25,9% – w windę, 5,7% – w automatycznie otwierane drzwi i tylko 2,8% zakładów posiadało udogodnienia dla osób niewidomych. Brak jakichkolwiek udogodnień zarejestrowano w 9,3% zakładów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Ratownictwo medyczne

W 2010 r. w ramach ratownictwa medycznego pomoc medyczną w razie nagłego wypadku świadczyło 111 zespołów ratownictwa medycznego. Były to zespoły podstawowe (63) i specjalistyczne (48). Na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonował 1 lotniczy zespół ratunkowy. Do składu zespołu ratownictwa medycznego należały 1344 osoby, a do składu lotniczego zespołu ratunkowego jedynie 3 osoby.

W 2010 r. w kraju działało 1470 zespołów ratownictwa medycznego, w tym 17 lotniczych zespołów ratownictwa medycznego.

Wyjazdy na miejsce zdarzenia w 2010 r. Departures to place of an incident in 2010



W ciągu 2010 r. w ramach ratownictwa medycznego zrealizowano 274,1 tys. wyjazdów na miejsce zdarzenia, tj. o 4,7% mniej w porównaniu do 2009 r. Uwzględniając poszczególne miejsca zdarzenia, w których przeprowadzono medyczne działania ratownicze najwięcej wyjazdów zrealizowano do domów poszkodowanych (72,2% ogółu wyjazdów), następnie były wyjazdy zaliczone do zbiorczej kategorii „inne”, obejmujące sytuacje, które mogą mieć miejsce poza domem chorego, np. na ulicy, w kościele, sklepie itp. (21,0%). Wyjazdy do zdarzeń w ruchu uliczno-drogowym stanowiły 4,9% całkowitej liczby wyjazdów. Dwa pozostałe miejsca zdarzenia, czyli praca oraz szkoła, miały niewielki udział – odpowiednio 1,3% i 0,6%. Podczas przeprowadzonych akcji ratowniczych udzielono pomocy 274,7 tys. osobom, z których 39,7% stanowiły osoby w wieku

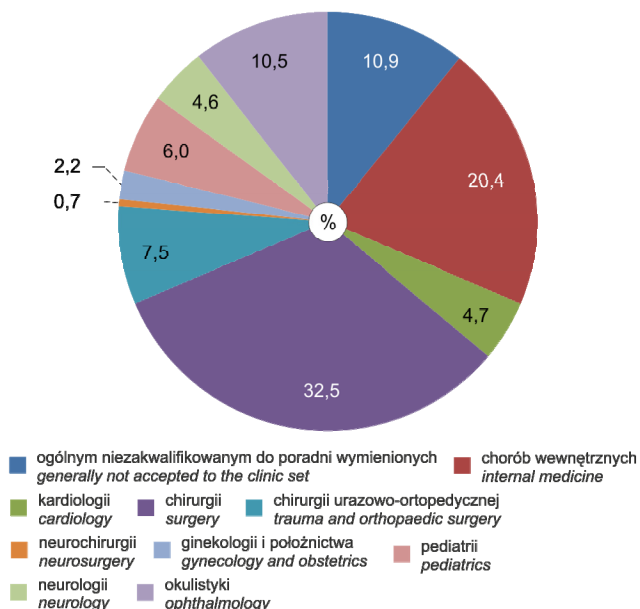
65 lat i więcej, a 5,1% dzieci i młodzież do 18 roku życia. Wśród osób, którym udzielono pomocy – 50,7% stanowili mężczyźni. Zgon przed podjęciem lub w trakcie trwania czynności ratunkowych stwierdzono u 9,7 tys. pacjentów, tj. o 1,1% mniej w porównaniu do 2009 r. Karetki najczęściej wyjeżdżały do chorych we Wrocławiu – 27,8% ogółu wyjazdów, kolejno w podregionach wałbrzyskim – 22,5%, jeleniogórskim – 19,6%, legnicko-głogowskim – 15,4% i wrocławskim – 14,7%.

W 2010 r. w ramach systemu ratownictwa medycznego funkcjonowało 13 szpitalnych oddziałów ratunkowych (SOR). Udzielały one świadczeń ratowniczych w trybie dziennym i stacjonarnym. W szpitalnych oddziałach ratunkowych hospitalizowanych było w trybie dziennym 92,3 tys. pacjentów, tj. o 22,6% więcej niż w 2009 r. W SOR u 243 leczonych pacjentów stwierdzono zgon przed podjęciem lub w trakcie trwania czynności ratunkowych, tj. o 29,3% więcej w odniesieniu do 2009 r.

W końcu 2010 r. w SOR było 61 łóżek.

W 2010 r. w trybie ambulatoryjnym – w izbie przyjęć udzielono 238,0 tys. świadczeń medycznych, tj. o 4,7% mniej w porównaniu do roku poprzedniego. Biorąc pod uwagę wiek pacjentów, to przeważały świadczenia udzielone osobom w wieku 65 lat i więcej (28,9% ogółu). Pacjenci byli kwalifikowani do różnych poradni specjalistycznych, w tym najczęściej do poradni chirurgicznych (32,5% ogółu udzielonych świadczeń zdrowotnych), chorób wewnętrznych (20,4%) i poradni okulistycznych (10,5%).

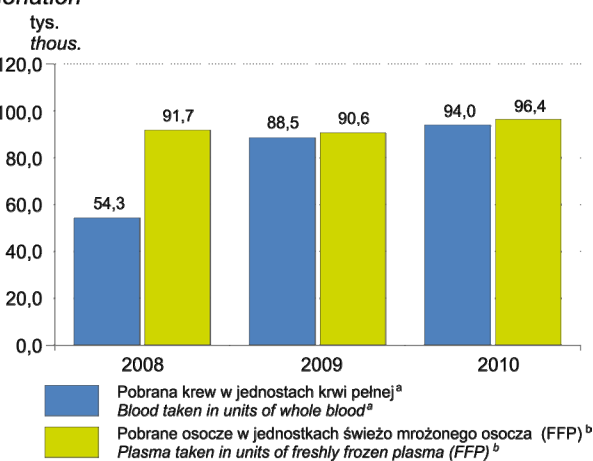
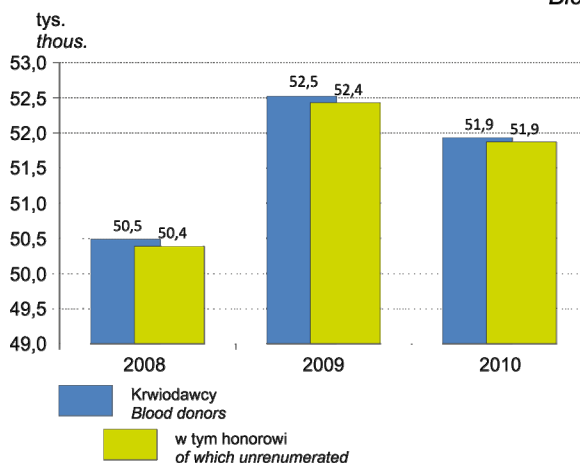
Udzielone świadczenia zdrowotne w izbie przyjęć lub szpitalnym oddziale ratunkowym według rodzaju zakresu w 2010 r.
Granted health services to provide....



