

ANALIZA SYTUACJI ZDROWOTNEJ, POTRZEB INFRASTRUKTURALNYCH W WOJEWÓDZTWIE ŚLĄSKIM ORAZ ZAŁOŻEŃ WDRAŻANIA I WYBORU PROJEKTÓW Z OBSZARU ZDROWIA W RAMACH REGIONALNEGO PROGRAMU OPERACYJNEGO WOJEWÓDZTWA ŚLĄSKIEGO NA LATA 2014- 2020

Raport końcowy

Poznań, grudzień 2015

Spis treści

1. Streszczenie w języku polskim i angielskim	3
1.1. Streszczenie	3
1.2. Summary	6
2. Wprowadzenie	9
3. Opis metodologii oraz źródła informacji wykorzystane w badaniu	10
4. Opis wyników badania	10
4.1. Analiza sytuacji demograficznej w województwie śląskim	10
4.2. Analiza sytuacji epidemiologicznej w województwie śląskim	25
4.3. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa śląskiego w odniesieniu do problemów wykluczających z rynku pracy	48
4.4. Sytuacja szpitali powiatowych i wojewódzkich na Śląsku	57
4.5. Sytuacja w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie śląskim	78
4.6. Sytuacja w zakresie kształcenia studentów na kierunkach medycznych w województwie śląskim	92
4.7. Potrzeby regionalne w obszarze zdrowia w województwie śląskim	96
5. Zaprojektowanie systemu wdrażania w ramach PI 9a RPO WSL 2014-2020	106
5.1. Wsparcie w ramach RPO WSL 2007-2013	106
5.2. Rozwiązania w ramach systemu oceny i wyboru oraz wdrażania projektów w ramach PI 9a RPO WSL 2014-2020	108
6. Wnioski i rekomendacje	118
7. Załączniki – wzory narzędzi badawczych oraz źródła informacji wykorzystane w badaniu	120

Najczęściej stosowane skróty	
AOS	<i>Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna</i>
CATI	<i>Wywiady telefoniczne ze wspomaganie komputerowym</i>
CAWI	<i>Wywiady internetowe</i>
DiLO	<i>Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego</i>
EFRR	<i>Europejski Fundusz Rozwoju Regionalnego</i>
EFS	<i>Europejski Fundusz Społeczny</i>
GUS	<i>Główny Urząd Statystyczny</i>
IDI	<i>Indywidualne wywiady pogłębione</i>
IZ	<i>Instytucja Zarządzająca</i>
MZ	<i>Ministerstwo Zdrowia</i>
NFZ	<i>Narodowy Fundusz Zdrowia</i>
PI	<i>Priorytet Inwestycyjny</i>
POIG	<i>Program Operacyjny Innowacyjna Gospodarka</i>
POIŚ	<i>Program Operacyjny Infrastruktura i Środowisko</i>
POWER	<i>Program Operacyjny Wiedza – Edukacja – Rozwój</i>
POZ	<i>Podstawowa Opieka Zdrowotna</i>
RPO WSL	<i>Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego</i>
SP ZOZ	<i>Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej</i>
ŚUW	<i>Śląski Urząd Wojewódzki</i>
UM WSL	<i>Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>
ZUS	<i>Zakład Ubezpieczeń Społecznych</i>

1. STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM I ANGIELSKIM

1.1. Streszczenie

Raport stanowi analizę sytuacji zdrowotnej w województwie śląskim (z uwzględnieniem sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w regionie), potrzeb infrastrukturalnych placówek medycznych w województwie śląskim, założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Wyniki tej analizy posłużyły do opracowania wniosków i rekomendacji, odnoszących się do optymalnego zaprojektowania wsparcia w ramach Priorytetu Inwestycyjnego 9a, przedstawionych w ostatniej części raportu. W raporcie analizie poddano również sytuację zdrowotną mieszkańców województwa śląskiego w odniesieniu do problemów wykluczających z rynku pracy, a więc zapadalność na choroby zawodowe ze względu na strukturę zatrudnienia w regionie, czynniki ryzyka występujące w miejscu pracy w sekcjach gospodarki, w których odnotowuje się największy odsetek zatrudnienia w województwie oraz wpływ innych czynników wykluczających z rynku pracy. Zdiagnozowano specyfikę potrzeb regionalnych w obszarze zdrowia w kontekście możliwości wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 przedsięwzięć mających na celu zwiększenie jakości specjalistycznych usług medycznych, odnoszących się do zidentyfikowanych obszarów deficytowych i służących dostosowaniu systemu ochrony zdrowia do zmieniających się trendów demograficznych. Przedstawiono także najważniejsze potrzeby placówek POZ, AOS oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich w zakresie leczenia chorób stanowiących najistotniejsze problemy zdrowotne mieszkańców regionu oraz sformułowano rekomendacje co do rozwiązań służących poprawie dostępności i efektywności systemu ochrony zdrowia z wykorzystaniem środków RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia.

Na podstawie przeprowadzonej analizy za jednostki chorobowe, stanowiące poważny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego, uznano (w kolejności od najpoważniejszych, wymagających podjęcia działań w pierwszej kolejności, do problemów mniejszej wagi):

- nowotwory złośliwe - u kobiet na terenie województwa - rak piersi i szyjki macicy, u mężczyzn – nowotwory tchawicy, płuc i oskrzeli oraz żołądka, okrężnicy, odbytu, złącza jelit i odbytu (w związku z najwyższymi w kraju wskaźnikami umieralności z powodu nowotworów złośliwych, w tym - najczęściej rejestrowanym jeśli chodzi o wskaźnik zapadalności nowotworem złośliwym u kobiet na terenie województwa - rakiem piersi i szyjki macicy, wśród mężczyzn w ostatnich latach – nowotworów tchawicy, płuc i oskrzeli oraz żołądka, okrężnicy, odbytu, złącza jelit i odbytu),
- chorobę niedokrwienną serca, należącą do schorzeń układu krążenia (przede wszystkim w związku ze wzrastającą w województwie zapadalnością i najwyższym w kraju współczynnikiem umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca),

- gruźlicę oraz pylicę płuc, należące do chorób układu oddechowego (w tej grupie chorób z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, sytuuje się gruźlica, dotycząca w 87% przypadków płuc¹, co do której w 2013 roku odnotowano w województwie śląskim najwyższy wskaźnik zapadalności w kraju, a na przestrzeni ostatnich 10 lat – najwyższe wskaźniki umieralności; przesłanką do wskazania tej grupy chorób jako szczególnie istotnych w regionie jest także najwyższa w kraju zachorowalność mieszkańców województwa śląskiego na choroby zawodowe, a zwłaszcza pylice płuc, jedyne jednostki chorobowe w tej grupie, co do których występuje silne uwarunkowanie regionalne²),
- schorzenia układu ruchu na skutek urazów i wypadków przy pracy, należące do chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego (z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej w województwie wyzwaniem jest leczenie i rehabilitacja schorzeń układu ruchu na skutek urazów i wypadków przy pracy, których skala występowania – jeśli chodzi o liczbę i śmiertelność jest w województwie śląskim najwyższa w kraju³),
- cukrzycę, należącą do chorób układu wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych układu wydzielniczego, dla której w latach 2005-2014 odnotowano w województwie śląskim najwyższy w kraju współczynnik umieralności, wraz ze wzrastającą w województwie zapadalnością na tę chorobę,
- zaburzenia lękowe i depresje u dzieci i młodzieży (ze względu na wysoką zapadalność na depresje i zaburzenia lękowe mieszkańców województwa śląskiego w wieku 15-29 lat oraz zarejestrowaną w latach 2009-2011 najwyższą w kraju umieralność z powodu wystąpienia chorób z tej grupy).

Jako dodatkowe wyzwania w obszarze zdrowia w regionie, wskazano także zapewnienie opieki dla najstarszej grupy mieszkańców województwa śląskiego, wobec dynamiki procesu starzenia się społeczeństwa w regionie oraz wzrastającej liczby osób w wieku 65+ i 80+ w regionie⁴; zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej tym osobom z kompleksowymi schorzeniami, typowymi dla tej grupy wiekowej oraz chorobami przewlekłymi, będzie stanowiło jedno z największych wyzwań w perspektywie najbliższych 20 lat dla województwa śląskiego. W związku z obecnymi trendami demograficznymi, osoby aktywne zawodowo będą w przyszłości w regionie stanowić grupę mniej liczną i bardziej zaawansowaną wiekowo, a z powodu występowania zjawiska starzenia się społeczeństwa zwiększy się odsetek osób potrzebujących opieki zdrowotnej⁵, zwłaszcza w ramach różnych form dziennej i ambulatoryjnej opieki środowiskowej, dla której wsparcie jest przewidziane w RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a. Ponadto, jak świadczą wyniki przeprowadzonego badania, osób w tej grupie wiekowej w największym stopniu dotyczą wszystkie wymienione powyżej grupy schorzeń, co według opinii ekspertów, wymagać będzie w odniesieniu do najstarszej grupy mieszkańców województwa śląskiego w najbliższych latach zapewnienia systemowych rozwiązań w zakresie fachowej i kompleksowej opieki specjalistów różnych dziedzin medycyny w opiece zdrowotnej, niezbędnej w ich stanie zdrowia. Stanowi to więc dodatkowe uzasadnienie dla interwencji środków RPO WSL 2014-2020 w tym zakresie.

Drugim tego typu wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej w województwie śląskim, jest odnotowywana w latach 2005-2014 jedna z najwyższych w kraju umieralność niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska waga urodzeniowa. Powyższe dane stanowią przesłankę do skierowania szczególnej uwagi w ramach interwencji w obszarze zdrowia w województwie śląskim na opiekę nad matką i dzieckiem, zapewnienie dostępności do badań prenatalnych oraz zabezpieczenia opieki zdrowotnej w zakresie wyposażenia i infrastruktury oddziałów neonatologii szpitali w województwie śląskim.

Jak świadczą wyniki badania, leczenie chorób układu krążenia w województwie śląskim stoi na bardzo wysokim poziomie, niemniej wobec wzrastającego współczynnika zapadalności na choroby z tej grupy oraz najwyższą w kraju umieralność z powodu choroby niedokrwiennej serca w województwie śląskim, wskazane jest prowadzenie działań z zakresu profilaktyki (badania profilaktyczne realizowane w POZ, edukacja młodzieży). Do poprawy sytuacji w tym zakresie przyczynić się może realizacja projektów szeroko rozumianej telemedycyny (np. tworzenie rozwiązań telekonsultacji pomiędzy POZ, poradniami specjalistycznymi, jak również pomiędzy oddziałami internistycznymi a oddziałami kardiologii⁶). Ponadto nacisk w zakresie profilaktyki powinien zostać położony na wspólnie realizowane (przez oddziały, poradnie specjalistyczne i POZ) programy profilaktyczne i prewencji pierwotnej oraz wtórnej.

Ze względu na wzrastające współczynniki zapadalności i umieralności na choroby nowotworowe, zarówno w Polsce, jak i w województwie śląskim, leczenie tych chorób jest jednym z największych wyzwań dla systemu opieki zdrowotnej. Jeśli chodzi o specyfikę regionu, u kobiet na terenie województwa najwyższa umieralność oraz wysoka zapadalność dotyczy raka piersi i szyjki macicy, a u mężczyzn – nowotworów tchawicy, płuc i oskrzeli oraz żołądka, okrężnicy, odbytu, złącza jelit i odbytu. W związku z nasilonym w ostatnich latach występowaniem w województwie śląskim nowotworów, dla poprawy sytuacji w tym zakresie ważne będzie uzupełnianie i odnawianie (w związku z amortyzacją i zużyciem obecnie funkcjonujących) zasobów specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, wykorzystywanego do ich diagnostyki i leczenia.

¹ na podstawie *Zachorowania i zgony na gruźlicę – wybrane dane*, Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2014.

² Sytuację województwa w odniesieniu do problemów zdrowotnych wykluczających z rynku pracy oraz chorób zawodowych mieszkańców Śląska omówiono szczegółowo w rozdz. 4.3)

³ Sytuację województwa w odniesieniu do problemów zdrowotnych wykluczających z rynku pracy oraz chorób zawodowych mieszkańców Śląska omówiono szczegółowo w rozdz. 4.3); dodatkowo, takie ujęcie kwestii zaliczenia wypadków i urazów w miejscu pracy do grupy chorób związanych z układem kostno-mięśniowo-szkieletowym, zostało wskazane przez biorących udział w badaniu pogłębianym ekspertów z dziedziny epidemiologii, Instytutu Medycyny Pracy w Sosnowcu oraz konsultantów wojewódzkich ds. ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz reumatologii.

⁴ Liczebność osób w tej grupie wiekowej wg prognoz przedstawionych w rozdziale 4.1 w perspektywie roku 2050 wzrośnie w województwie śląskim niemal czterokrotnie.

⁵ Por. *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Ramy strategiczne*. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2014.

⁶ Działania tego typu będą wspierane w ramach Osi II RPO WSL 2014-2020 *Cyfrowe Śląskie*.

Ze względu na dużą dynamikę zachorowań na cukrzycę w ostatnich latach w regionie, a także wysoki współczynnik śmiertelności z tej przyczyny mieszkańców województwa śląskiego, jako jeden z istotnych problemów zdrowotnych regionu, analizowano także świadczenie usług medycznych w zakresie diabetologii. Z punktu widzenia zabezpieczenia systemu opieki zdrowotnej, ważnym problemem w kontekście leczenia chorób stanowiących poważny problem zdrowotny w regionie, jest niewystarczający stan zabezpieczenia miejsc na szpitalnych oddziałach diabetologicznych⁷, co stanowi istotny czynnik ryzyka dla zapewnienia opieki wzrastającej grupie osób chorujących na cukrzycę w województwie śląskim, a także przyczyniać się może do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu cukrzycy w regionie. Ze względu na specyfikę tej choroby, należy także, zdaniem ekspertów z tej dziedziny, dążyć do podnoszenia świadomości społeczeństwa na temat problematyki cukrzycowej, gdyż ze względów finansowych poradnie diabetologiczne nie zatrudniają personelu wspomagającego leczenie, tj. dietetyk, psycholog, edukator w cukrzycy. Ważne byłoby też wsparcie w ramach środków PI 9a RPO WSL 2014-2020 tych placówek, które planują poszerzenie działalności o świadczenie ambulatoryjnego leczenia diabetologicznego, zwłaszcza połączonego z realizacją programu profilaktyki tej choroby.

Jak wskazują wyniki badania, niewystarczający stan zabezpieczenia opieki zdrowotnej w województwie śląskim dotyczy również najmłodszej i najstarszej grupy pacjentów, co w obydwu przypadkach jest związane z niewystarczającą liczbą placówek, udzielających świadczeń NFZ z zakresu medycyny paliatywnej, leczenia chorób przewlekłych, psychogeriatry, oddziałów szpitalnych zakaźnych i diabetologicznych dla dzieci. W ostatnich latach w szpitalach województwa śląskiego odnotowano spadek liczby oddziałów pediatrii, neonatologii, gruźlicy i chorób płuc oraz oddziałów rehabilitacyjnych, co wymaga z jednej strony - podjęcia działań w celu zapewnienia opieki zdrowotnej dla najmłodszej grupy pacjentów (w tym – doposażenia oddziałów noworodków z niską wagą urodzeniową i wadami rozwojowymi - co jest problemem specyficznym w regionie i wymaga dodatkowych interwencji, w związku z najwyższą w kraju umieralnością niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska masa urodzeniowa), z drugiej strony - także w celu zapewnienia pełnej dostępności leczenia szpitalnego dorosłym pacjentom cierpiącym na choroby zakaźne, takie jak gruźlica (zwłaszcza w kontekście odnotowanej ostatnio wzrastającej zapadalności na to schorzenie w regionie) oraz pacjentom wymagającym rehabilitacji po poważnych zabiegach chirurgicznych i urazach (wypadkach przy pracy) oraz schorzeniach związanych z układem ruchu, jak i w obrębie klatki piersiowej (operacje kardiochirurgiczne, torakochirurgiczne)⁸. Stanowi to przesłankę do położenia nacisku na tworzenie oddziałów dziennych i opieki środowiskowej dla pacjentów opuszczających placówki szpitalne, wymagających dalszej, specjalistycznej opieki w celu odzyskania sprawności i możliwości powrotu na rynek pracy, która może być świadczona poza oddziałami szpitalnymi pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej infrastruktury lokalowej, kadry i sprzętu medycznego (rehabilitacyjnego). Tworzenie takich placówek leży w obszarze polityki zdrowotnej regionu, w obszarze interwencji środków RPO WSL 2014-2020 mieści się natomiast priorytetowe (preferencyjne) traktowanie w konkursach dotyczących zakupu sprzętu i inwestycji w infrastrukturę tych placówek specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, które już prowadzą lub zamierzają poszerzyć działalność o rehabilitację leczniczą.

Ponadto, jak świadczą wyniki analizy, chorobami zawodowymi, co do których występuje silne uwarunkowanie regionalne i co do których w ostatnich 10 latach odnotowuje się najwyższe wskaźniki zapadalności w województwie śląskim, są: pylica płuc, obustronny trwały ubytek słuchu, zespół wibracyjny oraz choroby układu ruchu. Przyczynami wystąpienia chorób zawodowych w województwie śląskim są często czynniki szkodliwe związane ze środowiskiem pracy (pył kopalniany, wdychanie krzemionki krystalicznej, ponadnormatywny poziom hałasu w środowisku pracy). Wobec tego oraz stwierdzonych w województwie śląskim najwyższych w kraju wskaźników występowania wypadków przy pracy jako istotny obszar wskazać można kwestię bezpieczeństwa i higieny pracy, jak również niezbędne zabezpieczenie systemu opieki zdrowotnej w zakresie leczenia schorzeń układu oddechowego i układu ruchu.

Jak świadczą wyniki przeprowadzonego badania, stan zdrowia mieszkańców województwa śląskiego uległ w ostatnich latach pogorszeniu, jeśli chodzi o wskaźniki umieralności i zapadalności na istotne jednostki i grupy chorób, stanowiące specyficzne problemy zdrowotne w regionie. Kompleksowa analiza sytuacji zdrowotnej w województwie śląskim pozwoliła na opracowanie wniosków i rekomendacji do wdrażania i wyboru projektów z zakresu zdrowia w ramach RPO WSL 2014-2020, które zostały dopasowane do sytuacji regionu i mają na celu poprawę sytuacji w tym zakresie.

Na podstawie niniejszej analizy, wskazano następujące wnioski i rekomendacje dotyczące wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia, związanych ze zidentyfikowanymi w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego potrzebami regionalnymi w obszarze zdrowia w kontekście możliwości wsparcia ze środków Programu w ramach PI 9a przedsięwziąć mających na celu zwiększenie jakości specjalistycznych usług medycznych, odnoszących się do zidentyfikowanych obszarów deficytowych i służących dostosowaniu systemu ochrony zdrowia do zmieniających się trendów demograficznych:

- W kontekście potrzeb regionu w zakresie zapewnienia opieki środowiskowej w formie otwartych placówek dziennych dla osób starszych i niepełnosprawnych, zwłaszcza z kompleksowymi i przewlekłymi schorzeniami, pożądanym kierunkiem wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia jest deinstytucjonalizacja świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych świadczonych obecnie w formie długoterminowej stacjonarnej zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Usługi te mogłyby być realizowane w formie placówek lub oddziałów pobytu dziennego poprzez

⁷ „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2015.

⁸ Por. opinie eksperckie konsultantów ds. chorób płuc i gruźlicy, epidemiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii i zdrowia publicznego.

poszerzenie działalności ZOL i ZOP oraz przeniesienie na rzecz przyszpitalnych POZ i AOS części usług medycznych realizowanych na oddziałach geriatrycznych szpitali.

- Ze względu na wskazanie niewystarczającego poziomu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w regionie z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz układu kostno-mięśniowo-stawowego, ważne będzie w ramach wsparcia w obszarze zdrowia ze środków RPO WSL 2014-2020 tych placówek opieki zdrowotnej, które zadeklarują realizację kompleksowych projektów, obejmujących równoległe działania w zakresie poprawy infrastruktury, zakupu sprzętu i poszerzenia zakresu świadczeń o usługi dotyczące obszaru rehabilitacji medycznej (zwłaszcza kardiologicznej, układu kostno-szkieletowego, przewlekłych chorób układu oddechowego), ze względu na niewystarczającą obecnie dostępność tych świadczeń.
- Ze względu na wysokie współczynniki zapadalności oraz umieralności w regionie na nowotwory złośliwe, ważną potrzebą zdrowotną mieszkańców regionu jest zapewnienie dostępności do wczesnej diagnostyki onkologicznej oraz terapii specjalistycznym sprzętem; jest to istotne ze względu na wciąż występujące długie kolejki oczekujących na radioterapię, co przyczyniać się może do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych w województwie śląskim.
- Ze względu na wysokie współczynniki zapadalności oraz umieralności w województwie śląskim, ważnym problemem zdrowotnym w regionie, jest także brak wystarczającej liczby miejsc w województwie na oddziałach diabetologicznych dla dorosłych oraz brak oddziału diabetologicznego dla dzieci, co stanowi istotny czynnik ryzyka dla zapewnienia opieki wzrastającej grupie osób chorujących na cukrzycę w województwie śląskim, a także przyczynia się do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu cukrzycy w regionie.
- Jak wskazują wyniki badania, w ostatnich latach w szpitalach w województwie śląskim spadła liczba m.in. oddziałów pediatrii oraz neonatologii, co należy ocenić jako zagrożenie dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej najmłodszej grupie pacjentów (np. noworodkom z niską wagą urodzeniową i wadami rozwojowymi), co jest problemem specyficznym w regionie i wymagającym dodatkowych interwencji, w związku z najwyższą w kraju umieralnością niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska masa urodzeniowa.
- Ponadto, rekomendowano, by w ramach procedury wyboru projektów w obszarze zdrowia ze środków RPO WSL 2014-2020 premiowane było realizowanie kompleksowych projektów, obejmujących łącznie zmiany infrastrukturalne, zakup sprzętu oraz realizację programu zdrowotnego i/lub profilaktycznego przez beneficjenta.
- Za efektywne w obszarze zdrowia uznano także realizowanie projektów w formule partnerskiej, co sprzyjać będzie deinstytucjonalizacji i przygotowaniu systemu opieki zdrowotnej do działań z zakresu opieki koordynowanej, a także przysłużyć się do optymalizacji wykorzystania posiadanych zasobów infrastrukturalnych i sprzętowych śląskich placówek opieki zdrowotnej.

1.2. Summary

This report constitutes a comprehensive analysis of the health situation in the Silesia Voivodship (taking account of the demographic and epidemiological situation in the region) and infrastructure needs of medical facilities in Silesia. Furthermore, the report consider the system of selection and implementation of the projects in the field of health under the 2014-2020 Regional Operational Programme of the Silesia Voivodship. The results of the analysis were used to develop proposals and recommendations regarding the process of designing the support system for projects funded under Priority 9a. The above-mentioned recommendations are included in the last part of this report. Moreover, the report consider also analysis of the health situation of the Silesia region with regard to the problems which are causing the labour market exclusion. This analysis includes the examinations of the occupational diseases morbidity (taking into account the employment structure in the region), the risk factors in the workplace (in those sections of economy in which the highest employment was recorded in Silesia region), and the examinations of the other factors which can lead to the labour market exclusion. The regional needs in the field of health have been diagnosed in order to identify the possibilities of support the projects under the RPO WSL 2014-2020⁹, which would be aimed to improve the quality of specialized medical services related to the identified deficit areas and which would help to adapt healthcare system to changing demographic trends. The report presents also the basic needs of the POZ¹⁰, AOS¹¹ and powiat and province hospitals in terms of treatment of diseases, which poses a particular problem in Silesia voivodship. Recommendations were formulated in order to improve the accessibility and efficiency of the health system with the use of RPO WSL 2014-2020 funds.

On the basis of analysis, the following group of diseases, and diseases entities were identified as a major health problem in the Silesia Voivodship:

- malignant tumours (by virtue of the highest level of mortality caused by malignant tumours in Silesia, out of which the most frequently diagnosed among women is breast and cervical cancer, and among men the cancer of the respiratory system – trachea, bronchus and lungs cancer, and cancer of the gastrointestinal system).

⁹ 2014-2020 Regional Operational Programme of the Silesia Voivodship

¹⁰ Primary healthcare

¹¹ Specialized outpatient healthcare

- coronary artery disease in the group of cardiovascular diseases (by virtue of the increasing morbidity and the highest mortality rate from coronary artery in the Silesia province).
- tuberculosis and pneumoconiosis in the group of respiratory diseases (in this group one of the most important entity is tuberculosis which in 87% of cases attacks the lungs; in 2013 Silesia voivodship was characterized by the highest morbidity in Poland, and by the highest mortality over the last 10 years; moreover Silesia region is characterized by the highest rate of occupational diseases morbidity, especially pneumoconiosis, for which the strong regional conditionality is noted).
- muscular and osteoarticular system diseases caused by injuries and accidents at work (includes the treatment and rehabilitation of damages caused by injuries and accidents at work; the Silesia voivodship is characterized by the biggest number of the injuries and accidents at work, and the highest mortality rate¹²).
- diabetes in the group of endocrine, nutritional and metabolic diseases (by virtue of the increasing morbidity and the highest rate of mortality from diabetes in Silesia Voivodship in 2005-2014).
- depression and anxiety disorders among the children and younger inhabitants of Silesia (due to the high morbidity related to depression and anxiety disorders among the inhabitants of Silesia, and by virtue of the highest in Poland rate of mortality caused by mental disorders over the period 2009-2011)

As additional challenges in the area of health in the region, identified as providing care for the oldest group of inhabitants of the province of Silesia, to the dynamics of an aging population in the region and increasing the number of people aged 65+ and 80+ in the region, providing adequate health care to those persons with complex diseases, typical for this age group as well as chronic diseases; it would constitute one of the biggest challenges in the next 20 years for the Silesian province. In view of the current demographic trends, active people will be in the near future in the region constitute a less numerous and more advanced in age, and because of the phenomenon of population aging will increase the percentage of people in need of health care, particularly in the context of various forms of living and outpatient care in the community for which support is provided in the RPO 2014-2020 in the framework of the PI 9a. In addition, as evidenced by the results of a study of people in this age group most affected by all the above mentioned group of diseases, which according to experts, will require in relation to the oldest group of residents of the Silesian province in the coming years to provide system solutions for professional and comprehensive care specialists in various fields of medicine in healthcare, which is necessary in their state of health. So it is additional justification for intervention measures RPO 2014-2020 in this regard. The second such challenge to the health care system in the Silesian province, is recorded in the years 2005-2014 one of the highest infant mortality rate in the country, whose causes are perinatal conditions, congenital birth defects, prematurity and low birth weight. The above figures are indicative to direct special attention for intervention in the area of health in the Silesian province to care for mother and child, providing access to prenatal testing and to safeguard health care in terms of equipment and infrastructure neonatology hospitals in Silesia.

The results of the studies proved, that the treatment of the cardiovascular diseases in Silesia region is on the high level. However, with respect to the increasing morbidity rate, it is recommended to undertake prevention activities (prophylactic tests in POZ, youth education). The implementation of the projects concerning the broadly defined telemedicine (teleconsultations between POZ and specialist clinics, as well as between internal and cardiologic ward) can help to shorten the waiting lists¹³. Furthermore, the main focus should be on jointly implemented (by wars, specialist clinics and POZ) prophylactic and primary and secondary prevention programmes.

Due to the increasing morbidity and mortality from cancers, both in Poland as well as in the Silesia Voivodship, treatment of cancer diseases is currently one of the greatest challenges for the healthcare system. As for the specifics of the region, women in the region the highest mortality and high incidence of cancer of the breast and cervical cancer in men - cancer of the trachea, bronchi and lungs and stomach, colon, rectum, intestines and rectum connector. In connection with increased in recent years, their occurrence in the Silesian province cancers, to improve the situation in this respect will be important replenishment and renewal (due to depreciation and consumption of currently existing) resources specialist medical equipment and apparatus, used for their diagnosis and treatment.

Recognising diabetes as an essential health problem in the region, due to the increasing number of new cases and high mortality rate from diabetes among the inhabitants of the Silesia Voivodship, provision of services regarding the diabetology was also analysed within the frame of this studies. One of the most significant problem for healthcare system in context of treatment of the most vital diseases in the region, is existence of just one diabetology ward in the Silesia, and lack of the child diabetology department. For this reason, the health assistance provided to the increasing group of people suffering from diabetes is not sufficient, what may contributes to the high mortality from diabetes in Silesia voivodship. According to the experts, taking into account the specific character of this disease, it is highly recommended to raise the public awareness of the diabetes, especially

¹² The occupational diseases, and diseases which are causing the labour market exclusion in Silesia Voivodship were discussed in detail in chapter 4.3; Furthermore, placing injuries and accidents at the workplace in the group of the muscular and osteoarticular diseases was suggested by the experts in the field of epidemiology, experts from the Occupational Medical Institute in Sosnowiec, and Voivodship Consultant in orthopaedics, traumatology of the locomotor system, and rheumatology.

¹³ such type of the projects will be supported under II priority of RPO WSL 2014-2020 *Digital Silesia*

by virtue of the fact, that diabetology clinics do not employ therapy supporting personnel like dietitian, nutrition assistant, psychologist or educator, due to financial reasons. Experts agreed, that under the RPO WSL 2014-2020 funds it would be advisable to promote the healthy lifestyle, regular physical activity, prevention in the area of obesity.

According to the results of the studies, the most significant deficits in the field of the healthcare system in Silesia voivodship concern the youngest and the oldest group of patients. This is reflected in the insufficient number of medical institutions under contract with the NFZ which provide the services in the area of palliative medicine, chronic diseases, geriatric psychiatry, child and adolescent psychiatry. The lack of the child toxicological and diabetological departments is also very significant. The number of almost all wards in Silesian hospitals increased in recent years, especially in case of surgical, cardiac, oncological and psychiatric departments. Taking into account the diseases which are believed to be the most significant problem in the Silesia Voivodship, increasing of the abovementioned departments is a positive aspect of functioning of the Silesian hospitals. On the other hand, the number of the pediatric, tuberculosis and pulmonary diseases and rehabilitation ward decreased in the last two years. This constitutes a threat to the provision of healthcare to the youngest group of patients (including the low-birthweight babies and newborns with malformations). According to the results of the studies, the specific problem of the Silesian region is the highest in Poland infant mortality rate which is caused by perinatal period states, congenital malformations, prematurity and low birth weight. Therefore the actions targeted to the youngest group of the patients should be undertaken in Silesia Voivodship. The decrease of the number of abovementioned departments constitutes also a threat to the provision of healthcare to adult patients, who suffer from infectious diseases such as tuberculosis (especially taking into account the fact, that the Silesia voivodship is characterized by the increasing morbidity rate), to the patients who require particular care after surgeries and injuries, to the patients who suffer from diseases of the motor organs (including the rehabilitation after arthroplasty), as well as to the patients who require the special care after the cardiac, thoracic and transplant surgeries¹⁴.

Despite the relatively large amount of rehabilitation wards, and medium use of beds (77%), as regards to the working age patients, lengthy waiting times for treatment on the rehabilitation wards was noted. This is the basis for placing special emphasis on the establishment of day care departments and community-based care for the patients who leave the hospital wards, but still require the specialised care to regain full mobility and to be able to re-enter the labour market. This form of community-based care can be provide outside the hospital, if the suitable infrastructure, staff, and the rehabilitation equipment can be assured. Establishment of this kind of medical institutions is the part of the regional healthcare policy, but the RPO WSL 2014-2020 envisages the projects concerning the purchase of the new equipment and investment in infrastructure of those specialized outpatient medical institutions, which already carrying out, or which wish to extend its operations and start to carry out the therapeutic rehabilitation.

Improvement of health situation in terms of mental disorders under the RPO WSL 2014-2020 funds, could consist firstly in financing currently functioning hospitals buildings renovation in Silesia Voivodship, as well as supporting prevention of psychoactive substances consumption among the kids and adolescents. This recommendation is based on the recently identified dangerous phenomenon, such as using by adolescent the designer drugs (so-called 'legal-highs') of unknown origin, whose consumption can quickly lead to the serious health problems or even to death (fatal cases were noted in Silesia Voivodship). Due to the identified health problems in Silesia, it is worth noticing that in the survey performed among the Silesian outpatient medical institutions, participants of the survey very often indicated the establishment of the day care institution connected with rehabilitation, child and adolescent psychiatry, and geriatric psychiatry as a possible area of extending their activity.

The implementation of the programme to promote healthy lifestyle, physical activity and the fight against obesity could have a positive impact on morbidity and mortality from cardiovascular disease, respiratory diseases and diabetes in Silesia voivodship. The programme should contribute to reduce the new cases and the risk of medical complications in terms of diseases which were identified as the most significant in Silesia. For instance the obesity prevention is helpful in terms of cardiovascular diseases (especially after underwent cardiac procedures and surgeries), respiratory diseases (especially in case of asthma and chronic obstructive pulmonary disease) as well as diseases of the muscular and osteoarticular system. Furthermore, this programme as well as promotion of healthy nutrition in schools and kindergartens, could reduce the risk of diabetes and its complications. Due to the increasing number of people suffer from diabetes among the working and post-working age population, prevention of the diabetes should be also targeted to this age group. It could have an impact on prolongation of professional and social activity among the inhabitants of Silesia voivodship.

Moreover, according to the results of the analysis, the main causes of the occupational diseases in Silesian Voivodship are harmful environmental factors at the workplace (impossible to eliminate) such as mining dust (composed of, inter alia, coal dust, silica and aluminosilicates), crystalline silica (inhaled by the workers in the ceramic and stone industry, quarry workers, and partly by the miners and metallurgists), asbestos fibres, and excessive noise level at the workplace. Insufficient health and safety care in the small workplaces also contribute to occurrence of occupational diseases. Another problems in Silesia Voivodship are long-term professional incapacity and premature retirement from the labour market. Therefore the activities

¹⁴ cf. opinions of Voivodship Consultants in pulmonary diseases and tuberculosis, orthopaedics and traumatology of the locomotor system, cardiology, public health and opinions of experts in the field of epidemiology.

aimed at health prevention and promotion of health assistance of workers should be undertaken. Actions taken in advance, preferably in a partnership between family doctor, specialized doctors, patient and their employers, can help those with various diseases to maintain employment and to keep the balance between the individual need for respite and their need to work.

This report shows, that the average level of health among the inhabitants of Silesia Voivodship deteriorated in recent years, as regards the morbidity and mortality from the groups of diseases and the disease entities, which were identified as the most significant problem in the region. Comprehensive analysis of the health situation in Silesia Voivodship allowed to develop proposals and recommendations regarding the choosing and implementation of the projects under the RPO WSL 2014-2020. The proposal and recommendations were tailored to the regional situation and are aimed to improve the healthcare system in Silesia Voivodship.

Within the evaluation study, we have identified regional needs in the area of health and on the basis of this analysis, in the context of the possibility of support from the RPO 2014-2020 within the framework of PI 9a projects, aimed to improve the quality of specialized medical services relating to the identified deficit areas and for adaptation of the healthcare system to changing demographic trends, we pointed out the following conclusions and recommendations for support;

- In the context of the needs of the region for the provision of community daily open care facilities for the elderly and disabled, especially with complex and chronic conditions, the appropriate direction of support from the ROP 2014-2020 area is the de-institutionalization of health and nursing care services, which are currently provided in the form of long-term fixed-line care and treatment and care treatments. These services could be implemented in the form of a branch of day care by expanding the activities of ZOL and ZOP, transferring them to AOS and POZ or as a part of the medical services performed on geriatric wards of hospitals.
- Due to identified insufficient level of health care provision in the region in the field of cardiac, pulmonary, and the muscle and osteoarticular system rehabilitation, it will be important to orientate the support of health assistance area from the ROP 2014-2020 to those healthcare institutions which declare the implementation of comprehensive projects, including parallel efforts to improve the infrastructure, purchase equipment and expand the range of services with services in the area of medical rehabilitation (especially cardiac, musculo-skeletal disorders, chronic respiratory diseases), due to the current insufficient availability of these health services.
- Due to high rates of incidence and mortality in the region for cancer, an important need for the health of inhabitants of the region is to ensure access to early diagnosis of cancer and treatment using specialized equipment, because of the still existing long waiting lists for radiotherapy, which could contribute perhaps to the high rate mortality from malignant neoplasms in Silesia region.
- Due to high rates of incidence and mortality in the region, an important health problem in the region is the lack of a sufficient number of places in the hospital wards for diabetes for adults and the lack of branch diabetes care for children, which is an important risk factor for the provision of care growing group of people suffering diabetes in the Silesian province and contributes to high rates of mortality from diabetes in the region.
- As the results of the survey have showed, in hospitals in Silesian region recently has fallen the number of departments of pediatrics and neonatology, which should be considered as a threat to ensure proper care of the youngest group of patients (eg. newborn babies with low birth weight and malformations), which is a problem specific and requiring additional intervention in relation to the highest in the country infant mortality, which causes are perinatal conditions, congenital birth defects, prematurity and low birth weight.
- It is further recommended that, in the selection procedure of projects in the area of health from the ROP 2014-2020, should be rewarded complex projects, involving a change in infrastructure, purchase of equipment and the implementation of the health and / or prophylactic programmes by the beneficiary.
- In the area of health the most efficient would be implementation of partnership projects, which will promote de-institutionalization and to prepare the health system to provide coordinated care activities; it would also be efficient to optimize the utilization of infrastructure and hardware Silesian health care facilities.

2. WPROWADZENIE

Cele, zakres i kontekst badania

Przedmiotem niniejszego badania ewaluacyjnego jest „Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020”.

Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 (RPO WSL 2014-2020) zakłada wsparcie działań z zakresu ochrony zdrowia m.in. w ramach PI 9a, którego celem jest lepsza dostępność i efektywność systemu ochrony zdrowia. W ramach tego priorytetu realizowane mają być kompleksowe przedsięwzięcia, mające na celu zwiększenie jakości specjalistycznych usług medycznych w ośrodkach regionalnych, odnoszące się do zidentyfikowanych obszarów deficytowych

bądź odzwierciedlające zdiagnozowane specyficzne potrzeby regionalne, dotyczące dostosowania systemu ochrony zdrowia do trendów demograficznych. Wsparcie ukierunkowane będzie na inwestycje odpowiadające na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci, realizowane przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Preferencyjnie traktowane będą projekty wspierające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, z uwzględnieniem opieki koordynowanej i zintegrowanych form opieki środowiskowej. Rezultatem niniejszego badania ewaluacyjnego są wnioski i rekomendacje do wdrażania i wyboru projektów z zakresu zdrowia w ramach RPO WSL 2014-2020.

Badanie koncentrowało się na udzieleniu odpowiedzi na następujące problemy badawcze:

I. Analiza sytuacji zdrowotnej w województwie śląskim.

- Jak przedstawia się sytuacja demograficzna i epidemiologiczna w województwie śląskim? problem badawczy sformułowany przez Wykonawcę: Jak przedstawia się sytuacja w zakresie kształcenia studentów na kierunkach medycznych w województwie śląskim?
- Jak przedstawia się sytuacja zdrowotna w odniesieniu do problemów wykluczających z rynku pracy?
- Jak przedstawia się sytuacja szpitali powiatowych i wojewódzkich w województwie śląskim?
- Jak przedstawia się sytuacja w ramach podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) w województwie śląskim?
- Jakie są deficytowe obszary i specyficzne potrzeby regionalne w obszarze zdrowia w województwie śląskim?
- Jak przedstawia się sytuacja w zakresie sieciowej współpracy podmiotów w sektorze usług zdrowotnych?

II. Zaprojektowanie systemu wdrażania w ramach RPO WSL 2014-2020, który umożliwi wsparcie najbardziej pożądanych inwestycji w ramach PI 9a

- Jakie rozwiązania powinny zostać zapewnione w ramach systemu oceny i wyboru oraz wdrażania projektów?
- Czy powinna zostać zapewniona komplementarność ze wsparciem EFS?
- problem badawczy sformułowany przez Wykonawcę: Jak przedstawia się sytuacja w zakresie skuteczności środków w ramach RPO WSL na lata 2007-2013 w obszarze zdrowia?

3. OPIS METODOLOGII ORAZ ŹRÓDŁA INFORMACJI WYKORZYSTANE W BADANIU

Do realizacji celu głównego i celów szczegółowych badania oraz w celu uzyskania odpowiedzi na wszystkie pytania badawcze, Wykonawca zastosował triangulację metod badawczych.

W ramach badania wykorzystano następujące metody i techniki badawcze oraz źródła danych:

- analiza danych zastanych – zgodnie z listą źródeł badawczych zamieszczoną na końcu raportu;
- jakościowa analiza wniosków o dofinansowanie oraz końcowych wniosków o płatność projektów w ramach RPO WSL 2007-2013 w zakresie obszaru zdrowia w ramach Priorytetu IX „Zdrowie i rekreacja”;
- wywiady z ekspertami z zakresu epidemiologii i kontraktowania, mającymi doświadczenie w przedmiotowej tematyce w odniesieniu do województwa śląskiego,
- wywiady z pracownikami Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego zajmującymi się problematyką zdrowia (w tym w ramach RPO WSL 2014-2020) w województwie śląskim;
- wywiady z ekspertami ds. dziedzin powiązanych z chorobami będącymi problemem w województwie śląskim - konsultantami regionalnymi ds. poszczególnych dziedzin;
- ankieta CAWI z wojewódzkimi jednostkami ochrony zdrowia – szpitalami;
- ankiety CATI z placówkami POZ i AOS udzielającymi świadczeń finansowanych ze środków publicznych na terenie województwa śląskiego;
- grupa fokusowa z przedstawicielami placówek ochrony zdrowia i przedstawicielami Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego zajmującymi się problematyką zdrowia.

Szczegółowy opis zastosowanej metodologii badania wraz ze wzorami narzędzi badawczych oraz lista źródeł informacji wykorzystanych w badaniu został zamieszczony w załączniku nr 1 do niniejszego raportu.

4. OPIS WYNIKÓW BADANIA

4.1. Analiza sytuacji demograficznej w województwie śląskim

Analiza sytuacji demograficznej jest kluczowym elementem planowania jakichkolwiek działań w zakresie ochrony zdrowia, ze względu na zmienność sytuacji demograficznej Polski, jak i województwa śląskiego. Analiza sytuacji demograficznej będzie służyć zidentyfikowaniu potencjalnych potrzeb zdrowotnych, ze względu na fakt, że planowanie zabezpieczenia medycznego powinno

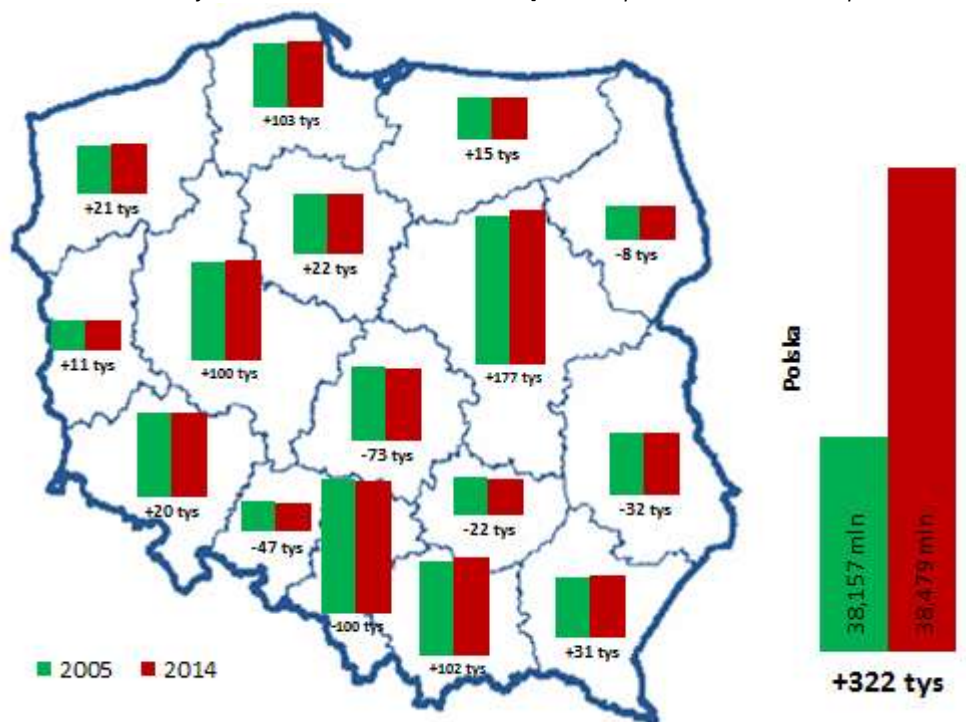
być dostosowane do struktury demograficznej społeczeństwa w danym regionie. Mieszkańcy województwa śląskiego żyją dłużej, starzeje się społeczeństwo, co tym samym ma wpływa na proces zmiany struktury chorób przewlekłych. Prognozy Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) zakładają pogłębienie się zmian demograficzno-zdrowotnych polskiego społeczeństwa. Sytuacja zdrowotna mieszkańców Polski, jak i mieszkańców Śląska determinowana będzie takimi zjawiskami jak: urbanizacja, starzenie się społeczeństwa, siedzący tryb życia, wzrost uzależnień oraz zagrażającymi chorobami. Dlatego punktem wyjścia dla analizy sytuacji zdrowotnej i potrzeb w zakresie ochrony zdrowia w województwie śląskim jest ustalenie liczby i struktury ludności na tym obszarze. Dla wskazania specyficznych potrzeb dla regionu niezbędne jest zestawienie danych dotyczących województwa śląskiego z danymi z całej Polski, aczkolwiek opracowania graficzne przedstawiane będą wyłącznie dla województwa śląskiego. Wszystkie dane dotyczące demografii Polski oraz województw, w tym województwa śląskiego pochodzą z Banku Danych Lokalnych¹⁵.

Liczba ludności i gęstość zaludnienia Polski i województwa śląskiego w latach 2005-2014

Według danych GUS w 2005 roku liczba ludności Polski wynosiła 38 157 055 osób, natomiast w 2014 roku – 38 478 602. Obserwuje się zatem wzrost liczby ludności o 300 000 osób na przestrzeni ostatnich 10 lat. Zmiana liczby ludności w województwie śląskim charakteryzuje się tendencją odwrotną w stosunku do całego kraju. W 2014 roku liczba ludności wynosiła 4 585 924, co stanowiło 11,92% ludności całego kraju. Jest to niemalże 100 000 mniej niż w roku 2005, gdzie wynosiła 4 685 775 osób. Należy zaznaczyć, iż województwo śląskie jest drugim co do liczby mieszkańców województwem w Polsce.

Dane statystyczne wskazują także na duże dysproporcje w liczebności kobiet i mężczyzn. W 2014 roku żyło w Polsce aż o 1 238 984 więcej kobiet niż mężczyzn. Analogiczne dysproporcje w liczbie kobiet i mężczyzn obserwuje się w województwie śląskim, gdzie w 2014 roku kobiety stanowiły 51,7% całej populacji, było ich zatem o 160 490 więcej niż mężczyzn.

Rys 1 Ludność w Polsce w województwach w latach 2005-2014 [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Województwo śląskie charakteryzuje się największą gęstością zaludnienia w Polsce, która w 2014 roku wynosiła 372 os./km². Drugie co do gęstości zaludnienia województwo to małopolskie (221 os./km²). Można zatem zauważyć, że pomiędzy województwem śląskim a innymi województwami występuje znacząca różnica w liczbie ludności na km². Warto dodać, że średnia gęstość zaludnienia w całej Polsce wynosiła w 2014 roku 123 os./km². W związku ze zmniejszeniem liczby ludności w województwie śląskim na przestrzeni ostatnich 10 lat, nastąpił także nieznaczny spadek gęstości zaludnienia, która w 2005 roku wynosiła 380 os./km².

Duże dysproporcje w rozmieszczeniu ludności obserwuje się także na obszarze samego województwa śląskiego. Zdecydowana większość zamieszkuje centralny obszar województwa, gdzie średnia gęstość zaludnienia wynosi ponad 1000 os./km². Wynika to z dużego skupiska sąsiadujących ze sobą dużych miast na prawach powiatu, które tworzą tzw. konurbację górnośląską. Tam położone jest m.in. miasto na prawach powiatu – Katowice, które zamieszkuje obecnie największa liczba ludności w województwie śląskim (301 834 osób), jednak gęstość zaludnienia nie przekracza tam 2000 os./km². Największe zagęszczenie ludności występuje w natomiast w położonych nieopodal Świętochłowicach, gdzie na 1 km² przypada aż 3894 osób. Jest to trzecie pod względem gęstości zaludnienia miasto w Polsce, zaraz po Legionowie i Piastowie w województwie mazowieckim.

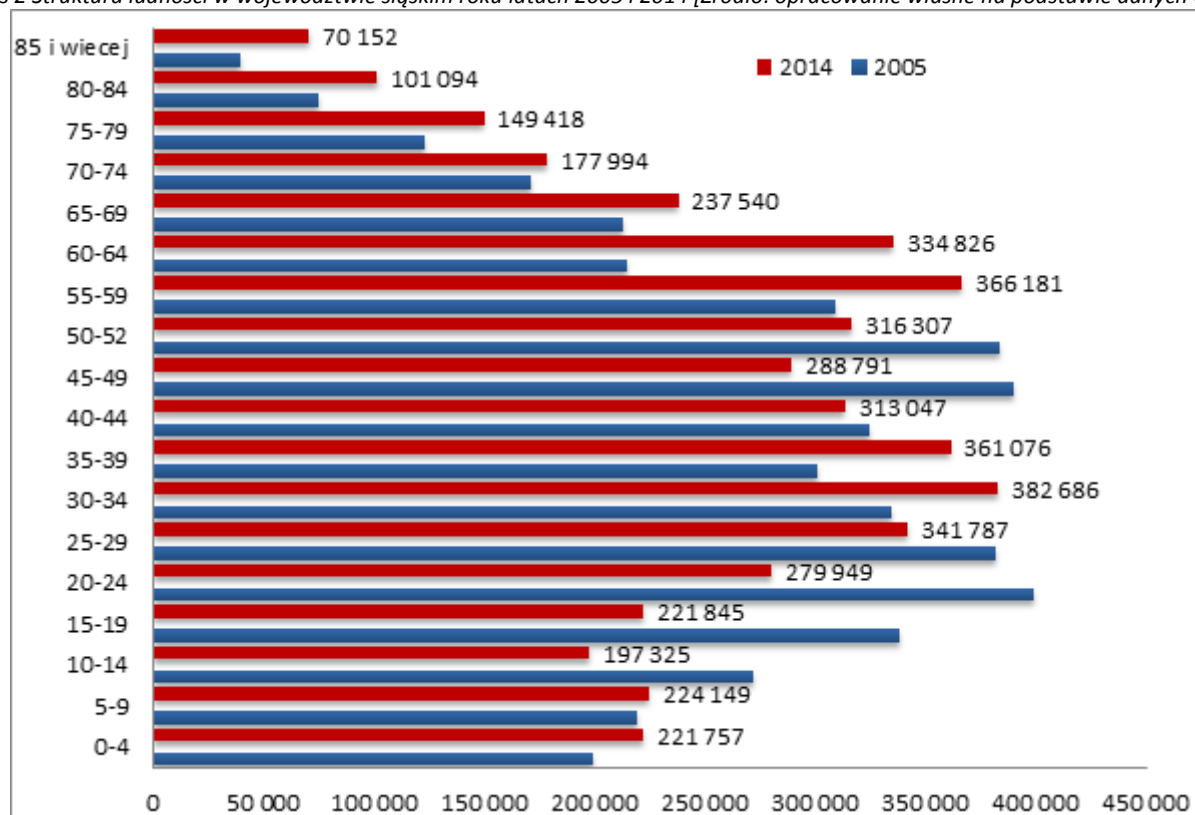
¹⁵ Bank Danych Lokalnych, <http://www.stat.gov.pl>.

Ponadto w regionie centralnym województwa śląskiego znajdują się inne miasta na prawach powiatu o dużej gęstości zaludnienia, m.in. Chorzów – 3319os./ km², czy Siemianowice Śląskie – 2692os./ km².

Ludność Polski i województwa śląskiego według wieku w latach 2005-2015

Analiza danych GUS pozwoliła dostrzec zmiany w liczbie ludności, w latach 2005 – 2014, poszczególnych kategorii wiekowych w Polsce oraz w województwie śląskim.

Rys 2 Struktura ludności w województwie śląskim roku lat 2005 i 2014 [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

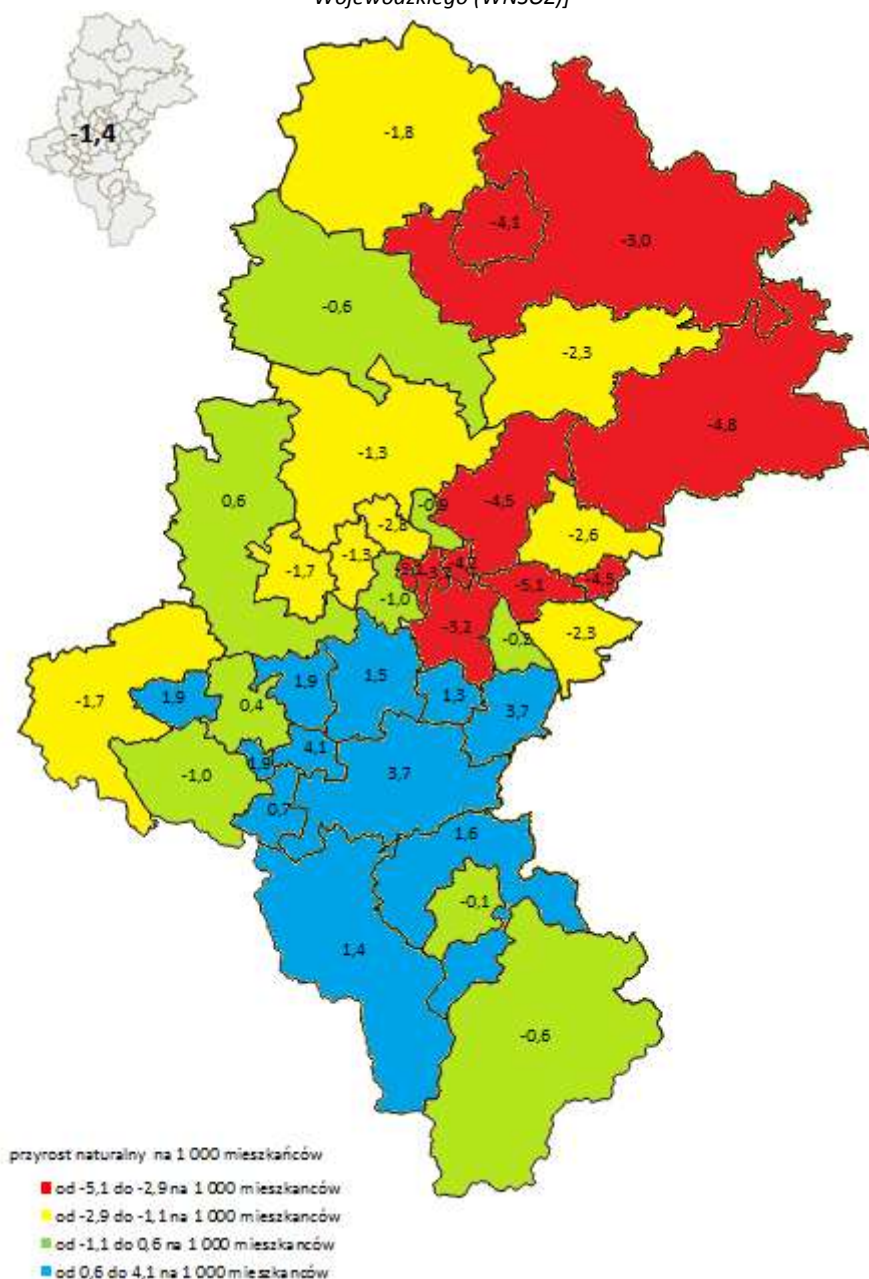


Wyraźnie zauważalna jest zmiana struktury ludności w kierunku społeczeństwa starzejącego się. Rosnąca liczba osób starszych w województwie śląskim jest związana z ogólnopolskim trendem, który sygnalizuje zjawisko starzenia się populacji. Problem starzejącego się społeczeństwa to wyzwanie nie tylko dla kraju, ale przede wszystkim wyzwanie na poziomie lokalnym i regionalnym. Należy podjąć działania adaptacyjne przy współpracy samorządów terytorialnych, podmiotów gospodarczych i organizacji pozarządowych. Z tego względu należy podjąć takie działania regionalne, które pozwolą kształtować region przyjazny osobom starszym, a co za tym idzie objąć ich wsparciem medycznym, ponieważ wzrost liczby osób starszych w województwie śląskim to wzrost zapotrzebowania na usługi społeczne i sektora zdrowia.

Biorąc pod uwagę pozostałe przedziały, porównanie wykresów również obrazuje pewne tendencje, a mianowicie zmianę dominujących grup wiekowych. Przed dekadą w województwie śląskim żyło najwięcej osób pomiędzy 15 a 34 rokiem życia, następnie pomiędzy 45 a 54. W skali całego kraju kształtowało się to na bardzo podobnym poziomie. W 2014 roku, naczelne grupy wiekowe to osoby pomiędzy 25 a 44, oraz 50 a 64 rokiem życia. Ta samo zjawisko występuje w skali całej Polski.

Jeśli chodzi o sytuację w poszczególnych powiatach województwa śląskiego, obecnie najniższy przyrost naturalny odnotowują: Sosnowiec, Chorzów, Katowice, Częstochowa, powiat zawierciański, myszkowski, będziński oraz częstochowski (a więc przede wszystkim północny subregion województwa). W tych rejonach również w kolejnych latach postępować będzie więc w największym stopniu proces starzenia się populacji.

Rys 3 Wskaźnik przyrostu naturalnego w powiatach województwa śląskiego [Źródło: opracowane na podstawie danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (WNSOZ)]



Dzięki przedstawionym danym zaobserwować można zjawisko transformacji demograficznej, której podstawową cechą jest zmiana struktury wieku ludności, polegająca na narastaniu liczby osób w podeszłym wieku w społeczeństwie. Proces starzenia demograficznego zauważalny jest w województwie śląskim, jak i w całym kraju, wynika to z wydłużania się życia i tym samym liczby ludności 60+ przy jednoczesnym zmniejszaniu się w strukturze demograficznej udziału osób młodych. Zmniejszenie się liczby młodszej generacji w populacji spowodowane jest głównie spadkiem liczby urodzeń, niskiej dzietności. Zauważyć należy, że zmiany w zakresie struktur demograficznej populacji w województwie śląskim w konsekwencjach prowadzą do zmian w obszarze sytuacji zdrowotnej. W 2005 roku osoby po 65 r.ż. stanowiły 21,9% ludności województwa, natomiast w 2014 r. osoby te stanowiły już 26,9% ogółu ludności regionu¹⁶.

Liczba osób w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym i ich udział w ogólnej populacji w Polsce i w województwie śląskim w latach 2005-2014.

Istotne z punktu widzenia analizy demograficznej oraz wniosków dotyczących wdrażania programów społecznych jest kształtowanie się struktury ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym oraz poprodukcyjnym. Biorąc pod uwagę dane statystyczne z ostatnich 10 lat, wyraźnie można zauważyć pewne tendencje, zarówno w skali województwa jak i całego kraju.

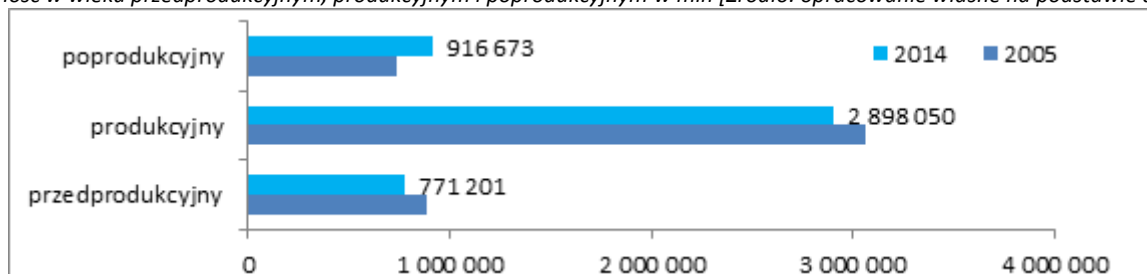
Odsetek osób w wieku przedprodukcyjnym w Polsce w roku 2005 wynosił 20,6% populacji Polski, natomiast w 2014 było to 18%. Tendencję spadkową obserwuje się także w województwie śląskim, gdzie udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej populacji Polski wynosił w 2005 roku 19%, natomiast w 2014 roku spadł do 16,8%. Niepokojący może być stały spadek liczby

¹⁶ Bank Danych Lokalnych, <http://www.stat.gov.pl>.

ludności w wieku przedprodukcyjnym, w obliczu zbliżającego się wzrostu liczby ludności w wieku poprodukcyjnym. Tym bardziej, że województwo śląskie charakteryzuje bardzo niski udział osób w wieku przedprodukcyjnym w ogólnej populacji w porównaniu do innych województw.

Spadek wskaźnika może być efektem tendencji do opóźniania założenia rodziny, a także ograniczania liczby dzieci. Obecnie standardem jest jedno lub maksymalnie dwójka dzieci. Ponadto notowany od dłuższego czasu w województwie śląskim spadek wartości wskaźników dzietności, nie zapewnia utrzymania prostej zastępowalności pokoleń, czego konsekwencją będzie coraz większa liczba osób starszych przy spadającej populacji ludności. Współczynnik płodności w województwie śląskim na przestrzeni 10 lat zmalał i w 2014 roku, według danych GUS, wynosił 1,264. Na rysunku 5. przedstawiono dane dotyczące ludności w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w województwie śląskim w latach 2005 i 2014.

Rys 4 Ludność w wieku przedprodukcyjnym, produkcyjnym i poprodukcyjnym w mln [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Podobną tendencję można zauważyć w przypadku osób w wieku produkcyjnym, których liczba systematycznie spadała na przestrzeni ostatnich 10 lat, zarówno w Polsce jak i w województwie śląskim. W 2005 roku osoby w wieku produkcyjnym stanowiły 64% ogólnej populacji Polski, a w 2014 roku udział tej grupy wiekowej spadł do 63%. W województwie śląskim zanotowano również większy spadek udziału osób wieku produkcyjnym w ogólnej ludności, z 65,3% w 2005 roku do 63,2% w 2014 roku. Wiązać się to może nie tylko z odejściem na emeryturę, ale także z występowaniem chorób zawodowych, jak i wzrostem zapadalności na nie w województwie śląskim, o czym będzie mowa w rozdziale dotyczącym zapadalności na choroby zawodowe w województwie śląskim. Zarówno w województwie śląskim jak i w całej Polsce obserwuje się znaczny wzrost udziału grupy w wieku poprodukcyjnym. W Polsce w ciągu ostatnich 10 lat liczba osób w wieku poprodukcyjnym wzrosła z 5 888 222 w 2005 roku (ok. 15,4% populacji Polski), do 7 305 444 (ok. 19% populacji Polski) w 2014 roku. W województwie śląskim zmiana ta jest jeszcze bardziej znamieną, nastąpił bowiem wzrost udziału tej grupy wiekowej w ogólnej populacji województwa aż o ponad 4%. W 2005r. było 737492 osób w wieku poprodukcyjnym, co stanowiło ok. 15,7%, natomiast w 2014 roku liczba ta wzrosła aż do 916673 osób, co stanowiło niemalże 20% ogólnej populacji województwa. Obecnie województwo śląskie jest trzecim województwem w Polsce pod względem udziału osób w wieku poprodukcyjnym w ogólnej populacji.

Najbardziej optymalną sytuacją demograficzną jest utrzymywanie równomiernego udziału liczby ludności w wieku przed- i poprodukcyjnym. Dane statystyczne wskazują, że równowaga w przypadku województwa śląskiego została w ostatnich latach zachwiana. Ponadto utrzymująca się tendencja spadkowa w przypadku liczby osób poniżej 18 roku życia i systematyczny wzrost liczby osób w wieku powyżej 65 lat nie daje optymistycznych perspektyw na przyszłość. Bez wątpienia mamy do czynienia ze zjawiskiem dynamicznego starzenia się społeczeństwa. Jednym z głównych niebezpieczeństw wynikających z takiej sytuacji demograficznej jest zachwianie funkcjonowania systemu zabezpieczenia emerytalnego, finansowanego w większości metodą repartycyjną, który stoi przed ogromnym wyzwaniem uporania się z problemem niewystarczających środków przeznaczanych na redystrybucję. Jednak w kontekście niniejszej analizy należy zauważyć, że zwiększający się odsetek osób w wieku poprodukcyjnym stanowi spore zagrożenie dla utrzymania sprawnego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Zwiększone zapotrzebowanie na opiekę długoterminową, zwiększający się problem kolejek do specjalistów oraz brak wystarczającej ilości miejsc w placówkach całodobowej opieki zdrowotnej, to kwestie stanowiące ważny element dla rekomendacji wdrażania projektów z zakresu zdrowia RPO WSL 2014-2020.

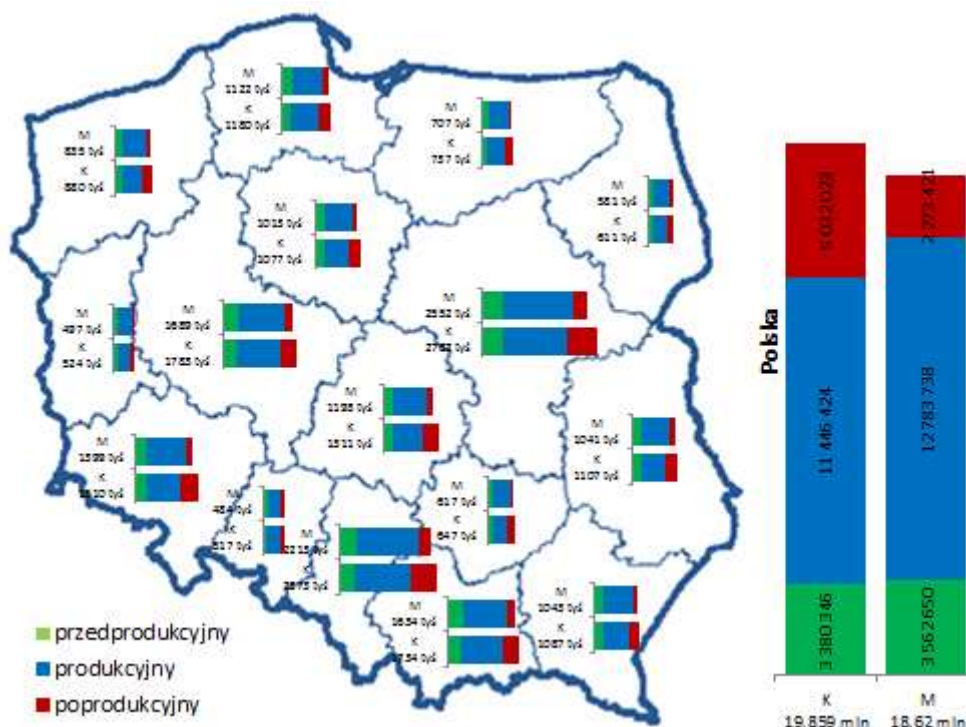
Struktura ludności Polski i województwa śląskiego z podziałem na płeć i wiek w 2005, 2010 i 2014 roku

Według danych GUS z 2014 roku w Polsce jest obecnie o 1 238 984 więcej kobiet niż mężczyzn. W ramach niniejszego badania analizie poddano także dysproporcje między liczbą kobiet i mężczyzn w ekonomicznych grupach wiekowych. Przewagę liczebną kobiet można zauważyć przede wszystkim w grupie poprodukcyjnej, gdzie liczba kobiet jest ponad dwukrotnie większa niż liczba mężczyzn – kobiet w tej grupie jest aż o 2 758 602 więcej. Dzieje się tak ze względu na to, że kobiety generalnie żyją dłużej. W pozostałych grupach wiekowych zależność jest odwrotna – zarówno w grupie przedprodukcyjnej jak i produkcyjnej obserwuje się przewagę mężczyzn nad kobietami. Należy więc zauważyć, że płeć męska przeważa w rocznikach młodszych, jak wynika ze statystyk GUS, na każde 100 urodzonych dziewczynek rodzi się średnio 106 chłopców. Województwo śląskie nie odbiega znacznie od statystyk krajowych. W województwie śląskim mężczyzn w grupie przedprodukcyjnej jest 394 766, natomiast kobiet - 376 435, czyli o 18 331 mniej. Różnice widoczne są w liczebności kobiet w wieku poprodukcyjnym, gdzie dominują kobiety. Jest ich o 334 461 więcej niż mężczyzn i stanowią one 68,24% wszystkich osób w wieku poprodukcyjnym w tym województwie.

Największa dysproporcja w udziale kobiet i mężczyzn w przedprodukcyjnej grupie wiekowej występuje w powiecie gliwickim, gdzie mężczyźni stanowią 52,2% wszystkich osób w wieku przedprodukcyjnym. Podobna sytuacja, według danych GUS, w 2014 roku była w powiecie bieruńsko-lędzińskim, gdzie mężczyzn w wieku przedprodukcyjnym było o 1 187 więcej niż kobiet i stanowili oni 51,76% wszystkich osób w tej grupie wiekowej. Analizując stan ludności w wieku produkcyjnym można zauważyć,

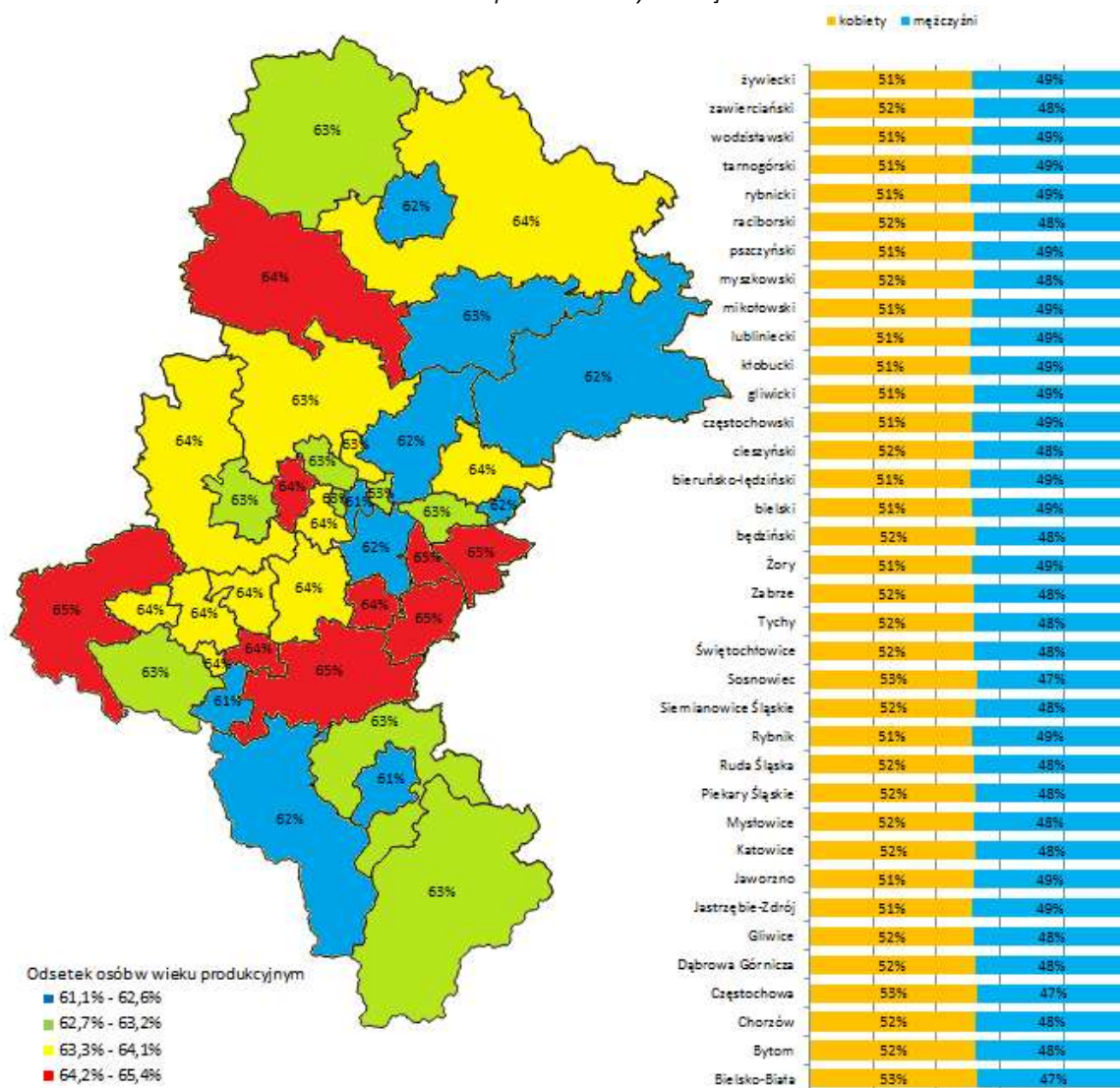
że w każdym powiecie województwa śląskiego występuje przewaga mężczyzn nad kobietami, a największa dysproporcja w populacji w wieku produkcyjnym występuje w powiecie kłobuckim, gdzie mężczyźni stanowią 53,8% wszystkich osób w wieku produkcyjnym, natomiast najmniejsza - w Bielsko-Białej, gdzie mężczyźni stanowią 51,91%.

Rys 5 Liczba ludności w Polsce i województwach według płci i grup ekonomicznych w roku 2014 [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Zauważyć należy, że wdrożenie reformy emerytalnej wydłuży wiek aktywności zawodowej, a tym samym przyczyni się do zmniejszenia tempa wzrostu liczby osób w wieku poprodukcyjnym, jednakże nie zdoła zmniejszyć zapotrzebowania na opiekę zdrowotną ludzi starszych, których z roku na rok przybywa. W 2014 roku, według danych GUS, województwo śląskie uplasowało się na drugim miejscu pod względem liczby osób 65+, z czego kobiety stanowiły aż 60,5% ogółu tej grupy wiekowej. W starszych grupach wieku maleje liczba mężczyzn i tym samym zwiększa się procentowy udział kobiet. Wynika to z utrzymującej się nadal tendencji nadumieralności mężczyzn zwłaszcza w grupach wieku powyżej 60 roku życia. W województwie śląskim w tej grupie wiekowej największe dysproporcje występują w mieście na prawach powiatu – Częstochowie – gdzie kobiety w wieku poprodukcyjnym stanowią aż 70,57% (to o 21 478 więcej niż mężczyźni). Najmniejsza różnica występuje w mieście Jastrzębie-Zdrój, gdzie kobiety w wieku poprodukcyjnym stanowią 55,24% populacji grupy po 60 r.ż.

Rys 6 Odsetek osób w wieku produkcyjnym oraz w podziale na płeć w powiatach województwa śląskiego w 2014 roku [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Liczba osób w wieku 75+ i 85+ w latach 2005-2014

Ze względu na zaobserwowany w ostatnich latach znaczny wzrost liczby osób starszych, analizie poddano także zmiany jakie zaszły od 2005 roku w liczbie osób w przedziale wiekowym powyżej 75 lat i powyżej 85 lat, ponieważ gwałtowny wzrost liczby osób w wieku podeszłym zmusza niejako do szerszego spojrzenia w obszarze zdrowia na problemy geriatryczne.

W ciągu ostatnich 10 lat obserwuje się systematyczny wzrost liczby ludności w wieku 75+. W Polsce liczba ta wzrosła w tym czasie o 536 559 osób z 2 139 652 w 2005 roku do 2 676 211 w roku 2014. W ostatniej dekadzie wzrost procentowy liczby osób w grupie wiekowej 75+ wynosił w całej Polsce 25,07%, w województwie śląskim był natomiast wyższy i wynosił 35,08%. To właśnie w województwie śląskim zaobserwowano największy wzrost liczbowy osób powyżej 75 roku życia, których w ciągu 10 lat przybyło aż o 83 279 osób. Tym samym zwiększa się udział tej grupy wiekowej w ogóle populacji w skali kraju oraz w skali województwa śląskiego. W województwie śląskim w 2014 roku, udział tej grupy wiekowej był wyższy niż średnia krajowa (6,96%) i wynosił 6,99%. Od 2005 roku województwo śląskie zajmuje drugie miejsce w kraju co do liczby osób powyżej 75 roku życia.

Tab 1 Liczba osób powyżej 75 roku życia w podregionach województwa śląskiego w 2014 roku [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

podregion	ogółem	kobiety	mężczyźni
tyski	22 366	14 433	7 933
sosnowiecki	51 011	33 858	17 153
rybnicki	38 717	24 551	14 166
katowicki	54 915	35 392	19 523
gliwicki	35 412	22 320	13 092
częstochowski	40 774	27 529	13 245
bytomski	32 072	20 737	11 335
bielski	45 397	29 878	15 519

województwo śląskie	320 664	208 698	111 966
---------------------	---------	---------	---------

Jak wspomniano wcześniej, wśród osób starszych jest więcej kobiet niż mężczyzn, zaobserwować można to także zestawiając ze sobą dane na temat tej grupy wiekowej w odniesieniu do podregionów województwa śląskiego. Osoby 75+ najliczniej zamieszkują podregiony: katowicki (54915), sosnowiecki (51011) oraz bielski (45397). Najmniej osób 75+ zamieszkiwało w 2014 roku tereny podregionów takich jak: tyski (22366) oraz bytomski (32072). Niezmiennie w każdym podregionie przeważały kobiety w tej grupie wiekowej, w podregionie częstochowskim udział kobiet w grupie osób 75+ wynosił aż 67,5%. W pozostałych regionach udział kobiet utrzymywał się powyżej 60%.

Wg danych GUS, ciągu ostatnich 10 lat wciąż wzrasta liczba osób po 85 roku życia w Polsce, jak i w województwie śląskim. W Polsce od 2005r. liczba osób w wieku powyżej 85 roku życia wzrosła o 87,8%. W województwie śląskim przybyło w tym czasie aż o 30 548 osób w tej grupie wiekowej, a procentowy wzrost liczby osób w wieku 85+ był nieco niższy niż średnia krajowa i wyniósł 77,1% co oznaczało zwiększenie liczby osób powyżej 85 roku życia z 39 604 w 2005 roku do 70 152 w 2014 roku.

Tab 2 Liczba osób powyżej 85 roku życia w podregionach województwa śląskiego w 2014 roku [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

podregion	ogółem	mężczyźni	kobiety
tyski	4 582	1 237	3 345
bytomski	6 715	1 776	4 939
rybnicki	7 236	1 853	5 383
gliwicki	7 630	2 274	5 356
częstochowski	9 942	2 644	7 298
bielski	10 694	2 859	7 835
sosnowiecki	11 675	3 016	8 659
katowicki	11 678	3 123	8 555
województwo śląskie	70 152	18 782	51 370

W grupie wiekowej 85+ w podregionach województwa śląskiego również widoczna jest znacząca przewaga liczbowa kobiet, ich udział w tej grupie wyniósł w 2014 roku aż 73,2%. Najwięcej osób 85+ zanotowano w podregionie katowickim (11678), sosnowieckim (11675) oraz bielskim (10694). Najmniej osób po 85 roku życia zamieszkiwało podregion tyski (4582) oraz bytomski (6715).

Ze względu na niepokojące dane dotyczące coraz to większego wzrostu liczby osób starszych, także w województwie śląskim, należy wziąć pod uwagę ten aspekt w planowaniu działań związanych z opieką zdrowotną. Stanowi to przesłankę do zwiększenia dostępności usług medycznych i opiekuńczych oraz podniesienia ich jakości zgodnie ze specyfiką potrzeb ludzi starszych. Analiza liczby osób w podeszłym wieku oraz analiza zapotrzebowania na opiekę medyczną tej grupy wiekowej wykazała, że tak naprawdę nie ma systemu opieki nad pacjentami starszymi. Liczba specjalistycznych poradni nie jest proporcjonalna do liczby geriatrów. Analiza NIK¹⁷ pozwoliła dostrzec ważny problem, mianowicie „główną barierą jest metoda rozliczania świadczeń medycznych przez NFZ, która zakłada finansowanie tylko jednej choroby, choć ludzie starsi z reguły cierpią na kilka schorzeń jednocześnie”¹⁸. Tymczasem, gdyby pacjent w podeszłym wieku był prowadzony kompleksowo przez geriatrę, leczenie kosztowałoby mniej i byłoby skuteczniejsze. Należałoby zadbać o wsparcie systemu kształcenia ustawicznego personelu medycznego w zakresie opieki geriatrycznej, ponieważ osoba starsza w pierwszej kolejności trafia do lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), który to często nie posiada przygotowania w zakresie geriatrii (nie jest to obowiązkowa dziedzina medycyny, znajdująca się w programie kształcenia uczelni medycznych). Jak wskazuje powyższa analiza demograficzna, kompleksowa opieka ludzi starszych jest palącym problemem dla Polski, jak i dla województwa śląskiego.

Przeciętna długość życia w latach 2005-2014

Według danych statystycznych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), średnia długość trwania życia na świecie wynosiła w 2013 roku 71 lat. W Europie była ona wówczas nieco wyższa niż średnia ogólnoswiatowa i wynosiła 76 lat. Według rankingu opublikowanego przez CIA¹⁹, w którym uwzględniono 224 kraje, Polska zajmowała w 2014 roku 77 miejsce na świecie pod względem średniej długości trwania życia, która wynosiła wówczas w naszym kraju 76,7 lat. Jest to poniżej średniej dla krajów Unii Europejskiej, która wyniosła 80 lat.

W ostatnim stuleciu dokonał się znaczny wzrost w zakresie średniej długości trwania życia na całym świecie, co jest rezultatem m.in. rozwoju medycyny, a także poprawy warunków bytowych i higienicznych. Największy wzrost dokonał się w krajach bogatych i wysoko rozwiniętych. Dysproporcje w zaawansowaniu cywilizacyjnym Państw rzutują na duże zróżnicowanie w zakresie długości życia na świecie, co może być spowodowane nierównym dostępem do opieki zdrowotnej czy do żywności, a także różnymi warunkami bytowymi i higienicznymi, w których żyją populacje różnych krajów.

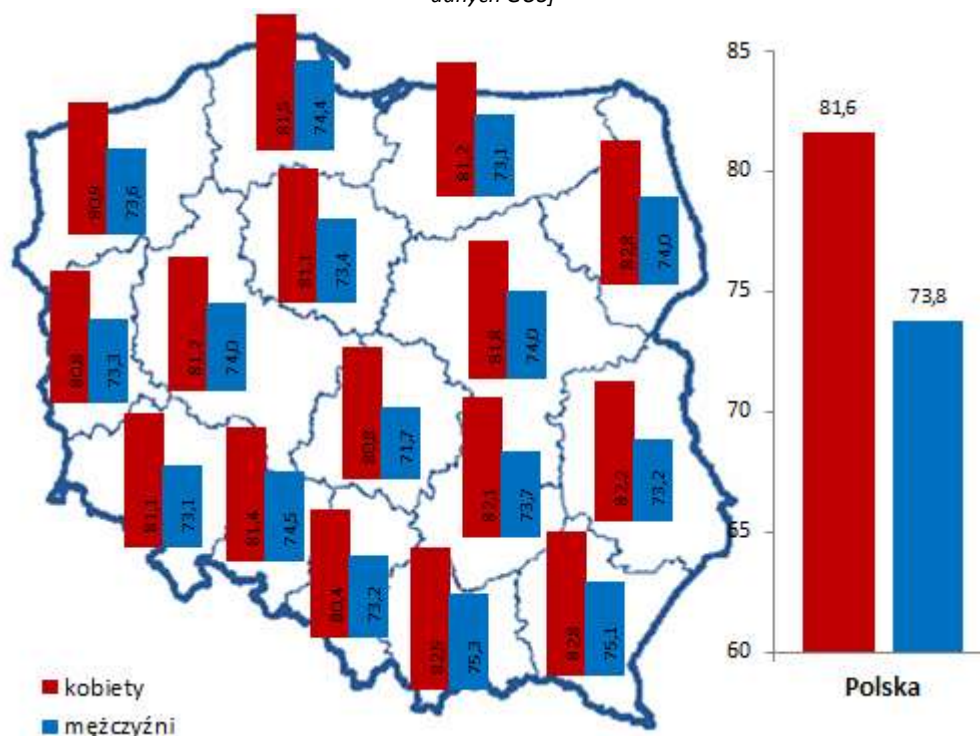
¹⁷ NIK, Opieka medyczna nad osobami w podeszłym wieku. Informacja o wynikach kontroli, Warszawa 2015, dostępny: <https://www.nik.gov.pl/plik/id,8319,vp,10379.pdf>.

¹⁸ Tamże, s. 12.

¹⁹ Central Intelligence Agency, dostępny: <https://www.cia.gov/>, data dostępu: 24.11.2015.

Analizie poddano długość trwania życia kobiet i mężczyzn w Polsce według województw w latach 2005-2014. Według danych GUS z 2014 roku, ogólnopolska średnia oczekiwana długość życia kobiet jest o 7,8 lat wyższa niż mężczyzn i wynosi 81,6 lat, podczas gdy mężczyźni żyją średnio 73,8 lat. Jedną z najniższych średni długości życia w 2014 roku zanotowana została w województwie śląskim. Dla kobiet wyniosła ona 80,4 lata a dla mężczyzn 73,2 lata.

Rys 7 Oczekiwana średnia długość życia kobiet i mężczyzn (w latach) w Polsce i w województwach [źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Różnice w średniej długości życia występują także pomiędzy poszczególnymi grupami w obrębie pojedynczego kraju, na co wpływ mogą mieć czynniki środowiskowe czy wykonywany zawód, a także trudniejsza sytuacja ekonomiczna mieszkańców niektórych regionów. We wszystkich społeczeństwach występuje również zależność, zgodnie z którą średnia długość trwania życia kobiet przyjmuje wyższą wartość niż średnia długość życia mężczyzn. Wiele czynników może wpływać na to zjawisko, m.in. większa zapadalność mężczyzn na niektóre choroby czy też cięższy przebieg niektórych chorób, co zostanie częściowo przeanalizowane w rozdziale dotyczącym sytuacji epidemiologicznej.

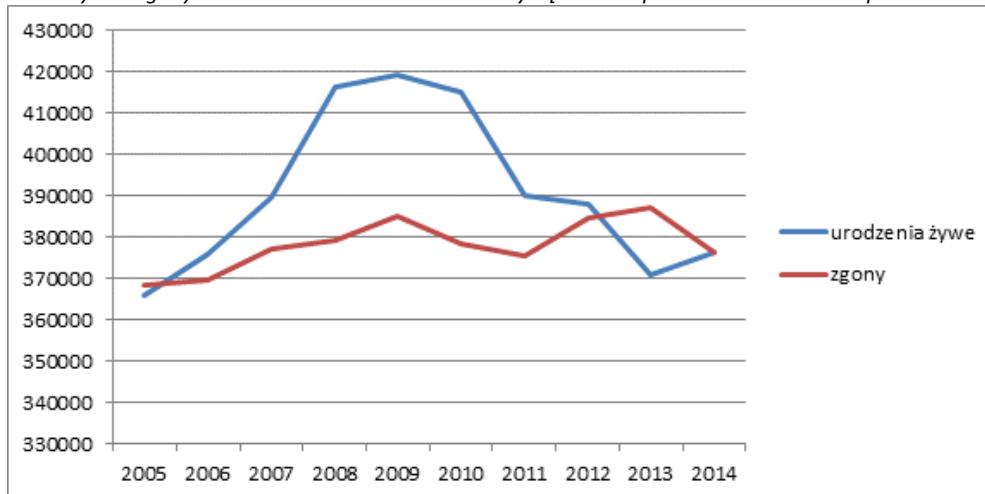
Wydłużający się średni czas trwania życia tłumaczy wzrost udziału osób starszych, w tym osób powyżej 75 i 85 roku życia w ogólnej populacji, czynnikiem, który ma wpływ na starzenie się społeczeństwa jest również ujemny przyrost naturalny.

Liczba urodzeń żywych i zgonów oraz przyrost naturalny w Polsce i w województwie śląskim w latach 2005-2015.

W ramach niniejszego raportu, w pierwszej kolejności analizie poddano liczbę urodzeń żywych i zgonów ogółem od 2005 do 2014 roku. W całej Polsce zaobserwowano systematyczny wzrost liczby urodzeń żywych z 366 095 w 2005 roku do 376 501 w roku 2014. Jeśli zaś chodzi o liczbę zgonów to w roku 2005 była ona nieco wyższa niż liczba urodzeń żywych i wynosiła 368 285. Od 2005 roku obserwuje się wzrost liczby zgonów, w 2014 roku liczba zgonów wynosiła 376 467.

W województwie śląskim sytuacja wyglądała nieco inaczej, ale niektóre tendencje zostały zachowane – między 2005 a 2009 rokiem obserwowano wzrost z 40 980 do 48 071 urodzeń żywych, później natomiast liczba ta systematycznie spadała osiągając w 2014 roku wartość 42 905. To, co odróżnia województwo śląskie od sytuacji w całej Polsce, to dość znaczna przewaga liczby zgonów nad liczbą urodzeń żywych przez prawie całą ostatnią dekadę. Obecnie w województwie śląskim obserwuje się znaczną przewagę liczby zgonów – w 2014 zarejestrowano 47 831 zgonów czyli aż o 4926 więcej niż urodzeń żywych.

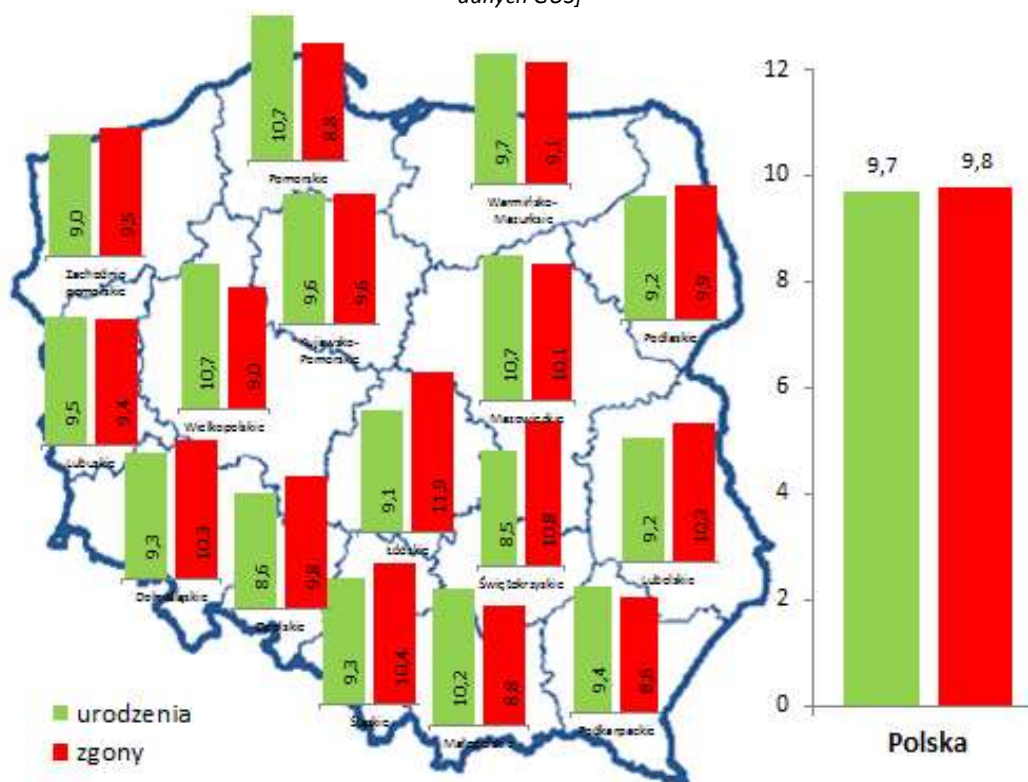
Rys 8 Urodzenia żywe i zgony w Polsce w latach 2004-2014 w tys. [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Ze względu na zróżnicowaną wielkość populacji w każdym z województw, same dane liczbowe dotyczące liczby zgonów i urodzeń żywych nie pozwalają na dokładne odniesienie sytuacji lokalnej do sytuacji w kraju. Aby możliwe było porównanie ruchu naturalnego w zakresie urodzeń żywych i zgonów w województwie śląskim z resztą kraju, należy wziąć pod uwagę także liczbę urodzeń żywych, zgonów i przyrost naturalny na 1000 mieszkańców we wszystkich województwach w Polsce.

W 2014 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 9,7 urodzeń żywych i niewiele więcej, bo 9,8 zgonów. W województwie śląskim w 2014 roku przypadło 10,4 zgonów i 9,3 urodzenia żywe na 1000 mieszkańców.

Rys 9 Liczba urodzeń i zgonów na 1000 mieszkańców w Polsce i w województwach w 2014 roku [źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Analizując powyższe dane statystyczne, podkreślić należy, że rozwój przemysłu jest jednym z czynników, który powoduje rozpowszechnianie się chorób nowotworowych i chorób układu krążenia, wpływając w największym stopniu na liczbę zgonów - w województwie śląskim są one najczęstszą przyczyną zgonów. W Polsce choroby układu krążenia stanowiły w 2013 roku aż 46,6% ogółu zgonów, również liczba zgonów z powodu nowotworów niepokojąco wzrasta, w 2005 roku nowotwór przyczynił się do śmierci 11900 osób, w 2013 r. liczba ta osiągnęła znacznie większy rozmiar (13172)²⁰.

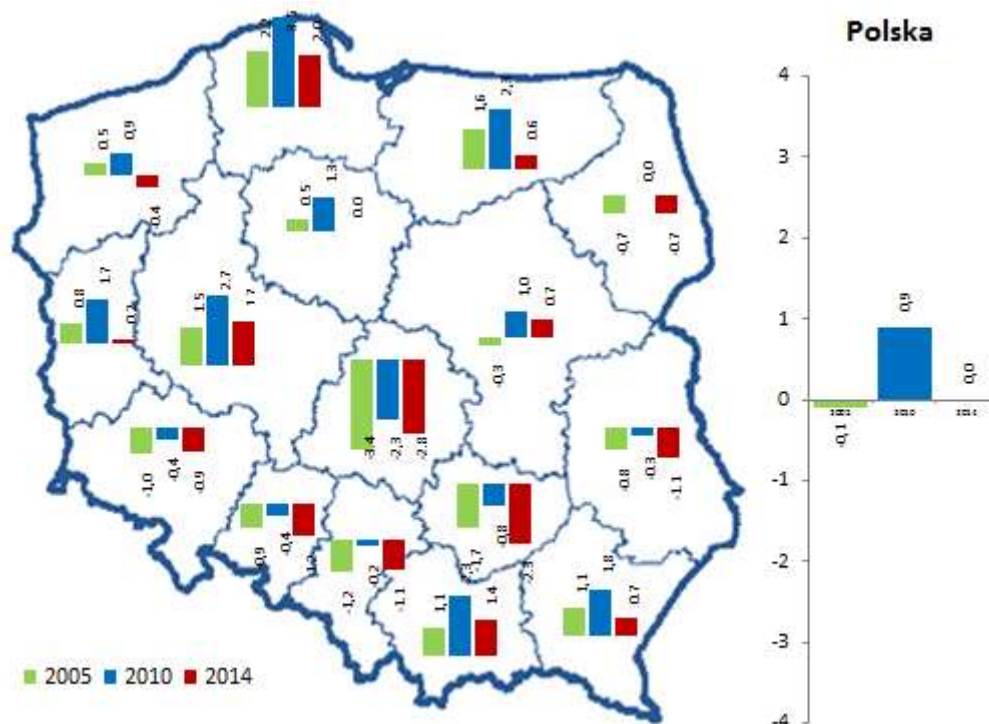
Ze względu na zróżnicowaną wielkość populacji w każdym z województw, same dane liczbowe dotyczące liczby zgonów i urodzeń żywych nie pozwalają na dokładne odniesienie sytuacji lokalnej do sytuacji w kraju. Aby możliwe było porównanie ruchu naturalnego w zakresie urodzeń żywych i zgonów w województwie śląskim z resztą kraju, w ramach niniejszego raportu analizie

²⁰ Szczegółowe dane na temat najistotniejszych grup chorób i jednostek chorobowych, stanowiących problem zdrowotny w województwie śląskim zamieszczono w kolejnym rozdziale.

poddano także liczbę urodzeń żywych, zgonów i przyrost naturalny na 1000 mieszkańców we wszystkich województwach w Polsce.

W 2014 roku w Polsce na 1000 mieszkańców przypadało 9,7 urodzeń żywych i niewiele więcej, bo 9,78 zgonów. W województwie śląskim w 2014 roku przypadło 10,41 zgonów i 9,3 urodzenia żywe na 1000 mieszkańców. Z kolei w województwie śląskim w 2014 roku zanotowano ujemny przyrost naturalny i wyniósł on -1,1. Podobnie było w roku 2005, kiedy odnotowano przyrost naturalny na 1000 mieszkańców w wysokości -1,2. W 2009 i 2010 roku przyrost naturalny zbliżył się do wartości 0, osiągając dokładnie -0,2.

Rys 10 Przyrost naturalny na 1000 mieszkańców w Polsce i w województwach [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

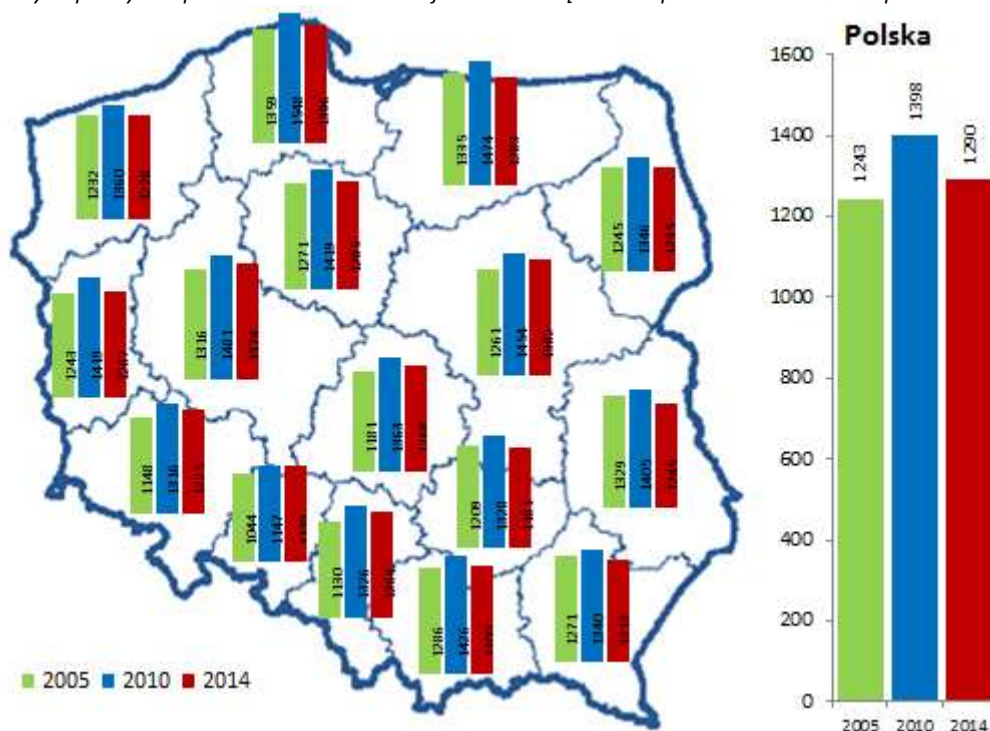


Współczynnik płodności w latach 2005, 2009 i 2014 w Polsce i w województwie śląskim.

Według danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego, całkowity współczynnik płodności²¹ w Polsce wynosił w 2005 roku 1,243, po czym wzrósł do wartości 1,398 w roku 2010, a następnie obniżył się do wartości 1,290 w roku 2014. We wszystkich województwach sytuacja wyglądała analogicznie. Całkowity współczynnik płodności w województwie śląskim nie wyróżniał się wyraźnie na tle innych województw, jednak we wszystkich analizowanych latach wartość współczynnika była nieznacznie niższa od średniej ogólnopolskiej. W 2005 roku współczynnik ten w województwie śląskim wynosił 1,130, następnie wzrósł do 1,326 w roku 2010, a w 2014 r. obniżył się do wartości 1,264.

²¹ Termin „płodność całkowita” używany jest w demografii zamiennie z terminem „dzietność”. Płodność całkowita jest rozumiana jako informacja o ostatecznych efektach skumulowanej płodności odnoszącej się do typowej kobiety – por. Szukalski P. *Przestrzenne zróżnicowanie dzietności w Polsce* [w:] „Wiadomości statystyczne – GUS”. Warszawa 2015.

Rys 11 Całkowity współczynnik płodności w Polsce i w województwach [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

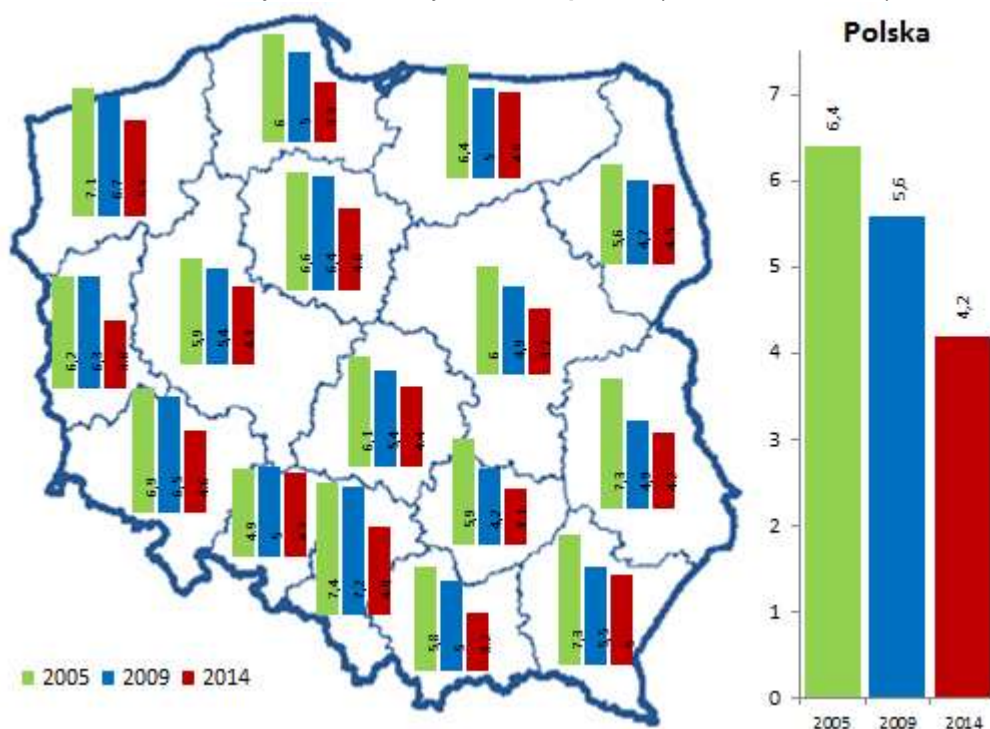


Na początku lat 90 współczynnik płodności całkowitej był znacznie wyższy i wynosił 1,99; 5 lat później wynosił już jedynie 1,55, a w roku 2000 zaledwie 1,37. Zapoczątkowane w latach 90. ubiegłego wieku przemiany demograficzne są przede wszystkim efektem wyborów, jakich dokonywali ludzie młodzi decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji ekonomicznej, a dopiero potem (około 30-tki) na założenie rodziny oraz jej powiększenie.

Umieralność niemowląt w Polsce i w województwie śląskim

W ramach niniejszego raportu współczynnikiem umieralności niemowląt określa się liczbę zgonów niemowląt (dzieci, które nie ukończyły 1 roku życia) przypadającą w danym roku na 1000 urodzeń żywych. W ciągu ostatniego dziesięciolecia w całej Polsce obserwuje się spadek umieralności niemowląt. Jeszcze w 2005 roku wartość współczynnika wynosiła 6,5, podczas gdy w 2014 roku liczba zgonów na 1000 urodzeń wynosiła już tylko 4,2. W 2005 i 2009 roku współczynnik umieralności w województwie śląskim był najwyższy w całej Polsce i wynosił odpowiednio 7,4 oraz 7,2. W 2014 roku współczynnik umieralności niemowląt osiągnął w województwie śląskim wartość 4,9 co w dalszym ciągu było wartością wysoką w porównaniu do innych województw (3 lokata w kraju).

Rys 12 Wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce i w województwach [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

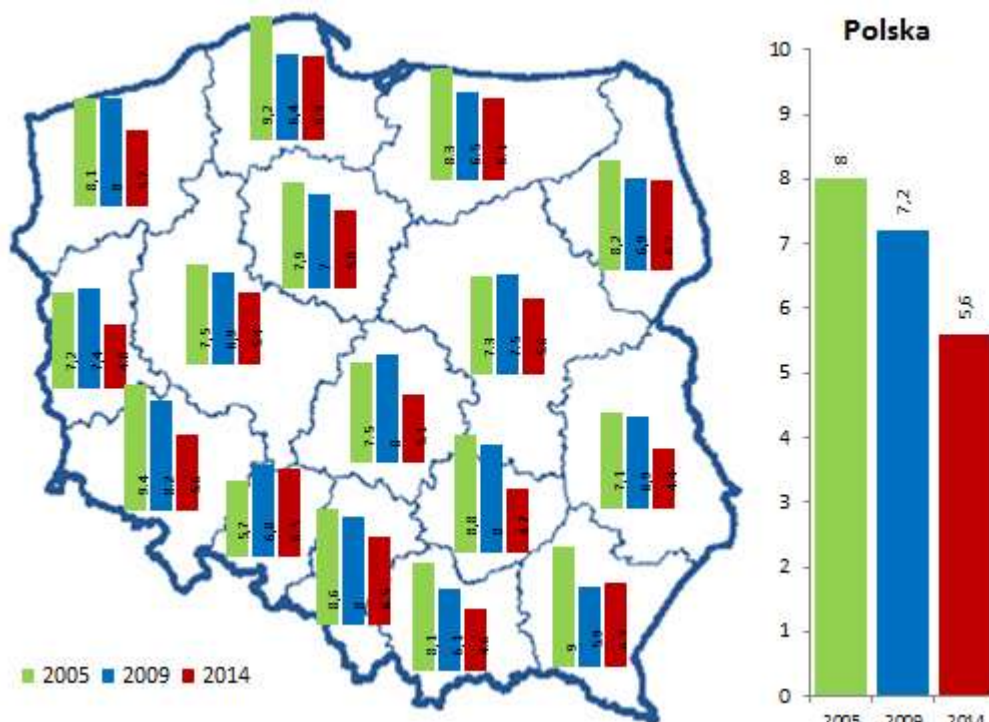


Analizując zgony niemowląt można wyróżnić umieralność wczesną niemowląt (do 27 dnia życia), oraz umieralność późną (od 28 dnia życia do 11 miesiąca). Jak wskazują dane Głównego Urzędu Statystycznego, zdecydowana większość zgonów następuje w okresie do 27 dnia życia.

Analizie poddano także umieralność okołoporodową, która wskazuje liczbę martwych urodzeń lub zgonów noworodków w czasie ciąży i porodu od 0-6 dni po porodzie. Wskaźnik ten oblicza się obecnie w stosunku do noworodków urodzonych z masą ciała od 500 g lub od 22 tyg. ciąży.

Na przestrzeni ostatnich 10 lat obserwuje się systematyczny spadek współczynnika umieralności okołoporodowej w skali całego kraju - w Polsce jego wartość spadła z 8 w roku 2005 do 5,6 w roku 2014. W województwie śląskim zarówno w 2005, w 2009 jak i w 2014 roku jego wartość była wyższa od średniej ogólnopolskiej. W 2014 roku współczynnik umieralności okołoporodowej w województwie śląskim wynosił 6,5 co dało województwu drugą lokatę w kraju. Pomimo ogólnej tendencji spadkowej liczby zgonów w okresie okołoporodowym, dane te świadczą, iż wciąż stanowi to istotny problem w regionie.