Krwiodawstwo

W końcu 2010 r. w województwie dolnośląskim funkcjonowały 2 regionalne centra krwiodawstwa z 9 oddziałami terenowymi. Do placówek tych w ciągu roku zgłosiło się 51,9 tys. krwiodawców, w tym 99,9% honorowych. Łącznie pobrano 94,0 tys. jednostek krwi pełnej (1 jednostka równa się 450 ml) oraz 96,4 tys. jednostek świeżo mrożonego osocza (1 jednostka równa się 200 ml). W porównaniu do 2009 r. liczba krwiodawców uległa nieznacznemu zmniejszeniu o 1,1%, jednakże odnotowano wzrost ilości pobranej krwi o 6,2%, liczonej w jednostkach pełnej krwi.

Krwiodawstwo Blood donation



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

b Jedna jednostka świeżo mrożonego osocza równa się 200 ml, jeden litr osocza równa się 5 jednostkom.

a One unit of whole blood equals 450 ml, one litre of whole blood equals approximately 2,22 units.

b One unit of Fresh Frozen Plasma equals approximately of 200 ml, one litre equals approximately of 5 units.

Najlepsze wyniki w tej dziedzinie osiągnęły, podobnie jak w latach ubiegłych, województwa mazowieckie, śląskie i wielkopolskie, gdzie zarejestrowanych było 34,6% ogółu krajowych krwiodawców i pobrano łącznie 35,1% krwi.

Apteki i punkty apteczne

Działalność placówek ochrony zdrowia wspomagają apteki i punkty apteczne zaopatrujące pacjentów w leki i środki medyczne. Według stanu na dzień 31 XII 2010 r. na terenie województwa dolnośląskiego działało 943 apteki ogólnodostępne oraz 66 punktów aptecznych i w porównaniu do analogicznego okresu poprzedniego roku było to więcej odpowiednio o 21 i o 7. Z ogólnej liczby aptek 91,3% działało w miastach, w tym 1/3 we Wrocławiu. Natomiast większość punktów aptecznych (98,5%), zgodnie z zamiarem ustawodawcy, funkcjonowało na obszarach wiejskich.

Od kilku lat obserwuje się wzrost liczby aptek pełniących dyżury nocne stałe lub okresowe; z 374 w 2008 r. do 466 w 2010 r., co stanowiło odpowiednio 40,7% i 49,4% ogółu aptek.

W 2010 r. na terenie województwa dolnośląskiego funkcjonowały 2 apteki zakładowe.

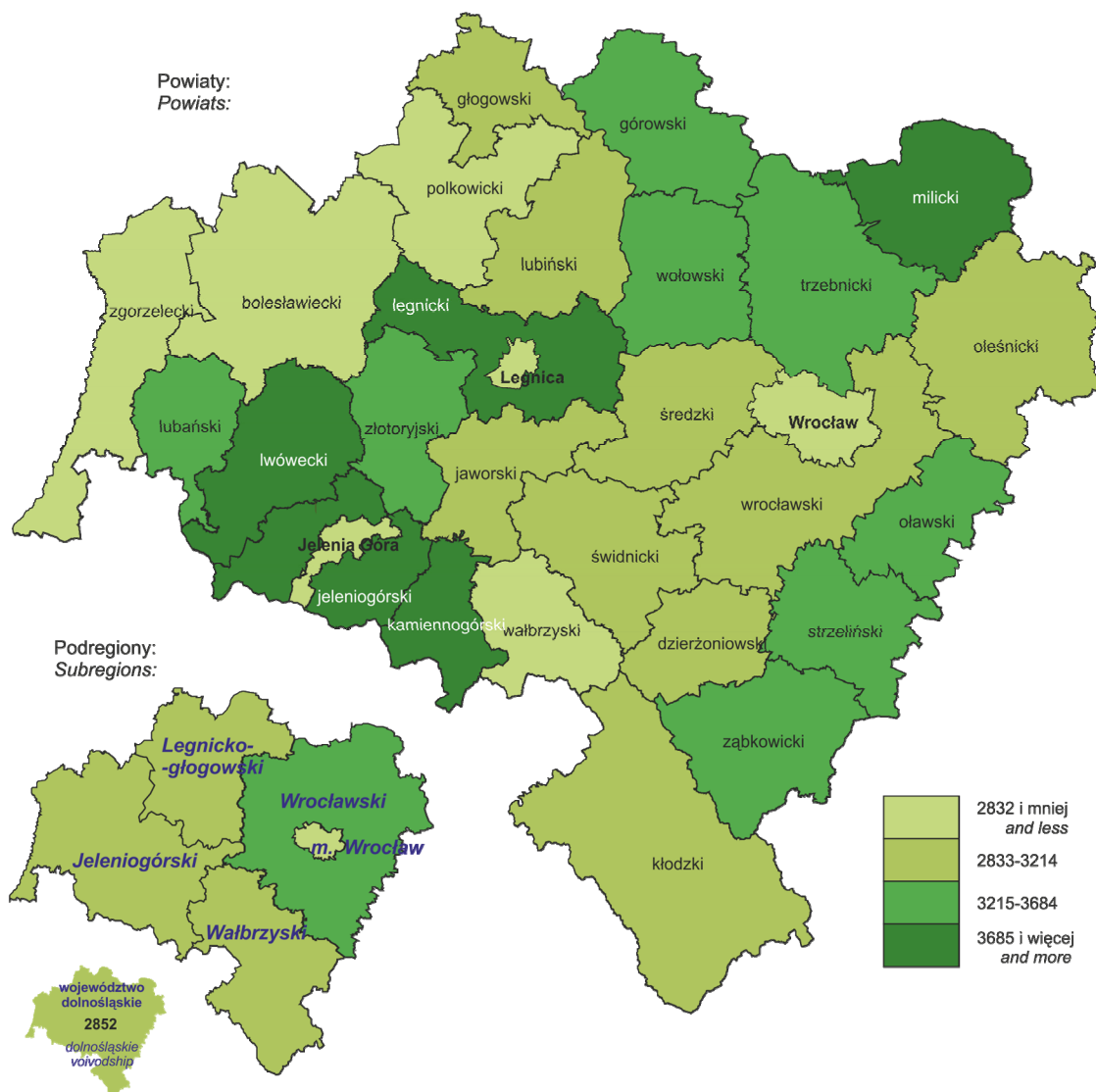
Według danych na koniec 2010 r. w aptekach pracowało 4,7 tys. osób, z czego 1,9 tys. magistrów farmacji i 1,8 tys. techników farmacji.