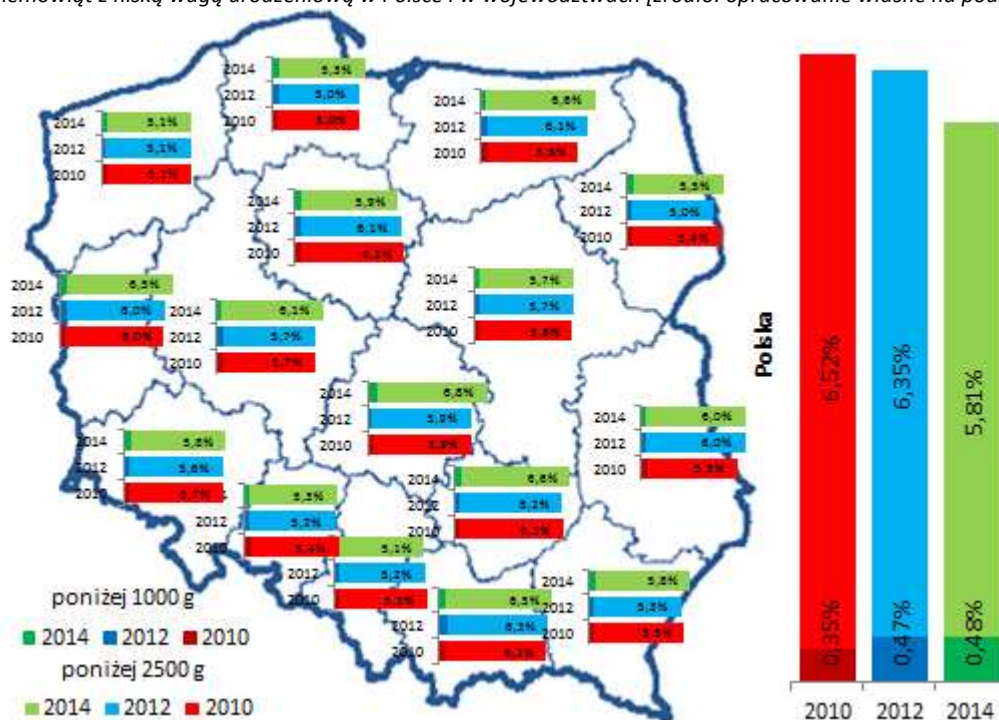
Rys 13 Wskaźnik umieralności okołoporodowej w Polsce i w województwach [źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Analiza przeprowadzona przez Instytut Matki i Dziecka wskazuje, że umieralność okołoporodowa lub martwe urodzenia noworodków są ściśle związane z niską lub bardzo niską wagą urodzeniową. Dlatego w ramach niniejszego raportu przeprowadzoną analizę liczby urodzeń z niską wagą urodzeniową.

Wagę noworodka determinuje wiele czynników, m.in. przebieg ciąży i występowanie pewnych dolegliwości ciążowych. Jak pokazują dane statystyczne, większość urodzonych o czasie noworodków waży od 2800 do 4000 g. Niską wagą urodzeniową określa się wagę noworodka poniżej 2500 g. Niektóre dzieci rodzą się z bardzo niską wagą urodzeniową (poniżej 1500 g), ekstremalnie niską wagą urodzeniową (poniżej 1000 g), lub niewiarygodnie niską wagą urodzeniową (poniżej 750 g). W ramach niniejszego raportu analizie poddano dane statystyczne dotyczące liczby urodzeń z niską wagą urodzeniową we wszystkich województwach w Polsce w latach od 2006 do 2015r. Według danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego, liczba urodzeń z niską wagą urodzeniową poniżej 2500 g w Polsce dość znacznie spadła z 23 506 w 2010 roku do 22 211 w 2014 roku. Największy wzrost liczby urodzeń z ekstremalnie niską wagą urodzeniową nastąpił w województwie śląskim – w roku 2014 urodziło się o 14 więcej noworodków o wadze poniżej 1000 g niż w roku 2010. Pomimo ogólnopolskiej nieznacznej tendencji do spadku liczby urodzeń noworodków ważących poniżej 1000 g, w województwie śląskim problem urodzeń z ekstremalnie niską wagą urodzeniową nie zmniejsza się.

Rys 14 Wskaźnik niemowląt z niską wagą urodzeniową w Polsce i w województwach [źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

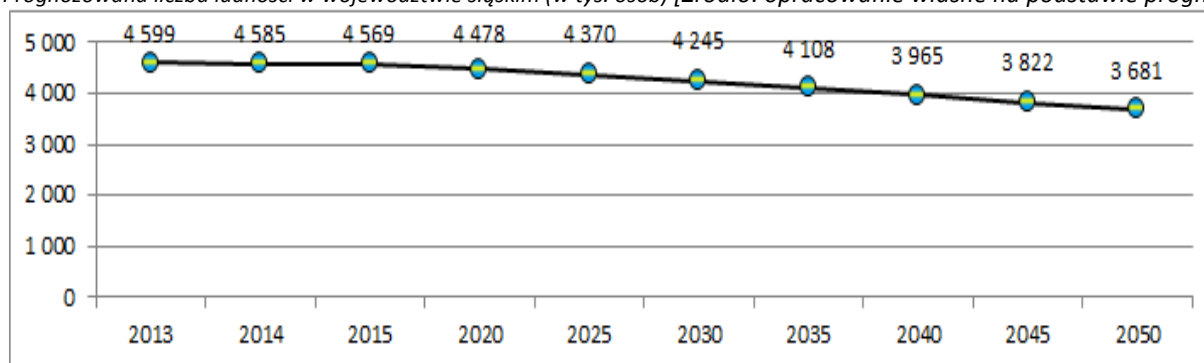


Prognozy liczby i struktury ludności w Polsce i w województwie śląskim do roku 2030

Na podstawie prognoz przygotowanych przez GUS i publikowanych w raporcie pn.: *Prognoza ludności na lata 2014-2050*, opracowano poniższa prognozę co do liczby ludności zarówno w kontekście kraju, jak i regionu. Prognozy te mają charakter szacunkowy, a liczebność i struktura ludności może ulec znacznym zmianom, co może wynikać z wdrażanych polityk regionalnych, ogólnopolskich, czy też międzynarodowych.

Zgodnie z wszelkimi prognozami liczba ludności Polski ulega zmniejszeniu, a sytuacja demograficzna jest niekorzystna. Główny Urząd Statystyczny przewiduje, że w roku 2050 w kraju będzie 33,951 mln mieszkańców. Podobna sytuacja będzie miała miejsce w województwie śląskim. Z zamieszkujących dziś 4,6 milionów mieszkańców liczba w roku 2050 ma zmniejszyć się do 3,7 miliona (zmianę liczby ludności w województwie śląskim pokazuje wykres poniżej).

Rys 15 Prognozowana liczba ludności w województwie śląskim (w tys. osób) [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]



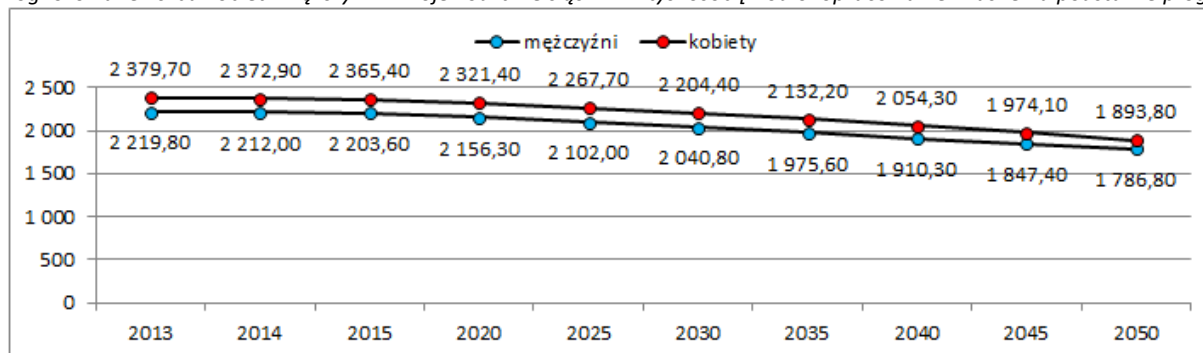
Zestawiając ze sobą prognozy dla kraju i województwa, okazuje się, że w województwie śląskim przyszła sytuacja demograficzna jest gorsza niż sytuacja w całym kraju. Zgodnie z przewidywaniami, do roku 2050 ubędzie 20% mieszkańców regionu (w porównaniu do 12% w skali kraju). Liczba ludności w województwie śląskim na najbliższych dziesięcioleciach będzie zmniejszała się szybciej niż w pozostałych regionach kraju. Ze względu na zmniejszenie się roli górnictwa i przemysłu ciężkiego oraz procesu reurbanizacji, może nastąpić stopniowe równoważenie się poziomów gęstości zaludnienia w województwie śląskim i w innych regionach.

Prognozowana struktura populacji

Województwo śląskie jest regionem o największej gęstości zaludnienia (372 osoby na km², podczas gdy w skali kraju gęstość zaludnienia wynosi 123 osoby na km²) oraz najwyższym współczynnikiem urbanizacji (77%, podczas gdy w skali kraju współczynnik ten wynosi 60%). Przewiduje się, że w województwie śląskim, w ciągu najbliższych dekad zmniejszeniu ulegnie przede wszystkim liczba ludności miejskiej, podczas gdy liczba mieszkańców wsi w województwie pozostanie na podobnym poziomie. Współczynnik urbanizacji stanowi odsetek mieszkańców, zamieszkujących tereny miejskie. Województwo śląskie jest regionem o charakterze górniczym i przemysłowym. Ta specyfika województwa ukształtowała sposób osiedlania się mieszkańców – przy

kopalniach i fabrykach powstawały duże ośrodki miejskie, dostępność pracy w przemyśle nie stymulowała rozwoju rolnictwa. Cały region charakteryzuje się bardzo dużą gęstością zaludnienia oraz bardzo wysokim współczynnikiem urbanizacji w skali kraju. Prognozy demograficzne wskazują na zmniejszenie się zarówno liczby kobiet, jak i mężczyzn w województwie śląskim. Przewiduje się także, że ich liczba będzie stopniowo zbliżać się do siebie, co wynika przede wszystkim ze zwiększenia się przewidywanej długości życia mężczyzn.

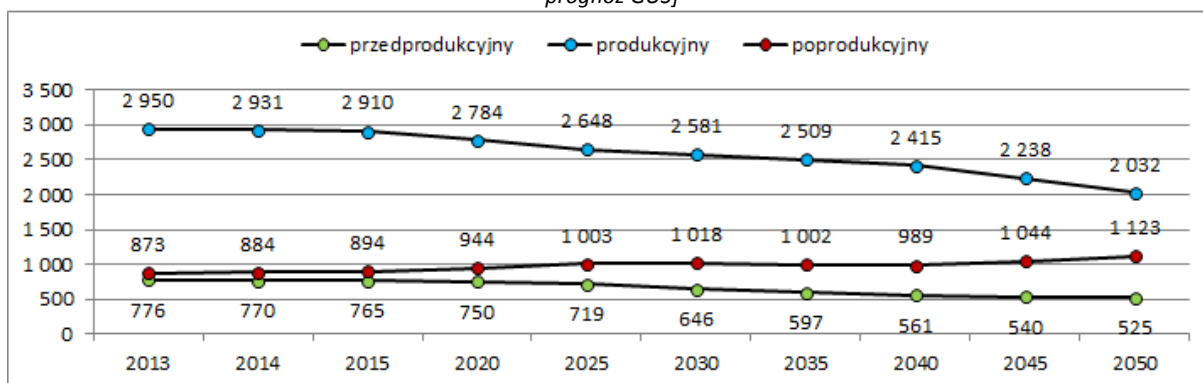
Rys 16 Prognozowana liczba kobiet i mężczyzn w województwie śląskim w tys. osób [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]



Ludność w grupach ekonomicznych i wiekowych

Negatywne prognozy demograficzne oraz zmniejszanie się liczby ludności wpływa w szczególności na strukturę w kontekście grup ekonomicznych. Poniższy wykres pokazuje jak w ciągu najbliższych dekad zmieni się liczba osób w wieku produkcyjnym w województwie śląskim w stosunku do liczby osób w wieku nieprodukcyjnym.

Rys 17 Prognoza liczby ludności w województwie śląskim w grupach ekonomicznych w tys. osób [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]

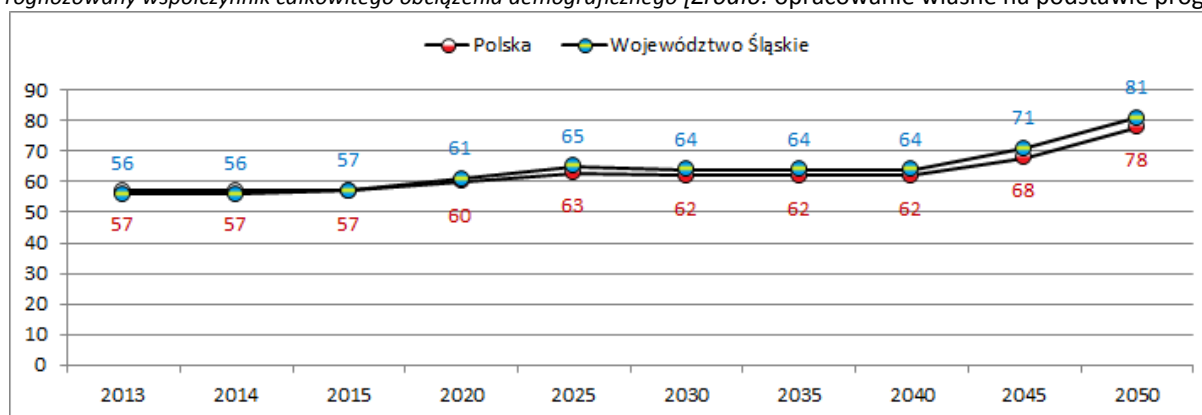


Ta tendencja występuje również w innych regionach. Poniżej pokazano jak do roku 2050, według prognoz GUS będzie zmieniał się współczynnik całkowitego obciążenia demograficznego w Polsce oraz w województwie śląskim.

Zgodnie z definicjami stosowanymi przez Główny Urząd Statystyczny, współczynnik całkowitego obciążenia demograficznego stanowi łączną liczbę dzieci (osób do 14 roku życia) oraz osób w wieku poprodukcyjnym (powyżej 65 roku życia), przypadających na 100 osób w wieku 15-64 lata. Oryginalnie współczynnik składa się z dwóch mierników (współczynnika obciążenia demograficznego dziećmi oraz współczynnika obciążenia demograficznego osobami starszymi), jednak na potrzeby niniejszego opracowania posłużono się wskaźnikiem skumulowanym²².

²² Współczynnik obciążenia demograficznego (ang. *Age dependency ratio*) - Stosunek liczby osób w wieku, gdy są one nieaktywne lub biernie zawodowo, czyli w wieku nieprodukcyjnym (liczba dzieci w wieku 0-14 lat, liczba osób w wieku 60 lub 65 lat i więcej) do liczby osób będących w wieku produkcyjnym (liczba osób w wieku 15 - 59 lub 64 lata). Stosunek ten obrazuje obciążenie ekonomiczne (np. z tytułu ponoszenia przez grupę osób pracujących kosztów utrzymania osób w wieku nieprodukcyjnym) na 100 osób pracujących; im wyższy wskaźnik, tym trudniejsza sytuacja w systemie zabezpieczenia społecznego. Dla porównania współczynnik ten wynosił w Polsce w 2010 r. 55 (tj. 55 osób w wieku nieprodukcyjnym przypadających na 100 osób w wieku produkcyjnym), podczas gdy w 2000 r. wynosił on 64.

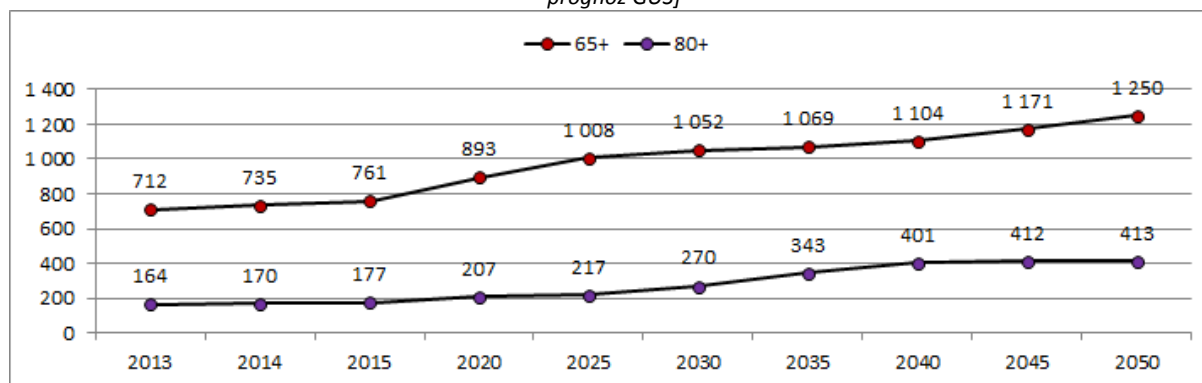
Rys 18 Prognozowany współczynnik całkowitego obciążenia demograficznego [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]



Obecnie współczynnik całkowitego obciążenia demograficznego w województwie śląskim, wynosi 56 i tylko nieznacznie różni się od wartości dla Polski (57). Zgodnie z przewidywaniami, wskaźnik ma rosnąć i dla regionu utrzymywać podobne wartości, jak dla kraju. Przewiduje się, że w Polsce, w roku 2050 na 100 osób w wieku produkcyjnym będzie przypadać 78 osób w wieku nieprodukcyjnym, w województwie śląskim współczynnik ten wyniesie 81, sytuacja w regionie w tym zakresie będzie więc bardziej niekorzystna niż w innych częściach kraju.

Wynikiem tej niekorzystnej sytuacji jest zwiększenie się udziału osób po 65 i po 80 roku życia. Obecnie w województwie śląskim mieszka mniej niż 800 tysięcy osób powyżej 65 roku życia, w tym, prawie 200 tysięcy osób mających co najmniej 80 lat. W roku 2025 osób powyżej 65 lat będzie ponad milion (prognozę w tym zakresie pokazano poniżej).

Rys 19 Prognozowana liczba ludności w wieku 65+ i 80+ w województwie śląskim w tys. osób [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]



Zgodnie z przedstawionymi powyżej danymi, do roku 2050 liczba osób w wieku poprodukcyjnym (65+) podwoi się i będą oni stanowić 33% wszystkich Polaków oraz 34% mieszkańców województwa śląskiego. Jeszcze gwałtowniejsze zmiany przewiduje się dla grupy wiekowej 80+, liczba osób w tej grupie w roku 2050 będzie prawie trzykrotnie wyższa niż obecnie, będą stanowić odpowiednio 10% i 11% mieszkańców Polski i województwa śląskiego.

Przedstawione powyżej prognozy demograficzne wskazują, że dynamika starzenia się populacji województwa śląskiego stawia przed regionem poważne wyzwanie w związku z zapewnieniem odpowiedniej opieki instytucjonalnej dla dynamicznie powiększającej się w perspektywie 2030 i 2050 roku grup osób powyżej 65 i 80 roku życia. W kontekście sytuacji epidemiologicznej i problemów zdrowotnych najstarszej części społeczeństwa²³, konieczne jest zabezpieczenie odpowiedniej infrastruktury w zakresie opieki stacjonarnej i dziennej w regionie, w związku ze spodziewanym w kolejnych latach znacznym przyrostem liczby mieszkańców województwa śląskiego po 65 i po 80 r.ż., o jest obecnie przewidziane do objęcia wsparciem ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a.

4.2. Analiza sytuacji epidemiologicznej w województwie śląskim

W poniższym rozdziale dokonano wielowymiarowej analizy dostępnych danych statystycznych (na temat zapadalności i umieralności na poszczególne jednostki chorobowe i grupy chorób) dotyczących stanu zdrowia ludności w celu wskazania najpoważniejszych problemów zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego w regionie na tle kraju oraz w stosunku do innych województw kraju. W ten sposób zweryfikowano jednostki chorobowe i dziedziny wskazane w RPO WSL 2014-2020 i zidentyfikowano istotne potrzeby i problemy regionalne w obszarze zdrowia w województwie śląskim.

²³ Sytuacja epidemiologiczna i najważniejsze problemy zdrowotne mieszkańców Śląska zostały opisane w kolejnym rozdziale.

Głównym źródłem danych statystycznych przywołanych w poniższej części, są dane dotyczące stanu zdrowia mieszkańców Polski i dane demograficzne publikowane przez Główny Urząd Statystyczny²⁴ (opracowania Departamentu Badań Społecznych dotyczące oceny sytuacji zdrowotnej Polaków²⁵) a także dane z raportów dotyczących stanu zdrowia województwa śląskiego opracowywanych przez Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego²⁶. Uzupełnieniem danych dotyczących zapadalności na niektóre choroby, m.in. na nowotwory złośliwe były raporty GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia” w 2010, 2011, 2012 i 2013 roku²⁷. Ze względu na ograniczoną objętość niniejszego opracowania szczegółowe dane na temat zapadalności i umieralności na wskazane w tym rozdziale jednostki chorobowe i grupy chorób w poszczególnych powiatach województwa śląskiego w latach 2005-2014 w podziale na płeć zamieszczono w zestawieniach tabelarycznych, stanowiących załącznik nr 4 do niniejszego raportu, w tym miejscu natomiast przywołuje się te dane w formie wniosków do obszarów (powiatów i subregionów województwa śląskiego) dla których odnotowano najwyższe wskaźniki.

O ile poziom zachorowalności na poszczególne choroby jest kwestią etiologii ich powstawania i wypadkową wielu czynników zarówno wewnętrznych (takich jak indywidualna podatność, uwarunkowania genetyczne, warunki bytowe, dieta i styl życia itp.) oraz zewnętrznych (takich jak zanieczyszczenie środowiska, kontakt z czynnikami szkodliwymi i/lub źródłem zakażenia) i działania w tym zakresie odnoszą się przede wszystkim do profilaktyki i promocji zdrowia, o tyle o jakości systemu opieki zdrowotnej świadczyć może przede wszystkim umieralność (liczba zgonów) na daną jednostkę chorobową; w tym zakresie decydująca jest dostępność i jakość diagnostyki oraz leczenia. Z tego względu dla wskazania najistotniejszych jednostek i grup chorób w województwie śląskim, przyjęto, że dla wskazania najpoważniejszych problemów zdrowotnych województwa śląskiego, co do których wskazane jest szczególne ukierunkowanie środków RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia, decydujące znaczenie powinny mieć dane na temat umieralności²⁸ (wskaźnik w przeliczeniu na 100 tys. osób) mieszkańców województwa śląskiego na przestrzeni ostatnich 10 lat, uzupełnione o wskaźniki zapadalności na te jednostki chorobowe; zgodnie z założeniami badania, w analizie skoncentrowano się na tych jednostkach chorobowych, dla których współczynniki te sytuują województwo na trzech pierwszych miejscach w kraju lub też innych, jednak wysokich miejscach, uzasadniających również istotność tej jednostki chorobowej dla województwa (por. zestawienie tabelaryczne poniżej).

Takie ujęcie jest zgodne z przyjętymi standardami oceny funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej, m.in. *Krajowego indeksu sprawności ochrony zdrowia*²⁹, który powstał w celu zbadania rzeczywistej skuteczności polskiego systemu ochrony zdrowia oraz pozyskania mierzalnych i porównywalnych wskaźników, umożliwiających dokonywanie porównań międzywojewódzkich w tym zakresie. Na wskaźnik ten składają się przede wszystkim wskaźniki pogrupowane w kategorii takie jak: (1) zapobieganie zgonom (np. odsetek żyjących co najmniej 5 lat od rozpoznania raka jelita grubego czy raka piersi jako jednych z najczęściej występujących nowotworów), (2) zapobieganie zaostrzeniom stanu zdrowia (np. wskaźnik hospitalizacji z powodu niewydolności serca, wskaźnik hospitalizacji chorujących na przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, hospitalizacja cukrzyków) oraz (3) prewencja chorób (w tym uczestnictwo w badaniach mamograficznych, cytologicznych, szczepieniach)³⁰. W ocenie tego aspektu w roku 2014 województwo śląskie uplasował się na dalekiej 11 pozycji w rankingu województw, co świadczy o tym, że uzasadnione jest podjęcie dodatkowych działań w ramach RPO WSL 2014-2020 w celu poprawy tej sytuacji, tzn. zmniejszenia śmiertelności mieszkańców województwa w związku z występowaniem najpowszechniejszych chorób o wysokim wskaźniku umieralności.

Na podstawie przedstawionej powyżej analizy oraz przeprowadzonego badania pogłębionego z ekspertami z zakresu poszczególnych dziedzin lekarskich, związanych z omówionymi wyżej schorzeniami, za takie grupy chorób i jednostki chorobowe uznano (w kolejności od najpoważniejszych, wymagających podjęcia działań w pierwszej kolejności do problemów mniejszej wagi):

- choroby nowotworowe (w związku z najwyższymi w kraju wskaźnikami umieralności z powodu nowotworów złośliwych, w tym – najczęściej rejestrowanym jeśli chodzi o wskaźnik zapadalności nowotworem złośliwym u kobiet na terenie

²⁴ Obecnie jednym z najrzetelniejszych ogólnodostępnych źródeł danych dotyczących występowania najistotniejszych chorób przewlekłych wśród mieszkańców Polski jest opracowanie GUS „Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.” z 2011r., w którym zaprezentowano wyniki badania ankietowego EHIS (*European health interview survey*), czyli Europejskiego Ankietowego Badania Zdrowia, zrealizowanego zgodnie z zaleceniami Eurostatu, dotyczącymi zakresu tematycznego oraz zastosowanych narzędzi badawczych.

²⁵ Dostępne dane dotyczą jedynie 2009r. Brak danych dla pozostałych lat. Informacje na temat epidemiologii chorób zakaźnych opracowane zostały na podstawie danych Śląskiej Stacji Sanitarnej-Epidemiologicznej i Biuletynów Państwowego Zakładu Higieny Pracy „Choroby zakaźne i zatrucia w Polsce” dla poszczególnych lat. Analizy umieralności dokonano na podstawie danych dotyczących przyczyn zgonów, które publikowane są co roku przez Główny Urząd Statystyczny w Roczniku Demograficznym. Do pozyskania niektórych danych (m. in. zgony wg przyczyny) wykorzystano także Bank Danych Lokalnych dostępny na stronie <http://stat.gov.pl>.

²⁶ „Raport o stanie zdrowia mieszkańców województwa śląskiego”, „Ochrona zdrowia w województwie śląskim”, a także okresowe raporty dotyczące nowotworów złośliwych, gruźlicy, zaburzeń psychicznych, chorób układu krążenia oraz cukrzycy w województwie śląskim w latach 2005-2014 (brak dostępnych danych za rok 2015).

²⁷ W poniższym rozdziale przywoływane są dane z tych raportów w zakresie zapadalności oraz umieralności w poszczególnych grupach chorób i jednostek – w każdym miejscu o ile nie wskazano inaczej.

²⁸ Wskaźniki umieralności z powodu poszczególnych jednostek chorobowych przytaczane w niniejszej analizie pochodzą z danych GUS – są one systematycznie rejestrowane w okresie objętym niniejszym badaniem ewaluacyjnym wg tej samej metodologii dla wszystkich lat i województw w Polsce, dlatego należy uznać je za bardziej wiarygodne i rzetelne dla oceny sytuacji zdrowotnej mieszkańców Śląska niż wskaźniki zapadalności w poszczególnych grupach chorób, co do których w dostępnej statystyce publicznej istnieją braki danych oraz są one różnych regionach kraju badane wg różnych metodologii, co powoduje, że wnioskowanie na tej podstawie jest obciążone błędem metodologicznym.

²⁹ <http://www.pwc.pl/pl/media/2014/2014-01-23-krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014.html> [data dostępu: 12.11.2015]

³⁰ <http://www.pwc.pl/pl/media/2014/2014-01-23-krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014.html> [data dostępu: 12.11.2015]

województwa - rakiem piersi i szyjki macicy³¹, wśród mężczyzn w ostatnich latach – nowotworów tchawicy, płuc i oskrzeli oraz żołądka, okrężnicy, odbytu, jelit i odbytu³²),

- choroby układu krążenia (przede wszystkim w związku ze wzrastającą w województwie zapadalnością i najwyższym w kraju współczynnikiem umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca),
- choroby układu oddechowego (mimo wskaźników dotyczących umieralności i zapadalności w tej grupie chorób, sytuujących obecnie województwo śląskie poza czołowymi trzema miejscami w kraju, w tej grupie chorób z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, sytuuje się jednak gruźlica, dotyczącą w 87% przypadków płuc³³, co do której w 2013 roku odnotowano w województwie śląskim najwyższy wskaźnik zapadalności w kraju, a na przestrzeni ostatnich 10 lat – najwyższe wskaźniki umieralności; przesłanką do wskazania tej grupy chorób jako szczególnie istotnych w regionie jest także najwyższa w kraju zachorowalność mieszkańców województwa śląskiego na choroby zawodowe, a zwłaszcza pylicę płuc oraz trwałe ubytek słuchu, jedyne jednostki chorobowe w tej grupie, co do których występuje silne uwarunkowanie regionalne³⁴),
- choroby układu kostno-mięśniowo-szkieletowego (mimo wskaźników dotyczących umieralności i zapadalności w tej grupie chorób, sytuujących obecnie województwo śląskie poza czołowymi trzema miejscami w kraju, w tej grupie chorób z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej, sytuuje się jednak leczenie i rehabilitacja chorób zawodowych dotyczących układu ruchu oraz schorzeń na skutek wypadków przy pracy, których skala występowania – jeśli chodzi o liczbę i śmiertelność jest w województwie śląskim najwyższa w kraju³⁵),
- choroby układu wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych układu wydzielniczego (przede wszystkim w związku ze wzrastającą w województwie zapadalnością i najwyższym w kraju współczynnikiem umieralności z powodu cukrzycy),
- choroby (zaburzenia) psychiczne (ze względu na wysoką zapadalność na depresję i zaburzenia lękowe młodych mieszkańców województwa śląskiego oraz zarejestrowaną w latach 2009-2011 najwyższą w kraju umieralność z powodu wystąpienia chorób z tej grupy).

Zbiornicze zestawienie wskaźników umieralności spowodowanej powyższymi jednostkami chorobowymi i grupami chorób w województwie śląskim (w porównaniu ze wskaźnikiem dla kraju) przedstawiono w tabeli poniżej.

³¹ W zestawieniu tabelarycznym poniżej ze względu na konieczność dokonywania porównań międzywojewódzkich, zastosowano dane GUS wg których dane dla tych nowotworów przedstawiane są łącznie.

³² W zestawieniu tabelarycznym poniżej ze względu na konieczność dokonywania porównań międzywojewódzkich, zastosowano dane GUS wg których dane dla tych nowotworów przedstawiane są bez podziału na płeć.

³³ na podstawie *Zachorowania i zgony na gruźlicę – wybrane dane*, Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2014.

³⁴ Sytuację województwa w odniesieniu do problemów zdrowotnych wykluczających z rynku pracy oraz chorób zawodowych mieszkańców Śląska omówiono szczegółowo w rozdz. 4.3)

³⁵ Sytuację województwa w odniesieniu do problemów zdrowotnych wykluczających z rynku pracy oraz chorób zawodowych mieszkańców Śląska omówiono szczegółowo w rozdz. 4.3); dodatkowo, takie ujęcie kwestii zaliczenia wypadków i urazów w miejscu pracy do grupy chorób związanych z układem kostno-mięśniowo-szkieletowym, zostało wskazane przez biorących udział w badaniu pogłębionym ekspertów z dziedziny epidemiologii, Instytutu Medycyny Pracy w Sosnowcu oraz konsultantów wojewódzkich ds. ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz reumatologii.

Tab 3 Zestawienie wskaźników zapadalności³⁶ i umieralności z powodu chorób stanowiących istotne problemy zdrowotne województwa śląskiego³⁷. [Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://stat.gov.pl/> oraz danych WNSOZ ŚUW]

Choroba		2005		2007		2009		2011		2013	
		Polska	Śląsk	Polska	Śląsk	Polska	Śląsk	Polska	Śląsk	Polska	Śląsk
Układu krążenia ³⁸	Umieralność w liczbach bezwzgl.	168227	21901	171372	22085	177965	21769	169872	21714	177433	22930
	Umieralność na 100 tys.	441,3	469,2 (IV)	449,6	473,7 (IV)	466,4	468,7 (IV)	440,9	469,0 (V)	460,8	497,8 (IV) ³⁹
Choroba niedokrwienna serca	Umieralność w liczbach bezwzgl.	49773	8623	48266	8722	47775	8316	46344	8140	44677	6019 ⁴⁰
	Umieralność na 100 tys.	130,4	184,0 (I)	126,6	187,4 (I)	125,2	179,2 (I)	120,3	175,0 (I)	115,9	130,3 (I)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim chorobowość wynosi 8 278 osób na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 5 pozycji w Polsce.									
Choroby nowotworowe ⁴¹	Umieralność w liczbach bezwzgl.	92365	11900	95809	12398	96157	12619	96009	12548	98931	13172
	Umieralność na 100 tys.	242,1	254,0 (III)	251,4	265,9 (III)	252,0	271,7 (III)	249,2	271,0 (II)	256,9	286,0 (II)
Nowotwory złośliwe	Umieralność w liczbach bezwzgl.	90396	11622	92932	12036	93297	11953	92196	11645	94117	12337
	Umieralność na 100 tys.	236,9	248,0 (IV)	243,8	258,2 (IV)	244,5	257,4 (IV)	239,3	251,5 (III)	244,4	267,8 (II)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim wynosi 378,4 osób na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 7 pozycji w Polsce.									
Nowotwory żołądka, okrężnicy, odbytu, złącza jelit	Umieralność w liczbach bezwzgl.	22515	2611	22148	2647	22348	2794	22251	2698	22655	2735
	Umieralność na 100 tys.	39,2	43,7 (I)	40,1	44,5 (I)	41,5	47,5 (I)	41,9	48,0 (I)	42,9	49,4 (I)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim wynosi 82,4 osób na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 4 pozycji w Polsce.									
Nowotwory tchawicy, płuc i oskrzeli	Umieralność na 100 tys.	54,3	56,2 (IV)	54,7	55,1 (IV)	58,8	60,2 (IV)	57,7	58,3 (IV)	58,8	59,5 (VII)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim wynosi 63,9 na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 7 pozycji w Polsce.									
Nowotwory - rak szyjki macicy i rak piersi	Umieralność w liczbach bezwzgl.	6686	1050	7162	1060	6990	947	7093	980	7485	1074
	Umieralność na 100 tys.	60,9	64,5 (IV)	62,1	64,7 (IV)	61,1	63,1 (III)	61,0	63,4 (III)	62,5	64,9 (II)
	Zapadalność na 100 tys.	Pod względem zapadalności na nowotwory narządów płciowych województwie śląskim wynosi 64,9 na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 4 pozycji w Polsce. Pod względem zapadalności na nowotwór sutka w województwie śląskim wynosi 46,0 na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 5 pozycji w Polsce.									
Zaburzenia	Umieralność w liczbach bezwzgl.	1811	238	2156	310	1859	441	1859	442	1546	352

³⁶ Ze względu na ograniczoną dostępność danych w tabeli posłużono się danymi GUS z Raportu „Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r.” z 2011r.

³⁷ Ze względu na konieczność dokonywania porównań między wojewódzkich (w celu wskazania miejsca województwa śląskiego na tle innych regionów kraju), posłużono się danymi Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), w pozostałych przypadkach (jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego o najwyższej umieralności w skali kraju) – posłużono się, danymi Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, co zaznaczono w przypisie).

³⁸ W poniższym zestawieniu w tym miejscu przedstawiono dane zbiorcze, ze względu na wyniki analizy przedstawione poniżej, w tym zakresie najistotniejszą jednostką chorobową w województwie śląskim jest choroba niedokrwienna serca, stąd przedstawiono dane dot. umieralności i zapadalności na tę jednostkę chorobową.

³⁹ Cyfra rzymska podana w nawiasie oznacza miejsce województwa w stosunku do pozostałych w kraju, jeśli chodzi o najwyższe wartości wskaźnika.

⁴⁰ Dane na rok 2012, brak dostępnych danych za rok 2013-2015, na podstawie *Zachorowania i zgony na gruźlicę – wybrane dane*, Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2014.

⁴¹ Ze względu na dostępność danych i w celach poglądowych w odniesieniu do umieralności w poniższym zestawieniu w tym miejscu przedstawiono dane zbiorcze dla grupy chorób nowotworowych, a następnie przedstawiono umieralność i zapadalność w odniesieniu do nowotworów złośliwych.

psychiczne ⁴²	Umieralność na 100 tys.	4,7	7,2 (II)	5,7	6,7 (VII)	4,9	9,5 (I)	4,8	9,5 (II)	4,0	7,6 (V)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim dla depresji i zaburzeń lękowych wynosi 63,9 na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 7 pozycji w Polsce (w grupie pomiędzy 15 a 29 r.ż., chorobowość wynosi 969,4 osób na 100 tys. osób w tym wieku, co daje 3 miejsce w Polsce).									
Układu kostno-szkieletowo-mięśniowego ⁴³	Umieralność w liczbach bezwzgl.	556	63	522	33	517	72	538	71	612	69
	Umieralność na 100 tys.	1,4	1,5 (V)	1,4	0,7 (XI)	1,4	1,6 (IV)	1,4	1,5 (IV)	1,6	1,5 (VI)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim chorobowość jeśli chodzi o reumatoidalne zapalenie stawów wynosi 7246,7 osób na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 5 pozycji w Polsce. W województwie śląskim współczynnik zapadalności na choroby układu ruchu w zakresie chorób zawodowych (współczynnik 22 na 100 tys. pracujących – 1 miejsce w kraju) W województwie śląskim współczynnik występowania wypadków w miejscu pracy wynosi 78, 1 osób na 100 tys. pracujących, co sytuuje region na 1 pozycji w Polsce.									
	Umieralność w liczbach bezwzgl.	18547	2309	19422	2442	20652	2313	19976	1982	22947	2126
Układu oddechowego ⁴⁴	Umieralność na 100 tys.	49,5	49,8 (VIII)	51,0	52,4 (VI)	54,1	49,8 (IX)	51,9	42,8 (IX)	59,6	46,2 (VIII)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim chorobowość pod względem występowania astmy wynosi 3557,6 osób na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 3 pozycji w Polsce.									
Gruźlica	Umieralność w liczbach bezwzgl.	806	172	744	183	743	181	640	144	630	134 ⁴⁵
	Umieralność na 100 tys.	2,1	3,7 (I)	2,0	3,9 (I)	2,0	3,9 (I)	1,7	3,1 (I)	1,6	2,9 (I)
	Zapadalność na 100 tys.	W województwie śląskim w roku 2013 wyniosła 25,1 na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 3 pozycji w Polsce.									
Choroby układu wydzielniczego ⁴⁶	Umieralność w liczbach bezwzgl.	5950	234	6758	943	7149	1164	7124	1209	7829	1332
	Umieralność na 100 tys.	b.d.	b.d.	17,7	20,2 (IV)	18,7	25,1 (III)	18,5	26,1 (I)	20,3	28,9 (II)
Cukrzyca	Umieralność w liczbach bezwzgl.	6014	823	6359	889	6761	1098	6512	1062	b.d.	b.d.
	Umieralność na 100 tys.	16	17,6	17	19,1	18	23,6	18	22,9	b.d.	b.d.
	Zapadalność na 100 tys.	W woj. śląskim chorobowość wynosi 5781 osób na 100 tys. ludności, co sytuuje region na 1 pozycji w Polsce.									

⁴² Ze względu na dostępność danych w odniesieniu do umieralności w poniższym zestawieniu w tym miejscu przedstawiono dane zbiorcze dla grupy chorób, jeśli zaś chodzi o zapadalność ze względu na wyniki analizy przedstawione poniżej, w tym zakresie najistotniejszą jednostką chorobową w województwie śląskim są depresja i zaburzenia lękowe, stąd przedstawiono dane dot. tych jednostek chorobowych.

⁴³ Ze względu na dostępność danych w odniesieniu do umieralności w poniższym zestawieniu w tym miejscu przedstawiono dane zbiorcze dla grupy chorób, jeśli zaś chodzi o zapadalność ze względu na wyniki analizy przedstawione poniżej, w tym zakresie najistotniejszym problemem zdrowotnym w województwie śląskim są urazy i wypadki w miejscu pracy, stąd w zakresie zapadalności przedstawiono dane dot. tych jednostek chorobowych w odniesieniu do 100 tys. pracujących.

⁴⁴ Ze względu na dostępność danych w odniesieniu do umieralności w poniższym zestawieniu w tym miejscu przedstawiono dane zbiorcze dla grupy chorób, jeśli zaś chodzi o zapadalność ze względu na wyniki analizy przedstawione poniżej, w tym zakresie najistotniejszą jednostką chorobową w województwie śląskim jest astma, stąd przedstawiono dane dot. zapadalności na tę jednostkę chorobową.

⁴⁵ Dane na rok 2012, brak dostępnych danych za rok 2013-2015, na podstawie *Zachorowania i zgony na gruźlicę – wybrane dane*, Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2014.

⁴⁶ W poniższym zestawieniu w tym miejscu przedstawiono dane zbiorcze, ze względu na wyniki analizy przedstawione poniżej, w tym zakresie najistotniejszą jednostką chorobową w województwie śląskim jest cukrzyca, stąd przedstawiono dane dot. umieralności i zapadalności na tę jednostkę chorobową.

Należy podkreślić, że tak określony powyżej zakres grup chorób i jednostek chorobowych stanowiących istotny problem zdrowotny mieszkańców regionu, został zweryfikowany i poparty rekomendacjami w tym zakresie ze strony ekspertów w dziedzinie zdrowia w województwie śląskim, biorącymi udział w niniejszym badaniu, tj. konsultantów wojewódzkich ds. epidemiologii, zdrowia publicznego, psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, reumatologii, diabetologii, kardiologii, chorób płuc i gruźlicy oraz ginekologii onkologicznej.

Jednocześnie na podstawie przedstawionej w poprzednim rozdziale analizy sytuacji demograficznej w regionie, wskazano jako istotny obszar wymagający wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w zakresie zdrowia, problemy najstarszej i najmłodszej grupy mieszkańców województwa śląskiego. Zgodnie z danymi przedstawionymi w poprzednim rozdziale, w województwie śląskim występuje jedna z najwyższych w kraju umieralność niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska masa urodzeniowa, co wskazuje na konieczność interwencji w zakresie zapewnienia okołoporodowej opieki nad matką i dzieckiem oraz dostępności badań prenatalnych. Jeśli natomiast chodzi o najstarszą grupę mieszkańców Śląska, wobec dynamiki procesu starzenia się społeczeństwa w regionie oraz wzrastającej liczby osób w wieku 65+ i 80+ w regionie⁴⁷, wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej w perspektywie najbliższych 20 lat na Śląsku będzie zapewnienie właściwej opieki tym osobom z chorobami przewlekłymi oraz kompleksowymi schorzeniami, typowymi dla tej grupy wiekowej.

Szczegółowy opis wraz z danymi statystycznymi na temat zapadalności i umieralności na wymienione powyżej jednostki chorobowe (przedstawione w kontekście grup chorób), stanowiące istotny problem zdrowotny w regionie, przedstawiono poniżej.

Jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego w grupie chorób układu krążenia

Do najczęściej występujących jednostek chorobowych w tej grupie zaliczyć należy, zarówno w skali Polski, jak i województwa śląskiego: nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca oraz choroba naczyń mózgowych. Jak wynika z badania EHIS przeprowadzonego przez GUS w 2009r., drugim co do częstości występowania przewlekłym problemem zdrowotnym w Polsce w 2009r. była jedna z chorób układu krążenia – nadciśnienie tętnicze. Wg danych EHIS w Polsce z nadciśnieniem tętniczym zmagają się ponad 6,5 mln dorosłych (w tym 18% mężczyzn i 21% kobiet). W województwie śląskim odnotowano wówczas występowanie nadciśnienia u ok. 18 501,1 na 100 tys. mieszkańców. W 2009 roku województwo śląskie zajmowało tym samym 5 lokatę w kraju pod względem częstości występowania choroby nadciśnieniowej. Widoczna jest tendencja do przewagi występowania choroby nadciśnieniowej u kobiet, przy odnotowano ją u niespełna 19% ankietowanych dorosłych kobiet, oraz nieco ponad 17% mężczyzn w województwie śląskim. Można także zauważyć, że pod względem zapadalności na chorobę nadciśnieniową u mężczyzn województwo śląskie zajęło II miejsce w kraju (17 111,2 chorych na 100 tys. ludności) a w przypadku kobiet – IV miejsce w kraju.

Także u kobiet odnotowano częstsze niż u mężczyzn występowanie choroby niedokrwiennej serca (choroby wieńcowej) – w skali kraju choroba ta dotyczyła 11,2% dorosłych kobiet i 7,9% dorosłych mężczyzn. W całej Polsce wg badania EHIS na 100 tys. osób 8 055,5 zadeklarowało występowanie choroby wieńcowej, przy czym wśród kobiet współczynnik ten był wyższy i wyniósł 9 481,4, a u mężczyzn 6 528,3. W województwie śląskim współczynnik zapadalności⁴⁸ jeśli chodzi o wystąpienie choroby niedokrwiennej serca wyniósł 8 278,8 osób na 100 tys. ludności, co usytuowało województwo na 5 miejscu w Polsce, przy czym w regionie 6 816,7 na 100 tys. mężczyzn i 9 639,7 kobiet na 100 tys. zgłosiło wystąpienie tej choroby. Tym samym województwo śląskie znalazło się na 8 miejscu w kraju pod względem chorobowości choroby wieńcowej wśród kobiet.

W województwie śląskim, podobnie jak w całym kraju, największą liczbę nowych przypadków rejestruje się właśnie w grupie chorób układu krążenia. Najczęściej diagnozowane są one u osób w przedziale wiekowym: 55-64 oraz 65 lat i więcej, ale w ostatnich latach niemal równie często u osób między 35 a 54 rokiem życia, a więc problemy te coraz silniej zaznaczają się u coraz młodszych osób. W województwie śląskim od 2008 do 2013 roku⁴⁹ nastąpił znaczny wzrost liczby osób powyżej 19 roku życia będących pod opieką lekarza POZ ze stwierdzoną chorobą układu krążenia. Według danych statystycznych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego, podobnie jak w całej Polsce, także w województwie śląskim choroby te dotyczą częściej kobiet niż mężczyzn. W 2008 r. w regionie na 10 tys. ludności było 1 278,2 osób ze stwierdzoną chorobą z tej grupy, natomiast w 2013 r. już 1 525,3 osób. Liczby osób na 10 tys. ludności ze stwierdzonymi chorobami układu krążenia różnią się w zależności od powiatu. Największą liczbę osób na 10 tys. ludności, u których stwierdzono te choroby zarejestrowano w miastach na prawach powiatu, m. in. w Sosnowcu, Bytomiu i Jaworznie, w 2013r. było tam odpowiednio 2 095,8, 2 085,2 i 2 015,4 chorych na 10 tys. ludności. W 2008 r. w całym województwie, na 10 tys. ludności chorobę układu krążenia rozpoznano po raz pierwszy u 94,1 osób, w 2009 r. u 114,8 osób, w 2010 r. u 121,2 osób, w 2011 r. u 134,3, w 2012 r. u 169,4 osób, a w 2013 r. u 167,2. Najwyższy współczynnik zapadalności na 10 tys. ludności odnotowano w 2013 r. w miastach na prawach powiatu, m. in. w Katowicach – 321,1, w Bytomiu – 294,1 i w Sosnowcu – 249,2, ale także w powiecie cieszyńskim – 253. Można ponadto zauważyć, że w Katowicach nastąpił największy wzrost zapadalności na choroby układu krążenia – w 2008 r. zanotowano tam 90,2 nowe rozpoznania na 10 tys. ludności, podczas gdy w 2013 r. było ich aż o 230,9 więcej. Najbardziej znaczący wzrost nastąpił w powiecie cieszyńskim – z

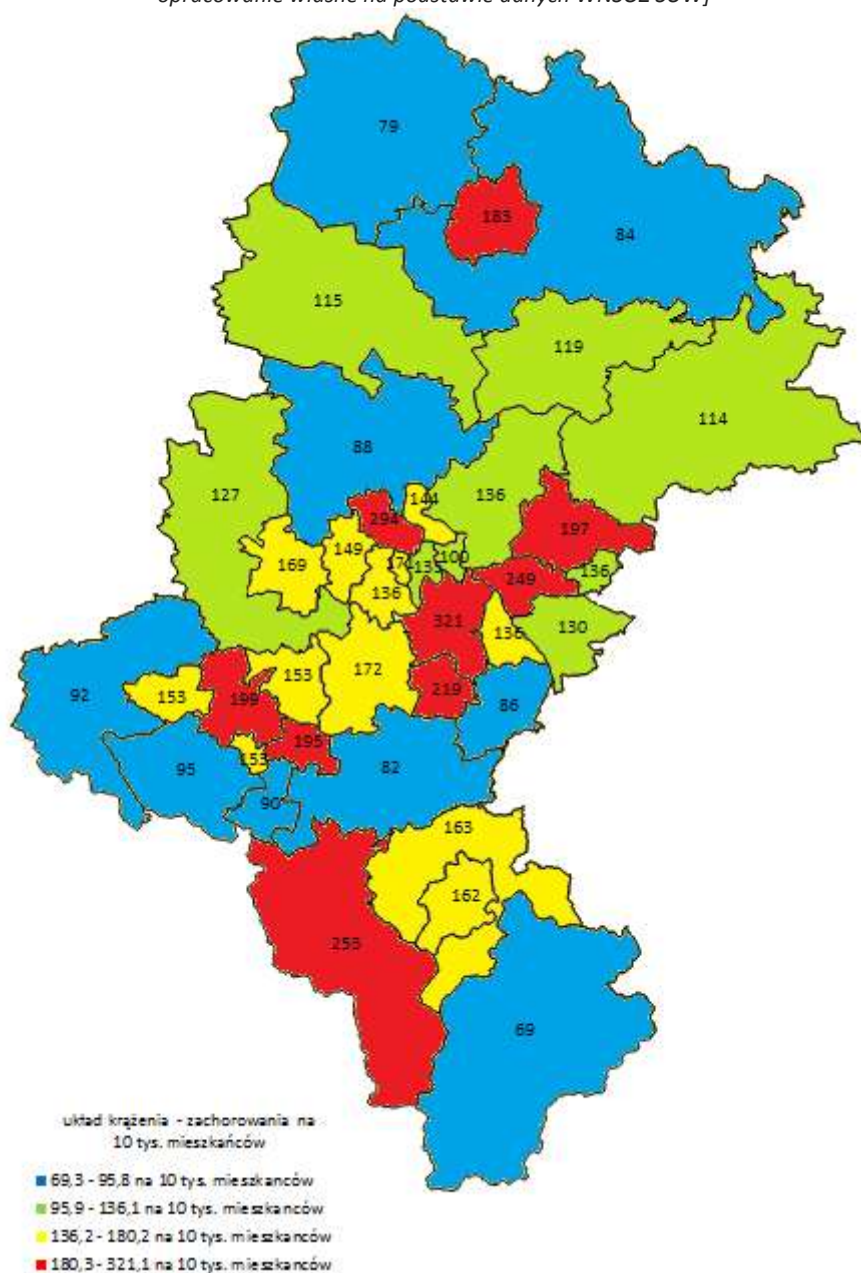
⁴⁷ Liczebność osób w tej grupie wiekowej wg prognoz przedstawionych w rozdziale 4.1 w perspektywie roku 2050 wzrośnie w województwie śląskim niemal czterokrotnie.

⁴⁸ W tym miejscu ze względu na dostępność jedynie takich danych jako współczynnik zapadalności potraktowano chorobowość, czyli wystąpienie danej choroby na 100 tys. osób.

⁴⁹ Analizie poddano tylko te lata, dla których dostępne były dane statystyczne.

92,3 w 2008r. do 278,8 w 2012r., choć w następnym roku nastąpił tam nieznaczny spadek zapadalności do 253 na 10 tys. ludności.

Rys 20 Choroby układu krążenia – liczba zachorowań na 10 tysięcy mieszkańców w powiatach województwa śląskiego w 2013 roku [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych WNSOZ ŚUW]

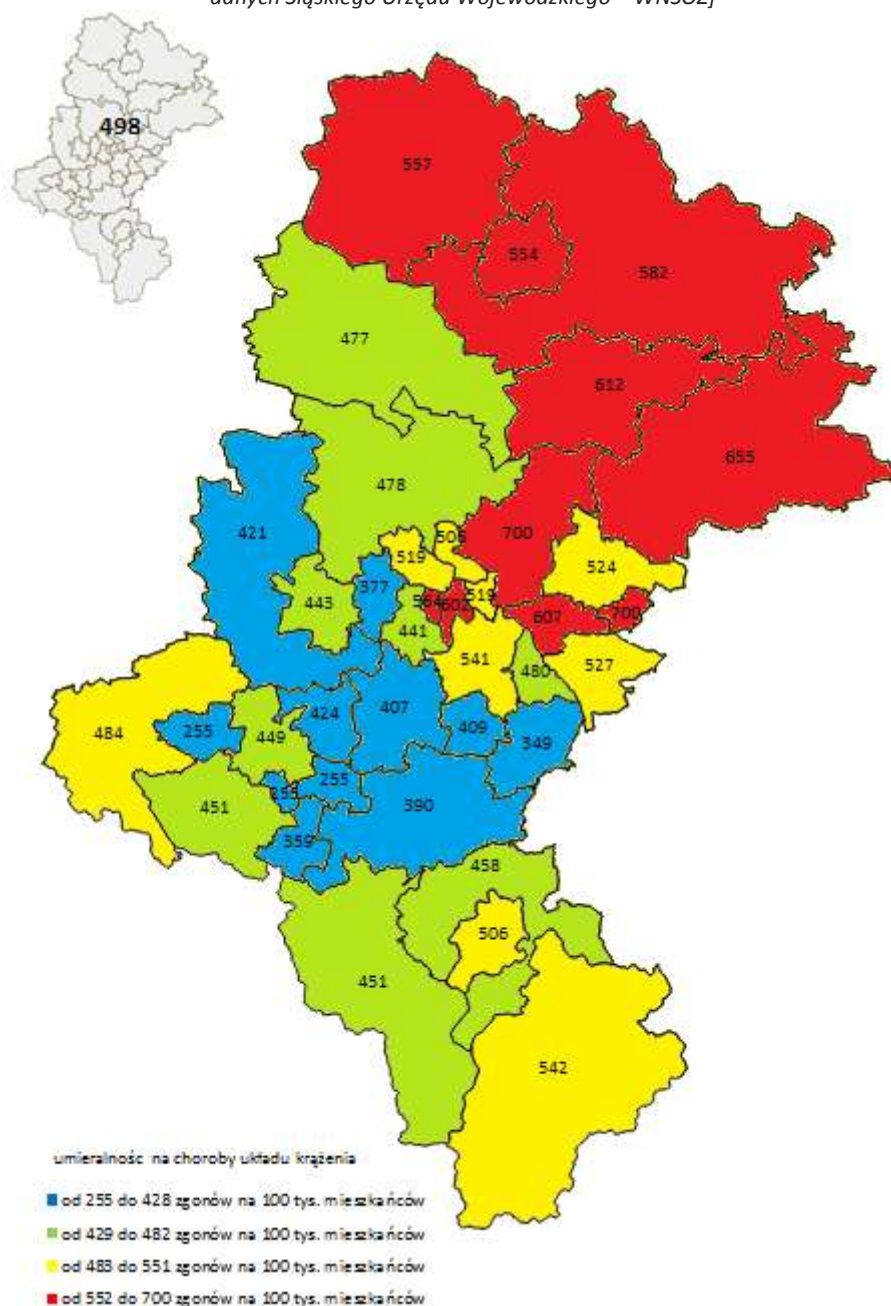


Choroby układu krążenia pozostają niezmiennie od ponad 50 lat najważniejszą przyczyną umieralności mieszkańców Polski. W roku 2009 ok. 45% zgonów spowodowanych było chorobami układu krążenia. W 2013 roku z powodu chorób serca i naczyń zmarło prawie 178 tys. Polaków, w tym 83 613 mężczyzn i 94 352 kobiet i było to aż o ok. 10 tys. zgonów więcej niż w roku 2005. Współczynnik umieralności na 100 tys. ludności wyniósł wówczas 460 tys. ludności. W województwie śląskim na przestrzeni analizowanych 8 lat współczynnik był nieznacznie wyższy niż średnia ogólnopolska, i wynosił w 2005 r. – 467,4, w 2007 r. – 473,7, w 2009r. – 468,7, w 2011 r. 469,0. W ciągu następnych 2 lat w województwie śląskim nastąpił największy wzrost liczby zgonów na 100 tys. ludności i w 2013 r. wynosił on 497,8, co dało województwu śląskiemu 4 lokatę w Polsce pod względem najwyższego współczynnika umieralności z powodu chorób układu krążenia.

Jeśli chodzi o odnotowywane najwyższe wskaźniki umieralności na choroby układu krążenia w województwie, wg danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego (WNSOZ)⁵⁰ najtrudniejsza sytuacja pod tym względem występuje w subregionie centralnym i zachodnim województwa (powiaty zawierciański, będziński i Katowice).

⁵⁰ Choroby układu krążenia w województwie śląskim Śląski Urząd Wojewódzki (WNSOZ), Katowice 2014.

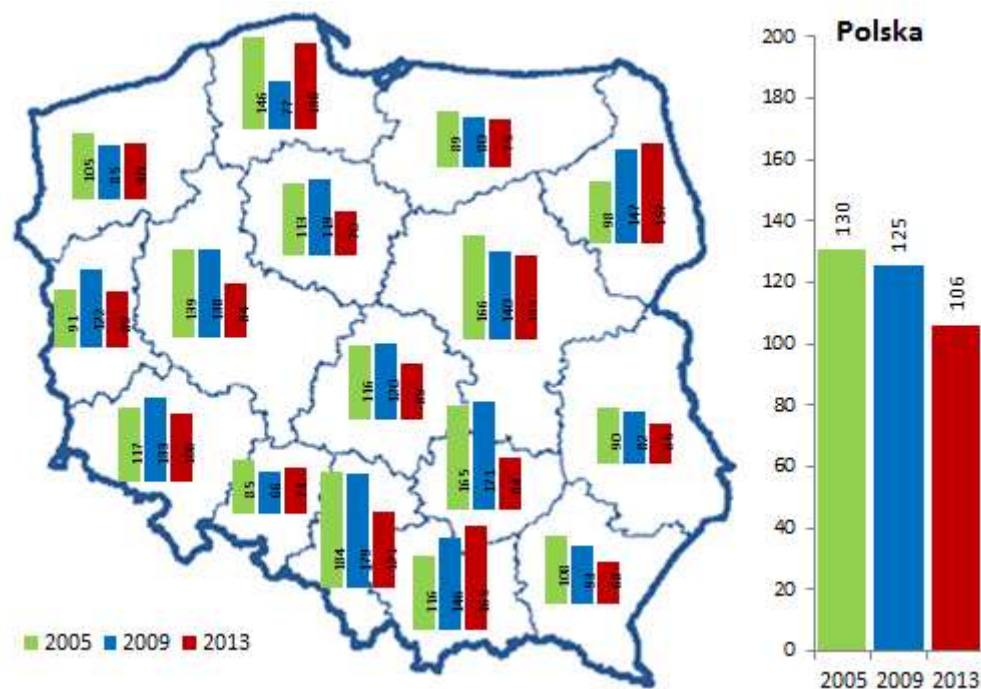
Rys 21 Wskaźniki umieralności na 100 tys. osób na choroby układu krążenia (mapa w podziale na powiaty województwa śląskiego) Źródło: wg danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego – WNSOZ]



Najważniejszymi przyczynami umieralności spośród chorób układu krążenia w Polsce pozostaje niezmiennie choroba niedokrwienna serca i choroby naczyń mózgowych. Zgony z powodu tych dwóch grup chorób stanowiły w roku 2013 ponad 40% zgonów z powodu chorób układu krążenia. Te grupy chorób dominują także jako przyczyny umieralności przedwczesnej (w wieku 25-64) z powodu chorób układu krążenia zarówno wśród mężczyzn jak i kobiet. Należy jednak zauważyć, że od 2005 r. liczba zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca oraz z powodu choroby naczyń mózgowych systematycznie spadała. Jeszcze w 2005 choroby z powodu tych dwóch grup chorób stanowiły ponad 50% wszystkich zgonów z powodu chorób układu krążenia.

Najczęstszą przyczyną zgonów z powodu chorób krążenia zarówno w Polsce jak i w większości państw zachodnich jest choroba niedokrwienna serca, która polega na ostrym lub długotrwałym pogorszeniu czynności serca spowodowanym niedostatecznym zaopatrzeniem mięśnia sercowego w tlen i substancje odżywcze. Choroba niedokrwienna serca w konsekwencji często prowadzi do zawału mięśnia sercowego. Najczęstszą przyczyną choroby niedokrwiennej serca jest choroba naczyń wieńcowych. W województwie śląskim współczynnik umieralności na tę jednostkę chorobową w latach 2005, 2007, 2009 i 2011 był najwyższy w Polsce i wynosił odpowiednio 184, 187,4, 179,3, 175,9. W ciągu następnych 2 lat w województwie śląskim nastąpił natomiast bardzo duży spadek liczby zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca. W 2013 r. zanotowano aż o 2559 zgonów mniej z tej przyczyny, a współczynnik umieralności obniżył się do 121,3. W ten sposób w 2013 r. pod względem współczynnika umieralności z powodu choroby niedokrwiennej serca, województwo śląskie zostało wyprzedzone przez 4 inne województwa – małopolskie, podlaskie, pomorskie i mazowieckie.

Rys 22 Umieralność z powodu choroby niedokrwiennej w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Choroby naczyń mózgowych są drugą, po chorobie niedokrwiennej serca, najczęstszą przyczyną zgonów z powodu chorób układu krążenia. Chorobami naczyniowymi mózgu określa się grupę schorzeń, w przebiegu których dochodzi do trwałego lub przejściowego uszkodzenia mózgu spowodowanego krwawieniem lub niedokrwieniem.

Podobnie jak to miało miejsce w przypadku zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca, tak i w przypadku zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję spadkową. W 2005 r. w Polsce zanotowano 39 012 zgonów z powodu chorób naczyń mózgowych, współczynnik umieralności wynosił wówczas 102,2, natomiast w 2013 r. liczba zgonów była o 6250 mniejsza, a współczynnik obniżył się do 85,1 zgonów na 100 tys. ludności. W 2013 roku województwo śląskie zajęło natomiast czwarte miejsce pod względem liczby zgonów na 100 tys. ludności z powodu chorób naczyń mózgowych – współczynnik umieralności przyjął wówczas wartość 95,8. Wśród innych najbardziej rozpowszechnionych przyczyn umieralności z powodu chorób układu krążenia należy wymienić miażdżycę. W przypadku tej choroby, w stosunku do roku 2005 nastąpił dość znaczny wzrost liczby zgonów. W 2013 r. w całej Polsce miało miejsce 36 228 zgonów z powodu miażdżycy, czyli o 4 561 więcej niż 8 lat wcześniej. W skali całego kraju liczba zgonów z powodu miażdżycy na 100 tys. ludności wzrosła z 83 w 2005 r. do 94,1 w 2013 r. W województwie śląskim współczynnik umieralności w 2013 r. był nieco wyższy niż średnia ogólnopolska i wynosił 114 zgonów na 100 tys. ludności, co daje województwu 7 pozycję jeśli chodzi o najwyższe wskaźniki umieralności w tym zakresie.

Choroby układu krążenia określa się mianem chorób cywilizacyjnych, których profilaktyka oraz leczenie jest procesem długotrwałym. Istnieje wiele czynników ryzyka, do których należą między innymi nieprawidłowa dieta, palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu czy mała aktywność fizyczna. Według ekspertów WHO, ok. 80% przypadków chorób serca można uniknąć poprzez wyeliminowanie najważniejszych czynników ryzyka. Dlatego bardzo ważne są działania w zakresie profilaktyki i promocji zdrowego trybu życia i powinny być prowadzone działania informacyjno-edukacyjne, w celu zwiększenia zainteresowania społeczeństwa możliwością unikania czynników ryzyka chorób układu krążenia.

Jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego w grupie chorób nowotworowych

Na przestrzeni ostatnich kilku lat, zarówno w Polsce, jak i w województwie śląskim obserwuje się tendencję wzrostową zachorowań na nowotwory złośliwe. Z danych z lat 2008-2011 opublikowanych w raporcie o stanie zdrowia mieszkańców Polski przez GUS wynika, że we wskazanych latach następował systematyczny wzrost zapadalności na nowotwory złośliwe. W 2008 roku na 100 tys. ludności stwierdzono 339 nowych przypadków, w 2009 roku – 355,9, w 2010 roku – 358,9, natomiast w 2011 roku aż 368,1.

Obserwowana w skali ogólnopolskiej tendencja wzrostowa zachorowań na nowotwory złośliwe dotyczy również województwa śląskiego, gdzie nastąpił wzrost liczby zachorowań na przestrzeni analizowanych lat – współczynnik zapadalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. ludności wynosił w 2008 roku – 324,3, w 2009 roku – 371,5, w następnym roku spadł do 359,6 a w 2011 ponownie wzrósł do 378,4. Pomimo zaobserwowanego wzrostu, zapadalność na nowotwory złośliwe była w wielu województwach wyższa niż w województwie śląskim. W 2011 roku liczba zachorowań na 100 tys. ludności była najwyższa w województwie dolnośląskim, pomorskim, łódzkim i kujawsko-pomorskim i przekraczała tam 400 nowych przypadków. Województwo śląskie, ze wskaźnikiem zapadalności 378,4 na 100 tys. uplasowało się na 7 pozycji w Polsce. Najczęściej nowotwory złośliwe lokalizują się w narządach trawiennych, oddechowych i klatki piersiowej, a także w narządach płciowych – w 2011 r. stanowiły one blisko 55% wszystkich wykrytych nowotworów.

Najwyższym współczynnikiem zapadalności w latach 2008-2011⁵¹ charakteryzowały się nowotwory złośliwe narządów trawiennych. W całej Polsce w 2011 roku odnotowano 76,7 nowych przypadków na 100 tys. ludności, dla porównania w 2008 roku współczynnik wynosił ten 72,1 na 100 tys. ludności. W województwie śląskim nastąpił wzrost zapadalności w roku 2011 o 12,2 nowe przypadki 100 tys. ludności w stosunku do roku 2008. W 2011 roku odnotowano w regionie 82,4 nowe przypadki, tym samym województwo śląskie uplasowało się na 4 miejscu w Polsce pod względem zapadalności na nowotwory złośliwe narządów trawiennych, a wyższa zapadalność wystąpiła jedynie w województwie dolnośląskim, świętokrzyskim i wielkopolskim.

Pod względem liczby nowych zachorowań na nowotwory złośliwe w kraju, 2 miejsce zajmują nowotwory narządów oddechowych i klatki piersiowej. W 2011 roku w Polsce wykryto 61,1 nowych przypadków na 100 tys. ludności (w roku 2008 było ich niewiele mniej – 58,6). W województwie śląskim nastąpił znaczny wzrost zapadalności na nowotwory narządów oddechowych, z 52,5 nowych przypadków na 100 tys. ludności w 2008 roku do 63,9 w 2011 roku. Mimo tak znacznego wzrostu, wskaźniki zapadalności w województwie śląskim są niższe niż w wielu województwach. Najwyższą zachorowalnością charakteryzują się województwa warmińsko-mazurskie, kujawsko-pomorskie, łódzkie, gdzie liczba nowych przypadków na 100 tys. ludności przekroczyła w 2011 roku 70 nowych przypadków. Województwo śląskie ze wskaźnikiem 63,9 na 100 tys. ludności w 2011 roku zajęło 7 pozycję w kraju pod względem zapadalności na nowotwory złośliwe narządów oddechowych i klatki piersiowej.

Często występującą grupą nowotworów złośliwych są także nowotwory narządów płciowych. Od 2008 odnotowuje się systematyczny wzrost liczby zachorowań na tego typu nowotwory. W 2008 roku w Polsce na 100 tys. ludności miało miejsce 56,6 nowych przypadków zachorowań, w 2009 – 59,8, w 2010 – 60,2, a w 2011 już 62,5. We wszystkich województwach z wyjątkiem kujawsko-pomorskiego, opolskiego i wielkopolskiego nastąpił wzrost zapadalności. W województwie śląskim na w 2011 roku nastąpił wzrost w stosunku do roku 2008 o 6 nowych przypadków zachorowań na 100 tys. ludności. Pomimo tego, że województwo śląskie we wszystkich analizowanych latach znajdowało się nieco powyżej średniej zapadalności na nowotwory złośliwe narządów płciowych w Polsce, to zostało wyprzedzone przez województwo pomorskie (75,7), łódzkie (75,5) i podlaskie (65,1). Województwo śląskie z liczbą 64,9 nowych przypadków zachorowań na 100 tys. ludności zajęło w 2011 roku 4 lokatę w kraju pod względem zapadalności na nowotwory narządów płciowych.

Bardzo dużo nowych przypadków rejestruje się także rokrocznie w grupie nowotworów złośliwych sutka. Także w tej grupie nowotworów zapadalność cechuje się tendencją wzrostową. W 2008 roku odnotowano w Polsce 38,6 nowych przypadków na 100 tys. ludności, natomiast w 2011 roku 43,2. Zapadalność w województwie śląskim była w latach 2008-2011 nieco wyższa niż w Polsce ogółem. Ponadto w województwie śląskim nastąpił znaczny wzrost z 35,3 w 2008 do 46 w 2011 roku. Z tą liczbą województwo śląskie uplasowało się w 2011 roku na 5 miejscu w Polsce pod względem zapadalności na nowotwory złośliwe sutka. Wyższa zapadalność wystąpiła w województwie kujawsko-pomorskim (50,5), dolnośląskim (49,9), zachodniopomorskim (47,4) i łódzkim (47,1).

Najczęściej rejestrowanym nowotworem złośliwym u kobiet na terenie województwa śląskiego był, podobnie jak w Polsce, rak sutka [rak piersi] (21,9%), następnie nowotwór oskrzeli i płuc (9,2%), inny nowotwór skóry (6,9%), nowotwór trzonu macicy (6,8%), jelita grubego (6,0%), jajnika (5,1%), oraz szyjki macicy (4,4%). Wśród mężczyzn, najwięcej nowych zachorowań zanotowano na nowotwór oskrzeli i płuc (20,8%), gruczołu krokowego (14,2%), jelita grubego (7,1%), inny nowotwór skóry (6,4%), pęcherza moczowego (6,1%), oraz żołądka (4,8%). W układzie według powiatów i miast na prawach powiatów województwa śląskiego w 2010 r. najniższy wskaźnik zachorowalności ogółem na nowotwory złośliwe był w powiecie bieruńsko-lędzkim – 225,8, a najwyższy w m. Chorzów – 476,3 na 100 tys. ludności (województwo śląskie – 364,7).

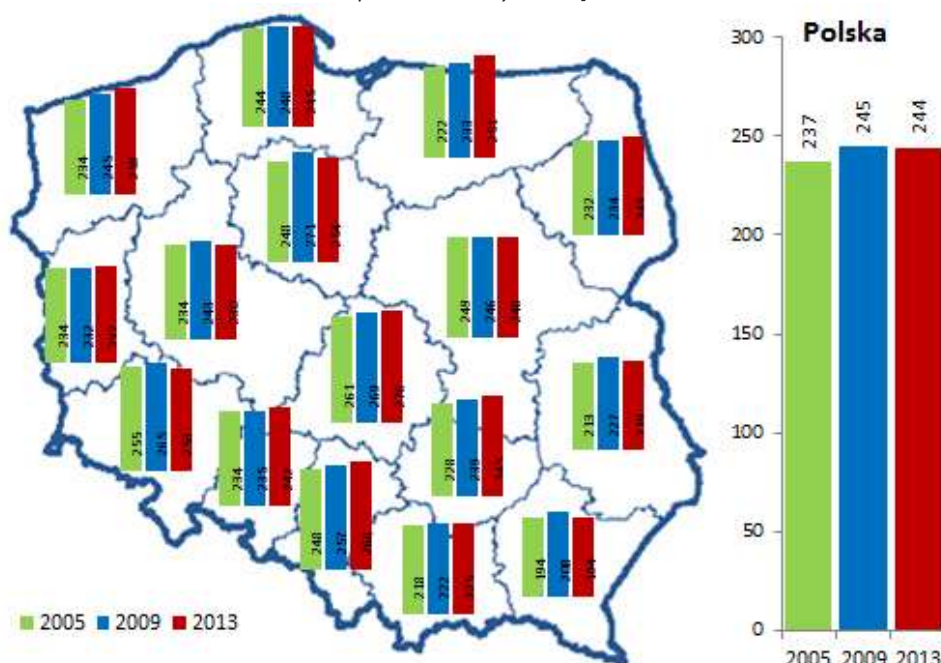
Choroby nowotworowe są drugą, po chorobach układu krążenia, przyczyną zgonów w Polsce. W ciągu ostatniego dziesięciolecia umieralność na nowotwory wzrastała. W roku 2005 liczba zgonów z powodu nowotworów ogółem wynosiła 92 365, współczynnik umieralności na 100 tys. ludności wynosił wówczas 242,1. W następnych latach liczba zgonów zaczęła stopniowo rosnąć w całej Polsce, osiągając liczbę 98 931 w roku 2013 (256,9 zgonów na 100 tys. ludności). We wszystkich analizowanych latach (2005, 2007, 2009, 2011, 2013) najwyższy współczynnik umieralności z powodu chorób nowotworowych w całej Polsce występował w województwie łódzkim i wahał się pomiędzy 270,8 w 2005 r., a 289,8 w 2013 r. Jeszcze w 2005 r. województwo śląskie nie wyróżniało się znacząco na tle innych województw pod względem umieralności na nowotwory, chociaż już wówczas współczynnik umieralności był wyższy od średniej ogólnopolskiej i wynosił 254. W ciągu następnych 8 lat to właśnie w województwie śląskim nastąpił największy wzrost liczby zgonów z powodu nowotworów – liczba zgonów na 100 tys. ludności wzrosła aż o 32, na skutek czego w roku 2013 współczynnik umieralności wynosił 286. Województwo śląskie stało się wówczas drugim pod względem największej liczby zgonów na 100 tys. ludności województwem w Polsce, zaraz po łódzkim.

Przyczyną zdecydowanej większości zgonów z powodu choroby nowotworowej są nowotwory złośliwe. Współczynnik umieralności na nowotwory złośliwe ogółem na przestrzeni ostatnich lat, analogicznie do wzrostu umieralności na nowotwory ogółem wykazuje tendencję wzrostową i tak: w Polsce na 100 tys. ludności, w 2005 r. – 236,9, w 2007 r. – 243,8, w 2009 r. – 244,5, w 2011 r. – 239,3, w 2013 r. – 244,4 i odpowiednio w woj. śląskim: 248,0, 258,2, 257,4, 251,5 267,8 na 100 tys. ludności. Podobnie jak to miało miejsce w przypadku umieralności na nowotwory ogółem, analogicznie w województwie śląskim nastąpił wzrost umieralności na nowotwory złośliwe. Jeszcze w 2005 roku województwo śląskie było czwartym województwem w Polsce pod względem współczynnika umieralności na nowotwory złośliwe, natomiast w 2013 r. zajmowało już 2 miejsce, zaraz po

⁵¹ brak dostępnych danych dotyczących zapadalności w pozostałych latach wg województw.

województwie łódzkim, w którym podobnie jak w przypadku nowotworów ogółem, współczynnik umieralności we wszystkich analizowanych latach był najwyższy.

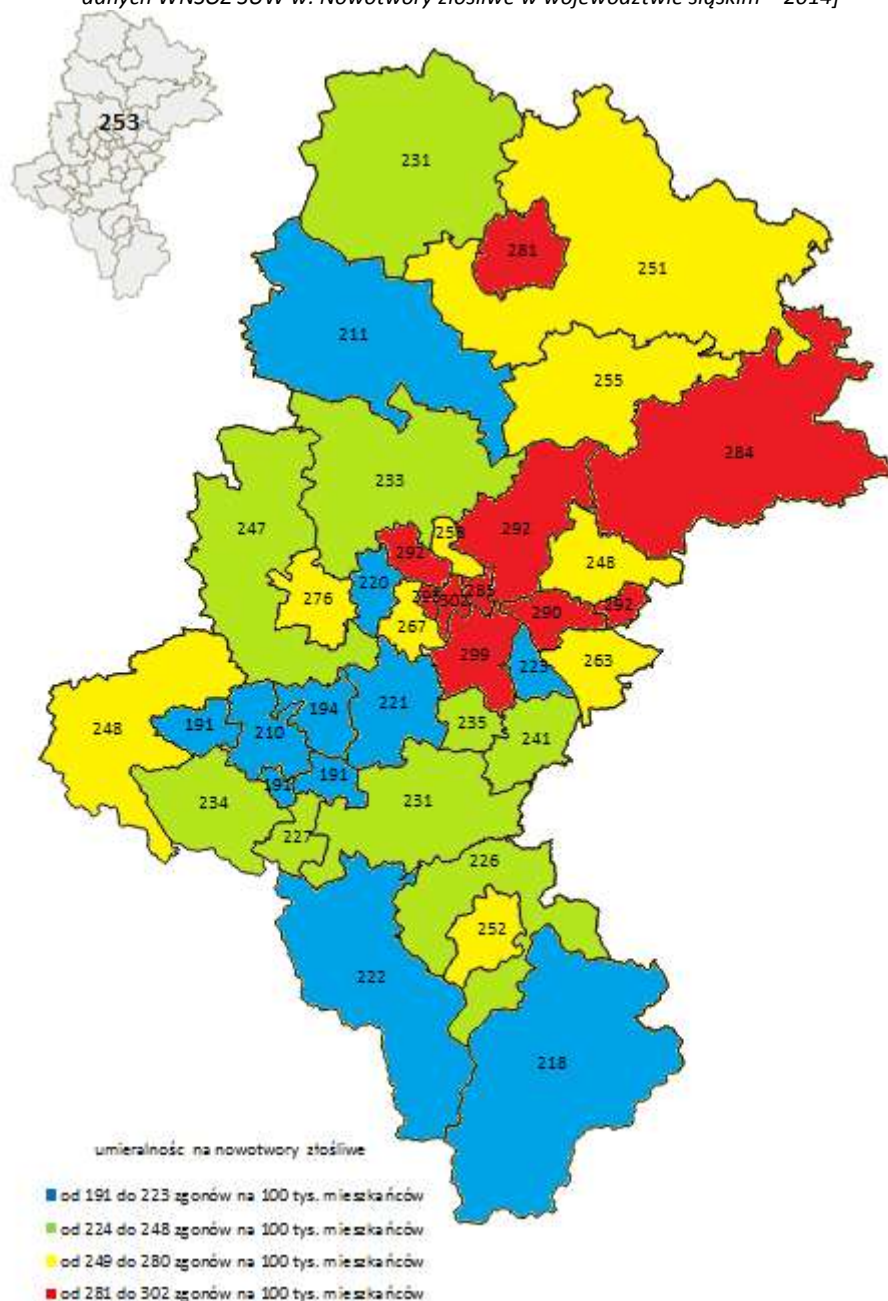
Rys 23 Umieralność z powodu nowotworów złośliwych w Polsce i w województwach na 100 tys. mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Struktura zgonów na nowotwory złośliwe w województwie śląskim jest podobna jak w kraju. U kobiet największy odsetek zgonów w 2010 roku stanowiły zgony na nowotwór złośliwy oskrzeli i płuc – 15,1% następnie sutka – 12,8% oraz okrężnicy – 8,1%. Wśród mężczyzn pierwsze miejsce stanowiły zgony z powodu nowotworów złośliwych oskrzeli i płuc – 31,2%, gruczołu krokowego – 7,6%, następnie okrężnicy – 7,3% oraz żołądka – 6,7%.

Niemal 50% wszystkich zgonów z powodu nowotworów złośliwych stanowią zgony spowodowane nowotworami złośliwymi układu trawiennego (żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu), układu oddechowego (tchawicy, oskrzeli i płuc), oraz nowotworami kobiecych piersi i szyjki macicy.

Rys 24 Wskaźniki umieralności na nowotwory złośliwe na 100 tys. mieszkańców w powiatach województwa śląskiego [Źródło: na podstawie danych WNSOZ ŚUW w: Nowotwory złośliwe w województwie śląskim – 2014]

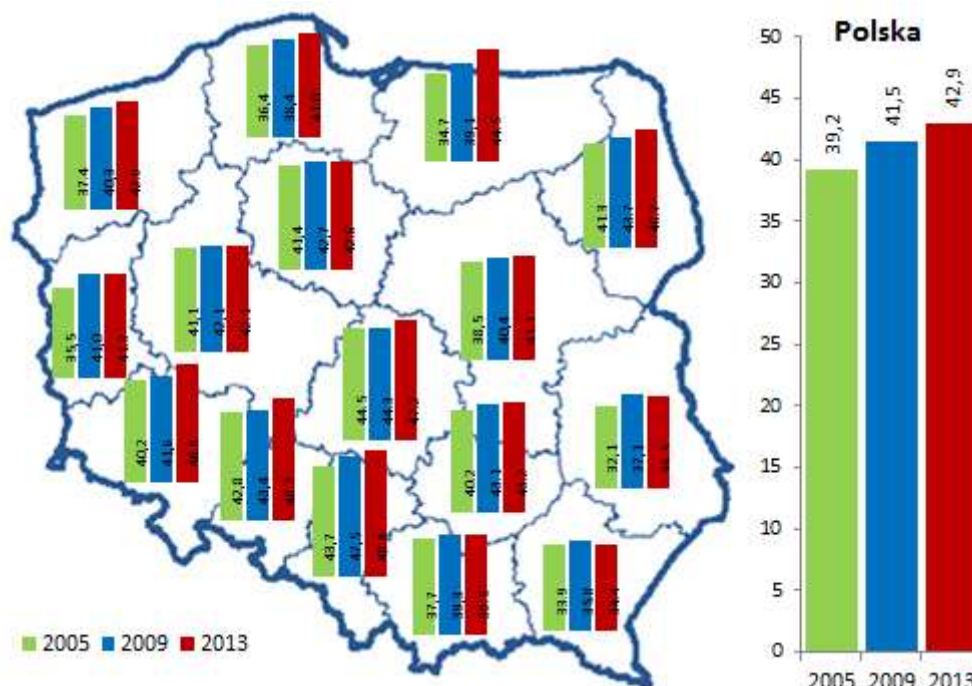


Biorąc pod uwagę obie płci, najwięcej zgonów stwierdza się z powodu nowotworów złośliwych układu oddechowego. W 2013 r. z powodu nowotworu złośliwego tchawicy, oskrzela i płuc zmarło w całej Polsce 22 655 osób, współczynnik umieralności na 100 tys. ludności wynosił wówczas 58,9. Ponadto na przestrzeni ostatnich lat systematycznie wzrasta liczba zgonów spowodowana nowotworami złośliwymi tchawicy, oskrzela i płuc. W 2005 r. w całej Polsce zarejestrowano 21 515 zgonów, w 2007 r. – 22 148, w 2009 r. – 22 348, w 2011 r. – 22 251, a w 2013 r. – 22 655. Współczynnik umieralności na 100 tys. ludności w analizowanych latach wynosił odpowiednio 56,4, 58,1, 58,6, 57,7 i 58,9. W województwie śląskim w 2013 r. miało miejsce 59,5 zgonów na 100 tys. ludności, czyli o 3,7 więcej niż w 2005 r. Obserwuje się jednak nieznaczny spadek w stosunku do roku 2009, kiedy współczynnik umieralności wynosił 60,2. W 2013 r. województwo śląskie było siódmym województwem w kraju pod względem liczby zgonów z powodu nowotworów złośliwych tchawicy, oskrzeli i płuc na 100 tys. ludności, a współczynnik umieralności był nieznacznie wyższy (o 0,6) od współczynnika umieralności w Polsce.

Częstą przyczyną zgonów są także nowotwory złośliwe żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu. W tej grupie nowotworów złośliwych także obserwuje się wzrost umieralności na przestrzeni ostatnich lat. W 2013r. zgonów z powodu tej grupy nowotworów było 577 więcej niż w roku 2005, współczynnik umieralności wzrósł z 39,2 w 2005 r. do 42,9 w 2013r. Różnice między umieralnością na nowotwory złośliwe tego układu pomiędzy różnymi regionami Polski nie są znaczne, ale najwyższy współczynnik w 2013 r. zanotowano w województwie śląskim, gdzie z powodu nowotworów złośliwych żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu zmarły wówczas 49,4 osoby na 100 tys. ludności. Województwo śląskie na przestrzeni prawie wszystkich analizowanych lat charakteryzowało się najwyższym współczynnikiem umieralności z powodu nowotworów złośliwych żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złącza jelit i odbytu (I miejsce w skali kraju jeśli chodzi o najwyższe wskaźniki w kraju), z

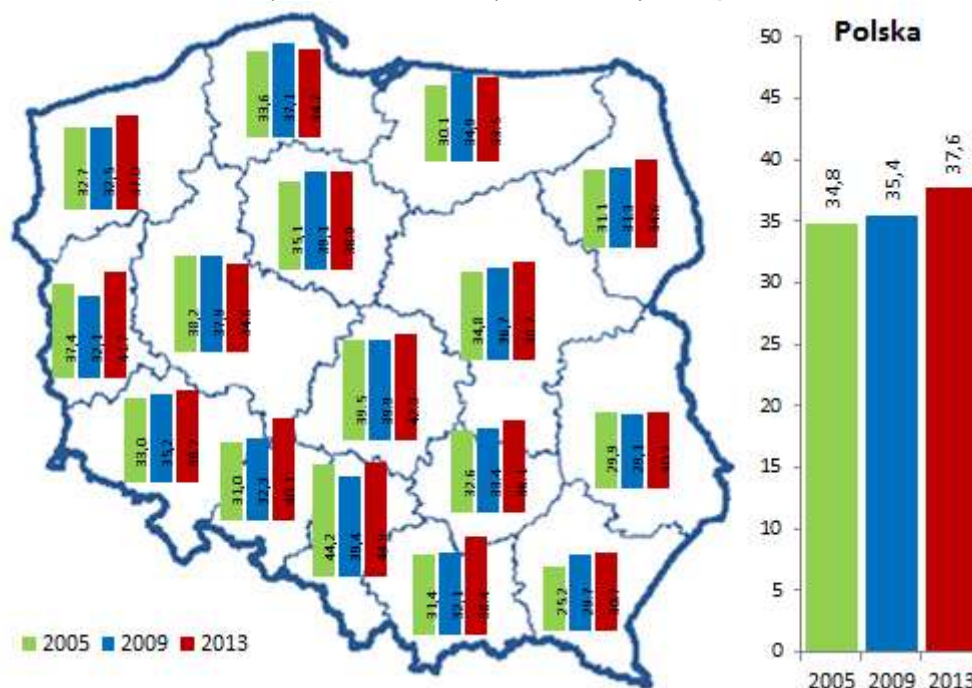
wyjątkiem roku 2011, kiedy nieznacznie wyprzedziło je województwo opolskie (o 0,3) oraz roku 2005, kiedy wyższy o 0,5 współczynnik odnotowano w województwie łódzkim.

Rys 25 Umieralność z powodu nowotworów żołądka, okrężnicy, odbytnicy, złączy jelit i odbytu w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



W grupie kobiet bardzo częstą przyczyną zgonów są nowotwory złośliwe piersi i szyjki macicy. W tej grupie chorób także obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie umieralności. Jeszcze w 2005 r. w całej Polsce z powodu nowotworów piersi i macicy zmarło 34,8 na 100 tys. kobiet, a w roku 2013 współczynnik ten wzrósł do 37,6. Na przestrzeni wszystkich analizowanych lat najwyższy współczynnik umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi i szyjki macicy odnotowano w województwie śląskim, gdzie na 100 tys. w 2005 r. wyniósł on 44,2, w 2007 r. – 44, w 2009 r. – 39,4, w 2011 r. – 41 i w 2013 r. – 44,9. Podobnie jak miało to miejsce w całej Polsce, także w województwie śląskim obserwuje się tendencję spadkową pomiędzy rokiem 2007 i 2009, oraz tendencję wzrostową w latach 2009-2013. Należy jednak zauważyć, że województwo śląskie, pomimo iż charakteryzuje się najwyższym współczynnikiem umieralności z powodu nowotworów złośliwych piersi i szyjki macicy, to na przestrzeni analizowanych lat nastąpił tam niemalże najniższy wzrost w kraju – o 0,6 zgonu na 100 tys. kobiet.

Rys 26 Umieralność z powodu nowotworów kobiecych piersi i macicy w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

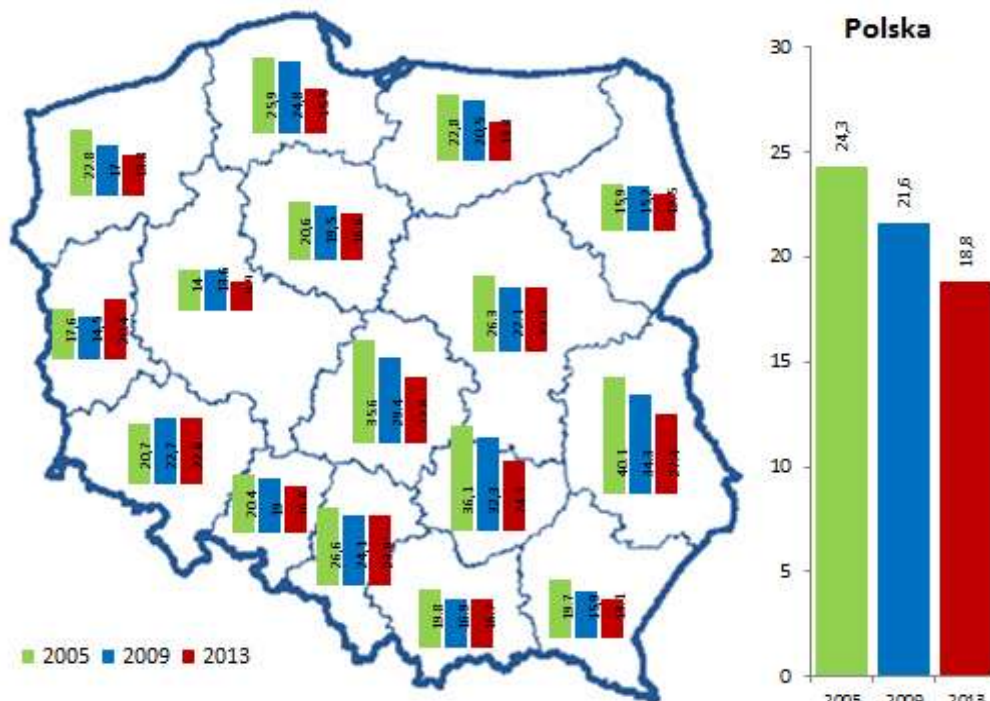


Jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego w grupie chorób układu oddechowego

Choroby układu oddechowego są jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych o tendencji wzrostowej. Przewlekłe choroby układu oddechowego, do których zalicza się m.in. astmę oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc (POChP), stanowią obecnie duże wyzwanie dla medycyny XXI w. Choroby zakaźne układu oddechowego, w tym np. gruźlica także stanowią w dalszym ciągu istotny problem zdrowotny wśród mieszkańców Polski. Jedną z najczęściej występujących chorób układu oddechowego jest astma. W badaniu EHIS przeprowadzonym przez GUS w 2009 r., 3,7% dorosłych (powyżej 15 roku życia) zadeklarowało występowanie choroby w momencie badania, a 0,6 % zgłosiło występowanie choroby w przeszłości. Na tej podstawie oszacowano, że w 2009 r. na astmę chorować mogło w Polsce nawet 1 171 700 dorosłych osób. Według badania EHIS astma występowała najczęściej w województwie małopolskim (u 3847,5 osób na 100 tys. ludności). Województwo śląskie uplasowało się na 3 pozycji w kraju pod względem występowania astmy u ogółu społeczeństwa z liczbą 3557,6 chorych na 100 tys. ludności. Do odnotowania tego wysokiego współczynnika zapadalności na astmę, przyczyniać się może w dużej mierze najwyższa w Polsce zapadalność na pylicę płuc⁵², której astma jest powikłaniem (podobnie jak przewlekła obturacyjna choroba płuc - POChP). Występowanie astmy w całej Polsce częściej deklarowały kobiety (3283,4 na 100 tys. ludności), niż mężczyźni (2840,7 na 100 tys. ludności). W przypadku kobiet województwo śląskie uplasowało się na 2 miejscu z liczbą 4181,2 chorych na 100 tys. ludności, zaraz po województwie lubelskim (4233,3). W przypadku mężczyzn liczba osób na 100 tys. ludności deklarująca występowanie choroby była w województwie śląskim niższa niż w 6 innych województwach i wynosiła 2887,6. Województwo śląskie zajęło zatem 7 pozycję w kraju pod względem występowania astmy wśród mężczyzn w województwie śląskim.

Pomimo spadku zapadalności na przestrzeni ostatnich lat, w dalszym ciągu bardzo istotnym problemem wśród chorób układu oddechowego jest gruźlica. Gruźlica jest chorobą zakaźną i zajmuje niekiedy inne narządy innych układów takich jak moczowo-płciowy czy kostny i zaliczana jest na ogół do chorób zakaźnych, jednak ze względu na to, że w niemal 90% przypadków dotyczy układu oddechowego, została zaliczona do jednostek chorobowych w tej grupie. W latach 2008 – 2014 w województwie śląskim współczynnik zapadalności na gruźlicę wynosił odpowiednio: 22,2; 24,1; 25,5; 28 (najwyższy współczynnik w analizowanych latach); 25,6; 23,9 i 25,1 na 100 tys. ludności. Są to współczynniki znacząco wyższe od analogicznych w kraju, które wynosiły w tych latach: 21,2; 21,6; 19,7; 22,2; 19,6; 18,8 i 17,4 na 100 tys. ludności. Województwo śląskie we wszystkich analizowanych latach charakteryzowało się wyższym współczynnikiem zapadalności niż średnia ogólnopolska. Ponadto na przestrzeni analizowanych lat zaobserwowano wzrost nowych przypadków zachorowań w tym województwie. Współczynnik zapadalności w 2014 r. wyniósł tam 25,1 na 100 tys. ludności, czyli o 2,9 więcej niż w roku 2008. Najwyższy współczynnik zapadalności (28) zanotowano w województwie śląskim w 2011, a w 2013 roku województwo śląskie uplasowało się na III miejscu w kraju pod względem zapadalności na gruźlicę.

Rys 27 Zachorowania na gruźlicę w Polsce i w województwach [źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



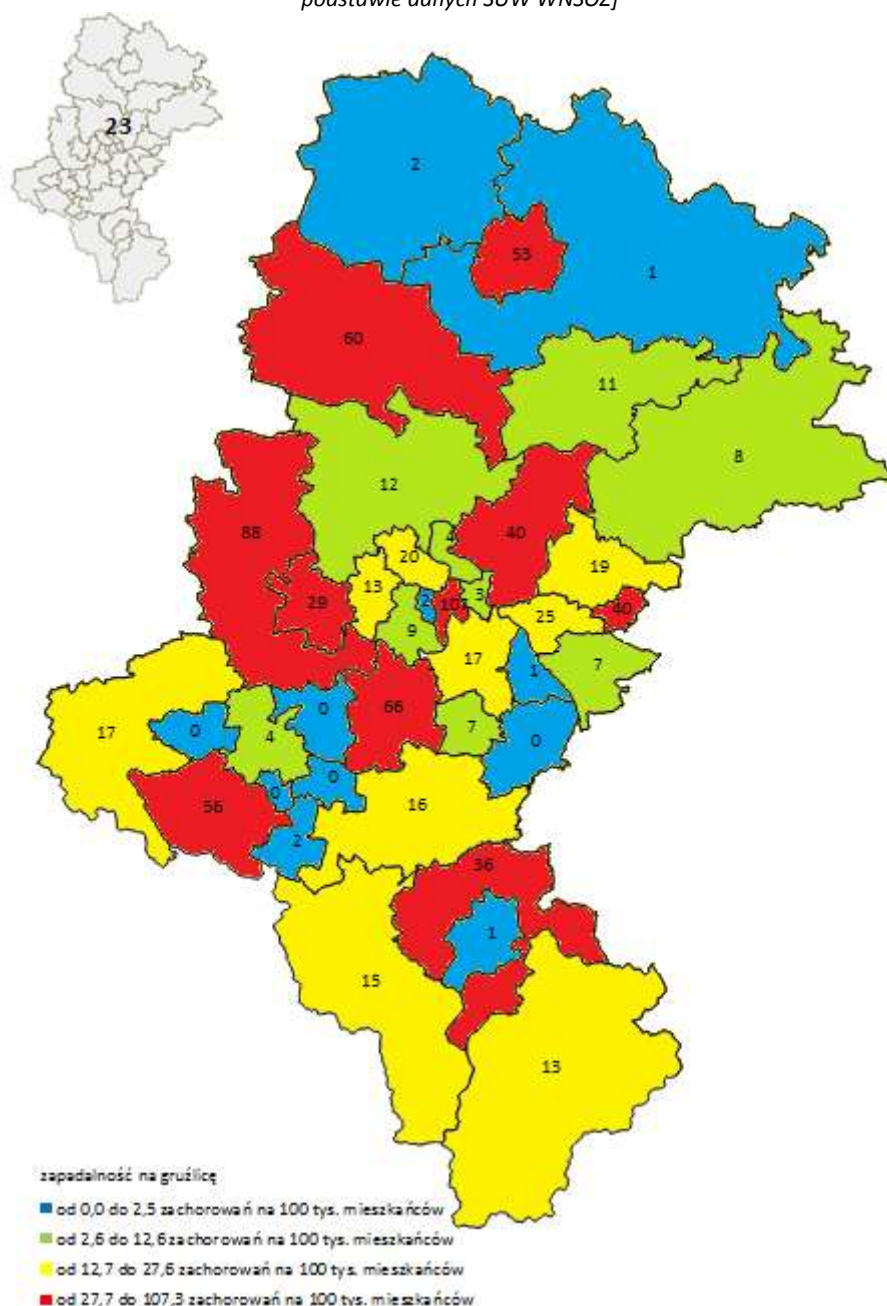
Jak świadczą wyniki analiz na poziomie regionalnym⁵³, najtrudniejsza sytuacja w województwie, jeśli chodzi o zapadalność na gruźlicę występuje obecnie w subregionie północnym (powiaty kłobucki i lubliniecki) i centralnym (Bytom, Chorzów), jak wynika

⁵² Ze względu na to, iż jest to choroba zawodowa, szczegółowe dane na temat zapadalności w województwie śląskim zostały przedstawione w kolejnym rozdziale, poświęconym w całości problemom zdrowotnym mieszkańców regionu w odniesieniu do przyczyn wykluczenia z rynku pracy.

⁵³ Na podstawie *Zachorowania i zgony na gruźlicę – wybrane dane*, Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2014.

z etiologii choroby obszary te należy uznać za potencjalne ogniska zakaźne, co nakazuje objęcie tych rejonów szczególnie działaniami profilaktycznymi w celu zahamowania dalszego rozprzestrzeniania się tej choroby.

Rys 28 Wskaźnik zapadalności na gruźlicę na 100 tys. osób w powiatach województwa śląskiego w 2013 roku [Źródło: opracowanie na podstawie danych ŚUW WNSOZ]



Jak wspomniano wyżej, województwo śląskie w ostatnich latach cechował spadek zapadalności na tę chorobę, jednak odnotowany w roku 2013 roku⁵⁴ ponowny wzrost zachorowań oraz zagrożenie zwiększaniem się liczny chorych ze względu na zakaźny charakter tego schorzenia stanowi ponownie wyzwanie dla opieki zdrowotnej w regionie. Sytuację w tym zakresie pogarsza fakt, iż na przestrzeni wszystkich analizowanych lat, wskaźniki umieralności z powodu gruźlicy były w województwie śląskim najwyższe w Polsce. Wynika to z długiego okresu trwania tej choroby, która w ciągu kilkunastu lat prowadzi do śmierci, a więc obecne przypadki śmiertelne to efekt wysokiej zapadalności na gruźlicę w województwie śląskim w latach 1990-2000⁵⁵, której rozprzestrzenianie się – wg opinii ekspertów⁵⁶ – zostało obecnie zahamowane (o czym świadczą również przytoczone wyżej dane statystyczne dotyczące zmniejszającego się odsetka zapadalności na tę chorobę w województwie śląskim). Jednocześnie należy podkreślić, że na przestrzeni ostatnich 10 lat województwo śląskie cechował najwyższy w kraju współczynnik umieralności z powodu gruźlicy, wynoszący w 2005 roku 3,7 (I miejsce w kraju), w 2007, 2009 i 2011- 3,9

⁵⁴ Najnowsze dostępne dane dotyczą roku 2013, brak dostępnych danych za rok 2014-2015, na podstawie *Zachorowania i zgony na gruźlicę – wybrane dane*, Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2014.

⁵⁵ Na podstawie: *Gruźlica – ciągle groźna*. Śląski Urząd Wojewódzki WNSOZ 2013.

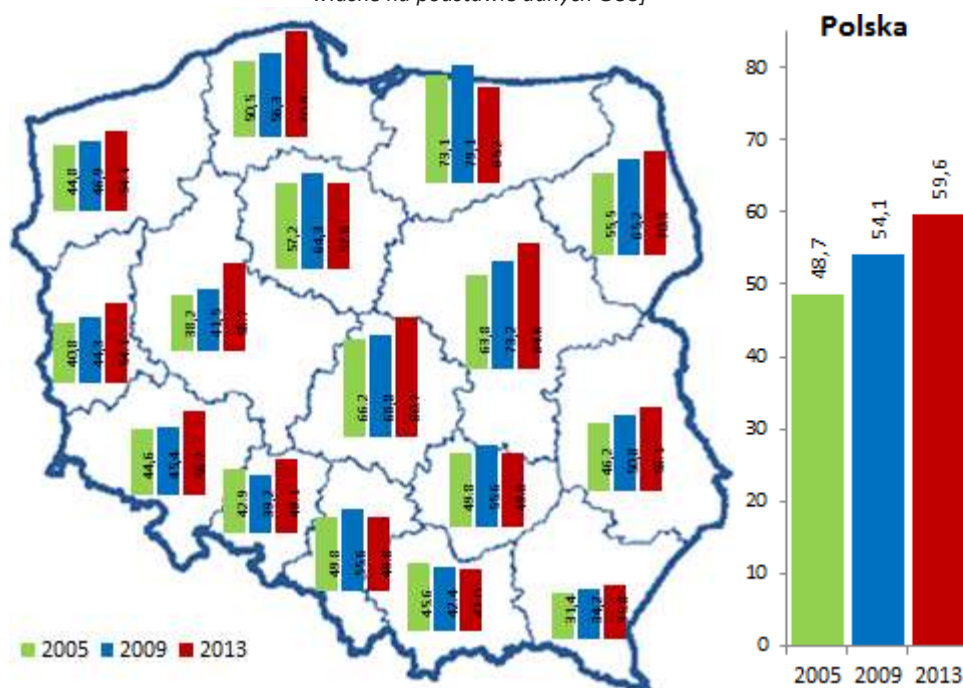
⁵⁶ Por. wywiady pogłębione z ekspertami (konsultantami wojewódzkimi) ds. chorób płuc i gruźlicy, ds. epidemiologii, zdrowia publicznego oraz ds. kontraktowania NFZ w ramach niniejszego badania.

(współczynnik na tym samym poziomie - I miejsce w kraju w tych latach) oraz 2,9 w 2013 roku (ponownie I miejsce w kraju). Powyższe dane na temat wysokiego współczynnika umieralności w połączeniu z wzrastającym ponownie w ostatnich latach współczynnikiem zapadalności na tę chorobę w regionie, nakazuje wskazanie jej jako jednostki chorobowej stanowiącej (w grupie chorób zakaźnych) istotny problem zdrowotny w regionie, stanowiący przesłankę do ukierunkowania środków RPO WSL w obszarze zdrowia na zapobieganie jej rozprzestrzenianiu, zmniejszenie umieralności i poprawę stanu opieki zdrowotnej w odniesieniu do pacjentów cierpiących na tę chorobę.

W skali Polski obecnie choroby układu oddechowego są czwartą w kolejności, po chorobach układu krążenia, nowotworach, wypadkach i zatruciach, najczęstszą przyczyną zgonów. Do najczęstszych przyczyn zgonu w grupie chorób układu oddechowego zalicza się między innymi zapalenie płuc, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, astmę oskrzelową i inne przewlekłe choroby dolnych dróg oddechowych, w tym: gruźlicę.

W ostatnich latach obserwuje się w kraju wzrost liczby zgonów z powodu chorób układu oddechowego. W 2005 r. z powodu tej grupy chorób zmarło 18 547 osób, współczynnik umieralności na 100 tys. ludności wynosił wówczas 48,7. W 2013 r. liczba zgonów z powodu chorób układu oddechowego była o 4 400 większa niż w 2005 r. i wynosiła 22 947, współczynnik umieralności osiągnął wówczas wartość 59,6. W województwie śląskim współczynnik umieralności w analizowanych latach nie był wysoki w porównaniu do innych województw i w 2005 r. wynosił 49,8, w 2007r. – 52,4, w 2009 r. – 55,6, w 2011 r. 42,8, a w 2013 r. – 49,8. Pomimo nieznacznego wzrostu umieralności w województwie śląskim pomiędzy rokiem 2011 i 2013 należy zauważyć, że w ostatnich latach jest to jeden z niższych współczynników w Polsce (VIII miejsce w kraju w 2014 roku).

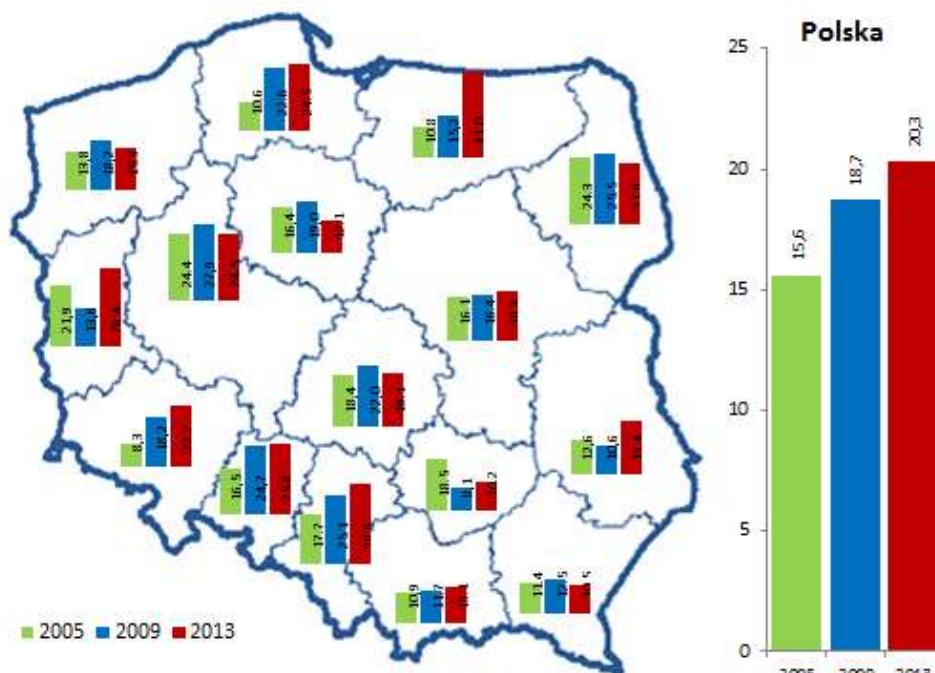
Rys 29 Umieralność z powodu chorób układu oddechowego w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego w grupie chorób zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych

Do grupy zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych zalicza się m.in. cukrzycę i inne zaburzenia regulacji glukozy, choroby tarczycy (niedoczynność, nadczynność, choroba Hashimoto), niedobory pokarmowe, niedożywienie, otyłość. Nie wszystkie choroby zaburzenia wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych prowadzą bezpośrednio do zgonu, ale na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się tendencję wzrostową w zakresie umieralności z powodu tej grupy chorób, przy czym zdecydowaną większość zgonów w tej grupie stanowią zgony z powodu cukrzycy. W 2005 r. z powodu zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych w całej Polsce zmarło 5 950 osób, natomiast ciągu następnych 8 lat liczba ta zwiększyła się aż o 1 879 zgonów (w 2013 r. zanotowano ich 7 829). Współczynnik umieralności z powodu tych zaburzeń w skali kraju wzrósł z 15,6 w 2005 r. do 20,3 w 2013r. W województwie śląskim na przestrzeni ostatnich lat następował systematyczny wzrost liczby zgonów spowodowanych zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych. W 2005 r. województwo śląskie było 6 województwem w Polsce pod względem liczby zgonów na 100 tys. ludności. Następnie współczynnik umieralności wzrastał i w 2007 r. wynosił 20,2, w 2009r. – 25,1, w 2011r. – 26,1, a w 2013r. – 28,9. Na skutek tego wzrostu śląskie stało się drugim, po warmińsko-mazurskim, województwem z największą liczbą zgonów z powodu chorób układu wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych. Zaburzenia stanowią zatem istotny problem w tym regionie Polski.