Apteki i punkty apteczne ogólnodostępne na 1 mieszkańca według podregionów i powiatów w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Pharmacies and pharmaceutical outlets per population by subregions and powiats in 2010

As of 31 XII



Łącznie na 1 aptekę i punkt apteczny przypadało w województwie dolnośląskim 2852 osoby wobec 2932 w 2009 r. i 2918 w 2008 r. W 21 powiatach liczba osób przypadająca na 1 aptekę lub punkt apteczny była większa od średniej w województwie (w tym najwyższy wskaźnik zanotowano w powiecie lwóweckim – 4708 osób), a najniższa w pozostałych 8 powiatach (w tym najniższy wskaźnik w Legnicy - 2259 osób).

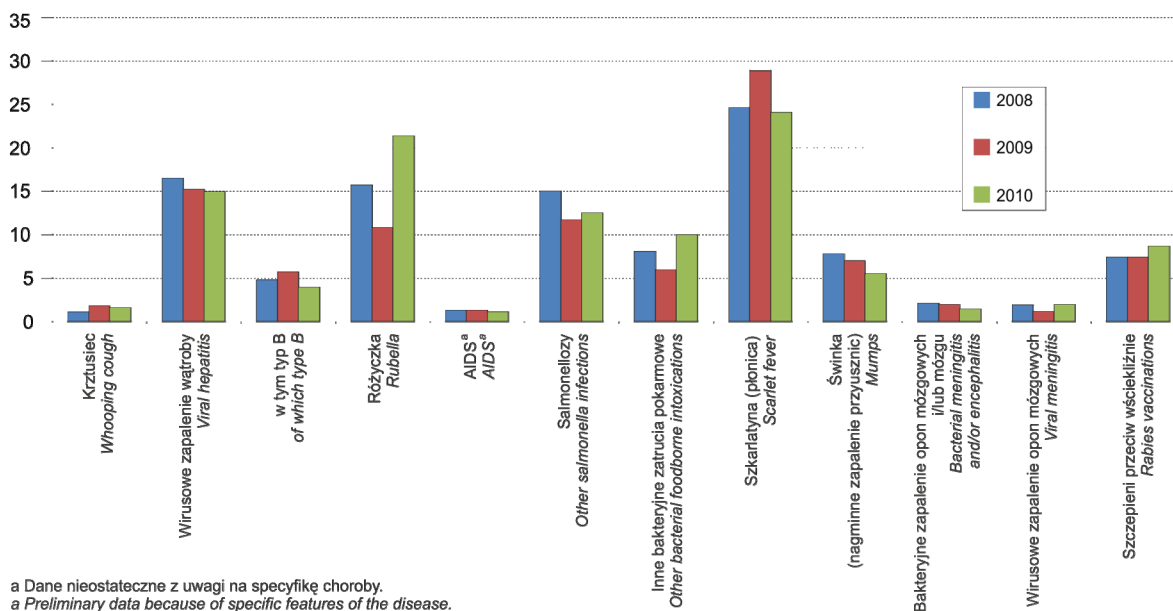
Na terenie kraju funkcjonowało 11,3 tys. aptek ogólnodostępnych i 1,2 tys. punktów aptecznych, spośród których najwięcej zlokalizowanych było na terenie województwa mazowieckiego (odpowiednio 13,1% wszystkich aptek ogólnodostępnych i 12,8% wszystkich punktów aptecznych). Na obszarze województwa opolskiego znajdowała się najmniejsza liczba aptek ogólnodostępnych (2,5% ogółu), a w województwie pomorskim najmniej punktów aptecznych (2,5% ogółu). Najwyższym wskaźnikiem liczby aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych na 1 mieszkańca odznaczało się województwo kujawsko-pomorskie - 3927, tj. o 546 więcej od średniej krajowej.

Biorąc pod uwagę udogodnienia dla osób niepełnosprawnych, można stwierdzić, że ponad połowa (57,7%) aptek ogólnodostępnych posiadała pochylnie/podjazdy/platformy, w 5,4% były automatycznie otwierane drzwi, a co piąta apteka ogólnodostępna nie była w żaden sposób przystosowana do potrzeb osób niepełnosprawnych.

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne i zatrucia

Spśród zarejestrowanych w 2010 r. głównych chorób zakaźnych najwięcej przypadków zachorowań wystąpiło z powodu grypy oraz ospy wietrznej. Pod względem dynamiki liczba zarejestrowanych chorób zakaźnych i zatruc odznaczała się znacznym zróżnicowaniem. Wzrost w porównaniu z 2009 r. wystąpił w przypadku: wirusowego zapalenie mózgu (o 142,9%), różyczki (o 97,7%), innych bakteryjnych zatruc pokarmowych (o 67,8%), salmonellozy (o 6,8%). Wzrosła również liczba szczepień przeciw wściekliźnie – o 17,9%.

Zachorowania na niektóre choroby zakaźne i zatrucia związkami chemicznymi
Incidence of infectious diseases and poisonings



Natomiast znaczne zmniejszenie liczby zachorowań (prawie o połowę) zanotowano w przypadku zachorowań na grypę.