Rys 30 Zgony z powodu zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]



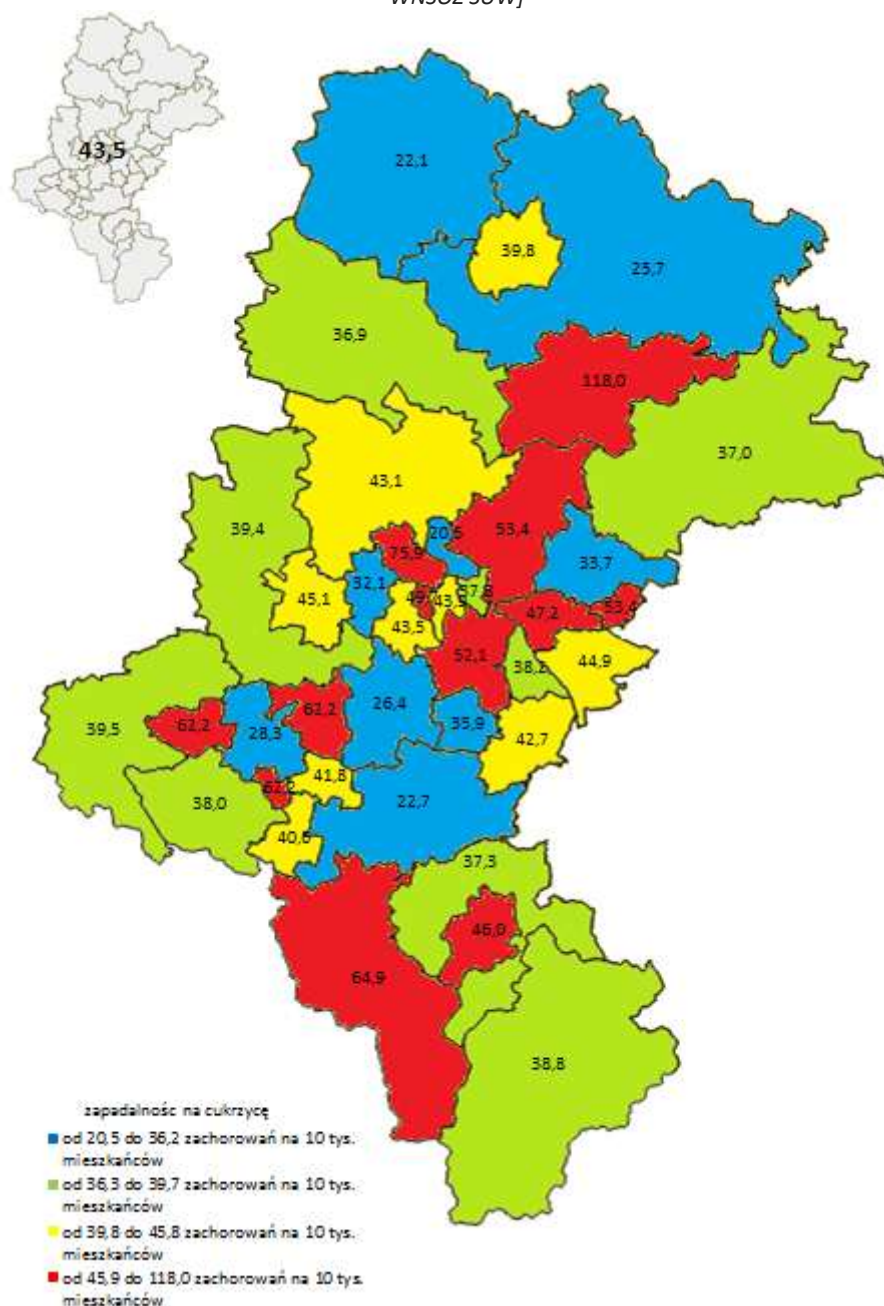
Przesłanką do wskazania tej grupy chorób jako istotnej (specyficznej) dla województwa śląskiego jest zajmowanie przez region w ostatnich latach III (w 2009 - współczynnik umieralności dla województwa śląskiego wynosił 25,1 wobec 18,7 w skali kraju), I (w 2011 współczynnik umieralności dla województwa śląskiego wynosił 26,1 wobec 18,5 w skali kraju) i II (w 2013r. współczynnik umieralności dla województwa śląskiego wynosił 28,9 wobec 20,3 w skali kraju) miejsca w kraju, jeśli chodzi o umieralność osób cierpiących na te schorzenia. Do śmiertelności w tej grupie chorób przyczyniają się przede wszystkim cukrzyca i choroby tarczycy. Na podstawie badania ankietowego EHIS oszacowano, że w 2009 r. na choroby tarczycy w Polsce chorowało blisko 1 475 900 Polaków, a dodatkowo niespełna 370 tys. doświadczyło tych chorób w przeszłości. Z kolei według raportu Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego z 2013 r. na temat stanu zdrowia mieszkańców województwa, w 2011 r. liczba osób ze stwierdzonymi chorobami tarczycy na 100 tys. ludności wynosiła w województwie śląskim 1 653, a w roku 2012 – 1 469, w ostatnim okresie więc spadała, podobnie jak wskaźnik zapadalności na tę chorobę, który w województwie śląskim w 2011r. wynosił 23,3, a w 2012 r. obniżył się do 22,1. Należy więc przyjąć, iż w grupie chorób wydzielania wewnętrznego i metabolicznych do zajmowania pierwszych trzech miejsc w kraju (w porównaniu do współczynnika umieralności w innych regionach), przyczynia się przede wszystkim najczęściej występujące w tej grupie chorób schorzenie, jakim jest cukrzyca.

Jak wynika z raportu o stanie zdrowia mieszkańców Polski z 2009 roku, w Polsce cukrzyca występowała wówczas u 4445,6 osób na 100 tys. ludności, częściej jednak dotyczyła kobiety (5128,5 chorych na 100 tys. kobiet) niż mężczyźni (3714,3 na 100 tys. mężczyzn). Z raportu wynika także, że województwo śląskie zajęło I miejsce w rankingu najwyższej zapadalności⁵⁷ na cukrzycę z liczbą 5781,4 na 100 tys. ludności. Pomiędzy pozostałymi województwami w rankingu występują znaczące różnice – II miejsce w rankingu zajmuje województwo dolnośląskie, gdzie liczba osób deklarujących występowanie choroby na 100 tys. ludności była znacznie niższa niż w województwie śląskim i wynosiła 4898. Biorąc pod uwagę poszczególne grupy płci województwo śląskie zajmuje także I miejsce w Polsce pod względem chorobowości cukrzycy zarówno wśród mężczyzn i kobiet. Ponadto występuje bardzo duża różnica pomiędzy chorobowością w województwie śląskim a w pozostałej części kraju – w pozostałych województwach jest ona znacząco niższa. W 2009 roku na 100 tys. kobiet u 6407 stwierdzono występowanie tej choroby (jedynie województwo w kraju, w którym współczynnik przekroczył wartość 6 tys.), natomiast na 100 tys. mężczyzn - u 5109 z nich.

Jeśli chodzi o różnice w zakresie współczynnika zapadalności na cukrzycę w poszczególnych powiatach województwa śląskiego, najwyższy współczynnik zachorowalności odnotowuje się w powiecie myszkowskim (wskaźnik zachorowań 118 na 10 tys. mieszkańców), dalej Bytomiu, powiecie mikołowskim i cieszyńskim (pomiędzy 62,2 a 118 na 10 tys. mieszkańców).

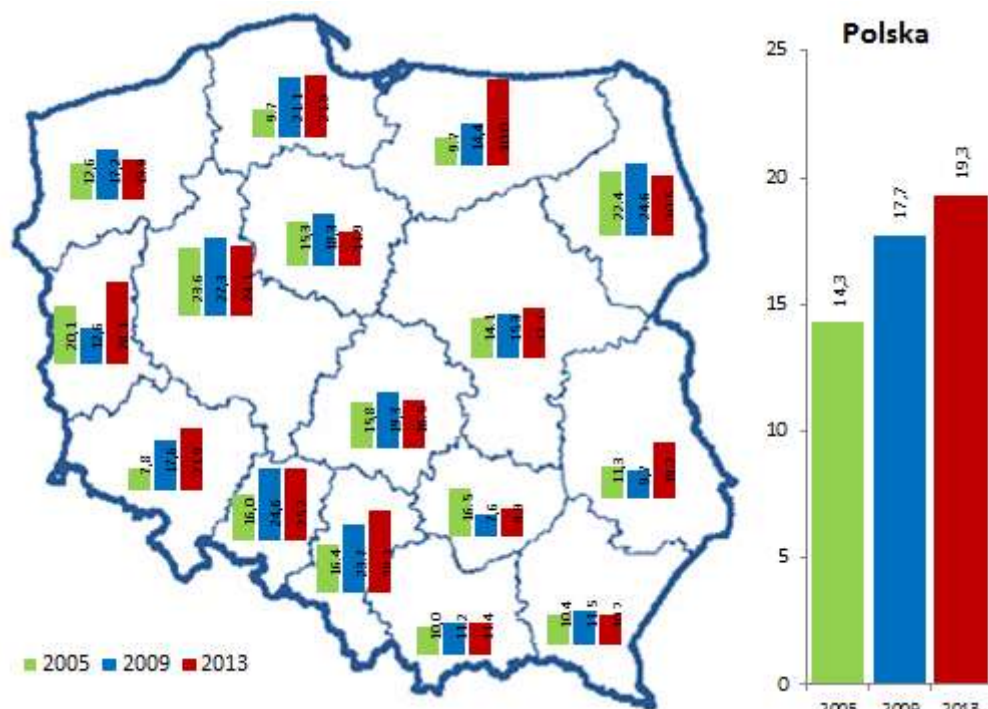
⁵⁷ W tym miejscu ze względu na dostępność jedynie takich danych jako współczynnik zapadalności potraktowano chorobowość, czyli wystąpienie danej choroby na 100 tys. osób.

Rys 31 Wskaźniki zapadalności na cukrzycę na 10 tys. osób w powiatach województwa śląskiego w 2013 roku [Źródło: na podstawie danych WNSOZ ŚUW]



Cukrzyca jest przyczyną 95% zgonów spowodowanych zaburzeniami wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych. Ze względu na tak duży udział zgonów z powodu cukrzycy w ogólnej liczbie zgonów spowodowanych omawianą grupą chorób, sytuacja w zakresie umieralności z powodu cukrzycy jest bardzo podobna do umieralności z powodu wszystkich zaburzeń wydzielania wewnętrznego, stanu odżywiania i przemian metabolicznych. W obu przypadkach na przestrzeni ostatniej dekady odnotowuje się wzrost liczby zgonów. W przypadku cukrzycy, w 2013 r. było ich niemalże 2000 więcej niż w 2005 r. a współczynnik umieralności na 100 tys. ludności wzrósł z 14,3 w 2005 r. do 19,3 w 2013 r. Województwo śląskie wyróżnia się na tle innych województw bardzo dużą liczbą zgonów z powodu cukrzycy – w 2013 r. odnotowano ich w województwie śląskim 1299, co stanowi 17,4% zgonów z tej przyczyny w całej Polsce. Współczynnik umieralności z powodu cukrzycy na 100 tys. ludności był tam we wszystkich analizowanych latach wyższy od średniej ogólnopolskiej, w 2005 r. wynosił 16,4, w 2007 r. – 19,1, w 2009 r. – 23,7, w 2011 r. 25,3 i 28,2 w 2013 r. – nastąpił zatem znaczny wzrost na przestrzeni analizowanych lat. Jeszcze w 2005 i 2007 roku województwo plasowało się na V miejscu pod względem umieralności z powodu cukrzycy w Polsce, w 2009 wskoczyło na miejsce III, natomiast w 2011 roku województwo śląskie zajmowało już I miejsce w rankingu umieralności w Polsce. W 2013r. współczynnik umieralności był wyższy jedynie w województwie warmińsko-mazurskim i wynosił 30, województwo śląskie zajmowało zatem II miejsce w kraju pod względem liczby zgonów na 100 tys. mieszkańców z powodu cukrzycy. Można zatem stwierdzić, że cukrzyca ze względu na dużą chorobowość i śmiertelność w województwie śląskim stanowi istotny problem w tym regionie, co należałoby uwzględnić podczas planowania polityki zdrowotnej województwa w perspektywie finansowej 2014-2020.

Rys 32 Zgony spowodowane cukrzycą w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego w grupie chorób (zaburzeń) psychicznych

Większość najczęściej występujących zaburzeń psychicznych, czyli różnych postaci depresji oraz zaburzeń lękowych, które - według ekspertów - stanowią obecnie grupę najbardziej rozpowszechnionych schorzeń psychicznych⁵⁸, nie wpływa na funkcjonowanie chorego w takim stopniu jak ma to miejsce w najpoważniejszych w tej grupie chorobach, czyli psychozach (zalicza się do nich: schizofrenię, psychozę maniakalno-depresyjną - zaburzenie afektywne dwubiegunowe). Najczęściej objawiają się one znacznym poczuciem cierpienia i obniżają jakość życia, są także przyczyną wyłączenia z aktywności zawodowej, jak również społecznej i rodzinnej⁵⁹.

W badaniu EHIS przeprowadzonym w 2009 roku przez GUS, 2,5% osób w Polsce powyżej 15 roku życia zadeklarowało występowanie przewlekłej depresji, a 0,5% zgłosiło jej wystąpienie w przeszłości. Na tej podstawie oszacowano, że w 2009 roku na przewlekłą depresję cierpieć mogło blisko 800 tys. dorosłych Polaków, natomiast w ponad 150 tys. doświadczyło tej choroby w przeszłości. Do przewlekłych stanów lękowych przyznało się 2% dorosłych, natomiast 0,3% badanych miało do czynienia z tą chorobą w przeszłości. Wynika z tego, że w 2009 roku przewlekłe stany lękowe mogły dotyczyć nawet 650 tys. mieszkańców Polski.

Podczas zrealizowanego w ramach niniejszego badania wywiadu indywidualnego, konsultant regionalny województwa śląskiego ds. psychiatrii wskazywał na znaczny wzrost w ostatnich latach liczby osób cierpiących na zaburzenia nerwicowe spowodowane stresem lub pod postacią somatyczną, w tym - przede wszystkim - na zaburzenia lękowe. Podobnie poważnym problemem zdrowotnym mieszkańców województwa śląskiego są przewlekłe depresje. Potwierdzają to dane statystyczne - wg danych GUS (badanie EHIS) województwo śląskie na tle innych pod tym względem wyróżnia wysoki współczynnik zapadalności⁶⁰ na zaburzenia lękowe i depresje w grupie 15-29 lat, w której występują one u 1182 kobiet i 747,1 mężczyzn na 100 tys. mieszkańców województwa śląskiego w tej grupie wiekowej, co daje łącznie współczynnik 969,4 na 100 tys. mieszkańców województwa śląskiego w tej grupie wiekowej i III miejsce w kraju jeśli chodzi o zapadalność na te jednostki chorobowe. Co ważne, podobnie wysokich współczynników zapadalności nie odnotowano w regionie w odniesieniu do innych grup wiekowych (województwo zajmuje w tym zakresie VII miejsce w kraju), co w zestawieniu z przytoczonymi poniżej danymi na temat umieralności na choroby psychiczne nakazuje przypuszczać, iż są one w pewnej mierze wynikiem nie zdiagnozowanych i nie leczonych zaburzeń, które w przypadku nie podjęcia terapii, mogą zwiększać ryzyko występowania innych chorób, w tym chorób układu krążenia, a także prowadzić do stanów zagrożenia życia; z tego powodu w danych statystycznych Głównego Urzędu Statystycznego wyróżnia się zaburzenia psychiczne i zachowania jako jedną z przyczyn zgonów.

W ramach niniejszego raportu analizie poddano liczbę zgonów z powodu zaburzeń psychicznych i zachowania we wszystkich województwach w Polsce w latach 2005 – 2013. W 2013 roku z powodu zaburzeń psychicznych zmarło 1 546 osób, czyli o 265 mniej niż w roku 2005. Współczynnik umieralności na 100 tys. ludności wynosił odpowiednio 4 w 2013 roku i 4,7 w 2005 roku. Największy współczynnik umieralności (5,7) odnotowano w 2009 roku, kiedy z powodu zaburzeń psychicznych zmarło w Polsce 2

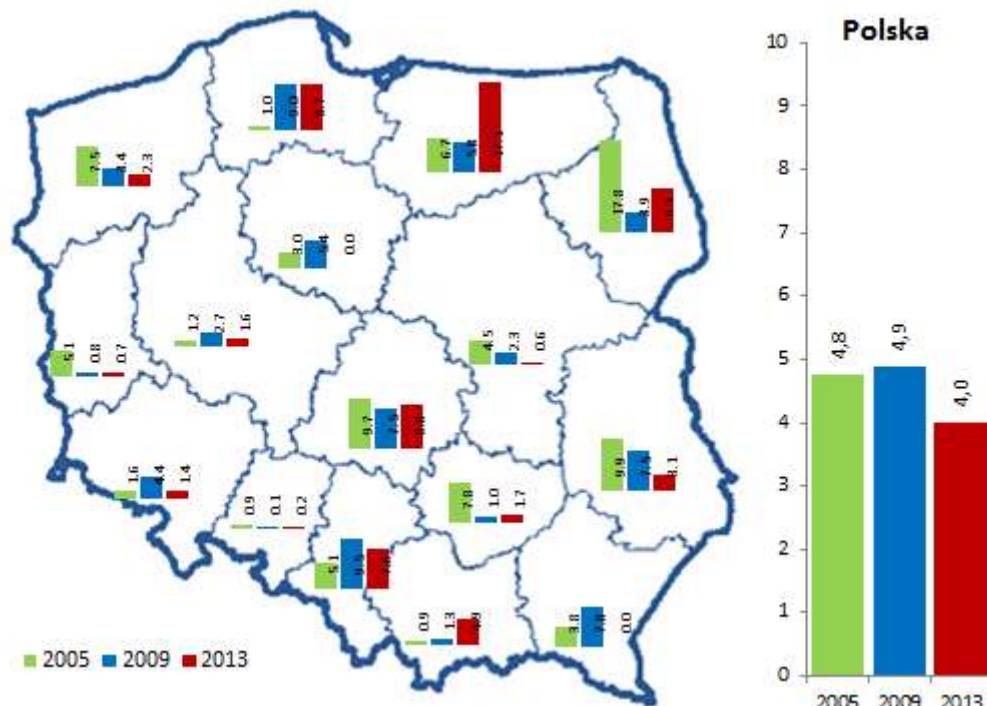
⁵⁸ Wg badania EHIS z 2009 roku, realizowanego przez GUS, może na nie cierpieć ok. 10% populacji w kraju.

⁵⁹ Por. szczegółowa analiza w rozdz. 4.3. poniżej.

⁶⁰ W tym miejscu ze względu na dostępność jedynie takich danych jako współczynnik zapadalności potraktowano chorobowość, czyli wystąpienie danej choroby na 100 tys. osób.

156 osób. W województwie śląskim na przestrzeni wszystkich analizowanych lat umieralność z powodu zaburzeń psychicznych była wyższa niż w Polsce, współczynnik na 100 tys. ludności wynosił w 2005 roku 5,1, w 2007 – 6,7, w 2009 i 2011 – 9,5 (II miejsce w Polsce jeśli chodzi o najwyższy współczynnik umieralności), a w 2013 roku spadł do 7,6. W 2009 roku, umieralność z powodu zaburzeń psychicznych w województwie śląskim był najwyższa w Polsce (I miejsce wśród innych województw), a w 2011 wyższą odnotowano jedynie w województwie warmińsko mazurskim (10,5).

Rys 33 Zgony z powodu zaburzeń psychicznych w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie prognoz GUS]



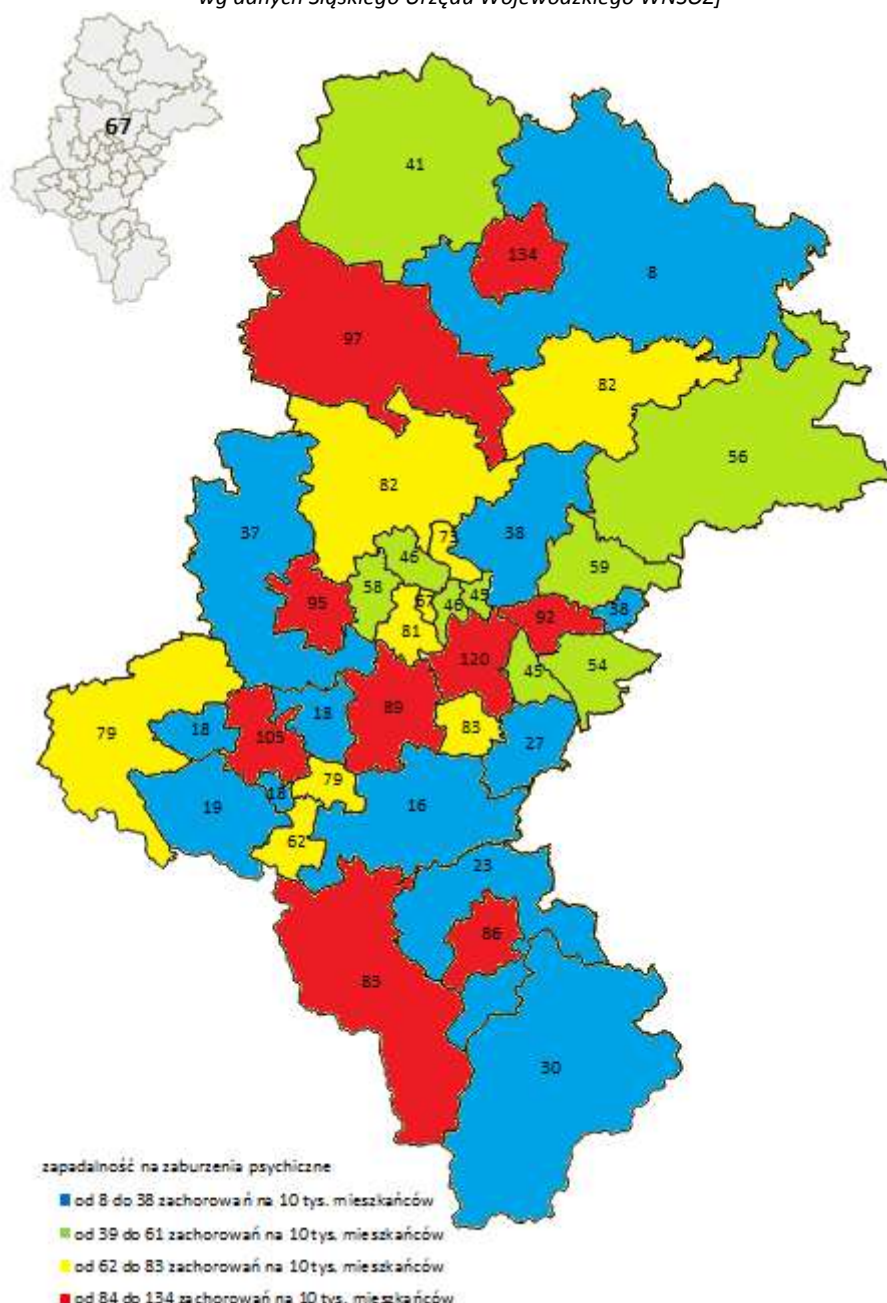
Można również przypuszczać, że niektóre z samobójstw mogą wynikać z chorób psychicznych, choć nie wszystkie samobójstwa popełniane są na skutek występowania przewlekłych zaburzeń psychicznych, mogą być natomiast rezultatem tragicznego wydarzenia i mogą być popełniane pod wpływem nagłego impulsu. Przypuszcza się jednak, że u podstaw części z nich leżą tłumione i nieleczone zaburzenia psychiczne, takie jak np. depresja.

Przyjmuje się, że występują dwa czynniki, które mogą pełnić istotną rolę w wystąpieniu choroby psychicznej, a mianowicie biologicznie uwarunkowana predyspozycja do zachorowania (tzw. wrażliwość lub podatność na zranienie) oraz obciążenia społeczno-psychologiczne. Pośród czynników biologicznych można wyróżnić takie przyczyny zachorowań na choroby psychiczne jak: uwarunkowania genetyczne, nieprawidłowy rozwój mózgu w okresie płodowym, urazy okołoporodowe, schorzenia mózgu, uszkodzenia spowodowane przez toksyczne działanie substancji psychoaktywnych i alkoholu oraz niektórych leków, jak również choroby somatyczne, w tym choroby endokrynologiczne czy guzy mózgu. Obciążenia społeczne często mają charakter długotrwały i zalicza się do nich: niekorzystne systemy wychowawcze, patologie w rodzinie, narażenie na trudne sytuacje psychologiczne i fizyczne w okresie dorastania, brak miłości ze strony rodziców. Najczęściej choroby psychiczne dotyczą osób, u których występują jednocześnie obciążenia biologiczne oraz psychologiczno-społeczne.

W skali województwa śląskiego na przestrzeni ostatnich lat zauważalne jest duże zróżnicowanie, jeśli chodzi o wystąpienie chorób z tej grupy wśród mieszkańców poszczególnych powiatów; wg ostatnich danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego⁶¹, najczęściej leczonymi po raz pierwszy z tej przyczyny byli mieszkańcy powiatów: lublinieckiego, mikołowskiego, Gliwic, Rybnika i Katowic.

⁶¹ Raport 2013. Śląski Urząd Wojewódzki (WNSOZ), Katowice 2014.

Rys 34 Wskaźniki zapadalności na choroby (zaburzenia) psychiczne na 10 tys. osób wg powiatów województwie śląskim w 2013 roku [Źródło: wg danych Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego WNSOZ]



Obserwowany w województwie śląskim spadek liczby zgonów z powodu w latach 2011-2013 nie oznacza, że problem zaburzeń psychicznych przestał być istotnym problemem w regionie, tym bardziej, że najwyższe współczynniki zapadalności na te choroby odnotowuje się w regionie w młodszej grupie osób (między 15 a 29 r.ż.), co oznacza, iż w kolejnych latach, na skutek nie podjęcia leczenia, wskaźniki umieralności w województwie mogą ponownie wzrosnąć.

Jednostki chorobowe specyficzne dla województwa śląskiego w grupie chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej

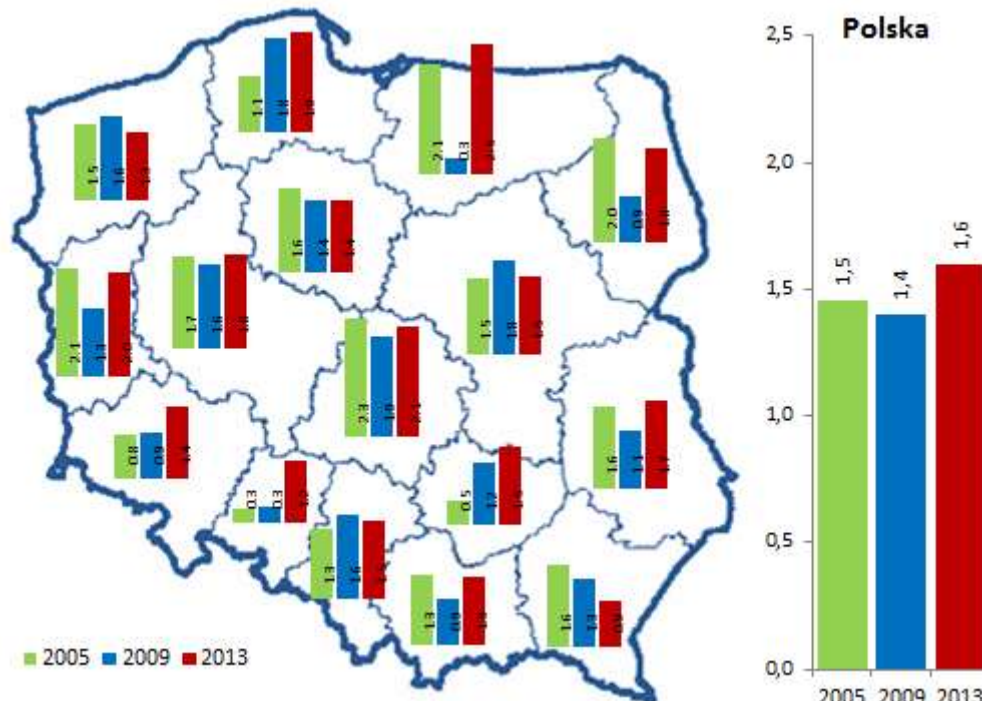
Do najbardziej rozpowszechnionych chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej zalicza się choroby reumatyczne takie jak m.in. reumatoidalne zapalenie stawów czy toczeń rumieniowaty układowy. Choroby te zalicza się do chorób przewlekłych, które z czasem mogą doprowadzić do zgonu.

Najbardziej powszechnie występującą wśród Polaków chorobą z tej grupy jest reumatoidalne zapalenie stawów. Z badania EHIS przeprowadzonego w 2009 r. wynika, że reumatoidalne zapalenie stawów dotyczyło wówczas 8% ankietowanych osób powyżej 15 roku, a dodatkowe 0,8% badanych zgłosiło wystąpienie choroby w przeszłości. Na tej podstawie szacuje się, że choroba ta w 2009 r. dotyczyć mogła nawet ok. 2 571 700 osób. Z raportu GUS wynika także, że w 2009 roku na 100 tys. ludności reumatoidalne zapalenie stawów chorowało nawet 6 737,7 osób. Zdecydowanie częściej występowanie tej choroby deklarowały kobiety (9 148 na 100 tys.), niż mężczyźni (4 156 na 100 tys.). Zdecydowanie najczęściej występowanie tej choroby deklarowali mieszkańcy województwa opolskiego (aż 9 261,9 na 100 tys. ludności). Województwo śląskie zajęło 5 miejsce pod względem częstości występowania reumatoidalnego zapalenia stawów – na 100 tys. mieszkańców chorobę deklarowało 7 246,7 osób. Pod względem zapadalności w grupie kobiet województwo śląskie zajmuje 6 miejsce w kraju – choroba występuje u ok. 9 681,3 na

100 tys. kobiet. W województwie śląskim 4 630,9 na 100 tys. mężczyzn przyznało się do tej choroby, co usytuowało województwo śląskie na 7 miejscu w Polsce pod względem występowania reumatoidalnego zapalenia stawów wśród mężczyzn.

W ostatnich latach obserwuje się systematyczny wzrost umieralności z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej. Współczynnik umieralności z powodu chorób tego układu w latach 2005, 2007, 2009, 2011 i 2013 wynosił odpowiednio 1,5; 1,4; 1,4; 1,4; 1,6. W 2013 r. najwyższy współczynnik umieralności zarejestrowano w województwie warmińsko-mazurskim – na 100 tys. ludności z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej miało miejsce 2,5 zgonów. Województwo śląskie w analizowanych latach charakteryzowało się współczynnikiem niższym lub zbliżonym do średniej ogólnopolskiej – w 2005r. wyniósł on 1,3, w 2007r. – 0,7, w 2009 r. – 1,6, w 2011 r. – 1,5 i w 2013 r. także 1,5, co w analizowanym okresie sytuowało województwo odpowiednio na VI, XI, IV i VI miejscu w Polsce.

Rys 35 Zgony z powodu chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej w Polsce i w województwach na 100 tysięcy mieszkańców [Źródło: opracowanie własne na podstawie GUS]



Przesłanką do zaliczenia chorób z tej grupy do specyficznych dla regionu nie są jednak współczynniki zapadalności i umieralności (sytuują one województwo śląskie na odległych miejscach w stosunku do innych województw), lecz najwyższe w kraju współczynniki zapadalności na choroby układu ruchu w zakresie chorób zawodowych (współczynnik 22 na 100 tys. pracujących – 1 miejsce w kraju) oraz występowania wypadków⁶² w miejscu pracy (współczynnik występowania wypadków w miejscu pracy wynosi 78, 1 osób na 100 tys. pracujących, co sytuuje region na 1 pozycji w Polsce), jak również najwyższe współczynniki śmiertelności wskutek wypadków w miejscu pracy⁶³. Jak świadczą dane epidemiologiczne, wypadki w miejscu pracy w przeważającej większości dotyczą układu kostno-mięśniowo-szkieletowego (złamania, skręcenia i inne poważne urazy układu ruchu⁶⁴), stąd z punktu widzenia zabezpieczenia systemu opieki zdrowotnej stanowią one poważny problem zdrowotny w regionie.

Inne problemy zdrowotne specyficzne w regionie

Jednocześnie na podstawie przedstawionej w poprzednim rozdziale analizy sytuacji demograficznej w regionie, należy wskazać jako istotny obszar wymagający wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w zakresie zdrowia, problemy najstarszej i najmłodszej grupy mieszkańców województwa śląskiego.

W województwie śląskim występuje jedna z najwyższych w kraju umieralność niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska masa urodzeniowa. W ramach niniejszego raportu współczynnikiem umieralności niemowląt określa się liczbę zgonów niemowląt (dzieci, które nie ukończyły 1 roku życia) przypadającą w danym roku na 1000 urodzeń żywych. W 2005 i 2009 roku współczynnik umieralności niemowląt był w województwie śląskim najwyższy w całej Polsce i wynosił odpowiednio 7,4 oraz 7,2. W 2014 roku współczynnik umieralności niemowląt osiągnął w województwie śląskim wartość 4,9 co w dalszym ciągu było wartością wysoką w porównaniu do innych

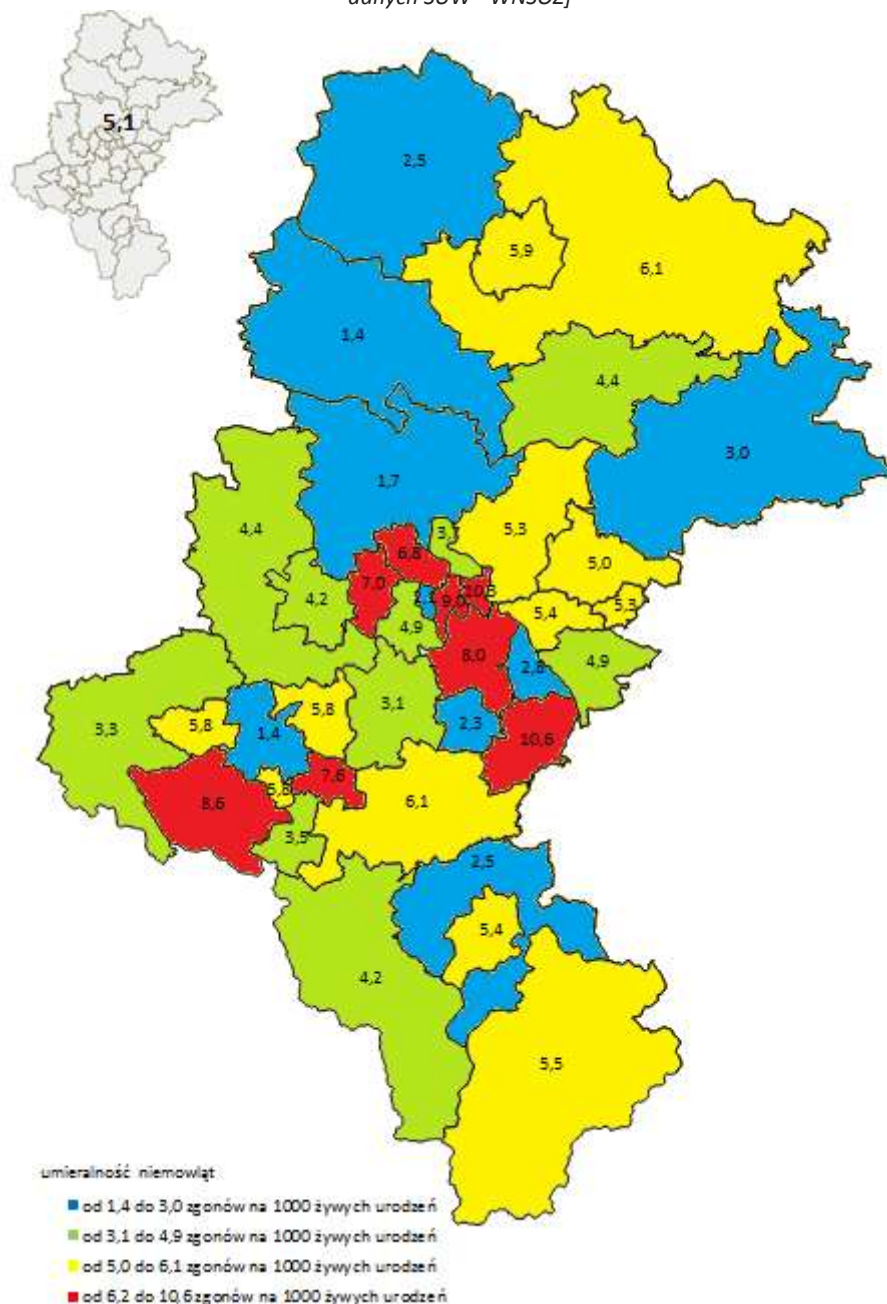
⁶² Szczegółowe dane na temat zapadalności i umieralności w województwie śląskim zostały przedstawione w kolejnym rozdziale, poświęconym w całości problemom zdrowotnym mieszkańców regionu w odniesieniu do przyczyn wykluczenia z rynku pracy.

⁶³ Szczegółowe dane na temat zapadalności i umieralności w województwie śląskim zostały przedstawione w kolejnym rozdziale, poświęconym w całości problemom zdrowotnym mieszkańców regionu w odniesieniu do przyczyn wykluczenia z rynku pracy.

⁶⁴ Szczegółowe dane na temat zapadalności w województwie śląskim zostały przedstawione w całości problemom zdrowotnym mieszkańców regionu w odniesieniu do przyczyn wykluczenia z rynku pracy.

województw (3 lokata w kraju). Ponadto w regionie stwierdzono najwyższy w kraju wskaźnik urodzeń żywych o niskiej masie (poniżej 2500 g) wynoszący 6,5%. Powyższe dane stanowią przesłankę do skierowania szczególnej uwagi w ramach interwencji w obszarze zdrowia w województwie śląskim na opiekę nad matką i dzieckiem, zapewnienie dostępności do badań prenatalnych oraz zabezpieczenia opieki zdrowotnej w zakresie wyposażenia i infrastruktury oddziałów neonatologii śląskich szpitali.

Rys 36 Wskaźnik umieralności niemowląt wg powiatów na 1000 urodzeń żywych w województwie śląskim w 2013 roku [Źródło: na podstawie danych ŚUW - WNSOZ]



Jak pokazano na mapie województwa powyżej, najwyższe współczynniki jeśli chodzi o umieralność (na 1000 urodzeń żywych) niemowląt w regionie odnotowuje się w ostatnich latach w powiecie wodzisławskim, bieruńsko-lędzińskim oraz Chorzowie. Według danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW, w największym stopniu miały na to wpływ niektóre stany rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (wg danych było to odpowiednio 146 i 113 przypadków w roku 2011 i 2012, co daje współczynnik umieralności odpowiednio 3,2 oraz 3,4 na 100 tys. ludności) i w tym zakresie sytuacja uległa poprawie (w stosunku do roku 2005, kiedy to współczynnik ten wynosił 4,2). Ze względu na złożoność przyczyn warunkujących tak wysoką umieralność noworodków w województwie (w etiologii wyróżnia się tu zarówno stan zdrowia matki, w tym – wystąpienie u niej ciężkich schorzeń układu wydzielniczego i chorób metabolicznych, takich jak choroby tarczycy i cukrzyca, wystąpienie konfliktu serologicznego, warunki życia, dieta, używanie przez przyszłe matki substancji psychoaktywnych, a także czynniki leżące po stronie systemu ochrony zdrowia, takich jak terminowe przeprowadzanie przez kobiety w okresie ciąży pełnego katalogu zalecanych badań diagnostycznych, opieka zdrowotna w okresie połogu⁶⁵), brak jest obecnie kompletnych i

⁶⁵ Ewa Wójtowicz E., Duda-Biernacka B. Czynniki ryzyka wystąpienia niskiej urodzeniowej masy ciała (LBW) dziecka – regresja logistyczna. [w:] Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 2015, Tom 21, Nr 3, 244–249.

porównywalnych w skali kraju danych na temat zapadalności w tym zakresie. Z tego względu obszar ten wskazano jako dodatkowy opierając się na wskaźniku umieralności noworodków. Jednocześnie stan zabezpieczenia opieki zdrowotnej (zasoby sprzętowe i dostępność) pod tym względem był przedmiotem analizy w dalszych częściach niniejszego raportu.

Jeśli natomiast chodzi o najstarszą grupę mieszkańców województwa śląskiego, wobec dynamiki procesu starzenia się społeczeństwa w regionie oraz wzrastającej liczby osób w wieku 65+ i 80+ w regionie⁶⁶, zapewnienie właściwej opieki zdrowotnej tym osobom z kompleksowymi schorzeniami, typowymi dla tej grupy wiekowej oraz chorobami przewlekłymi, będzie stanowiła jedno z największych wyzwań w perspektywie najbliższych 20 lat w województwie śląskim. W związku z prognozowanymi trendami osoby aktywne zawodowo będą w najbliższej przyszłości w regionie stanowić grupę mniej liczną i bardziej zaawansowaną wiekowo, a z powodu występowania zjawiska starzenia się społeczeństwa zwiększy się odsetek osób potrzebujących opieki zdrowotnej⁶⁷, zwłaszcza w ramach różnych form dziennej i ambulatoryjnej opieki środowiskowej, dla której wsparcie jest przewidziane w RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a. Ponadto, jak świadczą wyniki przeprowadzonego badania⁶⁸, osób w tej grupie wiekowej w największym stopniu dotyczą wszystkie wymienione powyżej grupy schorzeń, co według opinii ekspertów, wymagać będzie w odniesieniu do najstarszej grupy mieszkańców województwa śląskiego w najbliższych latach zapewnienia systemowych rozwiązań w zakresie fachowej i kompleksowej opieki specjalistów różnych dziedzin medycyny w opiece zdrowotnej, niezbędnej w ich stanie zdrowia. Stanowi to więc dodatkowe uzasadnienie dla interwencji środków RPO WSL 2014-2020 w tym zakresie.

4.3. Sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa śląskiego w odniesieniu do problemów wykluczających z rynku pracy

W tej części omówiono sytuację zdrowotną mieszkańców województwa śląskiego w odniesieniu do problemów wykluczających z rynku pracy, przede wszystkim: zapadalności na choroby zawodowe ze względu na strukturę zatrudnienia w regionie, czynniki ryzyka występujące w miejscu pracy w sekcjach gospodarki, w których odnotowuje się największy odsetek zatrudnienia w województwie oraz wpływ innych czynników wykluczających z rynku pracy. W końcowej części rozdziału przedstawiono także podstawowe potrzeby placówek POZ, AOS oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich w zakresie leczenia chorób powodujących wykluczenie z rynku pracy w województwie śląskim, a także rekomendacje co do programów profilaktycznych, jakie mogą wpłynąć na zmniejszenie zapadalności na choroby zawodowe w województwie śląskim.

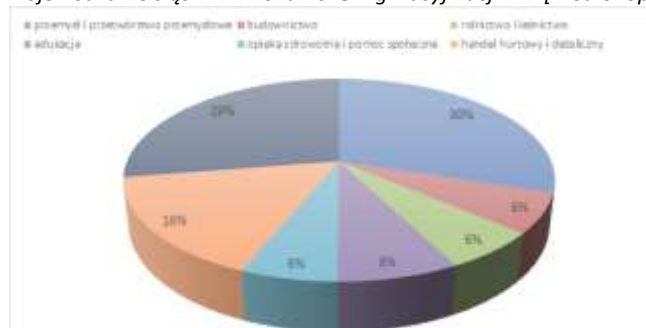
Struktura zatrudnienia w województwie śląskim

W strukturze zatrudnienia w województwie śląskim, szczególnie należy zwrócić uwagę na największe (jeśli chodzi o udział procentowy i liczby bezwzględne) zatrudnienie ludności w tych sekcjach PKD, w których występuje wysoka zapadalność na choroby zawodowe⁶⁹, tj.:

- wydobywanie węgla kamiennego i brunatnego;
- produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych;
- produkcja metali;
- produkcja z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych;
- przetwórstwo przemysłowe⁷⁰.

W latach 2010 – 2013, zatrudnienie to oscylowało wokół 30% ogółu pracujących (wynosiło w tych latach odpowiednio: 29,8%, 29,9%, 29,7% i 29,3%) i choć zauważalny jest nieznaczny spadek tej liczby, nadal odsetek ten jest najwyższy w Polsce. Poniższy rysunek pokazuje procentowy udział zatrudnionych w poszczególnych sekcjach PKD w województwie śląskim:

Rys 37 Struktura zatrudnienia w województwie śląskim w roku 2013 wg klasyfikacji PKD [Źródło: opracowanie własne po podst. GUS]



⁶⁶ Liczebność osób w tej grupie wiekowej wg prognoz przedstawionych w rozdziale 4.1 w perspektywie roku 2050 wzrośnie w województwie śląskim niemal czterokrotnie.

⁶⁷ Por. Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Ramy strategiczne. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2014.

⁶⁸ Por. wyniki badania metodą wywiadów pogłębionych z ekspertami z zakresu poszczególnych dziedzin lekarskich, związanych z omówionymi wyżej schorzeniami oraz wyniki zrealizowanego badania ankietowego z przedstawicielami POZ i AOS w regionie.

⁶⁹ Por. dane Instytutu Medycyny Pracy im. J. Nofera w Łodzi http://www.imp.lodz.pl/home_pl/o_instytucje/reg_and_databases/work_dissises1/dane_o_zapadalnosci [data dostępu: 23.09.2015r]

⁷⁰ Na podstawie danych GUS – „Pracujący w gospodarce narodowej” w okresie 2010-2014.

W związku z obecnymi zmianami gospodarczymi, należy się spodziewać jednak, że w kolejnych latach zatrudnienie w regionie w branżach, w których występuje największe narażenie na działanie czynników szkodliwych⁷¹, takich jak górnictwo i wydobywanie węgla kamiennego i brunatnego oraz działalność wspomagająca górnictwo, będzie w dalszym ciągu spadała.

Sytuacja na rynku pracy w województwie śląskim nie należy do łatwych, aczkolwiek w ostatnich latach (2010-2015) stopa bezrobocia⁷² pozostawała na względnie stabilnym poziomie między 10 -8,1%. W październiku 2015 roku stopa bezrobocia wynosiła 8,1%, tym samym dało to województwu śląskiemu drugie miejsce z najniższą stopą bezrobocia⁷³.

Istnieje wiele czynników oddalania się od rynku pracy, co czyni trudniejszym powrót do pracy. Są to czynniki szkodliwe lub uciążliwe występujące w miejscu pracy, ale można wyróżnić inne, m.in.: wiek, płeć, poziom wykształcenia, umiejętności, doświadczenie zawodowe, miejsce zamieszkania. Zmienność zasad panujących na rynku pracy doprowadzić może do wykluczenia społecznego. Istnieje wiele grup, które narażone są na wykluczenie z rynku pracy, są to przede wszystkim osoby niepełnosprawne, osoby pracujące w zakładach wysokiego ryzyka, a także ludzie starsi. Ważnym czynnikiem wykluczającym z rynku pracy może być także choroba zawodowa. W dzisiejszym systemie zabezpieczenia socjalnego łatwiej jest uzyskać niezdolność do pracy i przejść na rentę niż pozostać na rynku pracy. Niestety duża część pacjentów, u których stwierdzono niezdolność do pracy ma możliwość ubiegania się o rentę stałą, czy też na czas określony. Decyzję o jej przyznaniu, orzeka lekarz orzecznik ZUS, który bierze pod uwagę stopień niezdolności do pracy oraz czas trwania tejże niezdolności. Często fakt przyznania renty sprawia, że pracownik zostaje odsunięty z rynku pracy, przez co staje się bierny zawodowo. Należy wziąć pod uwagę przypadki, gdzie ocena niezdolności do pracy, jej stopień, nie muszą od razu przesądzać o całkowitym zaprzestaniu aktywności zawodowej. Zaznaczyć należy, że wiele z tych osób przy odpowiednim wsparciu mogłaby nadal pracować i generować dochód narodowy. Opieka zdrowotna, podejście rehabilitacyjne oraz nowoczesna farmakologia mogłyby zminimalizować konsekwencje wykluczenia tych osób, u których stwierdzono chorobę zawodową. Co więcej, oprócz opieki zdrowotnej, skupić się trzeba na podtrzymywaniu chorych w rolach społecznych, a tym samym umożliwić im dalszą edukację i utrzymanie na rynku pracy.

Choroby zawodowe w województwie śląskim

Występowanie chorób zawodowych związane jest z czynnikami szkodliwymi lub uciążliwymi występującymi w środowisku pracy. Według informacji BHP czynniki szkodliwe to takie, które powodują urazy. Czynniki niebezpieczne dzieli się w zależności od charakteru działania, można wymienić więc takie: fizyczne, chemiczne, biologiczne, psychofizyczne. Ponadto innymi czynnikami niebezpiecznymi w środowisku pracy mogą być: maszyny i urządzenia, narzędzia, spadające przedmioty, ostre elementy, substancje i materiały wybuchowe i łatwopalne, promieniowanie, hałas, pyły przemysłowe⁷⁴. Jest więc potrzeba monitorowania zapadalności na choroby zawodowe ze względu na identyfikację miejsc pracy, sektorów gospodarki narodowej, które sprzyjają zapadalności na wielorakie choroby zawodowe w województwie śląskim. Pomimo postępu technologicznego w zakresie medycyny choroby zawodowe nadal stanowią poważny problem. Analizując zachorowalność na choroby zawodowe i oceniając jej poziom, należy pamiętać, że wiele z aktualnie stwierdzanych chorób jest skutkiem wieloletniego działania czynników szkodliwych.

Analiza zapadalności na choroby zawodowe w województwie śląskim pozwoli na postawienie odpowiednio wczesnej diagnozy i przeprowadzenie rehabilitacji zawodowej, co będzie skutkowało zminimalizowaniem wpływu chorób zawodowych na wydajność w pracy oraz na stopień wykluczenia społecznego. Z tego względu „istnieje konieczność dokonania fundamentalnej zmiany w sposobie traktowania problemu schorzeń przewlekłych przez decydentów, specjalistów ochrony zdrowia, pracodawców a nawet samych pacjentów. *Praca musi stać się pierwszoplanowym efektem leczenia*, ponieważ kontynuacja zatrudnienia lub powrót do pracy pozytywnie wpływa na somatyczny i psychiczny stan osób przewlekle chorych i zmniejsza społeczny ciężar chorób w Polsce”⁷⁵.

W niniejszej części raportu przeanalizowano zapadalność na choroby zawodowe w województwie śląskim. Pod pojęciem choroby zawodowej rozumie się patologię wywołaną czynnikami szkodliwymi występującymi w środowisku pracy lub sposobem wykonywania pracy i jednocześnie znajdująca się w urzędowym wykazie chorób zawodowych, jako pojęcie medyczno-prawne⁷⁶. Dane analizowane pokazują, że województwo śląskie na tle całego kraju wyróżnia wysoka zapadalność na choroby zawodowe, co jest bezpośrednio związane ze strukturą zatrudnienia w regionie (osiągające najwyższe wartości odsetki zatrudnienia w branżach, w których ryzyko wystąpienia chorób zawodowych jest największe, tj. górnictwo i wydobywanie oraz przetwórstwo przemysłowe, szczególnie: produkcja metali i metalowych wyrobów gotowych, produkcji maszyn i urządzeń oraz produkcja wyrobów gumowych).

Porównując województwo śląskie z innymi województwami w Polsce stwierdzić należy, że zapadalność na choroby zawodowe jest zdecydowanie wyższa niż w innych regionach.

⁷¹ Por. niżej.

⁷² Stopa bezrobocia to miara opisująca jego stan, będąca stosunkiem osób bezrobotnych do aktywnych zawodowo

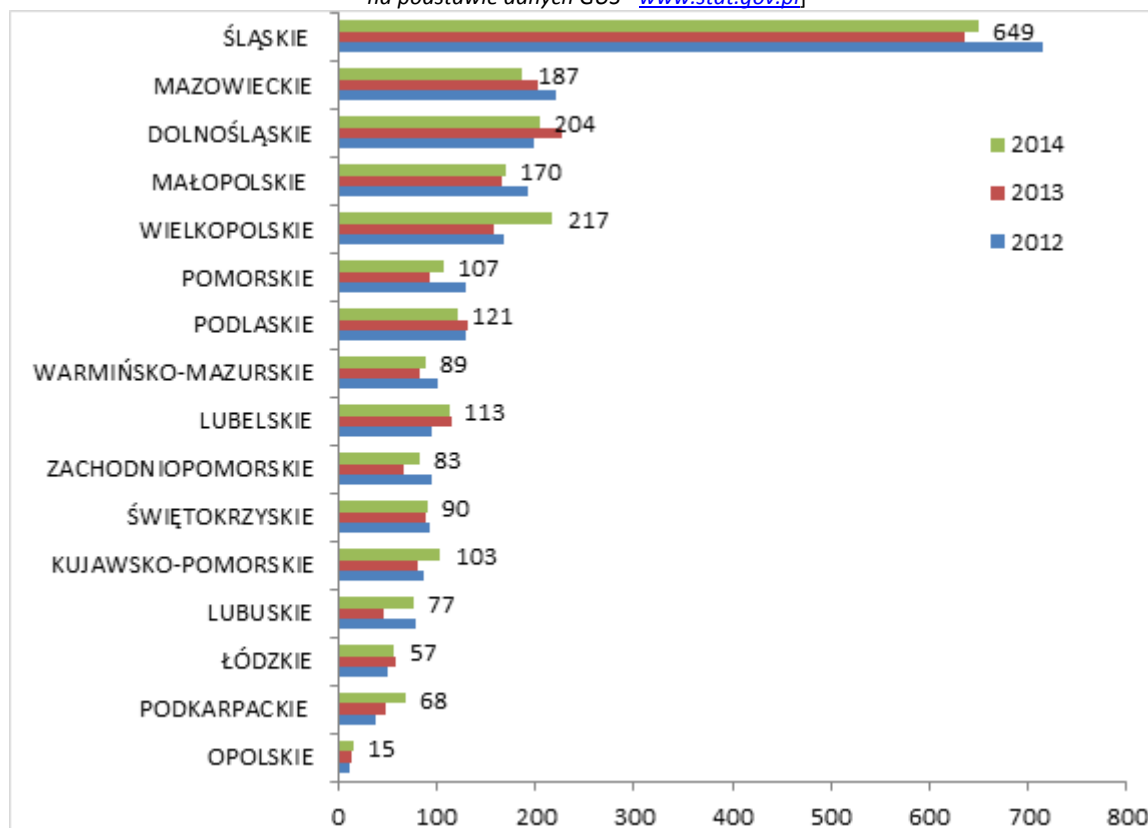
⁷³ WUP w Katowicach, Bezrobocie w województwach w 2015r., 10.2015.

⁷⁴ R. Majer, Czynniki niebezpieczne w środowisku pracy mogą prowadzić do powstania urazu, dostępny: <http://www.bhp.abc.com.pl/czytaj/-/artykul/czynniki-niebezpieczne-w-srodowisku-pracy-moga-prowadzic-do-powstania-urazu>, dn. 24.11.2015.

⁷⁵ K. Zhelthoukhova, S. Bevan, A. Reich, Zdolni do pracy? Choroby układu mięśniowo-szkieletowego a rynek pracy w Polsce, s. 12, 2011.

⁷⁶ N. Szeszenia-Dąbrowska, U. Wilczyńska, Choroby zawodowe w Polsce. Statystyka i epidemiologia, Łódź 2007, s.11.

Rys 38 Liczba osób, u których stwierdzono choroby zawodowe w latach 2012 – 2014 w województwach w Polsce [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS - www.stat.gov.pl]



W 2014 roku w województwie śląskim aż u 649 osób stwierdzono chorobę zawodową. Fakt ten plasuje województwo na pierwszym miejscu w kwestii związanej z zapadalnością na choroby zawodowe. W porównaniu do lat wcześniejszych zauważyć można, że liczba zachorowań maleje, co nie zmienia faktu, że w innych województwach sytuacja jest lepsza. Aczkolwiek tak wysoka liczba osób zapadających na choroby zawodowe w województwie śląskim związana jest z liczbą osób pracujących w województwie śląskim. Województwo śląskie zajmuje drugie miejsce, jeśli chodzi o liczbę osób zatrudnionych (1 638 657 osób zatrudnionych w 2014 roku).

Co do chorób zawodowych, na które w sposób szczególny narażeni są pracownicy rynku pracy w województwie śląskim stwierdzić należy, że w latach 2005 – 2014 dominowały niezmiennie zachorowania na pylice płuc. Choroba ta wyraźnie dominuje w województwie śląskim, gdzie orzeka się zdecydowaną większość (ok. 2/3 w skali kraju) jednostek chorobowych tego typu; jest to jedyna choroba zawodowa, w przypadku której występuje tak silnie uwarunkowanie regionalne. Podobny trend widoczny jest jeśli chodzi o obustronny trwały ubytek słuchu – w przypadku tej jednostki chorobowej występuje również relatywnie silnie uwarunkowanie regionalnie – występuje ona wyraźnie najczęściej w województwie śląskim.

Jeśli chodzi o przewlekłe choroby narządu głosu – tę jednostkę chorobową cechuje wyraźnie większe zróżnicowanie międzywojewódzkie, przy czym w analizowanych latach regionami, w których liczba orzeczonych chorób zawodowych zaklasyfikowanych do tej kategorii kształtowania się na najwyższym poziomie były województwa: wielkopolskie, lubelskie, małopolskie i pomorskie, a w ostatnich latach także śląskie.

W skali kraju największa część stwierdzonych chorób zawodowych dotyczy osób powyżej 45. roku życia, (86,9%), zaś druga, co do liczebności grupa to osoby w wieku emerytalnym, które stanowią 13,9%. Jest to związane z podstawowym czynnikiem wystąpienia tych chorób, jakim jest okres narażenia – dla 76,3% stwierdzonych chorób zawodowych wynosił on ponad 20 lat. Czynniki wpływającymi na tak dużą zapadalność na choroby zawodowe w województwie śląskim są m.in. czynniki szkodliwe w środowisku pracy, tym bardziej że zapadalność na choroby zawodowe w największym stopniu dotyczy takich działalności, które dominują w gospodarce województwa śląskiego.

Ponadto na zapadalność na wiele chorób wpływ mają także czynniki związane z zanieczyszczeniem powietrza. Województwo śląskie cechuje się wysokim poziomem zanieczyszczenia powietrza. Do atmosfery emitowane są substancje wpływające ujemnie na zdrowie człowieka oraz pyły ze spalania paliw, materiałów ogniotrwałych, krzemowych, nawozów sztucznych. Według danych GUS stwierdzić można, że województwo śląskie zajmuje czołowe miejsce pod względem emitowanych do atmosfery pyłów i gazów. W 2013 roku emisja pyłów z zakładów zlokalizowanych na terenie województwa stanowiła 21% emisji krajowej, natomiast gazów -29%. Zakłady szczególnie uciążliwe dla czystości powietrza koncentrowały się w 9 miastach województwa śląskiego.

W poniższej tabeli zestawiono współczynniki zapadalności na 100 tys. pracujących dla 4 najczęściej stwierdzanych chorób zawodowych w województwie śląskim, tj. pylice płuc, obustronnego trwałego ubytku słuchu, zespołu wibracyjnego oraz chorób układu ruchu:

Tab 4 Zapadalność na choroby zawodowe w województwie śląskim w latach 2005-2014 w przeliczeniu na 100 000 pracujących w województwie śląskim i w Polsce [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS - www.stat.gov.pl oraz danych Instytutu Medycyny Pracy im. J.

Nofera w Łodzi]

Nazwa jednostki chorobowej	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Pylica płuc										
Woj. śląskie	36,17	37,47	39,58	37,14	33,43	47,82	42,19	31,13	30,17	35,12
Polska	6,79	6,61	6,72	6,52	6,01	7,23	6,43	5,22	5,23	5,44
Obustronny trwały ubytek słuchu										
Woj. śląskie	10,71	9,24	6,28	8,24	8,22	10,11	5,75	4,99	3,73	2,79
Polska	3,42	2,92	2,42	2,25	2,47	3,03	2,35	2,00	1,70	1,51
Zespół wibracyjny										
Woj. śląskie	3,77	3,53	4,00	2,93	3,79	2,72	3,89	4,29	2,02	1,32
Polska	0,99	0,79	0,90	0,79	0,81	0,53	0,71	0,74	0,33	0,33
Choroby układu ruchu										
Woj. śląskie	1,11	2,27	2,45	1,43	2,66	2,41	2,18	2,34	1,17	1,70
Polska	0,79	0,84	0,94	1,12	1,04	1,20	0,92	1,08	0,78	0,87

Dla wszystkich wymienionych powyżej chorób współczynniki te w latach 2005-2014 sytuowały województwo śląskie na I i II miejscu w kraju, przy czym dla pylic płuc i obustronnego trwałego ubytku słuchu w całym tym okresie jest to I miejsce w kraju, dla zespołu wibracyjnego i chorób układu ruchu – I miejsce w ostatnich 5 latach (w okresie wcześniejszym I lub II).

Jeśli chodzi o najczęściej występującą w województwie chorobę zawodową - o wiele częściej na pylicę płuc chorują mężczyźni. Na przestrzeni lat 2012 – 2014, 94,5% zachorowań dotyczy mężczyzn, odpowiednio 377, 367 i 429 mężczyzn oraz 22, 21 i 25 kobiet zachorowało na wskazane schorzenie. Obustronny trwały ubytek słuchu również jest chorobą, która częściej dotyka mężczyzn (97,6%) niż kobiety – średnio na przestrzeni lat 2012 - 2014 zachorowało odpowiednio 62, 47 i 35 mężczyzn oraz 2, 1 i 1 kobiet. Niezmienna sytuacja ma miejsce także w odsetku zachorowań na zespół wibracyjny - 93,6% zachorowań dotyczy mężczyzn, a zatem średnio na przestrzeni lat 2012-2014 odpowiednio 51, 24 i 16 mężczyzn oraz 3, 2 i 1 kobieta zachorowała na wskazane schorzenie. Podobnie kształtują się te współczynniki jeśli chodzi o choroby układu ruchu. Inaczej sytuacja wygląda jeśli chodzi o zapadalność na choroby zawodowe związane z układem nerwowym, częściej chorują kobiety niż mężczyźni. W latach 2012 – 2014 zanotowano odpowiednio 44,37 i 22 kobiet, które zachorowały na wskazane schorzenie oraz 10, 9 i 5 mężczyzn. W związku z tym aż 81,2% zachorowań dotyczyło kobiet.

W tabeli poniżej zestawiono czynniki szkodliwe występujące w miejscu pracy, które stanowią przyczynę wystąpienia chorób zawodowych, dla których współczynnik zapadalności na 100 tys. pracujących jest dla województwa śląskiego najwyższa w kraju⁷⁷. Jak świadczą dane przedstawione w Tab.5 (poniżej), najczęstszą przyczyną chorób zawodowych w skali kraju było narażenie na styczość z różnego rodzaju pyłami (35,2% ogółu przypadków). Ze względu na rodzaj wykonywanej pracy i dominację niektórych branż na terenie województwa śląskiego, można stwierdzić, że w regionie właśnie ta choroba również jest najczęstszą przyczyną zapadalności na choroby zawodowe. Osoby pracujące w dominujących branżach województwa śląskiego są narażone przede wszystkim na pyły nieorganiczne, wśród których wyróżnia się: pyły węgla, pył azbestu i pyły przemysłowe z zawartością wolnej krystalicznej krzemionki, przy czym praca narażająca na styczość z azbestem stanowi najczęściej wymieniany czynnik przyczynowy nowotworów złośliwych wśród stwierdzonych chorób zawodowych (ponad 71% wszystkich stwierdzonych przypadków). Ponad 1/3 przypadków wystąpienia choroby zawodowej w kraju przypisano działaniu czynników fizycznych, głównie sposobowi wykonywania pracy, wysiłkowi głosowemu i hałasowi. Do innych, wyróżniających się jeśli chodzi o częstość występowania czynników przyczynowych, zaliczono: promieniowanie jonizujące (przyczyna nowotworu złośliwego płuc w 6 przypadkach) oraz pyły organiczne (tu przede wszystkim: pyły mąki i pyły roślinne, stanowiące przyczynę alergii skórnych i wziewnych).

Tab 5 Podział chorób i czynników szkodliwych ze względu na branżę/ sekcję PKD [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS - www.stat.gov.pl]

Choroba	Czynnik szkodliwy	Branża (sekcja PKD)
Pylica płuc	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Pył kopalniany, w skład którego wchodzi m.in.: pył węglowy, krzemionka, czy glinokrzemiany ➤ Wdychanie krzemionki krystalicznej (pracownicy przemysłu ceramicznego, kamieniarskiego, pracownicy kamieniołomów, a częściowo także górnicy i hutnicy; ➤ Wdychanie azbestu (włókien azbestowych) ➤ (94,5% zachorowań dotyczy mężczyzn) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ wydobywanie węgla kamiennego i brunatnego; ➤ produkcja wyrobów z gumy i tworzyw sztucznych; ➤ produkcja metali; ➤ produkcja z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych; ➤ budownictwo.
Ubytek słuchu	<ul style="list-style-type: none"> ➤ ponadnormatywny poziom hałasu w środowisku pracy 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ górnictwo i wydobywanie; ➤ przetwórstwie przemysłowe (szczególnie: produkcja metali i

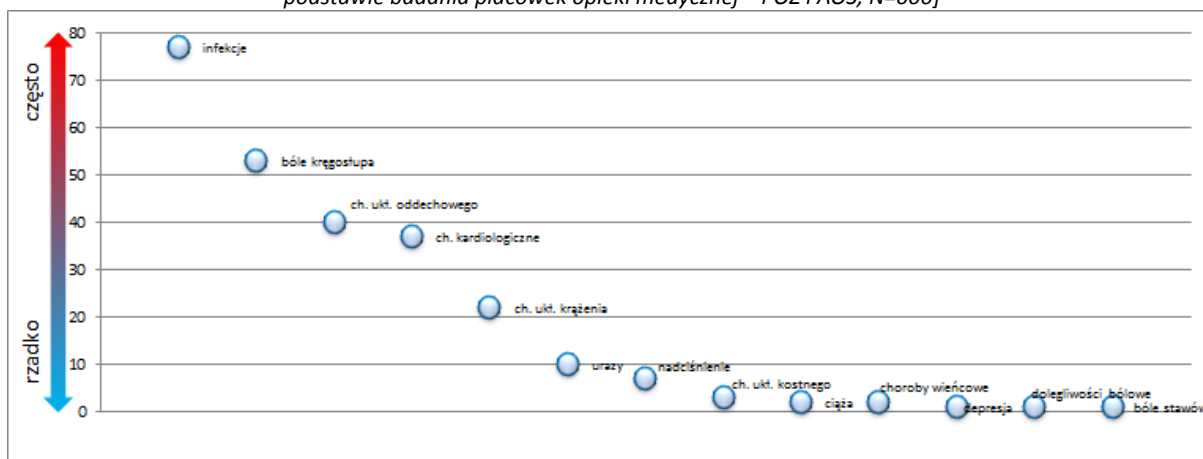
⁷⁷ W tabeli uwzględniono także przewlekłe choroby układu nerwowego ze względu na to, iż jest to choroba dla której wysoki współczynnik zapadalności w województwie śląskim (III i III miejsce w kraju w latach 2009 i 2013) dotyczył wyłącznie grupy kobiet.

	➤ (97,6% zachorowań dotyczy mężczyzn)	metalowych wyrobów gotowych, produkcji maszyn i urządzeń oraz środków transportowych); ➤ budownictwo; ➤ transport.
Zespół wibracyjny	➤ Oddziaływanie na organizm ludzki drgań mechanicznych (wibracji) ➤ (93,6% zachorowań dotyczy mężczyzn)	➤ górnictwo i wydobywanie; ➤ przetwórstwie przemysłowe; ➤ budownictwo.
Przewlekłe choroby układu nerwowego	➤ nadmierne obciążenia statyczno-dynamiczne, ➤ pozostawanie przez długi okres czasu w wymuszonej pozycji ➤ (przewaga kobiet – 81,2% zachorowań na te choroby w skali kraju)	➤ przetwórstwo przemysłowe; ➤ opieka zdrowotna; ➤ handel hurtowy i detaliczny.
Przewlekłe choroby układu ruchu	➤ nadmierne obciążenia statyczno-dynamiczne, ➤ pozostawanie przez długi okres czasu w wymuszonej pozycji ➤ (przewaga mężczyzn – 61,2% zachorowań na te choroby w skali kraju)	➤ przetwórstwo przemysłowe; ➤ opieka zdrowotna; ➤ budownictwo.

Jeśli chodzi o zapadalność na choroby zawodowe w poszczególnych sekcjach gospodarki w Polsce, wynika ona ze specyfiki przedsiębiorstw, a w tym zakresie różni się przede wszystkim rodzajem lub poziomem ekspozycji na czynniki szkodliwe oraz liczebnością pracowników na nie narażonych. W górnictwie i wydobywaniu, czyli sekcji w której występuje największa zapadalność na choroby zawodowe, dotyczy ona w głównej mierze pylic płuc. Kolejną pod tym względem sekcję gospodarki – przetwórstwo przemysłowe, z uwagi na znaczną różnorodność typów i branż zakładów pracy w tej sekcji, cechuje znacznie większe zróżnicowanie – w 2014 roku w tej sekcji PKD dominowały również pylice płuc (19,6%), na drugim miejscu – przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (18,9%) i ubytki słuchu (17,7%)⁷⁸.

Według badania na reprezentatywnej próbie placówek podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie śląskim, najczęstszą przyczyną wystawiania zwolnień lekarskich są: choroby układu krążenia (choroby kardiologiczne i naczyniowe – 14,6%), choroby układu kostno-mięśniowo-szkieletowego (wśród których również najczęściej wskazywano na bóle kręgosłupa – łącznie 14%), choroby układu oddechowego (w tym – choroba obturacyjna płuc i gruźlica – 9% wskazań) oraz zwolnienia lekarskie z przyczyn związanych z układem rozrodczym (ginekologiczne, wśród których najczęściej jest to ciąża i schorzenia onkologiczne – łącznie – 9,8%). Wśród innych chorób najczęściej wymieniano: choroby endokrynologiczne i urologiczne – po 3,5%) oraz zaburzenia psychiczne i leczenie szpitalne.

Rys 39 Przyczyny absencji w pracy mieszkańców województwa śląskiego – cz.2 (jednostki chorobowe) [Źródło: opracowanie własne na podstawie badania placówek opieki medycznej – POZ i AOS, N=600]

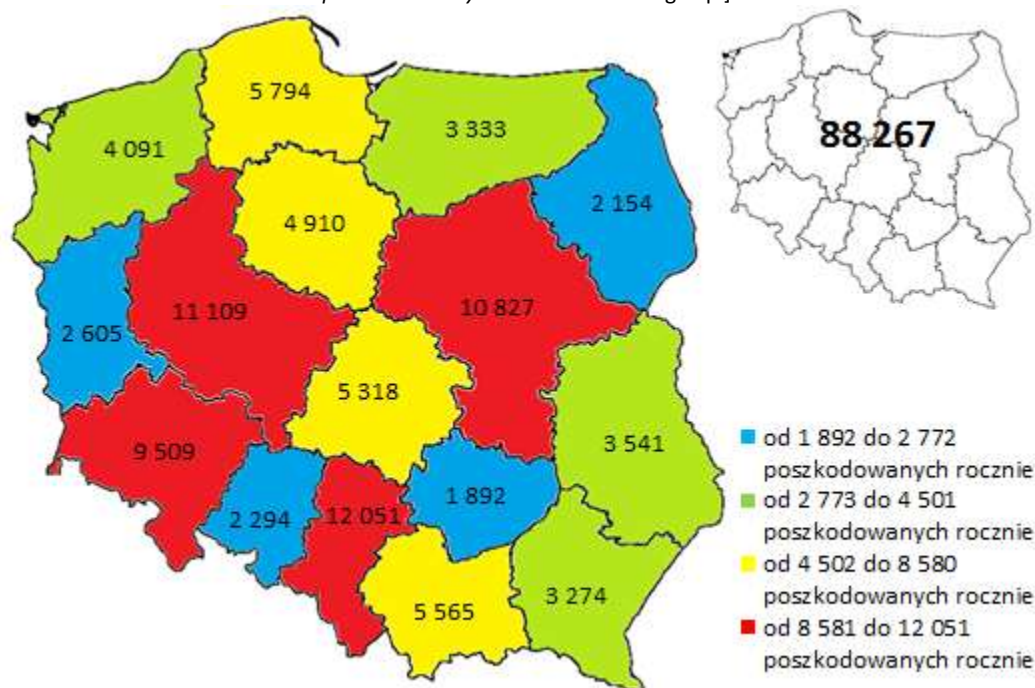


Należy zwrócić uwagę na fakt, iż powyższy rozkład w placówkach opieki specjalistycznej jest związany ze specyfiką leczonych w nich chorób, a więc częściej wystawiane są tam zwolnienia lekarskie (będące przyczyną absencji w pracy) w przypadku chorób przewlekłych i nie wymagających hospitalizacji, co wyjaśnia mały odsetek ich wskazań jako przyczyny wystawiania zwolnień lekarskich (w stosunku do skali występowania chorób onkologicznych i chorób układu krążenia) – pacjenci ci najczęściej trafiają do szpitali, a więc nie figurują w zestawieniach placówek opieki ambulatoryjnej.

Dane dotyczące wykluczenia z rynku pracy ze względu na zapadalność na choroby przewlekłe nie są optymistyczne, ze względu na to, iż ograniczają zdolność do pracy populacji regionu. Jednak na wykluczenie z rynku pracy mają wpływ także wypadki w miejscach pracy. W tej kwestii, województwo śląskie na tle innych województw w Polsce nie wypada optymistycznie. W województwie śląskim w 2013 roku, podobnie jak w latach ubiegłych, odnotowano największą liczbę osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy. Największy odsetek poszkodowanych w wypadkach przy pracy przypadł na 2011 rok i stanowił aż 14,4% ogółu poszkodowanych, którzy ulegli wypadkom zarejestrowanym w Polsce.

⁷⁸ „Warunki pracy w 2014 r.”, GUS, Warszawa, 2015.

Rys 40 Poszkodowani w wypadkach przy pracy w latach 2009-2013 w Polsce i w województwie śląskim [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS - www.stat.gov.pl]



Pomimo tego, że liczba wypadków przy pracy w 2013 roku, w porównaniu z wcześniejszymi latami, zmniejszyła się, to jednak nadal sytuacja w województwie śląskim nie wygląda zadowalająco. W województwie śląskim w 2013 roku było aż 12051 osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy, jest to 13,7% udziału w ogóle poszkodowanych w całej Polsce.

Jednakże należy pamiętać o tym, że województwo śląskie jest jednocześnie drugie w Polsce co do liczby pracujących.

Jeśli chodzi o podział na podregiony województwa, daje się zauważyć w województwie zróżnicowanie pod tym względem. Najwięcej osób poszkodowanych odnotowano w 2008 roku w podregionie katowickim, w którym zauważyć można tendencję spadkową, aczkolwiek region ten od lat pozostaje regionem w województwie śląskim, w którym dochodzi do największej liczby wypadków. W pozostałych podregionach liczba wypadków wyglądała następująco: na drugim miejscu plasował się podregion bielski (1642), następnie sosnowiecki (1586), rybnicki (1540), gliwicki (1482), tyski (1344), bytomski (961). Najmniejszą liczbę osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy w 2013 roku odnotowano w podregionie częstochowskim.

Tab 6 Poszkodowani w wypadkach przy pracy w 2013 roku w podregionach województwa śląskiego [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]

Jednostka terytorialna	wypadki ogółem [osoby]					
	2008	2009	2010	2011	2012	2013
podregion bielski	2054	1636	1799	1827	1636	1642
podregion bytomski	1121	1029	1021	991	957	961
podregion częstochowski	845	772	752	932	887	697
podregion gliwicki	1819	1625	1672	1659	1552	1482
podregion katowicki	3397	3255	3242	3276	2845	2799
podregion rybnicki	2050	1866	1959	1763	1783	1540

Jak wskazują dane w tabeli powyżej w 2013 roku nieznacznie zmniejszyła się liczba osób poszkodowanych w wypadkach w województwie śląskim. W porównaniu z rokiem poprzednim liczba wypadków zmniejszyła się o 800 osób. Największą liczbę osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy w 2013 roku w województwie śląskim odnotowano w sekcjach: przetwórstwo przemysłowe (31,7%), górnictwo i wydobywanie (12,5%), handel i naprawy (11,1%), budownictwo (8,6%), opieka zdrowotna i pomoc społeczna (8,2%), transport i gospodarka magazynowa (6,5%), edukacja (5,1%), rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo (1,2%). Dane statystyczne wskazują ponadto, że liczba osób poszkodowanych w wypadkach przy pracy w województwie śląskim, w okresie 2009 - 2013 nie uległa zasadniczym zmianom. W roku 2011 w województwie śląskim zarejestrowano aż 13987 wypadków przy pracy. Zauważalny jest trend spadkowy, jednakże związany on jest ze spadkiem osób poszkodowanych przy pracy w Polsce. Nie zmienia to faktu, że województwo śląskie nadal pozostaje w sferze wysokiego ryzyka wypadków przy pracy. Na wypadki przy pracy niezmiennie bardziej narażeni są mężczyźni niż kobiety. Wskaźnik wypadków przy pracy (na 1000 pracujących) w województwie śląskim, podobnie jak liczba wypadków w latach 2009-2013, ulegał niewielkim zmianom, jednakże nie zarejestrowano wyraźnych tendencji malejących, czy też rosnących.

Dane dotyczące liczby wypadków ciężkich oraz śmiertelnych w latach 2009 - 2013 wskazują na tendencję spadkową. Najwięcej wypadków ciężkich miało miejsce w 2009 roku, jednakże cztery lata później liczba wypadków zmalała aż o 39. Widoczne zmiany są także w liczbie wypadków śmiertelnych w latach 2009 - 2013. Liczba wypadków śmiertelnych zmniejszyła się prawie o połowę

jeśli porównamy liczbę wypadków z 2009 roku z liczbą wypadków w 2013 roku. W 2009 roku wypadkom śmiertelnym uległy aż 72 osoby, cztery lata później tych osób było 39.

Główną przyczyną wypadków w Polsce, jak i w województwie śląskim, niezmiennie są nieprawidłowe zachowanie pracownika, często spowodowane niedostateczną znajomością zagrożenia, lekceważeniem poleceń kadry zarządzającej, czy też niski stopień koncentracji uwagi nad wykonywaną czynnością. Wśród innych częstych przyczyn wypadku można wymienić także niewłaściwy stan czynnika materialnego, brak lub niewłaściwe posługiwanie się czynnikiem materialnym, niewłaściwe samowolne zachowanie pracownika bądź niewłaściwa organizacja pracy.

Sytuacja ekonomiczna w Polsce nie polepsza się ze względu na rosnącą liczbę osób, które straciły pracę ze względu na liczne czynniki wykluczające z rynku pracy. Utrata pracy spowodowana np. wypadkiem niesie za sobą ryzyko pogorszenia kondycji fizycznej i umysłowej, a w konsekwencji poważne skutki finansowe i zdrowotne. Ponadto niepokojące zjawisko starzejącego się społeczeństwa wymusza niejako, aby nie tylko tworzyć coraz więcej miejsc pracy, ale – co najbardziej istotne – upewnić się, czy miejsca pracy są bezpieczne dla pracownika, czy nie jest on narażony na liczne wypadki, ponieważ z występowania chorób przewlekłych, które są skutkiem pracy w złych warunkach, wynikają ogromne obciążenia społeczne. Kluczowym problemem jest zapobiec sytuacji, w której utrata pracy dotyczy przede wszystkim grupy najbardziej narażonej na wykluczenie z rynku pracy, czyli przede wszystkim niepełnosprawnych i tych mających przewlekłe problemy zdrowotne. Zauważyć należy, że te osoby są w szczególnej sytuacji, ponieważ po wyjściu takich osób z rynku pracy ich szanse na powrót do pracy są bardzo małe.

Według danych ZUS zebranych w 2013 roku przez Departament Statystyki Prognoz Aktuariatnych, lekarze orzecznicy ZUS wydali 1 384,9 orzeczeń, tj. o 1,5% więcej niż w roku poprzednim⁷⁹. Na rys. 47 przedstawiono odsetek orzeczeń pierwszorazowych dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy w 2013 roku, z porównaniem do roku 2012. Ponad połowa orzeczeń dotyczyła częściowej niezdolności do pracy. W 2013 roku ZUS przyznał aż 55,9% orzeczeń dotyczących częściowej niezdolności do pracy, a więc o 0,9% więcej niż w roku poprzednim. Jeśli chodzi o orzecznictwo całkowitej niezdolności do pracy to takich wydano 33,6% w 2013 roku, czyli mniej niż w 2012 roku (35%). Według raportu ZUS nastąpił wzrost orzeczeń dotyczących całkowitej niezdolności do pracy i samodzielnej egzystencji, w roku 2013 odsetek przyznanych orzeczeń wyniósł 10,5%.

W województwie śląskim, według danych Departamentu Statystyki i Prognoz Aktuariatnych ZUS, w 2014 roku wydano 1447 pierwszorazowych orzeczeń o całkowitej niezdolności do pracy, z czego aż 62,4% wydano mężczyznom. Całkowitą niezdolność do pracy najczęściej orzekano w grupie wiekowej 55-59, było to aż 480 orzeczeń pierwszorazowych. W porównaniu z rokiem wcześniejszym stwierdzić należy, że nastąpił wzrost stwierdzonych orzeczeń pierwszorazowych o całkowitej niezdolności do pracy, w roku 2013 takie orzeczenie otrzymało 1127 osób.

Jeśli chodzi o przestrzenne zróżnicowanie orzeczeń pierwszorazowych z ustalonym stopniem niezdolności do pracy wydanych w 2013 roku przez lekarzy orzeczników ZUS, z danych wynika, że najwięcej orzeczeń wydano w województwach: mazowieckim (14,4%), śląskim (13,1%) i wielkopolskim (10,4%), ze względu na to, że w tych województwach zanotowano w 2013 roku najwięcej osób pracujących. Orzeczenia o niezdolności do pracy przyznawane są ze względu na różne okoliczności powstania niezdolności. Orzecznicy ZUS dokonali rozróżnienia na trzy rodzaje okoliczności: ogólny stan zdrowia, wypadki przy pracy, choroby zawodowe.

W 2013 roku niezdolność do pracy (częściowa oraz całkowita) najczęściej związana była z ogólnym stanem zdrowia, następnie niezdolność do pracy powodowały choroby zawodowe, a w najmniejszym stopniu orzekano niezdolność do pracy z powodu wypadku. Z powodu ogólnego stanu zdrowia, 55% osób otrzymało orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy, a 34,2% otrzymało orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy. Z powodu chorób zawodowych aż 92,6% osób uzyskało orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy, a całkowitą niezdolność do pracy orzeczono u 6,1% osób. Wśród osób, które uległy wypadkom w miejscu pracy 80,6% stanowiły osoby, które uzyskały orzeczenie o częściowej niezdolności do pracy, a orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy otrzymało 15,4% badanych.

Wielu pracowników województwa śląskiego zbyt wcześnie opuszcza rynek pracy ze względu na problemy zdrowotne. Około 10% ludności w wieku produkcyjnym nie pracuje z powodu całkowitej, bądź częściowej niepełnosprawności. Należy podjąć działania mające na celu inwestowanie w dobre praktyki profilaktyki zdrowotnej i promocję ochrony zdrowia pracowników. Podjąć należy także działania długoterminowego rozwiązania problemu niezdolności do pracy i przedwczesnego opuszczania rynku pracy. Dokonać tego można poprzez podjęcie działań zmierzających do zatrzymania większej liczby pracowników na rynku pracy (lub ich powrotu na rynek pracy), niezależnie od problemów zdrowotnych ograniczających zdolność do pracy, z jakimi się borykają. Długotrwała nieobecność w pracy niesie za sobą zazwyczaj negatywne skutki, im dłużej nie pracują, tym trudniejszy psychicznie jest dla nich powrót do pracy. Działania podjęte z odpowiednim wyprzedzeniem, najlepiej wspólnie przez lekarzy pierwszego kontaktu, lekarzy specjalistów, pacjenta i jego pracodawcę, mogą umożliwić osobom cierpiącym na różne choroby utrzymanie zatrudnienia i ułatwić im zachowanie równowagi pomiędzy odczuwaną potrzebą odpoczynku i pracy.

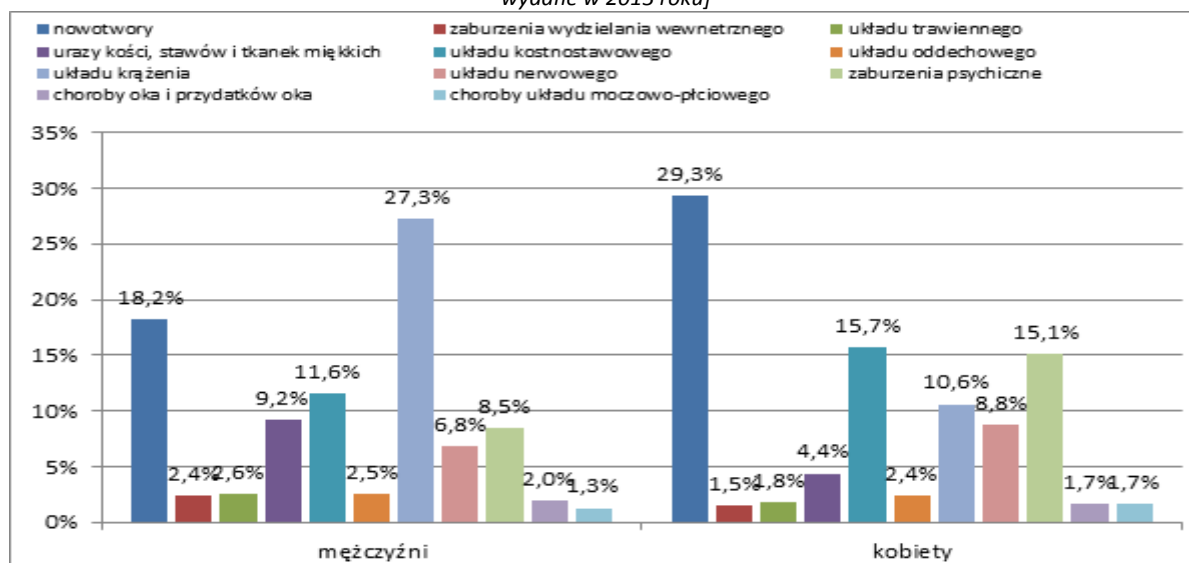
Według analiz orzeczeń pierwszorazowych wydanych przez lekarzy orzeczników ZUS dla celów rentowych w 2013 roku najczęstszymi chorobami, które powodowały niezdolności do pracy były choroby nowotworowe (22,3%), choroby układu krążenia (21,3%), choroby układu kostno-stawowego, mięśniowego (12,9%), zaburzenia psychiczne (10,8%), urazy kości, stawów i tkanek miękkich (7,5%) oraz choroby układu nerwowego (7,4%).

⁷⁹ ZUS, Departament Statystyki Prognoz Aktuariatnych, Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2013 roku, Warszawa 2014.

Analiza sytuacji dotyczącej orzeczeń pierwszorazowych wydanych przez lekarzy orzeczników ZUS w województwie śląskim nie odbiegają znacznie od danych ogólnopolskich. W 2014 roku orzeczeń pierwszorazowych orzekających o całkowitej niezdolności do pracy wydano z powodu zachorowań na nowotwory złośliwe, aż 54,5% przypadków dotyczyło właśnie tej choroby. Drugą, należącą do najczęstszych przyczyn orzekania o całkowitej niezdolności do pracy w województwie śląskim były choroby układu krążenia (23,4%). W dalszej kolejności orzeczenia wydano z powodu chorób układu pokarmowego (5,9%), chorób układu nerwowego (4,6%), chorób układu mięśniowo-szkieletowego (4,6%) oraz z powodu zaburzeń psychicznych (2,9%).

Analizując strukturę grup chorobowych zauważalne jest zróżnicowanie ze względu na płeć osób, które uzyskały orzeczenie o całkowitej niezdolności do pracy. U mężczyzn niezdolność do pracy powstawała najczęściej na skutek chorób układu krążenia (26,9%), nowotworów (16,8%) i chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego (11,3%). U kobiet całkowitą niezdolność do pracy najczęściej spowodowana była w 28,3% przypadków chorobami nowotworowymi, w 16,7% przypadków chorobami układu kostno-stawowego, mięśniowego oraz zaburzeniami psychicznymi (15,1%).

Rys 41 Orzeczenia pierwszorazowe dla celów rentowych, w których ustalono stopień niezdolności do pracy według grup chorobowych i płci w 2013 roku w Polsce [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych ZUS, Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2013 roku]



Niezdolności do pracy u osób z chorobami nowotworowymi powodowane były głównie przez nowotwory złośliwe sutka (16,1%) oraz nowotwory złośliwe oskrzela i płuca (15,4%). W przypadku zaburzeń psychicznych była to schizofrenia – 24,7% przypadków, a wśród osób z chorobami układu nerwowego, główną chorobą było stwardnienie rozsiane (14%). Wśród osób z chorobami układu krążenia najczęściej wydawano orzeczenia o niezdolności do pracy na skutek przewlekłej choroby niedokrwiennej serca – 31,1% przypadków oraz następstw chorób naczyń mózgowych – 17,7% przypadków. W przypadku chorób układu kostno-stawowego, mięśniowego i tkanki łącznej były to choroby kręzka międzykręgowego (25%) i choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych (18,1%), a w związku z urazami kości stawów i tkanek miękkich były to następstwa urazów kończyny dolnej – 28,6% oraz kończyny górnej – 18,8%⁸⁰.

Według danych GUS, w 2014 roku, w Polsce, stwierdzono 2351 chorób zawodowych, w tym 1518 przypadków dotyczyło mężczyzn, a 833 kobiet. W przypadku najczęściej występujących jednostek chorobowych wymienionych w wykazie chorób zawodowych, od lat można stwierdzić prawidłowości dotyczące zróżnicowania terytorialnego (wojewódzkiego), które jest bezpośrednio związane z dominującymi w regionie sekcjami gospodarki i strukturą zatrudnienia. Na tle innych regionów, w województwie śląskim odnotowuje się niezmiennie od kilku lat dużą liczbę osób, które zapadają na choroby zawodowe.

Diagnostyka najczęściej występujących w województwie śląskim chorób zawodowych, w większości przypadków wymaga sprzętu, który standardowo znajduje się na wyposażeniu placówek POZ i AOS: w przypadku pylicy podstawą rozpoznania jest zdjęcie radiologiczne płuc, obustronnej utraty słuchu – badanie audiometryczne, zespołu wibracyjnego – badanie radiologiczne zmian kostno-stawowych⁸¹, a w przypadku przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego – badanie neurofizjologiczne (badanie pobudliwości elektrycznej mięśni i nerwów)⁸². Zapotrzebowanie na sprzęt, umożliwiający przeprowadzenie tego typu diagnostyki, w ramach badania ankietowego placówek AOS/POZ, zadeklarowało odpowiednio: 55,4% AOS (sprzęt do RTG, USG) i 77,3% POZ (przede wszystkim w zakresie sprzętu RTG i RM oraz spirometrii), umożliwiający przeprowadzenie tego typu diagnostyki.

⁸⁰ ZUS, Departament Statystyki Prognoz Aktuarialnych, Orzeczenia lekarzy orzeczników ZUS o niezdolności do pracy wydane w 2013 roku, Warszawa 2014.

⁸¹ Stasiów B. *Problemy diagnostyczne postaci kostno-stawowej zespołu wibracyjnego*. [w:] Medycyna pracy (2) 2001.

⁸² Kwolek A., Snela S. Rehabilitacja w chorobach i uszkodzeniach obwodowego układu nerwowego Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów 2008.

Jeśli chodzi o rehabilitację, niezbędną przy leczeniu najczęściej występujących chorób zawodowych w województwie śląskim, stosuje się przede wszystkim: w przypadku pylicy - ćwiczenia oddechowe i prewencja otyłości oraz dalszych powikłań (takich choroby krążenia, POCHP, rozedma, nowotwór płuca); w przypadku zespołu wibracyjnego - fizykoterapia, kinezyterapia, masaż leczniczy; a w przypadku przewlekłych chorób obwodowego układu nerwowego - kinezyterapia, w niektórych przypadkach połączona z jonoforezą lignokainową, prądami interferencyjnymi, diadynamicznymi, jak również stosowanie obok magnetoterapii - laseroterapii. Podobnie jak w przypadku sprzętu diagnostycznego, w większości przypadków rehabilitacja pacjentów z tym typem schorzeń wymaga sprzętu, który standardowo znajduje się na wyposażeniu placówek prowadzących rehabilitację, a w objętej badaniem ankietażowej reprezentatywnej próbie placówek, zaledwie 1% z nich deklarowało zapotrzebowanie na sprzęt, umożliwiający przeprowadzenie tego typu rehabilitacji (przede wszystkim – zakup bieżni). Jednocześnie wiele placówek AOS i POZ zgłaszało chęć poszerzenia w przyszłości profilu o działalność rehabilitacyjną w obydwu tych grupach odpowiednio 13,8% AOS i 14,5% POZ chciałoby realizować w ramach RPO WSL 2014-2020 działania związane z wdrażaniem programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej.

Programy profilaktyczne

Analizując zachorowalność na choroby zawodowe i oceniając jej poziom, należy wziąć pod uwagę fakt, iż wiele z aktualnie stwierdzanych patologii jest skutkiem wieloletniego działania czynników szkodliwych w warunkach narażenia sprzed kilkudziesięciu lat. Z kolei zmiany struktury chorób i natężenia zapadalności w czasie są odzwierciedleniem czynników pozamedycznych, m.in. sytuacji na rynku pracy i obowiązujących regulacji prawnych.

Jak świadczą wyniki badań przekrojowych, prowadzonych m.in. przez Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera w Łodzi, na przestrzeni ostatnich 15 lat obserwuje się spadek występowania przypadków „klasycznych” chorób zawodowych. Wyniki analizy zapadalności w 2013 r.⁸³ świadczą o kolejnych zmianach w tym zakresie, wynikających ze zmian w strukturze gospodarki) we wszystkich krajach wysokorozwiniętych, także w Polsce, widoczne jest przeniesienie większości stanowisk pracy do sektora usług. Nakłada się na to postępująca mechanizacja i robotyzacja stanowisk pracy, na których wykorzystywane są w coraz większym stopniu nowoczesne technologie informatyczne. W tych warunkach dominującym czynnikiem, wpływającym na powstawanie chorób związanych ze środowiskiem pracy, staje się stres psychiczny, związany m.in. z koniecznością opanowania nowych zadań, nowoczesną organizacją pracy i presją czasu. W danych z lat 2012-2013 ujawniają się problemy zdrowotne dotyczące zwiększającej się liczby osób pracujących na stanowiskach biurowych, z przewagą wysiłku statycznego w stosunku do wysiłku dynamicznego⁸⁴, co w najbliższych latach skutkować będzie dalszym zwiększeniem odsetka chorób spowodowanych stresem zawodowym, a także chorób narządu ruchu (przede wszystkim - choroby kręgosłupa).

Zmiany w strukturze zatrudnienia, powodują zmiany w strukturze patologii związanych z wykonywaniem pracy, przy czym większość chorób, które są w ostatnich latach przyczyną wykluczenia z rynku pracy, ma wieloczynnikową etiologię (m.in. stres i jego konsekwencje zdrowotne, choroby układu krążenia, nerwice, choroby narządu ruchu) i brakuje w tym zakresie jednoznacznej i powszechnie uznanej metodologii oceny udziału czynników zawodowych w ich powstawaniu (w szczególności jeśli chodzi o tzw. choroby cywilizacyjne, do jakich zalicza się choroby układu krążenia, zaburzenia lękowe, depresje i nerwice, cukrzycę). Z tego względu w obszarze działań profilaktycznych - jak świadczą wyniki przeprowadzonych badań pierwotnych oraz analizy źródeł naukowych, konieczne jest przede wszystkim podniesienie poziomu wiedzy wśród pracodawców i pracowników na temat, czynników wywołujących choroby zawodowe oraz na temat skutecznych działań prewencyjnych. W chwili obecnej brak jest kompleksowego źródła informacji na temat chorób zawodowych, choć istnieje w tym zakresie ogromny dorobek naukowy; w wielu przypadkach – ze względu na stosowane kanały informacji (literatura naukowa, publikacje w czasopiśmie uniwersyteckich). Kluczowym obszarem działalności profilaktycznej, dotyczącej chorób zawodowych powinna być działalność informacyjna przy czym należy dążyć do jej profilowania (np. poprzez przygotowanie odrębnych pakietów informacyjnych, dotyczących poszczególnych jednostek chorobowych, które mogą być dystrybuowane zarówno poprzez internet (witryn internetowych ZUS, IMP, inspektorów sanitarnych) – jako kanału, za pośrednictwem którego możliwe jest łatwe pozyskanie użytecznych materiałów informacyjnych z witryn internetowych ZUS, IMP, inspektorów sanitarnych (na wszystkich szczeblach krajowego systemu inspekcji sanitarnej)). Ważną byłaby także dystrybucja materiałów informacyjnych wśród instytucji samorządu gospodarczego (izby, cechy, zrzeszenia, związki pracodawców), ze szczególnym uwzględnieniem samorządów branżowych, które dysponują środkami do ich dalszego kolportażu wśród zrzeszonych w nich firm, a nawet - wśród konkretnych przedsiębiorstw – w branżach szczególnie wysoko plasujących się w statystykach dotyczących zapadalności na choroby wykluczające z rynku pracy.

Istotne jest to, by podejmowane działania informacyjne odpowiadały specyfice regionu, jeśli chodzi o rodzaj najczęściej występujących chorób zawodowych, a także występowanie czynników je powodujących. Szczególnie istotne byłoby różnicowanie przekazu ze względu na rodzaj wykonywanej pracy oraz obszar działalności przedsiębiorstwa, szczególnie w branżach, w których w województwie śląskim występują najwyższe współczynniki zapadalności na choroby zawodowe, a także zwiększone ryzyko zachorowań na choroby nowotworowe (ze względu na występowanie czynników ryzyka) rolnictwo, leśnictwo, łowiectwo i rybactwo, górnictwo i wydobywanie (w tym: wydobywanie węgla kamiennego i brunatnego), przetwórstwo przemysłowe (w tym: produkcja wyrobów z pozostałych mineralnych surowców niemetalicznych; produkcja metali) i

⁸³ Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Choroby zawodowe w Polsce. Statystyka i epidemiologia. Instytut Medycyny Pracy im. J. Nofera, Łódź 2007.

⁸⁴ Szeszenia-Dąbrowska N., Wilczyńska U., Sobala W. „Choroby zawodowe w Polsce w 2013 r. i ich czynniki przyczynowe” [w:] *Medycyna Pracy* 2014 nr 65(4), Instytut Medycyny Pracy im. prof. J. Nofera, Łódź 2014.

budownictwo. W tych branżach szczególnie istotne jest też uczulanie pracodawców na konieczność kierowania pracowników na obowiązkowe badania z zakresu medycyny pracy, a także informowanie o korzyściach zdrowotnych dla zatrudnionych na stanowiskach szczególnie narażających na ekspozycję czynników niebezpiecznych dla zdrowia, wynikających z rotowania stanowisk pracy. Jest to szczególnie istotne, gdyż okres narażenia na czynnik szkodliwy stanowi główny czynnik ryzyka wystąpienia większości chorób zawodowych i powinna być szczególnie akcentowana w przypadku działań prewencyjnych i informacyjnych, adresowanych do pracodawców - miarę możliwości mogą oni stopniowo odciążać lub modyfikować zadań pracowników, w przypadku których okres narażenia na czynnik szkodliwy jest na tyle długi, że w sposób realny zwiększa ryzyko wystąpienia choroby. Biorąc pod uwagę specyfikę województwa, jeśli chodzi o zapadalność na choroby zawodowe, uzasadnione jest w województwie śląskim szczególnie intensywnych działań prewencyjnych i informacyjnych dla pylic płuc.

4.4. Sytuacja szpitali powiatowych i wojewódzkich⁸⁵ na Śląsku

Poniższy rozdział prezentuje przekrojowo obecną sytuację szpitali powiatowych i wojewódzkich w województwie śląskim w odniesieniu do jednostek chorobowych i dziedzin wskazanych w rozdziale 4.2 jako stanowiące istotny i specyficzny problem zdrowotny mieszkańców regionu, tj. w grupie chorób układu krążenia – choroba niedokrwienna serca, w grupie chorób układu oddechowego - gruźlica, pylica płuc (jak również będąca jej częstym powikłaniem – choroba obturacyjna płuc - POChP) w grupie chorób psychicznych – zaburzenia lękowe i depresje dzieci i młodzieży, w grupie chorób układu kostno-szkieletowo-mięśniowego – urazy układu ruchu, w grupie chorób nowotworowych w szczególności: rak żołądka, okrężnicy, jelita grubego, płuc i tchawicy, szyjki macicy i piersi, a w grupie chorób układu wydzielania wewnętrznego – cukrzyca. Pod uwagę wzięto także inne regionalne problemy i potrzeby zdrowotne (wskazano tu opiekę nad matką i dzieckiem jeśli chodzi o stany okołoporodowe i niską wagę urodzeniową niemowląt, przyczyniające się do wysokiej śmiertelności noworodków w regionie oraz opiekę geriatryczną i paliatywną nad osobami starszymi, w szczególności z chorobami przewlekłymi); problemy te zostały szczegółowo omówione w analizie sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w poprzedniej części raportu (rozdziały 4.1. oraz 4.2).

Zasoby szpitali województwa śląskiego w odniesieniu do regionalnych problemów i potrzeb zdrowotnych

W ramach badania analizą objęto zarówno szpitale specjalistyczne, jak i ogólne, w których mogą być diagnozowane i leczone choroby zidentyfikowane jako stanowiące istotny problem zdrowotny, specyficzny dla województwa śląskiego.

Wg danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW⁸⁶ w województwie śląskim działa łącznie 186 szpitali ogólnych⁸⁷, w których łącznie dostępnych jest 25 620 łóżek, co daje wskaźnik 55,9 łóżka szpitalnego na 10 tys. mieszkańców województwa. Wg danych za 2014r. liczba leczonych osób w tych szpitalach wyniosła 92 5667 pacjentów, wskaźnik leczonych na 1 łóżko szpitalne wyniósł 36 osób (co sytuuje województwo śląskie na ostatnim, 16 miejscu w kraju), a wskaźnik wykorzystania łóżka szpitalnego w skali roku wyniósł w tych szpitalach 66,7%. Przeciętny czas pobytu chorego w 2014 roku wynosił 6,6 dnia. Wg danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej Śląskiego Urzędu Wojewódzkiego⁸⁸ w szpitalach ogólnych zlokalizowanych na terenie województwa śląskiego działało w roku 2014 roku łącznie 1027 oddziałów z 25 620 łózkami, z czego największa liczba łóżek znajdowała się w oddziałach: chirurgicznych (różnych specjalności), chorób wewnętrznych, rehabilitacyjnych i ginekologiczno-położniczych. W ogólnej strukturze łóżek w szpitalach, łóżka chirurgiczne stanowiły 19,3%, łóżka na oddziałach chorób wewnętrznych -13,6%, na oddziałach rehabilitacyjnych – 13,5%, ginekologiczno-położniczych –7,9%, w dalszej kolejności największy odsetek łóżek szpitalnych znajdował się na oddziałach: neurologicznych, neonatologicznych, gruźlicy i chorób płuc, kardiologicznych, pediatrycznych, onkologicznych, psychiatrycznych, otolaryngologicznych⁸⁹. Należy podkreślić, że struktura dostępności miejsc w szpitalach ogólnych jest więc adekwatna do głównych grup chorób, stanowiących problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego (opisanych w rozdziale 4.2)⁹⁰, co więcej województwo śląskie wyróżnia na tle innych najniższą w Polsce liczbę pacjentów hospitalizowanych w ciągu roku na jedno łóżko oraz kształtująca się na poziomie 65% średnia procentowego wykorzystania łóżek na wszystkich oddziałach szpitalnych⁹¹.

Świadczenia hospitalizacji w odniesieniu do grup chorób, stanowiących poważny problem zdrowotny w regionie, omówionych powyżej w rozdziale 4.2, odbywa się w ramach następujących oddziałów w szpitalach województwa śląskiego⁹²:

1. Grupa I (choroby układu krążenia, w tym choroby niedokrwiennej serca, miażdżycy naczyń mózgowych)
 - a. Kardiologiczne 7
 - b. Kardiologiczne 48
 - c. Neurologiczne 10
 - d. Neurochirurgiczne 10

⁸⁵ W tym rozdziale pod pojęciem „szpitale wojewódzkie” mieszczą się SPZOZ, posiadające oddziały szpitalne, dla których organem tworzącym jest Województwo Śląskie – wg listy zamieszczonej na: https://bip.slaskie.pl/index.php?grupa=4&dzi=3&id_menu=139.

⁸⁶ Por.: Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014 – cz. I, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW, Katowice 2015.

⁸⁷ W tym, 28 jednostek dla których organem tworzącym jest jednostka samorządu wojewódzkiego (tzw. szpitale wojewódzkie), w których znajdują się oddziały leczenia szpitalnego (stacjonarnego) oraz jednostki, dla których podmiotem tworzącym jest Śląski Uniwersytet Medyczny, Minister Zdrowia, Minister Obrony Narodowej i in. urząd centralny – por. Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014 – cz. I, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW, Katowice 2015. str. 16. W tym miejscu – poza podmiotami prowadzącymi leczenie psychiatryczne i zakłady opiekuńczo-lecznicze i hospicja.

⁸⁸ Por.: Raport 2014. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2014.

⁸⁹ Por.: Raport 2014. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2014.

⁹⁰ Por. opinie eksperckie konsultantów wojewódzkich ds. chorób płuc i gruźlicy, epidemiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ginekologii onkologicznej, kardiologii i zdrowia publicznego.

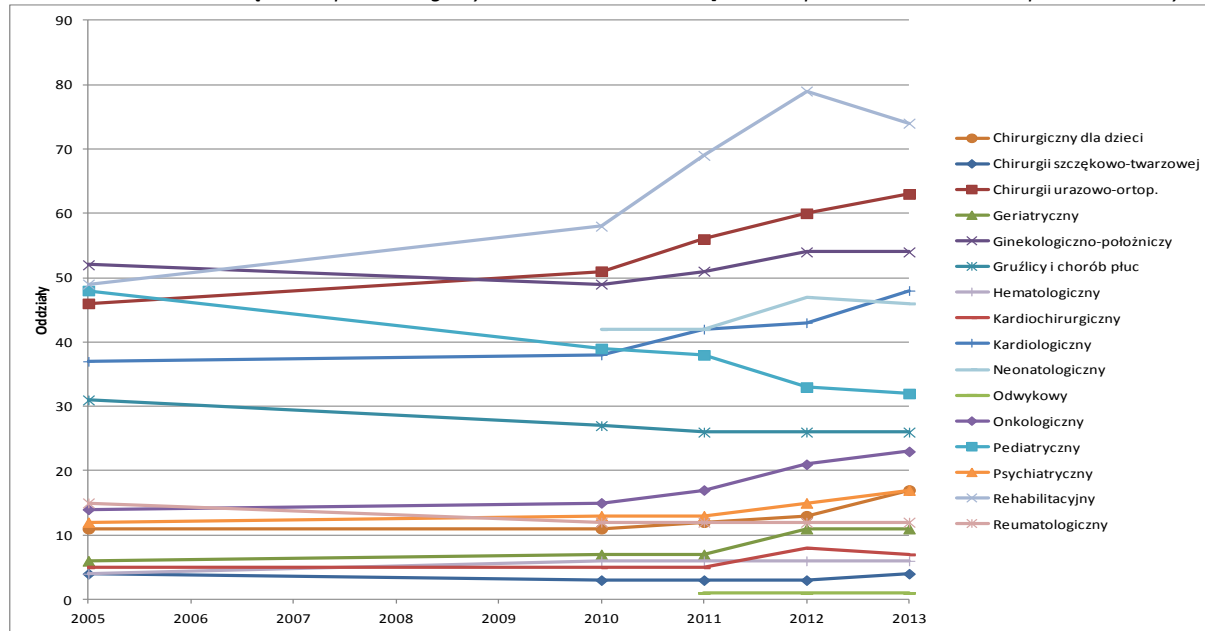
⁹¹ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013. Raport GUS, Warszawa 2014.

⁹² Obok nazwy specjalności podano liczbę oddziałów w śląskich szpitalach.