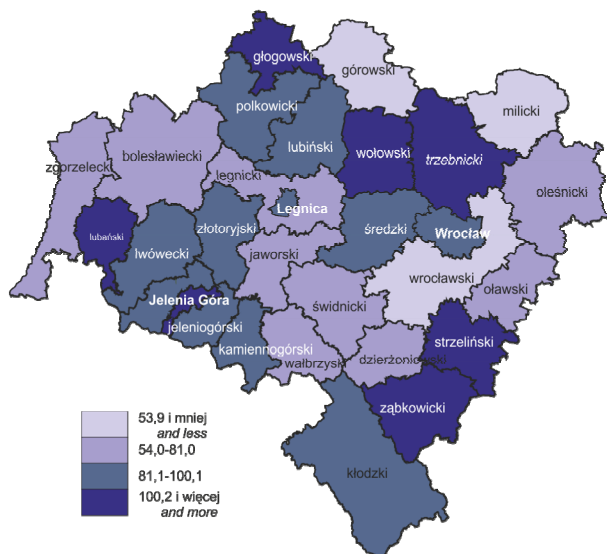
Dokładnym wskaźnikiem mierzącym liczbę zachorowań jest liczba zachorowań lub zatruc przypadająca na 100 tys. mieszkańców. Do chorób o najwyższym wskaźniku należały: grypa (1995,9), szkarlatyna (24,1), różyczka (21,4) i wirusowe zapalenie wątroby (14,9). Dla porównania w kraju wskaźniki te przyjęły następujące wartości: 1443,0; 36,5; 10,4 i 11,0.

Żłobki

Placówkami zaliczanymi do systemu opieki zdrowotnej są również żłobki. Zgonie z Art. 32b Ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30.08.1991 r. są to jednostki udzielające świadczeń zdrowotnych, które obejmują swoim zakresem działania profilaktyczną opiekę nad dzieckiem w wieku do 3 lat, w czasie pracy rodziców lub opiekunów.

W końcu 2010 r. funkcjonowało 38 żłobków oraz 26 oddziałów żłobkowych przy przedszkolach, tj. odpowiednio o 2 więcej i 1 mniej w porównaniu do 2009 r. Żłobki oraz oddziały żłobkowe dysponowały łącznie 4,1 tys. miejsc i w relacji do roku poprzedniego było to więcej o 9,6%, a w odniesieniu do 2008 r. o 16,5%.

Przeciętny pobyt dziecka w żłobku w dniach^a w 2010 r. Average children stay in nurseries in days^a in 2010



a Łącznie z oddziałami.
a With branches.

W ciągu roku we wszystkich placówkach przebywało 6,6 tys. dzieci, które spędziły 565,1 tys. osobodni i w porównaniu do roku poprzedniego było to więcej odpowiednio o 7,1% i 12,1%. Dolnośląskie dziecko przebywało średnio w tego typu placówkach 86,0 dni czyli o 3,9 dnia dłużej niż rok wcześniej. Najkrótszy przeciętny pobyt dziecka odnotowano w żłobkach i oddziałach żłobkowych w powiecie oławskim – tylko 55,9 dni w roku, a najdłuższy w powiecie lubańskim – 122,5 dnia.

W kraju funkcjonowały 392 żłobki oraz 119 oddziałów żłobkowych przy przedszkolach, w których w ciągu roku przebywało 56,9 tys. dzieci. Najwięcej żłobków zanotowano w województwie mazowieckim – 68, śląskim – 58 oraz łódzkim – 39. Liczba oddziałów żłobkowych przy przedszkolach w tych województwach wynosiła odpowiednio: 4, 4 i 7.

Według stanu na dzień 31 XII 2010 r. najliczniejszą grupę dzieci przebywających w żłobkach i oddziałach żłobkowych tworzyły dwulatki – 51,5% ogółu, a co trzecie dziecko w placówce było w wieku 1 roku. *Podobne tendencje zaobserwowano w skali kraju (dwulatki – 51,7% ogółu, dzieci w wieku 1 roku – 33,1%).* W 2010 r. spośród wszystkich dzieci przebywających w żłobkach i oddziałach żłobkowych najniższy odsetek (0,8%) stanowiły dzieci w wieku 4 lat i więcej. Na koniec 2010 r. opieka w placówkach obejmowała 2,0 tys. dziewczynek (48,7%).

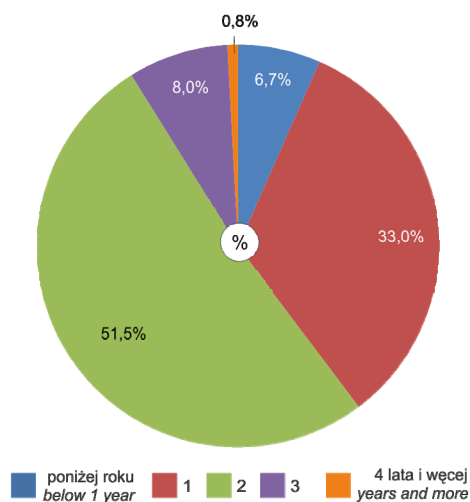
Wskaźnik liczby miejsc na 1000 dzieci do lat 3 w miastach liczony (ze względu na usytuowanie placówek) wynosił 66,6 (w 2009 r. – 62,6, a w 2008 r. – 61,5).

W 2010 r. na każde 1000 dzieci w wieku do 3 lat do żłobka uczęszczało 46,2 dzieci, tj. o 2,8 więcej w odniesieniu do 2009 r. i o 4,9 w relacji do 2008 r.

Na podstawie zebranych informacji o dostosowaniu żłobków dla osób niepełnosprawnych, wynika że tylko 15,8% żłobków i 15,4% oddziałów żłobkowych posiada takie udogodnienia, są to przede wszystkim pochylnie/podjazdy/platformy.

Dzieci w żłobkach i oddziałach żłobkowych według wieku w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII
Children in nursery and in nursery wards
by age in 2010
As of 31 XII



II. OPIEKA SPOŁECZNA

Pomoc społeczna zgodnie z ustawą z dn. 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej (tekst jednolity Dz. U. z 2009 r., Nr 175, poz. 1362 z późn. zm.) ma na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwycięzenie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości. Pomoc społeczną organizują organy administracji rządowej i samorządowej, współpracując w tym zakresie, na zasadzie partnerstwa, z organizacjami społecznymi i pozarządowymi, Kościołem Katolickim, innymi kościołami, związkami wyznaniowymi oraz osobami fizycznymi i prawnymi. Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka.