2. Grupa II (choroby układu oddechowego, w tym – gruźlica, oraz choroby zawodowe: pylica płuc, obustronny trwały ubytek słuchu)
 - a. Gruźlicy i chorób płuc 26
 - b. Otolaryngologiczne 46
3. Grupa III (choroby układu kostno-szkieletowo-mięśniowego, w tym – choroby układu ruchu i skutki wypadków przy pracy)
 - a. Rehabilitacyjne 74
 - b. Chirurgii urazowo-ortopedycznej 63
 - c. Chirurgiczne ogólne 102
 - d. Chirurgiczne dla dzieci 17
 - e. Reumatologiczne 12
4. Grupa IV (choroby nowotworowe, w tym – rak piersi i szyjki macicy, rak tchawicy, płuc i oskrzeli, rak żołądka, okrężnicy, odbytu oraz złącza jelit i odbytu)
 - a. Onkologiczne 23
 - b. Hematologiczne 6
5. Grupa V (zaburzenia psychiczne, w tym – zaburzenia lękowe i depresje młodzieży i dzieci)
 - a. Psychiatryczne 17
 - b. Odwykowe 1
6. Grupa VI (dodatkowo wskazane: choroby układu wydzielniczego – cukrzyca, obszar opieki nad matką i dzieckiem oraz schorzenia osób w wieku 65+)
 - a. Pediatriczne 32
 - b. Diabetologiczne 1
 - c. Neonatologiczne 25
 - d. Ginekologiczno - położnicze 54
 - e. Geriatryczne 11
 - f. Toksykologiczne 1⁹³

Zmianę liczby oddziałów w szpitalach ogólnych województwa śląskiego w latach 2005-2013 (na bazie danych GUS⁹⁴ przedstawiono poniżej:

Rys 42 Liczba oddziałów w śląskich szpitalach ogólnych w latach 2005-2013 [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Jak pokazuje powyższy wykres, w ostatnich latach w szpitalach w województwie śląskim wzrosła liczba niemal wszystkich oddziałów, w tym w największym stopniu – oddziałów chirurgicznych, kardiologicznych, onkologicznych i psychiatrycznych, co stanowi pozytywny aspekt funkcjonowania szpitali województwa śląskiego w odniesieniu do opisanych w rozdziale 4.2 chorób stanowiących poważny problem zdrowotny w regionie, niemniej – jak pokazuje powyższy wykres - spadła natomiast liczba oddziałów pediatrii, neonatologii, gruźlicy i chorób płuc oraz oddziałów rehabilitacyjnych. Jeśli chodzi o zapewnienie opieki zdrowotnej najmłodszej grupie pacjentów (np. noworodkom z niską wagą urodzeniową i wadami rozwojowymi), mimo

⁹³ <http://katowice.stat.gov.pl/dane-o-wojewodztwie/wojewodztwo-1071/warunki-zycia/>

⁹⁴ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013. Raport GUS, Warszawa 2014.

obserwowanego w ostatnich latach i spodziewanego dalszego spadku wskaźnika przyrostu naturalnego, ich mniejsza niż dotąd liczba stanowić może zagrożenia w ramach systemu opieki zdrowotnej w regionie dla najmłodszych pacjentów; ponadto postęp medycyny w tym zakresie sprawia, że możliwy jest zakup bardziej zaawansowanej technologicznie aparatury i wyposażenia tych oddziałów w celu zapewnienia lepszej opieki noworodkom z niską wagą urodzeniową i wadami rozwojowymi - co jest problemem specyficznym i wymagającym dodatkowych interwencji, w związku z najwyższą w kraju umieralnością niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska masa urodzeniowa. Jednak malejąca liczba oddziałów gruźlicy i chorób płuc oraz rehabilitacji (w tym – rehabilitacji pulmonologicznej), stanowi zagrożenie dla zapewnienia pełnej dostępności leczenia szpitalnego dorosłym pacjentom cierpiącym na choroby zakaźne, do których należy gruźlica (zwłaszcza w kontekście odnotowanej ostatnio wzrastającej zapadalności na to schorzenie w regionie); podobnie – jeśli chodzi o zapewnienie właściwej rehabilitacji pacjentom wymagającymi opieki po poważnych zabiegach chirurgicznych i urazach (wypadkach przy pracy) oraz schorzeniach związanymi z układem ruchu (w tym – rehabilitacja po endoprotezoplastyce), jak i w obrębie klatki piersiowej (operacje kardiochirurgiczne, torakochirurgiczne, transplantologiczne)⁹⁵. Jednocześnie biorąc pod uwagę niewielkie w skali regionu wykorzystanie łóżek na wszystkich oddziałach (kształtujące się średnio na poziomie 63-64% rocznie), regionalny zasięg dużych szpitali wojewódzkich wielospecjalistycznych (z dostępnością wszystkich wymienionych tu oddziałów) i zmiany w tym zakresie wynikające z restrukturyzacji i zmian organizacyjnych w szpitalach w województwie śląskim, spadająca liczba oddziałów rehabilitacyjnych w szpitalach może być w wystarczający sposób zrekompensowana zwiększeniem dostępności tego typu świadczeń w formie ambulatoryjnej (w ramach AOS).

Z kolei ważnym problemem z punktu widzenia opisanych w rozdziale 4.2 chorób stanowiących poważny problem zdrowotny w regionie, jest brak w województwie oddziału leczenia chorób metabolicznych, diabetologicznego dla dzieci i dostępność zaledwie jednego oddziału diabetologicznego dla dorosłych (z dostępnością 4 łóżek)⁹⁶, co wg opinii ekspertów, biorących udział w badaniu pogłębionym, stanowi istotny czynnik ryzyka dla zapewnienia opieki wzrastającej grupie osób chorujących na cukrzycę w województwie śląskim, a także przyczynia się do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu cukrzycy w regionie.

Ponadto, w zakresie chorób zakaźnych w województwie, najtrudniejsza sytuacja dotyczy braku możliwości hospitalizacji dzieci z podejrzeniem choroby zakaźnej/chorobą zakaźną na oddziałach zakaźnych na terenie województwa śląskiego⁹⁷. W szpitalach w województwie śląskim na 9 oddziałach tego typu, według stanu z 2013 i 2014r., dostępnych było w sumie 205 łóżek, przy czym stan zaopatrzenia w łóżka szpitalne na oddziałach zakaźnych w wartościach bezwzględnych był najwyższy w Bytomiu (60) i Chorzowie (50), kolejno Częstochowa (26), Racibórz (25), Cieszyn (19) oraz Tychy (15), najniższy stan zanotowano w Zawierciu (10)⁹⁸; są to jednak oddziały dla osób dorosłych. Skutkiem tego jest konieczność zorganizowania transportu chorych do podmiotu leczniczego, znajdującego się na terenie innego województwa. Bardzo istotnym problemem jest także bardzo długi średni czas oczekiwania na wizytę w podmiotach leczniczych udzielających świadczeń zdrowotnych w kierunku chorób zakaźnych oraz pochodzenia tropikalnego w regionie (nawet do 3 lat w przypadku boreliozy). W przypadku zachorowań w tej grupie schorzeń, utrudniony dostęp do świadczeń może bardzo istotnie wpływać na pogorszenie stanu zdrowia pacjenta⁹⁹.

Jeśli chodzi o rozmieszczenie wszystkich łóżek szpitalnych (ogółem) w powiatach i miastach na prawach powiatu w województwie śląskim jest zróżnicowane – według stanu w 2014 roku wskaźnik zaopatrzenia ludności w łóżka szpitalne liczony na 10 000 ludności był najwyższy w Katowicach (115,0), powiecie cieszyńskim (99,5), Chorzowie (82,7), powiecie tarnogórskim (81,4), a więc przede wszystkim w subregionie centralnym województwa. Z kolei najniższe wartości wskaźnika zaopatrzenia ludności w łóżka szpitalne odnotowano w powiecie bieruńsko - lędzińskim (6,8), powiecie częstochowskim (10,8), natomiast w powiecie rybnickim nie odnotowano działalności w zakresie opieki stacjonarnej. W odniesieniu do niskiej dostępności leczenia szpitalnego w tych powiatach należy przypuszczać, że mieszkańcy tych powiatów korzystają również z łóżek szpitalnych zlokalizowanych w sąsiednich miastach na prawach powiatu, gdzie są rozmieszczone wielospecjalistyczne szpitale wojewódzkie (powiat częstochowski – Częstochowa, powiat bieruńsko - lędziński – Tychy, powiat rybnicki – Rybnik, Gliwice)¹⁰⁰.

Szczegółowe dane na temat zmian liczby dostępnych miejsc (łóżek) w szpitalach ogólnych i specjalistycznych w województwie śląskim w odniesieniu do diagnostyki i leczenia chorób stanowiących istotny i specyficzny problem zdrowotny w regionie (wskazanych w rozdz. 4.2) w latach 2005-2013 przedstawiono na wykresie poniżej.

⁹⁵ Por. opinie eksperckie konsultantów ds. chorób płuc i gruźlicy, epidemiologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, kardiologii i zdrowia publicznego.

⁹⁶ „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2015

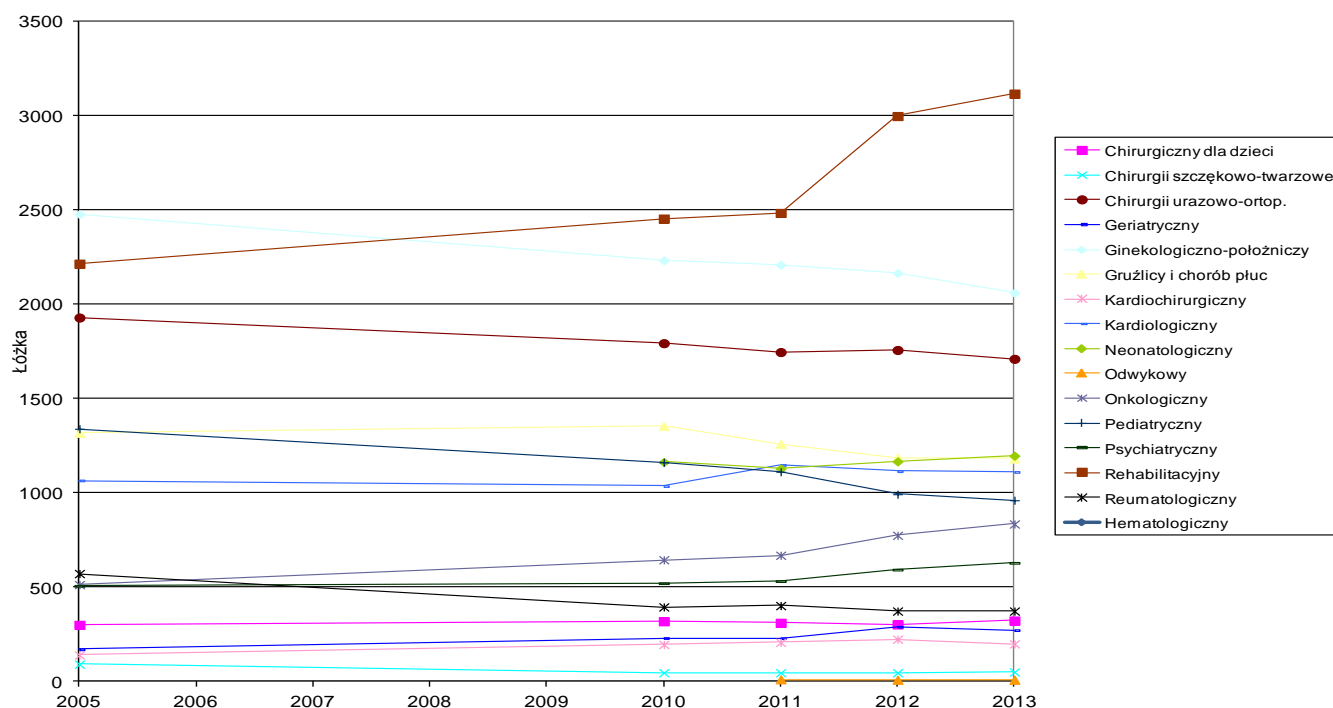
⁹⁷ Por. opinie eksperckie przedstawicieli Wojewódzkiej Stacji Sanitarnej – Epidemiologicznej w Katowicach

⁹⁸ www.katowice.uw.gov.pl [dostęp w dn.08.12.2015]

⁹⁹ Por. opinie ekspertów ds. epidemiologii w województwie śląskim

¹⁰⁰ „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2015.

Rys 43 Liczba łóżek w szpitalach województwa śląskiego wg GUS [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych GUS]



Jak pokazuje powyższy wykres, w ostatnich latach w szpitalach w województwie śląskim wzrost liczby łóżek szpitalnych nie był analogiczny do wzrostu liczby oddziałów, w tym wypadku w największym stopniu wzrosła liczba łóżek na oddziałach chirurgicznych dla dzieci i onkologicznych, spadła natomiast – na oddziałach chirurgii urazowo-ortopedycznej, reumatologicznych, ginekologiczno-położniczych oraz gruźlicy i chorób płuc. Świadczy to ponownie o dokonywaniu przede wszystkim zmian restrukturyzacyjnych w szpitalach (zmiana liczby oddziałów nie pociągała za sobą analogicznych zmian w licznie łóżek szpitalnych), które tylko częściowo odpowiadają na główne potrzeby zdrowotne mieszkańców województwa śląskiego – o ile w kontekście wskazanych najpoważniejszych jednostek i grup chorobowych odpowiednie jest zwiększenie dostępności (liczby) łóżek szpitalnych na oddziałach onkologicznych, o tyle zmniejszenie tej liczby dla pacjentów ze schorzeniami układu kostno-mięśniowo-szkieletowego jest tendencją niekorzystną, co widoczne jest w zwiększającym się czasie oczekiwania pacjentów na leczenie na tych oddziałach¹⁰¹. Podobnie w zakresie chorób płuc i gruźlicy, zdaniem konsultanta wojewódzkiego ds. chorób płuc i gruźlicy, zobrażowana powyższymi danymi sytuacja zmniejszenia liczby łóżek na oddziałach pulmonologicznych i gruźlicy skutkuje brakiem w województwie miejsc szpitalnych dla pacjentów z przewlekłymi schorzeniami tego typu, zwłaszcza w wieku starszym, kiedy schorzeniom tym towarzyszą współwystępujące choroby układu krążenia. Ponadto, wg danych ŚUW¹⁰², w 84 funkcjonujących w województwie śląskim zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych, opiekuńczo – leczniczych, hospicjach stacjonarnych i oddziałach medycyny paliatywnej, było dostępnych łącznie 4843 łóżek¹⁰³ (wskaźnik 10,6 na 10 tys. mieszkańców). W 2014 roku leczonych w tych placówkach było 11 845 osób, co daje wysoki wskaźnik 25,8 leczonych na 10 tys. osób – w tym zakresie nastąpił w ostatnich latach znaczący wzrost liczby chorych – w stosunku do roku 2010, kiedy pacjentów tych placówek było 7 375 (18,6 leczonych na 10 tys. osób). Co więcej średnia długość pobytu chorego w tych placówkach jest bardzo długa – w 2014 roku wynosiła 123,6 dni; dane te świadczą o niewystarczającej dostępności tego typu świadczeń medycznych dla osób starszych i przewlekle chorych, zwłaszcza w kontekście prognozowanego wzrostu liczby osób po 65 i 80 roku życia w najbliższych 20 latach w województwie śląskim¹⁰⁴. Powyższe stanowią więc przesłankę do wspierania w ramach interwencji RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia tych przedsięwzięć i inicjatyw, które przyczynią się do zwiększenia dostępności leczenia w tych obszarach, ze szczególnym uwzględnieniem tych, które przyczynią się do zwiększenia dostępności opieki nad osobami starszymi z kompleksowymi i przewlekłymi schorzeniami, występującymi najczęściej u osób po 65 i 80 r.ż., z uwzględnieniem różnego typu form pobytu dziennego i opieki ambulatoryjnej.

Jeśli natomiast chodzi o leczenie szpitalne schorzeń z grupy zaburzeń psychicznych, wg danych ŚUW¹⁰⁵, w roku 2014 w województwie śląskim funkcjonowały 23 podmioty stacjonarnej opieki psychiatrycznej (w tym: szpitale i oddziały dla nerwowo i psychicznie chorych, stacjonarne ośrodki leczenia odwykowego, stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne dla uzależnionych od substancji psychoaktywnych, stacjonarne ośrodki rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży uzależnionej), w których w 2014 roku

¹⁰¹ Na podst. danych www.kolejki.nfz.gov.pl [data dostępu: 21 października 2015] – szczegółowe zestawienie zamieszczono w załączniku nr 3 do niniejszego raportu.

¹⁰² „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2015.

¹⁰³ Miejsca te nie są uwzględniane w liczbie łóżek w szpitalach ogólnych powyżej.

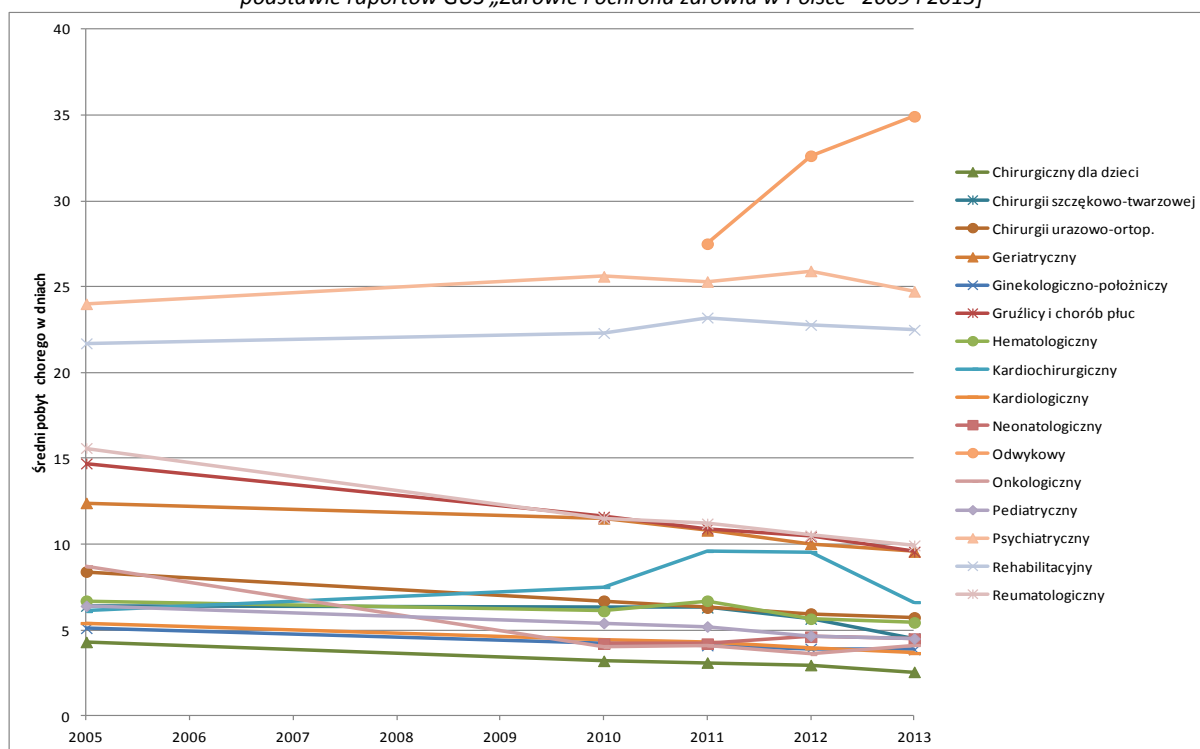
¹⁰⁴ Por. prognozy demograficzne przedstawione w rozdz. 4.1.

¹⁰⁵ Por.: Raport 2014. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2014.

znajdowało się 2914 łóżek (nieznaczny spadek w stosunku do roku 2013 – dostępne wówczas były 2873 łóżka)¹⁰⁶. Wskaźnik zaopatrzenia ludności w łóżka w podmiotach stacjonarnej opieki psychiatrycznej na 10 tys. ludności wynosił 6,4 (w stosunku do 6,2 w 2013 r.). Co istotne w latach 2000-2014 utrzymuje się na względnie stałym poziomie liczba leczonych w nich pacjentów – bez ruchu międzyoddziałowego – w 2014 roku wynosiła ona 25982 osób (wzrost o 726 leczonych w stosunku do roku 2013), natomiast liczba leczonych w przeliczeniu na 1 łóżko rzeczywiste wynosiła 8,9 (w 2013 r. – 8,8). W kontekście zdiagnozowanego w rozdziale 4.2 problemu zdrowotnego, dotyczącego dużej zapadalności na zaburzenia lękowe i depresje młodzieży w województwie śląskim oraz wspomniane wcześniej potrzeby zapewnienia opieki osobom starszym z kompleksowymi schorzeniami, w tym – psychogeriatrycznymi, niepokojące w tym zakresie są dane dotyczące tylko jednego funkcjonującego w tych placówkach oddziału psychiatrycznego dla dzieci (z 24 łózkami), jednego oddziału leczenia zaburzeń nerwicowych dla dzieci i młodzieży (w którym dostępnych w 2014 r. było 40 łózek), jednego oddziału psychiatrycznego dla chorych somatycznie (z dostępnością 30 łózek oraz 4 oddziałów rehabilitacji psychiatrycznej (z 125 łózkami w 2014 roku). Według opinii konsultantów wojewódzkich ds. psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, biorących udział w badaniu pogłębionym¹⁰⁷ w obydwu przypadkach ten niewystarczający stan zabezpieczenia opieki zdrowotnej mógłby być w sposób właściwy uzupełniony poprzez zwiększenie dostępności miejsc pobytu dziennego w placówkach, świadczących usługi medyczne w podobnym zakresie co wspomniane wyżej oddziały szpitalne (z założeniem kontynuacji leczenia ich pacjentów w celu skrócenia pobytu na oddziale i/lub uniknięcia stanów zaostrej, powodujących zagrożenie życia pacjentów tych placówek).

Jednocześnie wg aktualnych danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW średnia długość pobytu pacjentów w szpitalach ogólnych w województwie śląskim ulega systematycznemu skracaniu - w roku 2010 wynosiła 6,9 dnia, a w roku 2014 zmniejszyła się do poziomu 6,6 dnia. Średnio najdłużej pacjenci pozostawali w szpitalach wojewódzkich - średnio przebywali 7,9 dnia, jednak w tego typu jednostkach średnia długość pobytu pacjenta również uległa zmniejszeniu w stosunku do roku 2011, kiedy to wynosiła 8,7 dnia¹⁰⁸. Należy jednocześnie zauważyć, iż średnia długość pobytu chorego w szpitalach uwarunkowana jest profilem danego oddziału (oddziały typu zabiegowego, oddziały typu zachowawczego), stąd najdłużej pacjenci przebywali na oddziałach psychiatrycznych i rehabilitacyjnych – szczegółowo dane te przedstawiono na wykresie poniżej. Wykres ten ilustruje jednocześnie zmiany jeśli chodzi o średni czas pobytu chorego na oddziałach szpitali ogólnych w województwie śląskim w okresie 2005-2013 (por. wykres poniżej):

Rys 44 Średni czas pobytu chorego na oddziale specjalistycznym w szpitalach województwa śląskiego wg GUS [Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce” 2009 i 2013]



Widoczna tendencja do skracania czasu pobytu chorych na wszystkich oddziałach szpitalnych w województwie śląskim jest spowodowana przede wszystkim dążeniem do ograniczenia kosztów ponoszonych przez szpitale¹⁰⁹, ponownie stanowi przesłankę do wspierania ze środków RPO WSL 2014-2020 przedsięwzięć służących zapewnieniu opieki poszpitalnej pacjentom opuszczającym te placówki, którzy w przypadku chorób przewlekłych i związanych z zabiegami chirurgicznymi, wymagają dalszej

¹⁰⁶ Por.: Raport 2014. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2014.

¹⁰⁷ Por. wywiady IDI z konsultantami wojewódzkimi ds. psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży na potrzeby niniejszego badania.

¹⁰⁸ „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2015

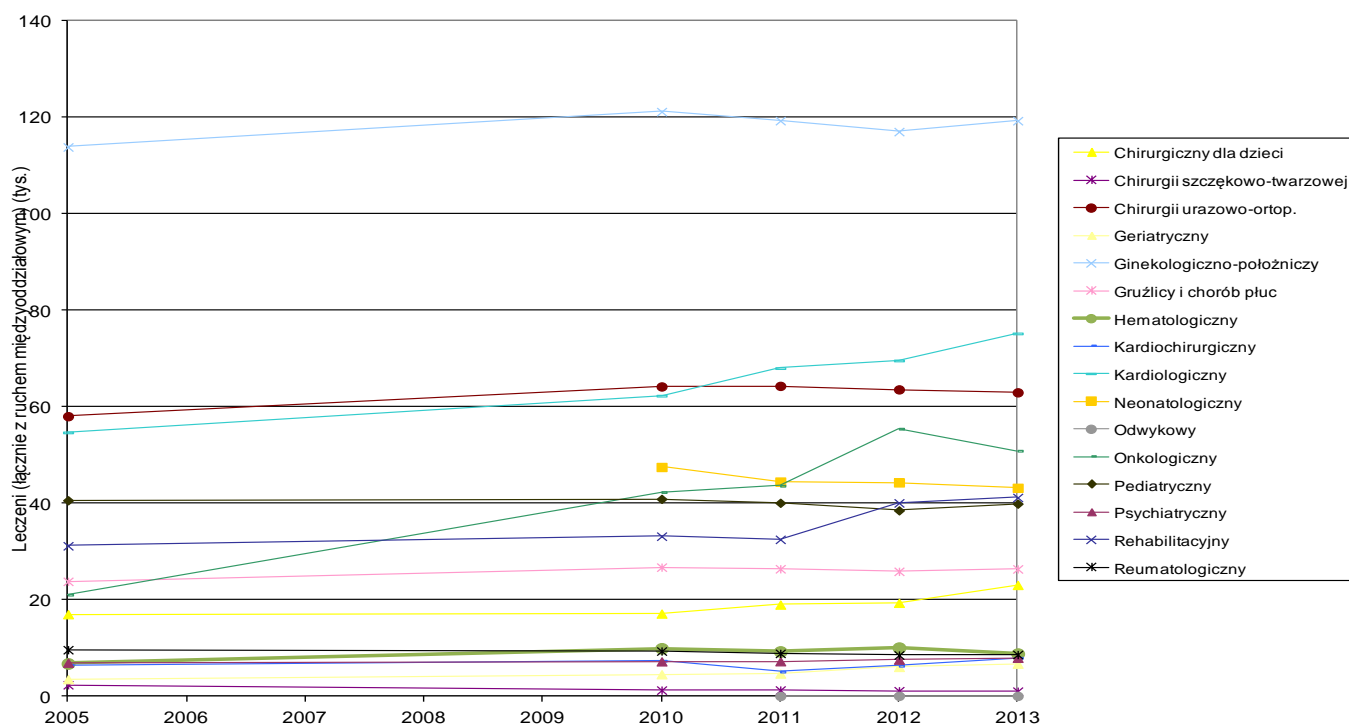
¹⁰⁹ Por. wywiady pogłębione z ekspertami ds. kontraktowania w województwie śląskim.

opieki medycznej, na przykład w formie oddziałów dziennych, do których mogłaby zostać przeniesiona część świadczeń medycznych, podlegających obecnie hospitalizacji, przede wszystkim z zakresu rehabilitacji.

W 2013 i 2014 roku w szpitalach ogólnych w województwie śląskim objęto hospitalizacją odpowiednio: 7670 w 2013 r., oraz 8992 w 2014 r. pacjentów innych województw (płatnikiem świadczenia były oddziały NFZ innych województw) w stosunku do ogólnej liczby pacjentów: 977 481 w 2013 i 1 005 857 w 2014 roku, co stanowi 0,8 % w 2013 roku i 0,9 % w 2014 roku¹¹⁰. Obrazuje to niewielkie zainteresowanie pacjentów z innych województw leczeniem w szpitalach w województwie śląskim, co powoduje, że ich zasięg, mimo zatrudniania wysokiej klasy kadry specjalistycznej i coraz lepszego wyposażenia szpitali w sprzęt medyczny, należy określić jako przede wszystkim regionalny.

Zmiany w zakresie liczby osób leczonych na oddziałach szpitalnych (w podziale na grupy chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny mieszkańców regionu) w latach 2005-2013, przedstawiono poniżej na rysunku:

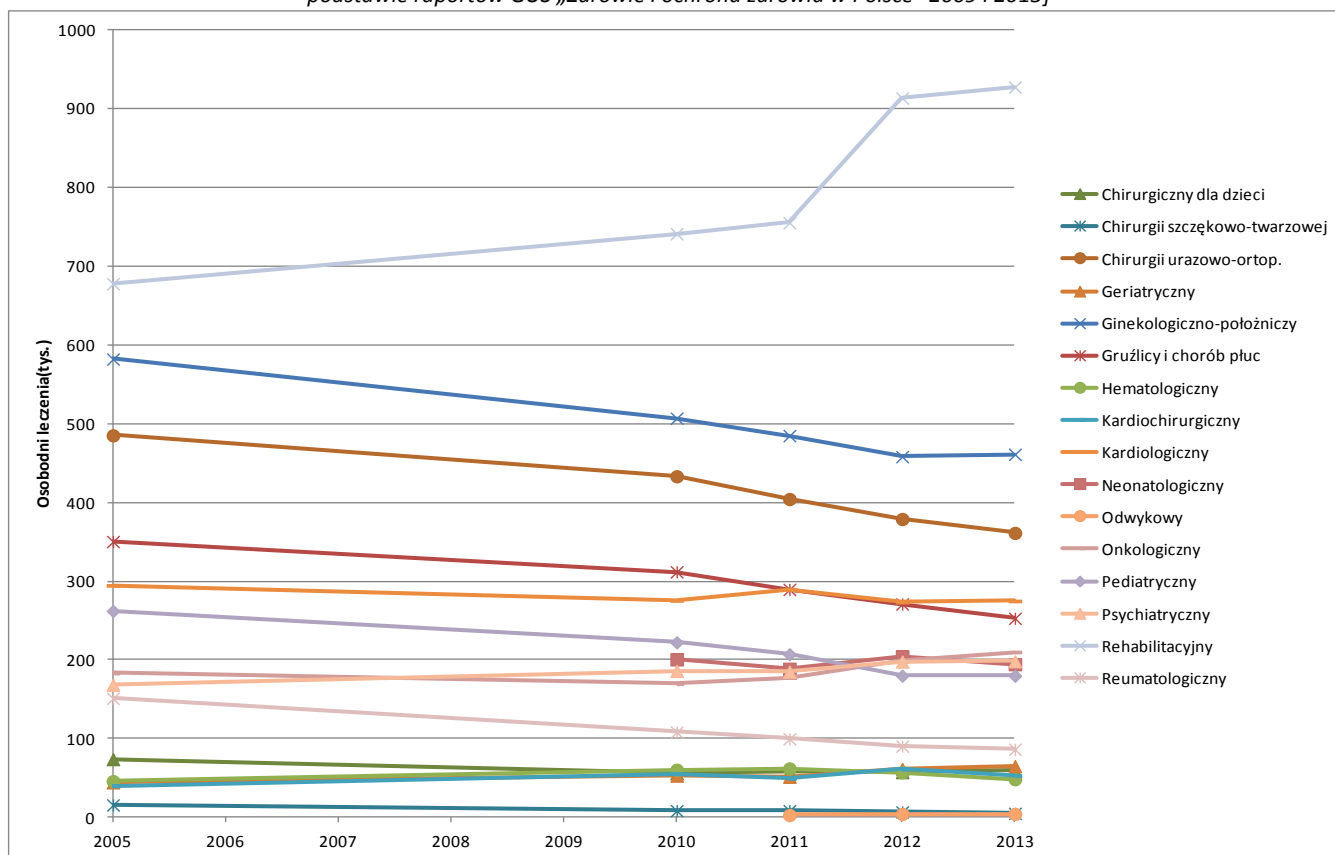
Rys 45 Liczba leczonych osób (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) w województwie śląskim w okresie 2005-2013 wg GUS [Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce” 2009 i 2013]



Z kolei na wykresie poniżej pokazano liczbę osobodni leczenia dla różnych specjalizacji oddziałowych w latach 2005-2013. Widocznie najbardziej wzrastająca w tych latach krzywa, jeśli chodzi o hospitalizację na oddziałach ginekologiczno-położniczych, odzwierciedla m.in. wyższy współczynnik przyrostu naturalnego (wyż demograficzny) w ostatnich 10 latach w regionie, jednak – jak wskazują poniższe dane – nie towarzyszy mu wyraźny wzrost osobodni leczenia na oddziałach neonatologii, co w kontekście stwierdzonej w regionie wysokiej umieralności noworodków z powodu stanów występujących w okresie okołoporodowym (m.in. z powodu niskiej wagi urodzeniowej noworodków), można uznać za negatywne zjawisko, wynikające z niedostatecznego zabezpieczenia stacjonarnej opieki zdrowotnej w województwie śląskim.

¹¹⁰ Na podstawie http://www.katowice.uw.gov.pl/wdznsoz/Zdrowie_mieszkancow_w_liczbach.html

Rys 46 Osobodni leczenia pacjentów w szpitalach województwa śląskiego w okresie 2005-2013 wg GUS [Źródło: opracowanie własne na podstawie raportów GUS „Zdrowie i ochrona zdrowia w Polsce” 2009 i 2013]



Z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego, szczególnie istotnym aspektem jest czas oczekiwania na świadczenia związane z leczeniem schorzeń zaliczanych do grup chorób, stanowiących poważny problem zdrowotny w regionie, wskazanych w RPO WSL 2014-2020, wskazanych powyżej. Z tego względu w ramach niniejszej analizy porównano także średni czas oczekiwania na świadczenia w ramach poszczególnych usług medycznych, świadczonych przez szpitale w województwie śląskim w ramach NFZ (w podziale na grupy chorób – analogicznie jak powyżej)¹¹¹; zebrane w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego dane obrazują braki w zakresie dostępności usług we wszystkich grupach schorzeń, wskazanych jako stanowiące poważny problem zdrowotny regionu, przede wszystkim jeśli chodzi o:

- w grupie chorób układu krążenia – najdłuższy czas oczekiwania dotyczy zabiegów koronarografii (średnio - 266 dni), leczenia na oddziale kardiologicznym (78 dni) i kardiologiczny dla dzieci (100 dni), leczenia na oddziale neurologicznym dla dzieci (142 dni), rehabilitacji neurologicznej (125 dni) oraz rehabilitacji neurologicznej dla dzieci (95 dni);
- w grupie chorób układu oddechowego - najdłuższy czas oczekiwania dotyczy leczenia na oddziałach rehabilitacji pulmonologicznej (106 dni), otolaryngologii (136 dni), otolaryngologii dla dzieci (178 dni) oraz chorób płuc dla dzieci (76 dni);
- w grupie chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego - najdłuższy czas oczekiwania dotyczy leczenia na oddziałach: chirurgii urazowo-ortopedycznej (w zależności od placówki od 0 do powyżej roku), rehabilitacji i rehabilitacji narządu ruchu (powyżej roku), rewizji po endoprotezoplastyce (powyżej roku);
- w grupie chorób onkologicznych – najdłuższy czas oczekiwania dotyczy zabiegów teleradioterapii (107 dni), leczenia na oddziałach chirurgii onkologicznej dla dorosłych i dzieci (odpowiednio: 52 i 65 dni);
- w odniesieniu do chorób układu wydzielniczego (cukrzyca) najdłuższy czas oczekiwania dotyczy przyjęcia na oddział diabetologiczny i wynosił 58 dni;
- w grupie chorób (zaburzeń) psychicznych najdłuższy czas oczekiwania dotyczy leczenia na oddziałach: leczenia zaburzeń nerwicowych (163 dni), psychiatrii dla dzieci (119 dni), rehabilitacji psychiatrycznej dla dorosłych i dzieci (odpowiednio: 71 dni i powyżej roku)
- w odniesieniu do leczenia najmłodszej i najstarszej grupy pacjentów, najdłuższy czas oczekiwania dotyczył przyjęcia na oddział geriatry (37 dni) oraz oddział niemowlęcy (11 dni).

Jak wskazują powyższe dane, wprowadzenie od stycznia bieżącego roku tzw. pakietu onkologicznego¹¹² spowodowało, że obecnie czas oczekiwania pacjentów na leczenie onkologiczne w większości przypadków wynosi 0 dni. Jednak opinie przedstawicieli środowiska medycznego (dyrektorów placówek – szpitali oraz konsultantów w dziedzinie onkologii), uzyskane w

¹¹¹ wg www.kolejki.nfz.gov.pl [dostęp - listopad 2015 (dla przypadków stabilnych)]

¹¹² Por. www.nfz-katowice.pl

ramach wywiadów pogłębionych, sugerują, że obszar ten wymaga dalszych uregulowań na poziomie polityki zdrowotnej państwa. Ich zdaniem de facto utrudnił on pacjentom onkologicznym drogę leczenia, ze względu na znaczne skomplikowanie procedur w ramach tzw. karty DiLO¹¹³, wystawianej pacjentom z podejrzeniem nowotworu przez lekarzy rodzinnych, przekazywanych do szybkiej diagnozy i leczenia w ramach procedur pakietu. Jak jednak pokazują dane przytoczone powyżej, na oddziałach świadczących leczenie onkologiczne chirurgiczne i radioterapię, niezbędne w przypadku nowotworów jelita grubego, płuc, szyjki macicy i piersi (najczęściej występujące jednostki w województwie śląskim w grupie chorób onkologicznych), czas oczekiwania nadal jest na tyle długi, iż realnie obniża skuteczność leczenia.

Jednocześnie – jak świadczą wyniki badania jakościowego - wywiadów pogłębionych, przede wszystkim z konsultantami wojewódzkimi w zakresie tych grup chorób, o wystąpieniu tych problemów decyduje przede wszystkim niedostateczny poziom kontraktowania z NFZ powyższych usług i zabiegów, w znacznie mniejszym stopniu zaś - braki kadrowe czy infrastrukturalne w szpitalach w województwie śląskim. Szczególnie zabiegi z zakresu kardiologii (koronarografia, wszczepienie rozruszników serca) oraz ortopedii (zabiegi endoprotezoplastyki) mogłyby być - zdaniem konsultantów wojewódzkich i dyrektorów placówek wykonywane w znacznie większej liczbie. Z kolei braki infrastrukturalne jako przyczynę niedostatecznej dostępności do leczenia wskazywano w obszarze psychiatrii, szczególnie dzieci i młodzieży (niewystarczająca liczba placówek w regionie w stosunku do skali zachorowań z tej grupy wśród dzieci i młodzieży, jeden z najwyższych wskaźników wykorzystania łóżka na oddziale, wynoszący 87,3% w skali roku) i geriatry (podobnie, mimo stosunkowo krótkiego średniego czasu oczekiwania na przyjęcie na oddział i niewielkiego wykorzystania rocznego łóżek na oddziałach geriatrycznych – 62,7%, zdaniem większości ekspertów, biorących udział w wywiadach pogłębionych, ze względu na niewystarczającą dostępność geograficzną oraz złe rozpoznania pacjentów geriatrycznych, obecnie pacjenci ci w większości przypadków trafiają na oddziały wewnętrzne szpitali, gdzie nie można zapewnić im fachowej opieki, co wynika z kompleksowego charakteru ich schorzeń i niewystarczających programów lekowych w szpitalach ogólnych dla grup pacjentów ze schorzeniami psychogeriatrycznymi).

Jak wskazują powyższe dane statystyczne, niewystarczający stan zabezpieczenia opieki zdrowotnej na w województwie śląskim dotyczy przede wszystkim najmłodszej i najstarszej grupy pacjentów, co w obydwu przypadkach jest związane z niewystarczającą liczbą placówek, udzielających świadczeń NFZ z zakresu psychogeriatry, psychiatrii dzieci i młodzieży, oddziałów szpitalnych z zakresu chorób układu krążenia dla dzieci. Jeśli chodzi o pacjentów w wieku produkcyjnym, podobne przyczyny warunkują długi czas oczekiwania na leczenie na oddziałach rehabilitacji (mimo stosunkowo dużej liczby tych oddziałów i średniego wykorzystania łóżek na tych oddziałach w 77,7%), co stanowi przesłankę do położenia nacisku na tworzenie oddziałów dziennych i opieki środowiskowej dla pacjentów opuszczających placówki szpitalne, wymagających dalszej, specjalistycznej opieki w celu odzyskania sprawności i możliwości powrotu na rynek pracy, która może być świadczona poza oddziałami szpitalnymi pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej infrastruktury lokalowej, kadry i sprzętu medycznego (rehabilitacyjnego). Tworzenie takich placówek należy w obszarze polityki zdrowotnej regionu, w obszarze interwencji środków RPO WSL 2014-2020 mieści się jedynie priorytetowe (preferencyjne) traktowanie w konkursach dotyczących zakupu sprzętu i inwestycji w infrastrukturę tych placówek specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, które już prowadzą lub zamierzają poszerzyć działalność o rehabilitację leczniczą.

Kontrakty NFZ szpitali w województwie śląskim

W ramach niniejszego badania ewaluacyjnego analizowano także wysokość kontraktów dla poszczególnych oddziałów i szpitali w województwie śląskim.

Ogółem, finansowanie ze środków NFZ szpitali w województwie śląskim w latach 2015 i 2016 (plan finansowy) kształtuje się następująco:

Tab 7 Koszty Śląskiego Oddziału NFZ w podziale na kategorie wydatków [Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.mz.gov.pl>]

Pozycja	Koszt Śląskiego Oddziału NFZ w 2015 (w mln zł)	Koszt Śląskiego Oddziału NFZ w 2016 (plan finansowy – w mln)
Leczenie szpitalne	3 791 539	3 707 702
W tym chemioterapia	227 638	232 745
Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień	299 359	287 438
Rehabilitacja lecznicza	122 738 ¹¹⁴	240 068 ¹¹⁵
Opieka paliatywna i hospicyjna	47 026	49 820

Jeśli chodzi o szpitale, w których kontrakty te miały najwyższą wartość, listę przedstawiono w tabeli poniżej:

Tab 8 Lista śląskich szpitali o najwyższej wartości kontraktów z NFZ za rok 2015 [źródło: opracowanie własne na podst. Danych Śląskiego Oddziału NFZ]

Nazwa szpitala	Wysokość kontraktu z NFZ
Centrum Onkologii Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie	249 694 346, 00

¹¹³ Karta Diagnostyki i Leczenia Onkologicznego.

¹¹⁴ Kwota dotyczy wyłącznie oddziałów rehabilitacji stacjonarnej w warunkach szpitalnych (przede wszystkim: rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna) wg www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 25.11.2015]

¹¹⁵ Dotyczy łącznie rehabilitacji ambulatoryjnej i oddziałów rehabilitacji stacjonarnej w warunkach szpitalnych (przede wszystkim: rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna) wg www.aplikacje.nfz.gov.pl - kwota dotyczy planu finansowego w momencie opracowania analizy – brak informacji nt. wysokości podpisanych umów na 2016 [data dostępu 25.11.2015]

SP Szpital Kliniczny Nr 7 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Medyczne im. prof. L. Gieca	247 212 008,30
Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrzu	180 751 100, 40
Wojewódzki Szpital specjalistyczny im. NMP	161 700 004,30
SP Szpital Kliniczny im. A. Mielęckiego SUM w Katowicach	149 193 418,60
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. Św. Barbary w Sosnowcu	127 124 315,62
Beskidzkie Centrum Onkologii – Szpital Miejski im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej	101 612 744,35
American Heart of Poland Spółka Akcyjna	97 601 952,00
SP ZOZ Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 3 w Rybniku	92 488 848,81
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 SUM w Katowicach Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka	90 672 793,91

Jak wskazuje porównanie wysokości nakładów NFZ na świadczenia w ramach hospitalizacji poszczególnych jednostek chorobowych (i grup chorób), wskazanych w rozdziale 4.2 jako stanowiące istotny problem zdrowotny w regionie, przedstawione na powyższych wykresach, największe kwoty kontraktów 10 wymienionych wyżej szpitali, dotyczą chorób układu krążenia, chorób onkologicznych oraz opieki nad matką i dzieckiem. Zdaniem ekspertów, biorących udział w badaniu pogłębionym¹¹⁶, wynika to z bardzo wysokiej renomy i wyposażenia w wysokospecjalistyczny sprzęt śląskich szpitali specjalistycznych o zasięgu ponadregionalnym, takich jak: Centrum Onkologii - Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Beskidzkiego Centrum Onkologii – Szpitala Miejskiego im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej, Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu oraz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 6 SUM w Katowicach - Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka. Jednocześnie zwraca uwagę fakt, iż w 10 największych śląskich szpitalach najmniejsze kontrakty dotyczą grupy zaburzeń układu wydzielania wewnętrznego (w tym – cukrzycy) oraz opieki geriatrycznej, co jest bezpośrednio związane ze wspomnianą wyżej małą liczbą dostępnych łóżek szpitalnych, a co za tym idzie – niską dostępnością usług medycznych wysokiej jakości, jakie mogą być świadczone w tym zakresie przez śląskie szpitale specjalistyczne.

Z kolei poniżej – w tabeli 9 poniżej przedstawiono dane na temat wysokości wydatków według kontraktów NFZ w województwie śląskim z podziałem na grupy chorób, biorąc pod uwagę szpitale świadczące usługi ze środków publicznych (podpisane kontrakty z NFZ na określone świadczenie) w województwie śląskim.

Tab 9 Koszty/wysokość kontraktów NFZ dla poszczególnych grup schorzeń [źródło: opracowanie własne na podstawie danych NFZ za rok 2015]

Grupa	Działy medycyny	Łącznie
Grupa I' - Choroby układu krążenia	Operacje serca, Kardiologia, Kardiologia, Hipertensjologia, Neurochirurgia, Neurologia, Rehabilitacja neurologiczna, Leczenie udarów, rehabilitacja kardiologiczna	1 087 259 234,00 zł
Grupa II' - Choroby układu oddechowego	Choroby płuc, Leczenie gruźlicy, Pulmonologia, Rehabilitacja pulmonologiczna, Otolaryngologia	112 308 848,00 zł
Grupa III' - Choroby układu kostno-szkieletowo-mięśniowego	Ortopedia i traumatologia narządu ruchu, Rehabilitacja medyczna, Chirurgia urazowo-ortopedyczna, Reumatologia	363 336 946,00 zł
Grupa IV' - Choroby onkologiczne	Chirurgia onkologiczna, Ginekologia onkologiczna, Hematologia, Onkologia i hematologia dziecięca, Onkologia kliniczna, Patomorfologia, Radiologia i diagnostyka obrazowa, Radioterapia onkologiczna, Chemioterapia	946 099 697,00 zł
Grupa V' - Choroby (zaburzenia) psychiczne	Psychiatria, Leczenie uzależnień, Leczenie odwykowe	126 561 932,00 zł
Grupa VI' - Opieka geriatryczna	Geriatra	25 120 371,00 zł
Grupa VII' - Opieka nad matką i dzieckiem	Neonatologia, Pediatria, Pediatria metaboliczna, Perinatologia, Położnictwo i ginekologia, Ginekologia położnicza, Chirurgia dzieci	551 289 981,00 zł
Grupa VIII' Inne, specyficzne w regionie	Diabetologia	2 164 812,00 zł

Przedstawione w powyższej tabeli wysokości kwot kontraktów NFZ na świadczenia w ramach hospitalizacji poszczególnych jednostek chorobowych (i grup chorób), wskazanych w rozdziale 4.2 jako stanowiące istotny problem zdrowotny w regionie, pokazują, że największe nakłady środków NFZ dotyczą leczenia chorób układu krążenia, chorób onkologicznych oraz opieki nad matką i dzieckiem, w dalszej kolejności – leczenia i diagnostyki chorób układu oddechowego. W stosunku do tych grup chorób wysokie nakłady NFZ dotyczą także rehabilitacji leczniczej, przy czym należy zwrócić uwagę, że w warunkach szpitalnych realizowana jest przede wszystkim rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna, która ze swej specyfiki wymaga bieżącego monitorowania stanu pacjenta i nie może odbywać się w warunkach ambulatoryjnych (w przeciwieństwie do niezbędnej rehabilitacji w przypadku chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego i oddechowego). Podobnie jak w przypadku 10 śląskich szpitali o największych kontraktach z NFZ, najmniejsze nakłady środków w skali wszystkich szpitali w województwie, świadczących usługi medyczne finansowane ze środków publicznych (NFZ), dotyczą grupy zaburzeń psychicznych, leczenia geriatrycznego oraz cukrzycy (diabetologia), co w przypadku dwóch ostatnich jest związane z małą liczbą miejsc (łóżek) na oddziałach szpitalnych w województwie śląskim¹¹⁷. Opieka nad najstarszą grupą pacjentów, w przypadku osób ze schorzeniami przewlekłymi, zwłaszcza onkologicznymi, częściowo realizowana jest w ramach oddziałów medycyny paliatywnej i hospicjów, jednak wysokość tych środków jest zbyt niska w stosunku do obecnego (a zwłaszcza spodziewanego wzrostu) zapotrzebowania

¹¹⁶ Por. wywiady IDI z konsultantami wojewódzkimi ds. poszczególnych grup chorób, zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

¹¹⁷ Por. dane na temat liczby oddziałów i łóżek szpitalnych na początku rozdziału.

na te usługi¹¹⁸. Jednocześnie należy zauważyć, że wydatki na programy lekowe w szpitalach i leczenie szpitalne stanowią łącznie ok. 70% wydatków NFZ na świadczenia zdrowotne ogółem (w stosunku do ok. 12% wydatków NFZ ogółem w przypadku AOS i ok. 14% w przypadku POZ)¹¹⁹, a wysokość finansowania szpitali przez NFZ w województwie śląskim w kolejnym roku zmniejszy się o około 84 mln. zł, co oznacza, że postulowana w dokumentach krajowych¹²⁰ oraz RPO WSL 2014-2020 deinstytucjonalizacja usług medycznych, mogłaby w znacznym stopniu poprawić efektywność finansowania tych świadczeń, w przypadku świadczenia części usług medycznych przez placówki ambulatoryjne, przy jednoczesnym podniesieniu ich dostępności dla pacjentów.

Wyniki badania ankietowego śląskich szpitali powiatowych i wojewódzkich¹²¹

W ramach niniejszego badania przeprowadzono także badanie ankietowe techniką CAWI (wywiad przez Internet, prowadzony za pomocą udostępnienia respondentom kwestionariusza internetowego) szpitali w województwie śląskim, których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Śląskiego¹²² oraz szpitali powiatowych¹²³, będących potencjalnymi beneficjentami Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Badanie to miało na celu rozpoznanie najpoważniejszych potrzeb infrastrukturalnych i sprzętowych w szpitalach w województwie śląskim, związanych z jednostkami i grupami chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie (wskazane w rozdziale 4.2 niniejszego raportu), które mogłyby zostać sfinansowane ze środków RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia.

Jednym z obszarów badania CAWI szpitali w województwie śląskim, było rozpoznanie ich obecnego potencjału i doświadczenia w zakresie realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej; z deklaracji respondentów wynika, że 68% placówek w przeszłości realizowało tego typu projekty, przy czym największa liczba placówek otrzymała dofinansowanie w ramach RPO WSL 2007-2013, Działania 9.1. oraz 2.1 i 2.2. Pozostałe programy, w ramach których uczestniczące w badaniu podmioty otrzymały dofinansowanie w poprzedniej perspektywie środków UE, to Program Infrastruktura i Środowisko (Działania 12.1 i 12.2 - 11% placówek) oraz ZPORR (Działanie 1.3 *Regionalna Infrastruktura Społeczna* – 14% placówek). Jeśli chodzi o rozkład terytorialny placówek, które do tej pory korzystały ze środków UE w ramach zrealizowanych projektów, najwięcej, bo aż 100% badanych placówek zlokalizowanych w subregionie północnym województwa, najmniej zaś – 73% – w subregionie centralnym, posiadało doświadczenie w pozyskiwaniu środków UE, co pokazano na mapie poniżej.

¹¹⁸ Por. opinie przedstawicieli śląskich placówek AOS i POZ oraz szpitali podczas spotkania fokusowego, zrealizowanego w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego.

¹¹⁹ Por. www.nfz-katowice.pl

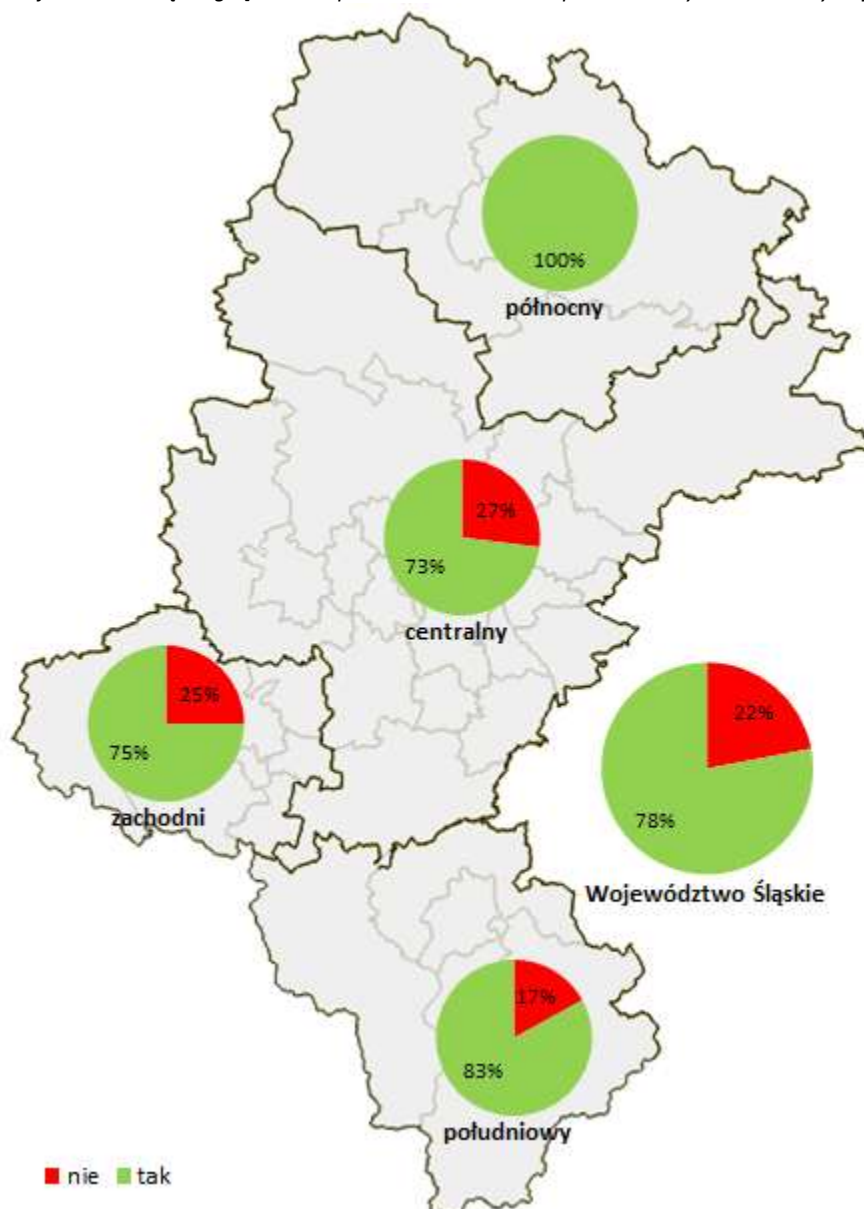
¹²⁰ *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014.