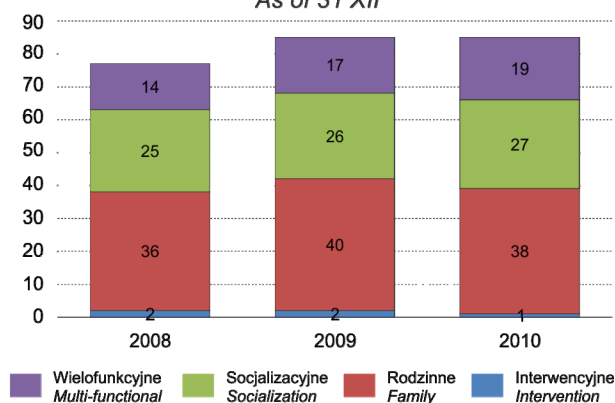
Całodobowe placówki opiekuńczo – wychowawcze

Opieka i wychowanie dzieci i młodzieży pozbawionej całkowicie lub częściowo opieki i wsparcia ze strony naturalnej rodziny, realizowana jest w ramach zadań pomocy społecznej m.in. przez całodobowe i dzienne placówki opiekuńczo wychowawcze oraz rodziny zastępcze. Placówki zapewniają dzieciom ciągłą lub okresową opiekę. Dziecko pozbawione częściowo lub całkowicie opieki rodzicielskiej może być umieszczone w całodobowej placówce opiekuńczo – wychowawczej typu: interwencyjnego, rodzinnego, i socjalizacyjnego. Placówki są instytucyjną formą opieki i do wielu z nich dziecko kierowane jest na pobyt całodobowy na mocy orzeczenia sądowego. Umieszczenie dziecka w placówce powinno jednak nastąpić dopiero po wyczerpaniu możliwości udzielenia mu pomocy w rodzinie naturalnej lub umieszczenie go w rodzinie zastępczej.

Całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci i młodzieży w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Round-the-clock care and education centre for children and youth in 2010
As of 31 XII



W instytucjach całodobowych, według stanu na dzień 31 XII 2010 r. umieszczonych było więcej chłopców (1111) niż dziewczynek (941), a najliczniejszą grupę stanowili wychowankowie w wieku 7-13 lat oraz 14-16 lat (odpowiednio 33,4% i 31,5%). W placówkach wielofunkcyjnych, w których przebywało najwięcej dzieci (44,1% ogółu) najliczniejszą grupę tworzyli wychowankowie w przedziale wiekowym 7-13 lat oraz 14-16 lat (odpowiednio 32,0% i 30,3%). W placówkach interwencyjnych charakteryzujących się najmniejszą liczbą wychowanków przebywały głównie osoby w wieku 14-16 lat – 48,3%. Najmłodsi wychowankowie (do 6 lat) stanowili 18,1% ogółu dzieci umieszczonych w całodobowych placówkach opiekuńczo – wychowawczych, w tym w placówkach socjalizacyjnych było ich – 12,3%, interwencyjnych – 17,2%, rodzinnych – 18,8% oraz wielofunkcyjnych – 23,5%.

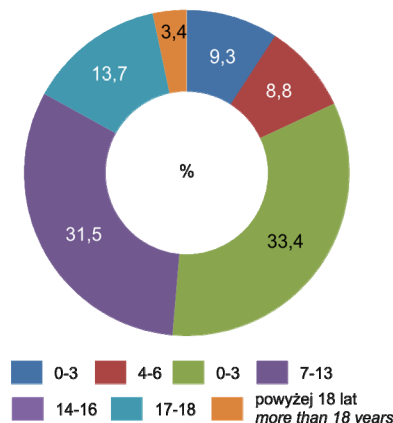
W roku 2009 odnotowano znaczny wzrost i odwrócenie tendencji spadkowych z po-przednich lat w zakresie liczby placówek, miejsc i wychowanków. W relacji do 2008 r. liczba placówek całodobowych ogółem wzrosła z 77 do 85, a miejsc o 5,6% i wychowanków o 3,8%.

Pod koniec 2010 r. funkcjonowało, podobnie jak w 2009 r., 85 całodobowych placówek opiekuńczo – wychowawczych dla dzieci i młodzieży, w których przebywało 2152 wychowanków, w tym w placówkach: wielofunkcyjnych – 905 wychowanków, w socjalizacyjnych – 873, w rodzinnych – 245, a interwencyjnych – 29. W ciągu roku zwiększyła się liczba placówek wielofunkcyjnych z 17 do 19 oraz socjalizacyjnych z 26 do 27. Zmniejszyła się natomiast liczba placówek rodzinnych i interwencyjnych z 2 do 1.

Wychowankowie całodobowych placówek opiekuńczo - wychowawczych dla dzieci i młodzieży według wieku w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Round-the-clock care and education centre for children and youth by age in 2010
As of 31 XII



Wychowankowie w przeważającej większości (94,1% ogółu) umieszczani byli w placówkach na podstawie orzeczenia sądu, a 61,4% zostało tam skierowanych po raz pierwszy.

Jedynie 2,7% wychowanków placówek całodobowych było sierotami biologicznymi, a 19,0% - półsierotami. Wynika z tego, że większość (78,4%) dzieci posiadała obydwój rodziców, którzy nie potrafili lub nie chcieli właściwie wypełniać funkcji wychowawczych. Osoby przewlekłe chore stanowiły 10,2% wychowanków w tych placówkach, a osoby niepełnosprawne – 8,3%. Ponadto, w końcu grudnia 2010 r. w tych placówkach przebywało 11 małoletnich matek oraz 10 cudzoziemców.

W ciągu 2010 r. 1276 wychowanków opuściło całodobowe placówki opiekuńczo-wychowawcze (w 2009 r. – 1216 osób), w tym 1043 wychowanków (w 2009 r. - 1030) było w wieku do 18 roku życia. Najwięcej małoletnich zostało skierowanych do placówek rodzinnych zapewniających względnie stabilne środowisko wychowawcze, w tym: 400 dzieci powróciło do rodziny naturalnej, 186 wychowanków ubyło do rodzin adopcyjnych, a 151 - do rodzin zastępczych.

Do innych placówek opiekuńczo wychowawczych skierowano 193 dzieci, co oznacza, że nadal pozostały w instytucjonalnym systemie opieki.

W 2010 r. w województwie dolnośląskim 233 wychowanków, którzy ukończyli 18 lat (w 2009 r. – 186 osób) opuściło placówki, z czego 96 osób (w 2009 r. – 61) założyło własne gospodarstwa domowe.

Placówki opiekuńczo-wychowawcze w swojej działalności wspierane były przez wolontariuszy. W 2010 r. we wszystkich tego typu instytucjach pomoc taką świadczyło 139 wolontariuszy (w 2009 r. – 76), z czego większość - 85 osób (61,2%) pracowało w placówkach socjalizacyjnych.

Placówki wsparcia dziennego opiekuńczo – wychowawcze

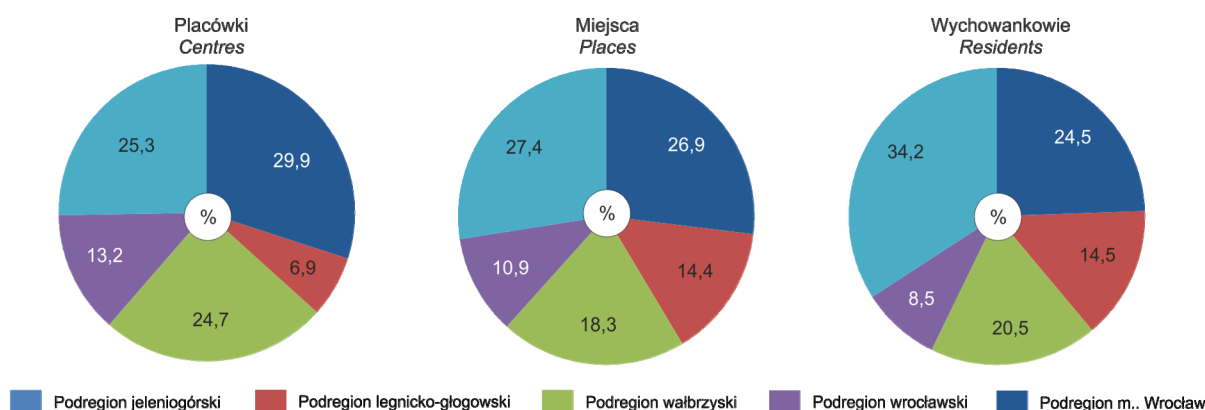
W 2010 r. funkcjonowały 174 placówki wsparcia dziennego (pełnią one rolę wzmocnienia funkcji opiekuńczych rodziny i w różnej formie zapewniają opiekę i wychowanie dzieciom w ich najbliższym otoczeniu, m. in. poprzez pomoc w nauce, organizację czasu wolnego). Dla porównania w kraju działało 3116 placówek wsparcia dziennego, z czego najwięcej w województwach wielkopolskim (437) i pomorskim (409), a najmniej w warmińsko-mazurskim (36) oraz świętokrzyskim (46).

Rekrutacja wychowanków do tych placówek podlega zasadzie dobrowolności. Ze wszystkich zbadanych placówek wsparcia dziennego (151 opiekuńczych oraz 23 specjalistycznych) skorzystało w ciągu 2010 r. – 5838 dzieci i młodzieży, z czego 1277 – ze specjalistycznych. W porównaniu do 2009 r. liczba placówek wsparcia dziennego nie uległa zmianie, a liczba dzieci korzystających z nich w ciągu roku zwiększyła się o 2,2%, a w relacji do 2008 r. o 5,0% wobec wzrostu miejsc odpowiednio o 1,8% i 3,5%. W badanych latach w województwie dolnośląskim brakowało miejsc w specjalistycznych placówkach, które stanowią miejsce wsparcia i opieki szczególnie dla dzieci z dysfunkcjami fizycznymi i psychicznymi, liczba wychowanków przewyższała liczbę deklarowanych miejsc.

Placówki wsparcia dziennego opiekuńczo-wychowawcze dla dzieci i młodzieży według podregionów w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Daily care and education centre for children and youth by subregions in 2010
As of 31 XII



Placówki wsparcia dziennego w swojej aktywności wspierane były przez pracę wolontariuszy. W 2010 r. w kraju tego typu pomoc świadczyło 6552 osoby, w tym najwięcej w województwach śląskim – 953 i mazowieckim – 934.

Dla porównania w województwie dolnośląskim zanotowano 530 wolontariuszy.

Rodziny zastępcze

System placówek opieki zastępczej zasadniczo jest uruchamiany dopiero po wyczerpaniu innych możliwości, w tym umieszczeniu dzieci w rodzinach zastępczych. Zapewniają one na czas określony (zgodnie z ustawodawstwem do pełnoletniości) opiekę i wychowanie dzieciom pozbawionym całkowicie lub częściowo opieki rodzicielskiej. Rodziny zastępcze dzielą się na: spokrewnione i niespokrewnione z dzieckiem, zawodowe niespokrewnione z dzieckiem wielodzietne, specjalistyczne oraz o charakterze pogotowia rodzinnego.

W końcu 2010 r. w 3686 rodzinach zastępczych wychowywało się 5096 dzieci do 18 roku życia oraz 307 dzieci, które ukończyły 18 lat w roku sprawozdawczym, ale pozostały w rodzinie.

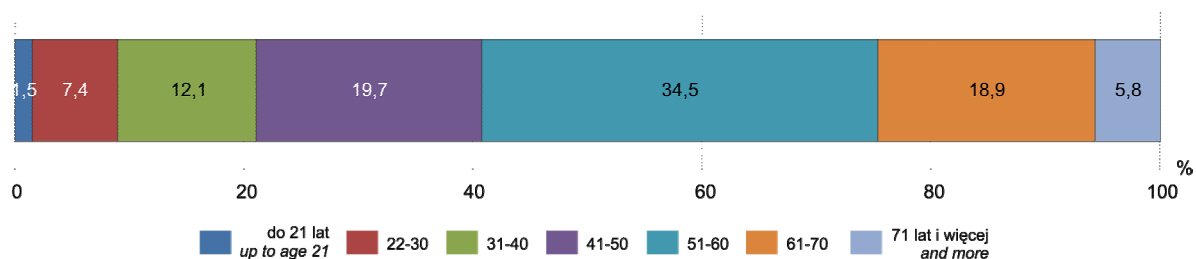
W porównaniu do 2009 r. liczba rodzin zastępczych zwiększyła się o 4,4%, a liczba dzieci objętych tą opieką wzrosła o 3,7%, natomiast w relacji do 2008 r. odpowiednio o 4,7% i 6,4%. W 2010 r. rodziny zastępcze spokrewnione z dzieckiem stanowiły 86,3% ogółu rodzin zastępczych, rodziny niespokrewnione z dzieckiem – 9,7%, a zawodowe rodziny zastępcze 3,9%.

Zdecydowanie najwięcej, bo 14,1% ogółu rodzin zastępczych w kraju w 2010 r. funkcjonowało w województwie śląskim. Najmniej rodzin zanotowano w województwie podlaskim (2,4% ogółu).

Rodziny zastępcze według wieku osoby pełniącej funkcję rodziny zastępczej w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

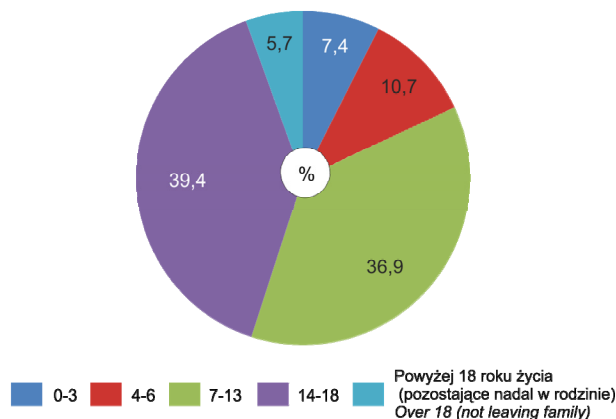
Foster families by age of people who perform the function of foster family in 2010
As of 31 XII



Rodziny zastępcze według wieku przyjętych dzieci w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Foster families by age of admitted children in 2010
As of 31 XII



Prawie 80% osób sprawujących funkcję rodziny zastępczej miało powyżej 40 lat. Prawie 6% ogółu rodzin zastępczych było prowadzone przez osoby w wieku powyżej 71 lat i więcej, a 1,5% - przez osoby w wieku 21 lat i mniej.

Najwięcej rodzin (2775) miało na wychowaniu jedno dziecko (tj. 5,3% ogółu). Dwoje dzieci wychowywało 628 (tj. 17,0%) rodzin zastępczych, a z trojgiem dzieci było ich 177 (tj. 4,8%), z czworgiem i więcej – 105 (tj. 2,8%).

Zdecydowana większość rodzin zastępczych mieszkała w miastach (2681, tj. 72,3% ogółu). Jedynie co trzecia rodzina zastępcza mieszkała na wsi (1005). Bardzo często funkcję rodziny zastępczej pełniła osoba samotna – 1681, tj. 45,6%.

Wśród dzieci przebywających w 2010 r. w rodzinach zastępczych, najmniej było dzieci najmłodszych, tj. w przedziale wiekowym 0-3 lata (398, co stanowiło 7,4% ogółu dzieci w takich rodzinach). Największy odsetek stanowiły dzieci w wieku 14-18 lat oraz 7-13 lat (odpowiednio 2127, tj. 39,4% zbiorowości i 1992, tj. 36,9%).

W roku 2010 rodziny zastępcze opuściło 74 wychowanków, którzy usamodzielnili się, w porównaniu do 2009 r. było to mniej prawie o połowę.

Stacjonarne zakłady pomocy społecznej

Opieką instytucjonalną objęte są nie tylko dzieci i młodzież pozbawione możliwości wychowywania się w rodzinie biologicznej, ale też inne osoby wymagające wsparcia jednostek świadczących usługi pomocy społecznej.

W końcu 2010 r. funkcjonowały 92 stacjonarne zakłady pomocy społecznej (więcej o 5 placówek niż w 2009 r.), w tym 61 domów pomocy społecznej stanowiących 66,3% ogółu placówek.

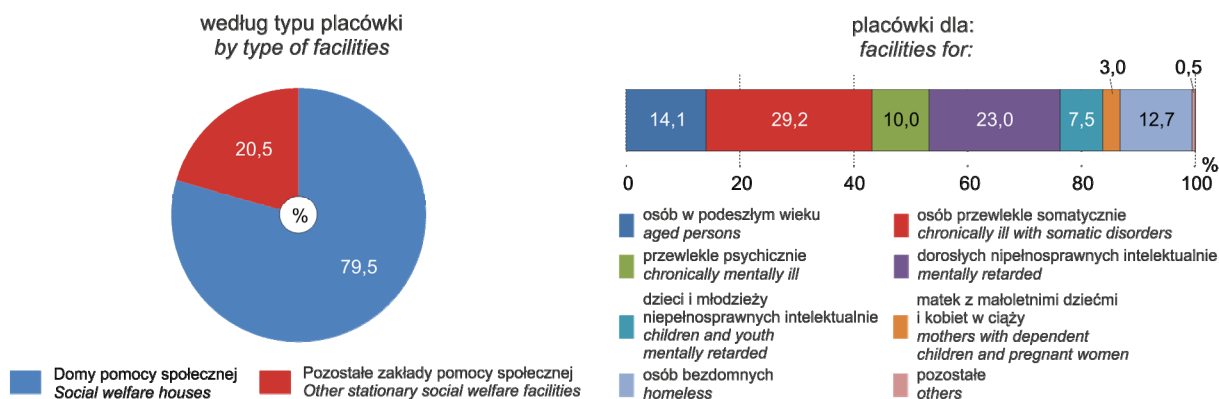
Dla porównania w kraju działało 1489 stacjonarnych placówek pomocy społecznej, w tym 827 domów pomocy społecznej. Największą liczbę placówek odnotowano w województwie mazowieckim – 218 (w tym 103 domy pomocy społecznej) oraz śląskim – 186 (91), najmniej zaś w lubuskim – 33 (w tym 23 domy pomocy społecznej) i podlaskim – 44 (24).

Mieszkańcy zakładów stacjonarnej pomocy społecznej według typu placówki w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

Residents of stationary social welfare facilities by type of facilities in 2010

As of 31 XII



Spośród ogółu zakładów pomocy społecznej, najwięcej placówek przeznaczonych było dla osób przewlekłe somatycznie chorych – 25 (tj. 27,2%, kolejno dla osób w podeszłym wieku – 18 (19,6%) oraz dla osób dorosłych niepełnosprawnych intelektualnie – 17 (18,5%). Łącznie w dyspozycji zakładów stacjonarnej pomocy społecznej w 2010 r. było 7309 miejsc, czyli o 0,8% więcej niż w 2009 r. i o 3,0% w relacji do 2008 r. Liczba mieszkańców w porównaniu do 2009 r. wzrosła o 0,7% (o 4,9% w relacji do 2008 r.), natomiast liczba osób oczekujących zwiększyła się o 38,8%.

Pod względem struktury według wieku, najmniej liczna była grupa osób młodych (do 18 roku życia), stanowiąca 4,5% ogółu mieszkańców, a największy udział w rozważonej zbiorowości miały osoby w wieku 41-60 lat (tj. 30,6% – 2190 osób). Osoby mające ponad 75 lat i więcej stanowiły 28,5% (2036 osób).

W zakładach stacjonarnej pomocy społecznej w 2010 r. łącznie przebywało 7156 osób, z czego najliczniejszą grupę stanowili mieszkający w zakładach dla osób przewlekłe somatycznie chorych – 2086 osób (29,2% ogółu), a najmniejszą w placówkach dla matek z małoletnimi dziećmi lub kobiet w ciąży – 216 (3,0%).

Większość mieszkańców stacjonarnych zakładów pomocy społecznej (78,2%) uczestniczyła w finansowaniu swego pobytu, przynajmniej w części pokrywając koszty z dochodów własnych np.: własnej emerytury, renty, zasiłku stałego. Dla 4,9% mieszkańców pobyt opłacany był w całości przez gminę lub budżet państwa, a 1,6% przebywających w omawianych zakładach zwolniono z odpłatności.

Wśród osób pracujących w stacjonarnych zakładach pomocy społecznej (niezależnie od formy zatrudnienia), dla których było to główne miejsce pracy (ogółem 4129 osób), tylko 0,3% stanowili lekarze (13). Dużo więcej zatrudniano pielęgniarek (464 tj. 11,2% personelu) oraz 102 fizjoterapeutów (2,5%). W opiece nad mieszkańcami stacjonarnych zakładów pomocy społecznej uczestniczyło 179 wolontariuszy.

Świadczenia pomocy społecznej

Oprócz stacjonarnych form pomocy społecznej realizowana jest również pomoc środowiskowa, polegająca na udzielaniu świadczeń pieniężnych i niepieniężnych osobom spełniającym określone kryteria i zakwalifikowanym do otrzymywania takiej pomocy w miejscu ich zamieszkania.

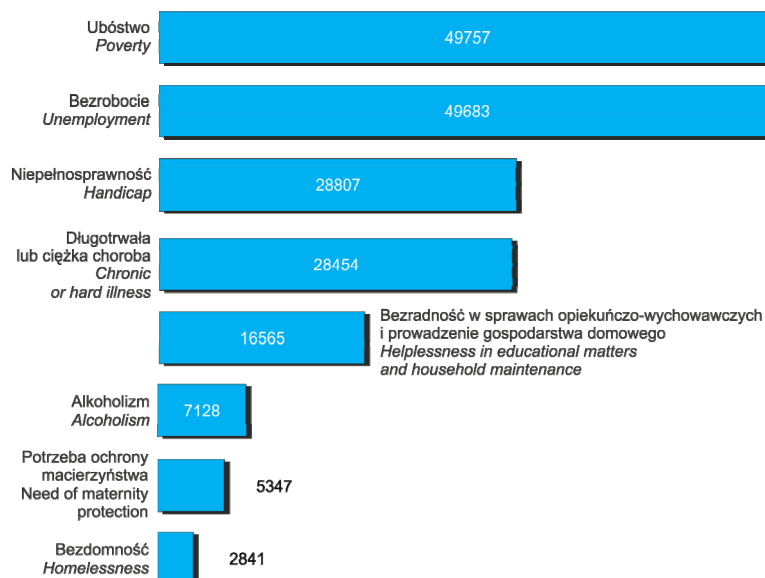
Według danych Dolnośląskiego Urzędu Wojewódzkiego w 2010 r. przyznano w ramach zadań zleconych i własnych (bez względu na ich rodzaj, formę, liczbę oraz źródło finansowania) przyznano 136,0 tys. świadczeń pomocy społecznej. Świadczenia otrzymało 93,9 tys. rodzin, w których łącznie było 227,4 tys. osób.

W jednej rodzinie mogło wystąpić kilka przyczyn udzielenia pomocy środowiskowej. Podobnie jak rok wcześniej, w 2010 r. najczęściej pomocy udzielano z powodu ubóstwa – było ono przyczyną przyznania świadczenia dla 49,8 tys. rodzin (w 2009 r. – 47,8 tys. rodzin). Innymi powodami udzielenia pomocy były: bezrobocie (49,7 tys. rodzin, w 2009 r. – 46,4 tys. rodzin), długotrwała lub ciężka choroba (28,5 tys. w 2009 r. – 27,2 tys. rodzin), niepełnosprawność (28,8 tys. rodzin w 2009 r. – 28,2 tys. rodzin), oraz bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych lub w prowadzeniu gospodarstwa domowego (łącznie w 2009 r. – 16,6 tys. rodzin).

Rodziny objęte pomocą społeczną według powodów przyznania pomocy w 2010 r.

Stan w dniu 31 XII

*Persons and families benefiting from selected social welfare by causes in 2010
As of 31 XII*



Ponadto, jako powody przyznania pomocy wystąpiły: alkoholizm – 7,1 tys. rodzin, potrzeba ochrony macierzyństwa – 5,3 tys. rodzin, bezdomność – 2,8 tys. rodzin, trudności w przystosowaniu do życia po opuszczeniu zakładu karnego lub placówki opiekuńczo-wychowawczej – 1,6 tys. rodzin, zdarzenia losowe – 1,4 tys. rodzin, przemoc w rodzinie – 1,0 tys. rodzin lub inna sytuacja kryzysowa – 0,4 tys. rodzin, narkomania – 0,4 tys. rodzin, sieroctwo – 0,1 tys. rodzin.

Z pomocy w formie zasiłków stałych skorzystało 14,2 tys. osób, (tj. 2,1% więcej niż w 2009 r.) w kwocie 48,6 mln zł. Zasiłki te były wypłacane z tytułu całkowitej niezdolności do pracy z powodu wieku lub niepełnosprawności. Zasiłki okresowe przyznano 37,7 tys. osób na kwotę 55,7 mln zł.

Najwyższą kwotę świadczeń w ramach zasiłków okresowych przekazano w województwach kujawsko-pomorskim – 62,2 mln zł i śląskim – 60,8 mln zł, a najmniej w świętokrzyskim – 18,9 mln zł oraz opolskim – 21,4 mln zł. Największą liczbę osób korzystających z zasiłków okresowych w przeliczeniu na 10 tys. ludności zanotowano w województwach warmińsko-mazurskim – 241,6 oraz kujawsko-pomorskim – 207,6 i było to więcej od przeciętnej krajowej odpowiednio o 120,0 i 83,0. Do województw charakteryzujących się najniższą wartością tego wskaźnika należały: mazowieckie – 66,5 oraz małopolskie – 69,3, tj. mniej od średniej krajowej odpowiednio o 55,1 i 52,3. Dla porównania w województwie dolnośląskim na 10 tys. ludności 131,0 osób korzystało ze świadczeń z zasiłków okresowych.

Wśród niepieniężnych świadczeń pomocy społecznej najczęściej przyznawany był posiłek – w 2010 r. otrzymało go 48,3 tys. osób. Pomoc w formie usług opiekuńczych ogółem został udzielony 8,0 tys. osobom. W ciągu roku udzielono również schronienia 0,8 tys. osobom, a pomoc w formie ubrania otrzymało 0,6 tys. osób.