¹²¹ W tym rozdziale pod pojęciem „szpitale wojewódzkie” mieszczą się SPZOZ, posiadające oddziały szpitalne, dla których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Śląskiego – wg listy zamieszczonej na: https://bip.slaskie.pl/index.php?grupa=4&dzi=3&id_menu=139.

¹²² I W tym rozdziale pod pojęciem „szpitale wojewódzkie” mieszczą się SPZOZ, posiadające oddziały szpitalne, dla których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Śląskiego – wg listy zamieszczonej na: https://bip.slaskie.pl/index.php?grupa=4&dzi=3&id_menu=139.

¹²³ Wg bazy Narodowego Funduszu Zdrowia www.katowice-nfz.pl [data dostępu 5.09.2015]

Rys 47 Odsetek badanych szpitali wojewódzkich i powiatowych, które uzyskały dofinansowanie ze środków UE w latach 2007-2013 w podziale na subregiony województwa śląskiego [Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankietyzacji CAWI, N=23]



Najczęstszymi działaniami realizowanymi przez placówki w ramach otrzymanego dofinansowania była informatyzacja obiektu, której przeprowadzenie zrealizowało 83,3% badanych placówek, następnie wskazywano na zakup nowego sprzętu medycznego, który zadeklarowało 55,6% jednostek. W dalszej kolejności 38,9% szpitali przebudowało, rozbudowało lub wyremontowało swoje obiekty oraz pomieszczenia infrastruktury.

Respondenci badania poproszeni byli o wskazanie wymiernych korzyści, które przyniosła realizacja tych projektów. Najczęściej pojawiającą się odpowiedzią było podniesienie jakości świadczonych usług, zgodnie ze specyfiką działalności szpitala, dostosowanie infrastruktury do wymogów ministerialnych, w zakresie budynków i prowadzenia elektronicznej dokumentacji medycznej. Ponadto badane jednostki wskazały jako efekty zrealizowanych przedsięwzięć: unowocześnienie infrastruktury, poprawę jakości pracy, a także efekty ekonomiczne – oszczędności. Żadna z badanych placówek nie wskazała na wymierne korzyści związane z określonym obszarem zdrowotnym czy grupą chorób, co wynika przede wszystkim z wielospecjalistycznego charakteru większości tych placówek oraz kompleksowości zrealizowanych projektów, obejmujących najczęściej zarówno remont/przebudowę budynków, wprowadzenie rozwiązań informatycznych i zakup sprzętu, wykorzystywanego do leczenia i diagnostyki co najmniej kilku schorzeń. Należy więc uznać, że zrealizowane do tej pory przez szpitale powiatowe i wojewódzkie w województwie śląskim działania współfinansowane ze środków UE były najczęściej związane z całościowym usprawnieniem funkcjonowania placówki.

Według opinii przedstawicieli badanych podmiotów, nie ulega wątpliwości, iż korzyści płynące z realizacji projektów współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej występują na wielu płaszczyznach funkcjonowania jednostek, jednak zaledwie 38% z nich przyznało, iż na skutek realizacji projektu współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej zmniejszył się czas oczekiwania na świadczenie usług i/lub zwiększyła się liczba i zakres usług świadczonych w placówce. Jest to prawdopodobnie bezpośrednio związane z wspomnianym kompleksowym i przekrojowym charakterem zrealizowanych przez szpitale projektów (np. informatyzacja, remont budynku), które choć podniosły standard świadczonych usług, nie przełożyły się bezpośrednio na

skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne związane z diagnostyką i leczeniem schorzeń w obrębie grup chorób wskazanych jako stanowiące istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego¹²⁴. Skłania to do wniosku, że w ramach wsparcia udzielanego placówkom szpitalnym ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach oceny w konkursach wniosków o dofinansowanie projektów należy w szczególności brać pod uwagę wskazanie w nich przez wnioskodawców konkretnych usług/świadczeń, związanych z diagnostyką i leczeniem schorzeń w obrębie tych grup chorób wskazanych w Programie, których usprawnienie (np. skrócenie czasu oczekiwania pacjentów) stanowić będzie jeden z efektów realizacji projektu. W tym zakresie należy jednak zwrócić uwagę na fakt, iż jak wynika z doświadczeń placówek z perspektywy środków UE 2007-2013 związanych z wykorzystywaniem specjalistycznej aparatury zakupionej m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013, istotnym ograniczeniem w zakresie skrócenia czasu oczekiwania pacjentów na usługi świadczone zakupionym sprzętem, jest poziom ich kontraktowania z NFZ, na co wnioskodawcy nie mają wpływu (jak świadczą wyniki kontroli NIK w tym zakresie niewystarczający poziom kontraktowania prowadzi do sytuacji, w której potencjał ludzki oraz sprzęt, zakupiony m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013 nie jest w pełni wykorzystywany¹²⁵).

Jednocześnie te placówki, które wskazały na efekty w postaci wzrostu liczby i zakresu świadczonych usług, najczęściej wymieniali następujące: uruchomienie pracowni Rezonansu Magnetycznego, zwiększenie kontraktu ogółem o 25%, uruchomienie diagnostyki w zakresie TK (SOR) i angiografii, wzrost liczby przyjęć pacjentów do Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

Powyższe odpowiedzi wskazują na wymierne wyznaczniki rozszerzenia zakresu realizowanych usług, które stanowią korzyść dla funkcjonowania placówek, co w kontekście takiego celu działań w obszarze zdrowia w ramach RPO WSL 2007-2013 i największego odsetka szpitali wojewódzkich, które korzystały ze środków Programu wskazuje, że wsparcie cechowała skuteczność. Podobne wnioski płyną ze zrealizowanego w 2010 roku badania ewaluacyjnego *Wpływ inwestycji w sprzęt medyczny w ramach RPO WSL na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego*¹²⁶.

Sytuacja w szpitalach w zakresie obciążenia oddziałów i zapotrzebowania na usługi medyczne

W celu rozpoznania sytuacji w szpitalach województwa śląskiego respondenci badania ankietowego CAWI wskazywali na najbardziej obciążone oddziały szpitalne oraz zabiegi, które wykonuje się najczęściej, a także określali, na które z nich występuje najdłuższy czas oczekiwania. Jeśli chodzi o choroby wskazane w rozdziale 4.2 jako stanowiące poważny problem zdrowotny mieszkańców regionu, bez względu na specjalizację szpitala, w objętych badaniem placówkach największe problemy związane z długim czasem oczekiwania dotyczy przyjęć na oddziały rehabilitacyjne (wskazywane przez 43% szpitali) oraz na oddziały urazowo-ortopedyczne i chirurgii ogólnej (wskazywane przez 37% placówek, przede wszystkim wojewódzkich, specjalizujących się w ortopedii i traumatologii narządu ruchu). Potwierdza to wcześniejszy wniosek płynący z analizy danych zastanych, iż w województwie śląskim ze względu na wysoką zapadalność na choroby zawodowe związane z układem ruchu oraz urazy i wypadki w miejscu pracy, wynikające z charakteru zatrudnienia dominującej części mieszkańców województwa śląskiego¹²⁷ stanowi ważny obszar deficytowy zabezpieczenia opieki zdrowotnej mieszkańców regionu.

Według wyników badania¹²⁸ w szpitalach chirurgicznych i wielospecjalistycznych najczęściej przeprowadzanym zabiegiem okazuje się być usunięcie wyrostka, przepukliny, a także zabiegi dotyczące jelit oraz żołądka, operacja zaćmy, a w dalszej kolejności są to: endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego, zabiegi urologiczne, laryngologiczne i przeszczepy skóry. Według respondentów najdłużej trwa oczekiwanie na zabieg endoprotezoplastyki stawu kolanowego, w dalszej kolejności wskazano endoprotezy stawu biodrowego, a pojedyncze jednostki wskazały na operacje onkologiczne, zabiegi kardiochirurgiczne (wszczepienie rozrusznika serca, zabieg koronarografii), a jeśli chodzi o przyjęcie na oddziały – najdłuższy czas oczekiwania dotyczy wszystkich oddziałów rehabilitacji, oddziału diabetologicznego, oddziałów otolaryngologicznych i psychiatrycznych dla dzieci¹²⁹. Jak wskazują odpowiedzi przedstawicieli placówek, najdłuższy czas oczekiwania dotyczy tych schorzeń i jednostek chorobowych, których – jak świadczą wypowiedzi konsultantów wojewódzkich do spraw poszczególnych chorób, stanowiących problem zdrowotny województwa śląskiego oraz dyrektorów szpitali (będących respondentami wywiadów pogłębionych, zrealizowanych w ramach niniejszego badania), dotyczy problem niedostatecznego poziomu kontraktowania tych świadczeń.

Najczęściej wskazywanym świadczeniem medycznym realizowanym w placówkach było szeroko rozumiane leczenie szpitalne – takiej odpowiedzi udzieliło 30,4% jednostek. W dalszej kolejności według respondentów pacjenci najczęściej korzystają z rehabilitacji leczniczej (26%), na zabiegi chirurgiczne (w tym – onkologiczne i ortopedyczne) oraz leczenie zaburzeń psychicznych wskazało 17,4% jednostek, na badania diagnostyczne (w tym – diagnostykę nowotworów) – 13%, a najmniej (4,3%) badanych placówek zadeklarowało medycynę paliatywną jako świadczenie, z których pacjenci korzystają najczęściej. Taki rozkład odpowiedzi potwierdza, że schorzenia, wskazane w rozdz. 4.2. jako stanowiące istotny problem zdrowotny w regionie, są jednocześnie tymi, które najczęściej dotyczy leczenie szpitalne w placówkach opieki stacjonarnej w województwie śląskim.

¹²⁴ Wskazane w rozdziale 4.2 niniejszego raportu

¹²⁵ Por. Raport NIK Zakup i wykorzystywanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych. Informacja o wynikach kontroli, NIK, 2012.

¹²⁶ *Wpływ inwestycji w sprzęt medyczny w ramach RPO WSL na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego*. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, Katowice 2010.

¹²⁷ Por. dane na ten temat w rozdz. 4.3. niniejszego raportu.

¹²⁸ Po uwzględnieniu ważenia poststratyfikacyjnego, uwzględniającego specyfikę placówek.

¹²⁹ Powyższe odpowiedzi przedstawicieli śląskich szpitali potwierdzają wyniki badania danych zastanych wg www.kolejki.nfz.gov stan na listopad 2015 (dla przypadków stabilnych) – szczegółowa lista świadczeń, wraz z czasem oczekiwania znajduje się w załączniku 3 niniejszego raportu.

Przedstawiciele szpitali wojewódzkich i powiatowych w województwie śląskim, będący respondentami badania poproszeni zostali o wskazanie czy liczba i zakres świadczeń medycznych realizowanych w placówce jest według nich wystarczająca. Zdecydowana większość, bo aż 83% przedstawicieli szpitali było przekonanych o zbyt małej ilości i zakresie udzielanych świadczeń w stosunku do potrzeb; 70% placówek zadeklarowało, iż liczba i zakres świadczeń medycznych w nich realizowanych jest zdecydowanie niewystarczający, a 13%, że „raczej niewystarczający”; żadna z placówek nie udzieliła odpowiedzi jednoznacznie twierdzącej („zdecydowanie tak”), a jedynie 17% uznało, że jest on „raczej wystarczający”. Ponownie potwierdza więc to wspomniane wcześniej ograniczenia w zakresie niewystarczającego poziomu kontraktowania świadczeń NFZ w związku z jednostkami i grupami chorób, stanowiącymi najpoważniejsze problemy zdrowotne w regionie – zdaniem przedstawicieli badanych placówek, możliwe byłoby zwiększenie liczby świadczonych w nich usług medycznych pod warunkiem zwiększenia kontraktów z NFZ.

W związku z tym w dalszej części ankiety, zapytano o liczbę i zakres świadczeń, które mogłyby zostać poszerzone w działalności placówki. Badane placówki wskazały najczęściej:

- świadczenia dzienne psychiatryczne, rehabilitacyjne dla dzieci i młodzieży, świadczenia psychiatryczne ambulatoryjne dla dzieci i młodzieży leczenie uzależnień - poradnia dla młodzieży, leczenie z zakresu psychogeriatry;
- hospitalizacje w oddziałach pulmonologicznych i chorób płuc, badania z zakresu diagnostyki zaburzeń oddychania, a także leczenie z zakresu otolaryngologii i chirurgii szczękowo-twarzowej;
- operacje (zabiegi chirurgiczne) onkologiczne;
- świadczenia z zakresu leczenia chirurgicznego klatki piersiowej/ kardiologia (hospitalizacja, zabiegi wszczepiania rozruszników) chirurgia naczyń w tym Q01, rehabilitacja neurologiczna i kardiologiczna;
- hospitalizacja z zakresu diabetologii;
- świadczenia z zakresu ortopedii (endoprotezoplastyka stawu biodrowego i kolanowego, artroskopia stawów), świadczenia w zakresie poradni rehabilitacyjnej, fizjoterapii ambulatoryjnej, uruchomienie ośrodka rehabilitacji dziennej.

Jak świadczą te odpowiedzi, obecnie istnieje w regionie potencjał do rozszerzenia działalności i zwiększenia liczby świadczeń z zakresu chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego, co więcej zrealizowanie tego typu działań przyczyniłoby się do poprawy dostępności opieki zdrowotnej w regionie, gdyż są to jednocześnie świadczenia, których obecnie dotyczy najdłuższy czas oczekiwania (wg danych NFZ). Spośród wszystkich na uwagę zasługuje wskazywanie przez placówki, jako możliwy obszar poszerzenia działalności, prowadzenie ośrodków dziennych z zakresu psychiatrii dzieci i młodzieży oraz psychogeriatry, które były wskazane jako szczególnie istotne z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego przez respondentów wywiadów pogłębionych zrealizowanych w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego (konsultantów wojewódzkich do spraw poszczególnych chorób, stanowiących problem zdrowotny na województwa śląskiego oraz dyrektorów szpitali).

Ocena stanu infrastruktury placówek

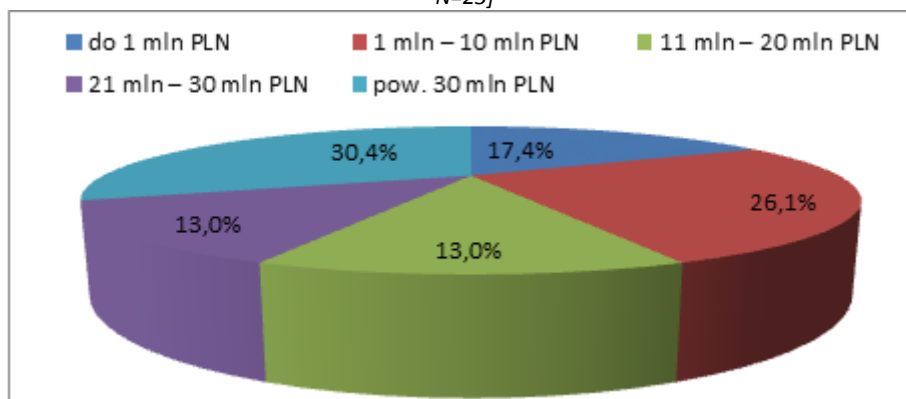
W celu oceny potencjalnego zainteresowania szpitali powiatowych i wojewódzkich województwa śląskiego pozyskaniem środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a na modernizację i/lub przebudowę placówek, w dalszej części badania respondenci zostali poproszeni o ocenę obecnego stanu infrastruktury w zakresie budynków. Najwięcej respondentów ocenia stan infrastruktury swoich placówek jako przeciętny. W ten sposób odpowiedziało 39% osób, reprezentujących badane jednostki, 35% oceniło stan placówek jako dobry, a 26% jako zły.

Jak wskazują więc wyniki badania ankietowego szpitali w województwie śląskim, pomimo wielu inwestycji w tym zakresie, również współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej, nadal występuje bardzo duże zapotrzebowanie na prace remontowo-budowlane. Jedynie nieco ponad jedna trzecia badanych placówek (34,7%) ocenia stan infrastruktury w zakresie budynków jako dobry, przy czym oceny pozytywne najczęściej formułowały w tym badaniu placówki działające w subregionie centralnym województwa śląskiego (40% badanych), przy czym takiej oceny dokonały wyłącznie szpitale wojewódzkie. Żaden z respondentów nie ocenił budynków bardzo dobrze, jednak - co jest w pewien sposób pozytywne - żaden również nie udzielił odpowiedzi *bardzo źle*. Natomiast 26,1% oceniających wskazało iż stan infrastruktury w zakresie budynków jest zły - wszystkie placówki, które udzieliły tej odpowiedzi działają w subregionie północnym województwa.

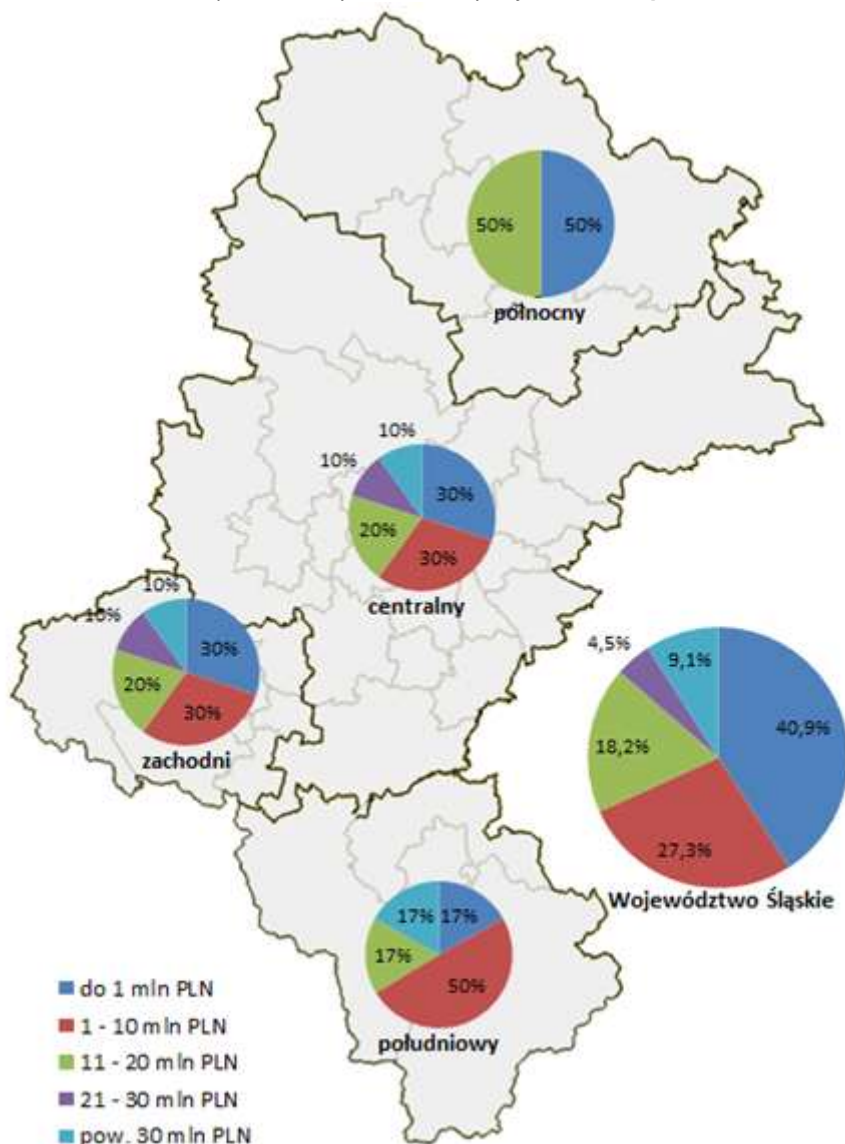
Wśród potrzeb inwestycyjnych najczęściej wymienianą była modernizacja instalacji - wskazało ją aż 87% badanych placówek, dalej rozbudowa i przebudowa (blisko 62% wskazań, w większości deklarowane przez szpitale powiatowe w subregionie północnym i południowym, podobnie jak termomodernizacja – 52% odpowiedzi), dalej także dostosowanie pomieszczeń do użytkowania aparatury medycznej (30% odpowiedzi). Z wymienionych ostatnia była wskazywana najczęściej przez przedstawicieli szpitali wojewódzkich w województwie śląskim (równomierny rozkład odpowiedzi jeśli chodzi o subregiony województwa), przy czym określone w ten sposób potrzeby szpitali wojewódzkich województwa śląskiego są o tyle istotne, że nadal zdarzają się sytuacje, w których szpital nabywa nowoczesny specjalistyczny sprzęt medyczny, jednak nie jest on wykorzystywany, ze względu na niedostosowania infrastrukturalne. Jest to zjawisko bardzo niekorzystne, ponieważ taki zakup nie przynosi wymiernych korzyści dla szpitala w postaci poprawy jakości leczenia pacjentów, stąd w kolejnej perspektywie programowania środków RPO WSL w obszarze zdrowia, warto byłoby położyć szczególny nacisk na realizację przedsięwzięć kompleksowych, obejmujących jednocześnie zakup sprzętu oraz dostosowania infrastrukturalne w zakresie instalacji i budynków.

W zakresie szacowanych kosztów realizacji potrzeb w zakresie infrastruktury budynków, większość jednostek określiła potrzeby na kwotę ponad 30 mln złotych. Rozkład odpowiedzi na to zagadnienie zaprezentowany został poniżej na wykresie i mapie obrazującej zróżnicowanie regionalne w tym zakresie:

Rys 48 Szacunkowe koszty realizacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie budynków [Źródło: opracowanie własne na podstawie badania CAWI, N=23]



Rys 49 Szacunkowe koszty realizacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie budynków – rozkład terytorialny [Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankietyzacji CAWI, N=23]



Jak wskazuje rozkład odpowiedzi na powyższej mapie, zapotrzebowanie na środki służące poprawie infrastruktury szpitali jest bardzo zróżnicowane, nie występuje tu charakterystyczna tendencja oraz wyraźny i ujednolicony zakres potrzeb, jednak ponownie największe potrzeby (wielkość nakładów finansowych na modernizację i remonty placówek), wskazały podmioty w subregionie północnym województwa.

W kontekście rozpoznania najważniejszych potrzeb związanych z leczeniem i diagnostyką chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie¹³⁰, przedstawiciele szpitali województwa śląskiego zapytano także w ramach ankietyzacji o opinię dotyczącą obecnego stanu infrastruktury placówki w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną. Ponad połowa badanych jednostek oceniła to wyposażenie dobrze (52% badanych placówek, przy czym ponownie pozytywne oceny były najczęściej formułowane przez placówki wojewódzkie, działające w subregionie centralnym), a jedynie 4,3% wskazało na zły stan infrastruktury w tym zakresie (złe oceny przedstawiły placówki powiatowe działające w subregionie centralnym i zachodnim). Pozostałe 39% określiło jego stan jako przeciętny, wielu respondentów zaznaczało również potrzebę nie tyle braku, co modernizacji lub wymiany na nowocześniejszy sprzęt i aparaturę medyczną.

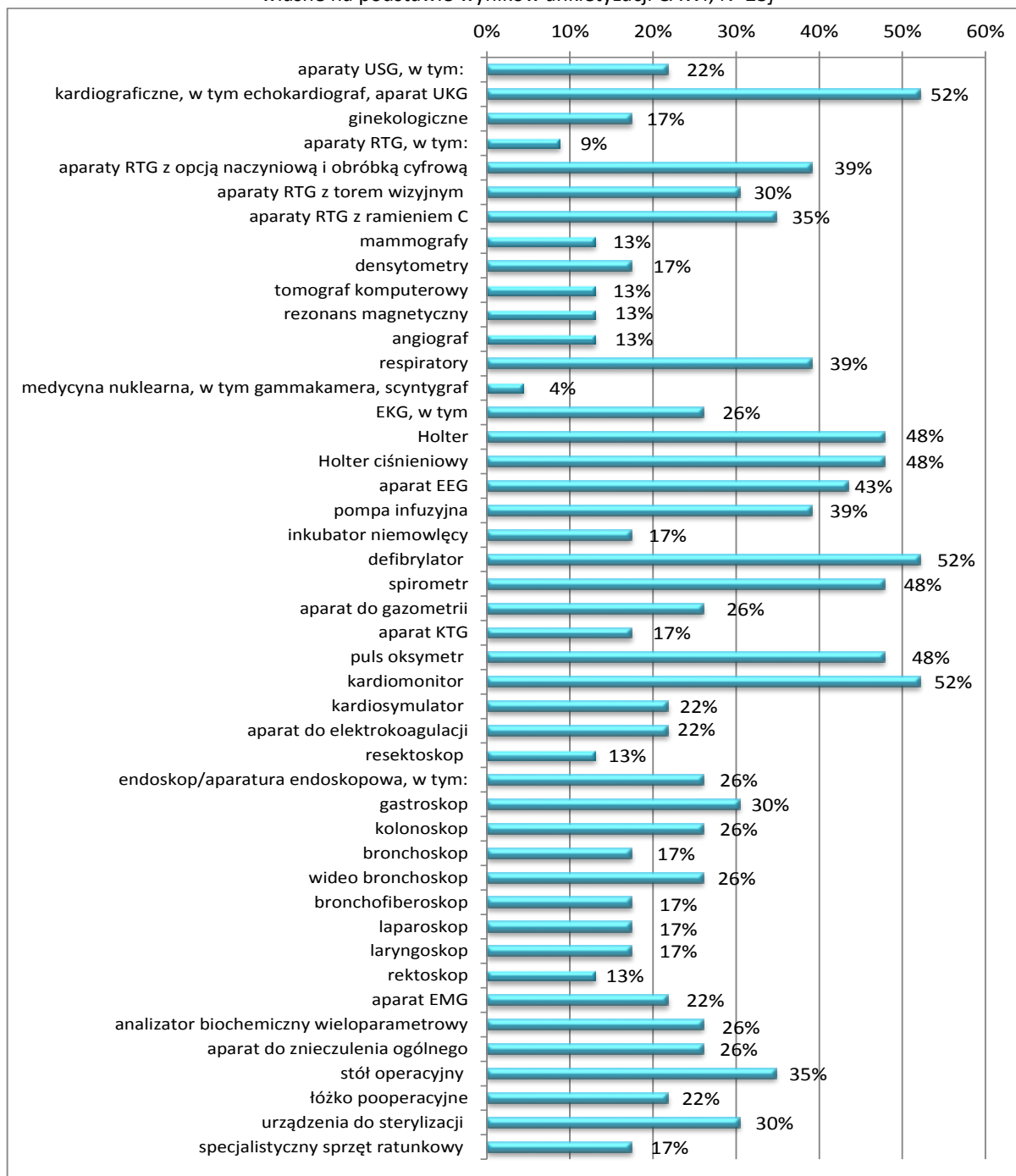
Satysfakcjonujący poziom wyposażenia śląskich szpitali w wysokospecjalistyczny sprzęt i aparaturę medyczną, jeśli chodzi o choroby wskazane jako istotny problem zdrowotny w regionie, potwierdzają także dane statystyczne; według danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW w 2014 roku w śląskich placówkach leczenia stacjonarnego dostępnych było: 9 gammakamer i 22 akceleratory liniowe (obydwa rodzaje wykorzystywane w diagnostyce nowotworów, w tym: raka żołądka, okrężnicy, jelit i odbytu, raka szyjki macicy), 28 mammografów (wykorzystywane w diagnostyce nowotworów piersi i sutka), 3 aparaty do naświetlania kobaltom (wykorzystywane w leczeniu - radioterapii nowotworów różnego typu, w tym w ginekologii onkologicznej) i 1 aparat do naświetleń cezom (wykorzystywane w leczeniu - radioterapii, w tym - raka piersi i raka sutka), 54 tomografy komputerowe (wykorzystywane zarówno w diagnostyce nowotworów złośliwych, jak i choroby niedokrwiennej serca), 6 tomografów pozytonowych (wszechstronnie wykorzystywane w diagnostyce nowotworów i chorób układu krążenia), 25 rezonansów magnetycznych (wszechstronnie wykorzystywane w diagnostyce nowotworów, schorzeń psychicznych i psychogeriatrycznych, chorób układu mięśniowo-szkieletowego i chorób układu krążenia), 53 urządzenia angiograficzne (wykorzystywane w diagnostyce chorób układu krążenia, w tym - choroby niedokrwiennej serca), 54 echokardiografy (mające zastosowanie w diagnostyce schorzeń kardiologicznych), 19 RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową oraz 153 RTG z torem wizyjnym (wszechstronnie wykorzystywane w diagnostyce chorób układu oddechowego, układu mięśniowo-szkieletowego)¹³¹. Jeśli chodzi o opiekę nad noworodkami (w tym - z niską wagą urodzeniową) i zabezpieczenie podstawowej aparatury ratującej życie, w województwie śląskim w 2012 roku dostępne były 472 inkubatory (druga co do ilości największa ich liczba w Polsce, po województwie mazowieckim).

Jednocześnie w przeprowadzonym na potrzeby niniejszej ewaluacji badaniu ankietowym łącznie aż 96% przedstawicieli szpitali zadeklarowało potrzeby inwestycyjne w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną.. Jeśli chodzi o wskazanie konkretnych potrzeb w zakresie sprzętu i aparatury medycznej, wykorzystywanego do diagnostyki i leczenia chorób stanowiących poważny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego, ponad połowa jednostek (52%) wskazała na zapotrzebowanie na aparaty USG (wykorzystywane w diagnostyce chorób układu trawiennego oraz w ginekologii), w tym kardiograficzne (echokardiograf, aparat UKG), defibrylator oraz kardiomonitor (wykorzystywane w diagnostyce chorób układu krążenia). Nieco mniejsze potrzeby (48%) dotyczą aparatu EKG typu Holter, czy Holter ciśnieniowy (wykorzystywane w diagnostyce chorób układu krążenia, w tym - choroby niedokrwiennej serca), spirometr (wykorzystywane w diagnostyce chorób układu oddechowego, w tym - astmy i gruźlicy), a także puls oksymetr. Szczegółowo odpowiedzi respondentów w tym zakresie przedstawia poniższy wykres:

¹³⁰ zidentyfikowanych w rozdz. 4.2. niniejszego raportu.

¹³¹ Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014 – cz. I, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW, Katowice 2015, str. 30
Wymieniony sprzęt medyczny w znaczącej części zlokalizowany jest w szpitalach wojewódzkich, a także niepublicznych oraz klinicznych.

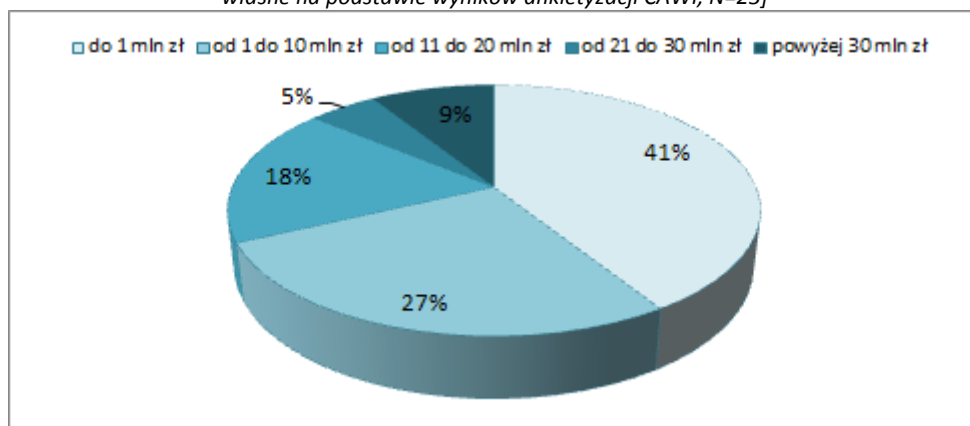
Rys 50 Potrzeby śląskich szpitali powiatowych i wojewódzkich w zakresie wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny wykorzystywane do diagnostyki i leczenia chorób stanowiących poważny problem zdrowotny regionu [Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankietyzacji CAWI, N=23]



Jak pokazują powyższe dane, zapotrzebowanie szpitali województwa śląskiego na sprzęt i aparaturę medyczną, dotyczy przekrojowo wszystkich grup chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego; przy czym najpoważniejsze (jeśli chodzi o nakłady finansowe potrzeby, sytuowały się w grupie chorób nowotworowych, chorób układu krążenia oraz chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego). Uwagę zwracano także na konieczność zakupu sprzętu wykorzystywanego w położnictwie i neonatologii (inkubatory, aparaty KTG, USG ginekologiczne), co jest istotne ze względu na odnotowywany w województwie śląskim wysoki wskaźnik umieralności okołoporodowej noworodków¹³². Rozkład deklarowanych przez placówki kosztów realizacji takich potrzeb w zakresie wyposażenia i sprzętu (ogółem) prezentuje poniższy wykres.

¹³² Por. dane na ten temat w rozdziale 4.2.

Rys 51 Szacunkowe koszty realizacji potrzeb inwestycyjnych w zakresie wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną [Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankietyzacji CAWI, N=23]



Jeśli chodzi o rozkład terytorialny zapotrzebowania na środki w tym zakresie, największa część badanych placówek deklarująca najwyższe kwoty zapotrzebowania na środki finansowe, to szpitale wojewódzkie, działające w subregionie centralnym i zachodnim województwa śląskiego.

Jeśli chodzi o inne potrzeby (poza sprzętem rehabilitacyjnym i medycznym) w zakresie wyposażenia wyraziło 78,3% badanych jednostek, do najczęściej wymienianych należały: zapotrzebowanie na nowe łóżka i materace, wyposażenie sal pacjentów i gabinetów, zakupu ambulansu sanitarnego oraz wyposażenie meblowe pokoi dla rodzin pacjentów.

Ze względu na potrzeby pacjentów wynikające z konieczności rehabilitacji po przebytych zabiegach chirurgicznych, wypadkach i urazach oraz z powodu schorzeń mieszczących się w grupie chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego, w ramach ankietyzacji weryfikowano także wyposażenie szpitali w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego. W grupie szpitali objętych badaniem ankietowym 82% ich przedstawicieli zadeklarowało, iż dysponują one sprzętem rehabilitacyjnym. Wśród badanych jednostek deklarujących dysponowanie sprzętem rehabilitacyjnym, aż 67% z nich określa jego obecny stan jako niewystarczający. W związku z tym respondenci poproszeni zostali o wskazanie jakie są potrzeby jednostki w zakresie sprzętu rehabilitacyjnego. Do najczęściej wymienianych należały:

- zestawy do wykonywania prób spiroergometrycznych, zestaw do spiroergometrii z bieżnią¹³³,
- bieżnia ruchoma z oprzyrządowaniem, urządzenia do treningu siłowego, rotory elektryczne z biofeedbackiem, specjalistyczne rowery treningowe, sprzęt do rehabilitacji wirtualnej, aparat kombajn do fizykoterapii¹³⁴,
- egzoskielety, parapiony elektryczne, parapiony z biofeedbackiem, cykloergometry i krążki sensomotoryczne¹³⁵,
- aparaty do stymulacji kawitarnej i głębokiej, aparaty do laseroterapii, biostymulacji laserowej, magnetoterapii, elektroterapii, ultradźwięków, aquawibrony z ekopompą, aparaty do terapii falami uderzeniowymi, zestaw do ćwiczeń ręki neurologicznej ARMEO BOOM¹³⁶,
- wanny do masażu podwodnego, łóżka do hydromasażu bez kontaktu z wodą, aparaty do masażu podciśnieniowego¹³⁷.

Doposażenie placówek w tego rodzaju sprzęt może w bardzo istotny sposób ograniczyć istniejące braki w dostępie do świadczeń rehabilitacyjnych, mieszczących się w obrębie chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego oraz chorób zawodowych¹³⁸, stanowiących istotne problemy regionu w obszarze zdrowia.

Jednocześnie według ocen samych przedstawicieli szpitali powiatowych i wojewódzkich, ich obecny stan infrastruktury, czyli budynki oraz sprzęt i aparatura medyczna, sprzyja świadczeniu usług wysokiej jakości; jedynie 9% z nich zadeklarowało, że obecny stan placówki „zdecydowanie nie sprzyja” świadczeniu usług wysokiej jakości (takie oceny formułowały wyłącznie szpitale powiatowe). Zestawiając te odpowiedzi z wcześniejszymi, dotyczącymi zapotrzebowania zarówno na inwestycje w zakresie remontu i rozbudowy infrastruktury, jak i modernizacji i/lub zakupu nowego sprzętu medycznego, można przypuszczać, że respondenci w powyższych opiniach nieco zawyżyli swoją ocenę, obawiając się negatywnego postrzegania swoich placówek jako świadczących złej jakości usługi medyczne. Z kolei wskazując jakie bariery uniemożliwiający dostęp pacjentów ich placówek do usług medycznych wysokiej jakości, badane jednostki deklarowały przede wszystkim niedostateczny poziom kontraktowania z NFZ, co zostało podkreślone przez 87% respondentów. W dalszej kolejności wymieniano braki w zakresie infrastruktury budynków (35% odpowiedzi), wyposażenia w sprzęt medyczny (30% odpowiedzi), braki kadrowe (39% odpowiedzi), a także inne przyczyny, wśród których najczęściej wymieniano odmowę z NFZ na zawieranie nowych kontraktów na kolejne usługi medyczne, a także niedoszacowanie procedur NFZ (17% odpowiedzi).

¹³³ Wg obecnych cen rynkowych, koszt tego typu sprzętu waha się od 200 do 500 tys. zł.

¹³⁴ Wg obecnych cen rynkowych, koszt tego typu sprzętu waha się od 500 do 700 tys. zł.

¹³⁵ Wg obecnych cen rynkowych, koszt tego typu sprzętu kształtuje się na poziomie 800 tys. zł.

¹³⁶ Wg obecnych cen rynkowych, koszt tego typu sprzętu kształtuje się na poziomie 1 mln zł.

¹³⁷ Wg obecnych cen rynkowych, koszt tego typu sprzętu waha się od 500 tys. zł. do 1 mln zł.

¹³⁸ Na tego rodzaju problemy w ramach przeprowadzonych wywiadów indywidualnych wskazywali konsultanci wojewódzcy w dziedzinach ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz epidemiologii.

Ponadto na podstawie badania ankietowego można wnioskować o niewielkim wykorzystywaniu istniejących zasobów szpitali w województwie śląskim. Według deklaracji respondentów, jedynie 54,5% tych jednostek wykorzystuje infrastrukturę budynków w 100% (były to przede wszystkim szpitale powiatowe), natomiast 45,5% jednostek zadeklarowało w tym miejscu poziom 75% (przede wszystkim były szpitale wojewódzkie). Analogicznie – wykorzystanie sprzętu medycznego w 100% zadeklarowała tylko połowa badanych szpitali, 41% placówek wykorzystuje sprzęt medyczny w 75%, natomiast 9% w placówek - w 50%. Niemal identycznie rozkładały się odpowiedzi na temat wykorzystania łóżek szpitalnych w tych placówkach, co potwierdza dane statystyczne, wg których średnie roczne wykorzystanie łóżka na wszystkich oddziałach szpitali województwa śląskiego kształtuje się na poziomie 63%-67%¹³⁹. Wskazuje to na właściwy kierunek interwencji RPO WSL 2014-2020 w zakresie przeniesienia akcentów z usług medycznych wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS; jest to rozwiązanie pozytywnie wpływające na podniesienie efektywności systemu opieki zdrowotnej ze względu na niewystarczające środki NFZ na hospitalizację (która jest kosztowna i wymaga dodatkowych nakładów na utrzymanie rozbudowanej i często przestarzałej infrastruktury budynków szpitali, zwłaszcza małych, powiatowych) przy jednocześnie wystarczających zasobach szpitali w odniesieniu do usług wymagających leczenia stacjonarnego (całodobowego).

Deinstytucjonalizacja (opieka środowiskowa, Dienne Domy Opieki Medycznej)

Wśród założeń nowej perspektywy unijnej na lata 2014-2020 jest utworzenie w placówkach Dziennych Domów Opieki Medycznej, będących konsekwencją zapotrzebowania na takie jednostki, wynikającego ze zmieniającej się struktury społeczeństwa, a także potrzeby zmniejszenia obciążenia opiekunów osób niesamodzielnych. Zgodnie z założeniami, standard dziennego domu opieki medycznej zostanie pilotażowo przetestowany w ramach PO WER, a następnie upowszechniony z wykorzystaniem środków Regionalnych Programów Operacyjnych w ramach perspektywy finansowej na lata 2014-2020. Świadczeniami opieki zdrowotnej realizowanymi w ramach dziennego domu opieki medycznej będą objęte osoby mające prawo do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych na zasadach określonych w przepisach ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. Nr 164, poz. 1027, z późn. zm.).¹⁴⁰

Realizacja projektów dotyczących zapewnienia opieki osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym, będzie stanowiła ważne działanie w obszarze zdrowia, służące zaspokojeniu potrzeb dynamicznie rosnącej licznie najstarszych mieszkańców regionu¹⁴¹. Jest to szczególnie istotne w kontekście niewystarczającej obecnie liczby miejsc w placówkach opieki paliatywnej, hospicjach i zakładach opiekuńczych, funkcjonujących na terenie województwa śląskiego; jak świadczą opinie ekspertów, zebrane w ramach niniejszego badania, w kontekście wzrastających z roku na rok potrzeb, zabezpieczenie opieki dla osób starszych, zwłaszcza przewlekle chorych, jest w regionie zdecydowanie nieadekwatne.

Według aktualnych danych obecnie funkcjonuje w województwie śląskim tylko jedna tego typu placówka stacjonarna (Gościna Serca Św. Teresy od Dzieciątka Jezus W Katowicach), w której w latach 2010-2014 liczba miejsc zmniejszyła się z 85 do 38, a liczba leczonych z 1255 (w 2010r.) do 293 (w 2014r.)¹⁴². Podobnie niepokojąca sytuacja dotyczy 13 oddziałów medycyny paliatywnej w szpitalach w województwie śląskim, w których w ciągu ostatnich trzech lat liczba leczonych osób zwiększyła się o ok. 47% (z liczby 2446 leczonych w 2012 roku do 3597 w 2014r., podczas gdy liczba dostępnych miejsc wzrosła o ok. 32% (ze 168 miejsc dostępnych w 2012r do 222 w 2014). Oddziały zlokalizowane są w następujących miastach: Bielsko Biała – 20 miejsc, Chorzów – 11 miejsc, Czeladź - 16, Częstochowa – 37 miejsc w dwóch placówkach, Gliwice - 24 miejsca, Jaworzno – 18 miejsc, Katowice – 18 miejsc, Orzesze – 15 miejsc, Tarnowskie Góry – 18 miejsc, Wilkowice – 10 miejsc, Zawiercie – 20 miejsc, Żory – 15 miejsc, co jest liczbą niewystarczającą w kontekście wzrastającej liczby osób po 85 r.ż. Biorąc pod uwagę powyższe, wraz z liczbą dostępnych miejsc w zakładach opiekuńczych, opiekuńczo-leczniczych, w regionie jest łącznie 4843 miejsc¹⁴³ dla osób starszych, przewlekle chorych, co daje współczynnik 10,6 na 10 tys. ludności, zdecydowanie zbyt niskim poziomie, by było możliwe w perspektywie następnych 20 lat zabezpieczenie na odpowiednim poziomie opieki dla osób starszych i przewlekle chorych w regionie.

Ze względu na przedstawioną powyżej sytuację epidemiologiczną (rozdz. 4.2) i wyzwania związane z zapewnieniem opieki dla osób po 65 r.ż. w regionie, w ramach ankietyzacji szpitali powiatowych i wojewódzkich, zapytano ich przedstawicieli, czy w ich placówkach byłoby możliwe poszerzenie zakresu świadczeń, związanych z opieką nad osobami starszymi, niepełnosprawnymi i niesamodzielnymi.

Jedynie 34,8% badanych placówek (w grupie szpitali powiatowych i wojewódzkich) jest zainteresowanych utworzeniem w swoich strukturach jednostki DDOM¹⁴⁴ i/lub podobnej placówki. Jako bariery uniemożliwiające ich utworzenie wskazują najczęściej kwestie finansowe, zbyt niskie koszty dofinansowania w przypadku konieczności remontu, czy przewidywany obecnymi regulacjami ograniczony czas opieki nad pacjentem (np. tylko pobyt dzienny). Aby utworzyć w strukturach jednostki zapewniające specjalistyczną i kompleksową opiekę osobom starszym, w szczególności z chorobami geriatrycznymi, psychogeriatrycznymi i spektrum chorób występujących w tym wieku, wymagana jest specjalistyczna kadra medyczna w ściśle określonych dziedzinach. Przedstawiciele szpitali w województwie śląskim proszeni byli o wskazanie czy personel medyczny,

¹³⁹ Wg danych ŚUW WNSOZ – Raport 2013.

¹⁴⁰ https://www.funduszeuropejskie.gov.pl/media/6854/Zalacznik_1_Dzienny_dom_opieki_med.pdf

¹⁴¹ Por. dane demograficzne przedstawione w rozdz. 4.1

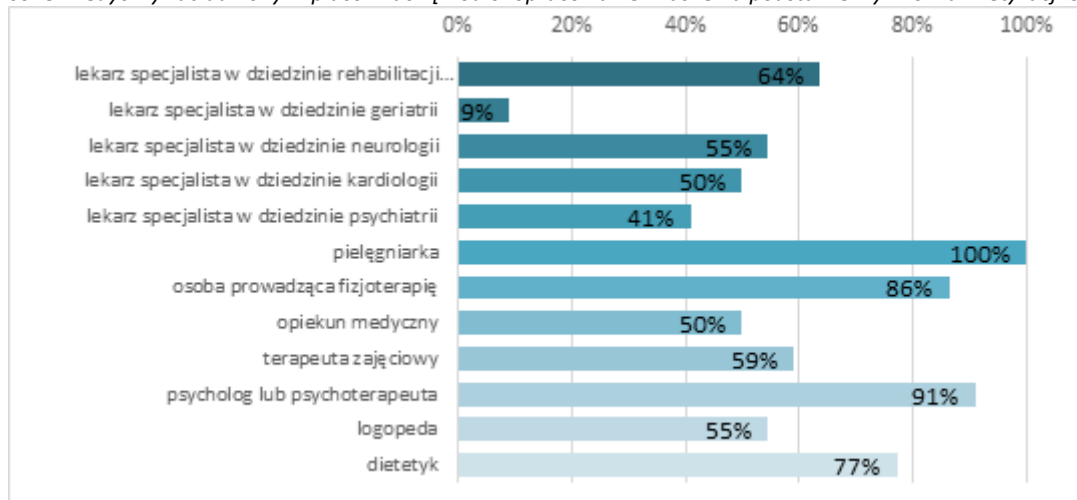
¹⁴² Stan na 31.12.2014r. - dane wg sprawozdania Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW za rok 2015.

¹⁴³ Wszystkie dane wg stanu na 31.12.2014r, wg sprawozdania Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW za rok 2015.

¹⁴⁴ Dzienny Dom Opieki Medycznej

zapewniający świadczenie wysokiej jakości usług medycznych w tym zakresie, jest zatrudniony w obrębie placówki. Rozkład odpowiedzi przedstawia wykres poniżej:

Rys 52 Personel medyczny zatrudniony w placówkach [Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankietyzacji CAWI, N=23]



W 100% badanych jednostek zatrudnione są pielęgniarki, w większości placówek (90,9%) pracują także psychologowie lub psychoterapeuci. Podobnie wśród zasobów kadrowych znacznej części placówek (blisko 87%) znajduje się osoba prowadząca fizjoterapię. Niepokojący jest fakt bardzo niewielkiego udziału lekarzy specjalistów w dziedzinie geriatric wśród kadry medycznej badanych placówek – zaledwie 9% z nich zadeklarowało jego zatrudnianie. Zważywszy na problem starzejącego się społeczeństwa brak lekarzy geriatric w szpitalach jest najistotniejszym brakiem kadrowym, a także przeszkodą dla możliwości utworzenia w nich różnych form opieki środowiskowej.

Respondenci biorący udział w badaniu poproszeni zostali również o ogólną ocenę, czy obecny stan infrastruktury, czyli budynki oraz sprzęt i aparatura medyczna, sprzyja świadczeniu usług wysokiej jakości. Pozytywnej odpowiedzi udzieliło większość respondentów, jedynie 9% z nich zadeklarowało, że obecny stan infrastruktury zdecydowanie nie sprzyja świadczeniu usług wysokiej jakości. Biorąc pod uwagę wskazane opinie można wnioskować o dobrej jakości infrastruktury szpitali w zakresie jakości i dostępności do usług medycznych. Jednocześnie zestawiając te odpowiedzi z wcześniejszymi, dotyczącymi zapotrzebowania zarówno na inwestycje w zakresie remontu i rozbudowy infrastruktury, jak i modernizacji i/lub zakupu nowego sprzętu medycznego, można przypuszczać, że respondenci w powyższych dwóch pytaniach nieco zawyżyli swoją ocenę, obawiając się negatywnego postrzegania swoich placówek jako świadczących zły jakości usługi medyczne.

Z kolei wskazując jakie bariery uniemożliwiają dostęp do usług medycznych wysokiej jakości, badane jednostki deklarowały przede wszystkim niedostateczny poziom kontraktowania z NFZ, co zostało podkreślone przez 87% respondentów. W dalszej kolejności wymieniano braki w zakresie infrastruktury budynków (35% odpowiedzi), wyposażenia w sprzęt medyczny (30% odpowiedzi), braki kadrowe (39% odpowiedzi), a także inne przyczyny, wśród których najczęściej wymieniano odmowę z NFZ na zawieranie nowych kontraktów na nowe usługi medyczne, a także niedoszacowanie procedur NFZ (17% odpowiedzi)

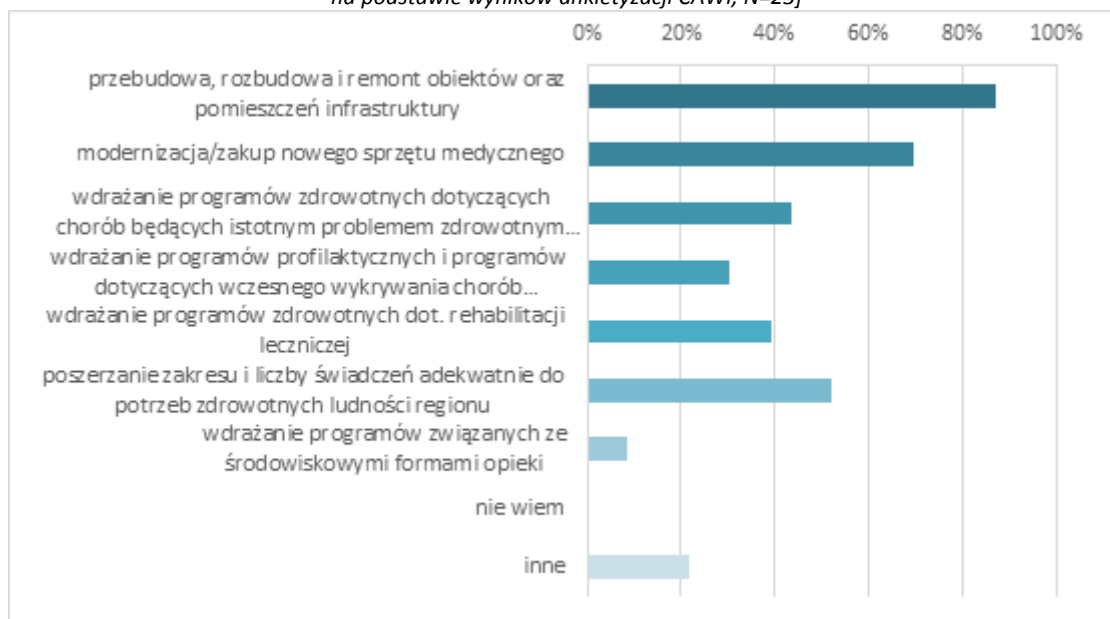
Badanie obejmowało również pytanie o wykorzystywanie zasobów jednostki. Placówki wskazywały w jakim stopniu wykorzystywana jest infrastruktura budynków, sprzęt medyczny oraz łóżka szpitalne. Wykorzystywanie infrastruktury budynków w 100% wskazało 54,5% badanych placówek (przede wszystkim – szpitale powiatowe), natomiast 45,5% jednostek zadeklarowało wykorzystanie w 75% (przede wszystkim – szpitale wojewódzkie). W zakresie sprzętu medycznego 50% badanych szpitali wykorzystuje te zasoby w 100%, 40,9% wykorzystuje sprzęt medyczny w 75%, natomiast 9,1% placówek w 50%. Biorąc pod uwagę wykorzystanie łóżek szpitalnych 54,5% badanych jednostek wykorzystuje je w 100%. W 75% wykorzystuje je 40,9% placówek, natomiast w 50% jedynie 4,5%.

Potencjał do realizacji projektów współfinansowanych ze środków unijnych w ramach RPO WSL 2014-2020

Ostatnią częścią badania było zebranie informacji dotyczących chęci ubiegania się placówek o dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020. Zdecydowana większość badanych jednostek, ponieważ aż 91,3%, wyraziła chęć uczestnictwa w programach współfinansowanych ze środków unijnych. Jedynie niewielka część (8,7%) nie planuje lub nie wie, czy placówka którą reprezentuje zamierza ubiegać się o dofinansowanie.

Placówki, które wyraziły zamiar składania wniosków o dofinansowanie poproszone zostały o uszczegółowienie, jakie projekty chciałyby realizować w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WSL na najbliższe lata. Aż 87% jednostek wyraziło chęć przeznaczenia środków na infrastrukturę w zakresie budynków, a 69,6% na modernizację lub zakup nowego sprzętu medycznego (najczęściej wskazywane odpowiedzi). Wdrażanie programów zdrowotnych i profilaktycznych okazało się być dla badanych jednostek najmniej interesującym działaniem w ramach programu. Rys 53 przedstawia rozkład wszystkich odpowiedzi badanych szpitali.

Rys 53 Projekty, które placówki chciałyby realizować w ramach dofinansowania ze środków RPO WSL 2014-2020 [Źródło: opracowanie własne na podstawie wyników ankietyzacji CAWI, N=23]



Podsumowanie

Obecny stan zabezpieczenia opieki w szpitalach województwa śląskiego z punktu widzenia chorób stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie należy ocenić jako przeciętny. Pozytywnym aspektem jest dostępność dużej liczby łóżek na oddziałach szpitali powiatowych i wojewódzkich w województwie śląskim, choć w tym zakresie istnieją też obszary deficytowe, związane z leczeniem pacjentów z przewlekłymi chorobami płuc (w tym – gruźlicy), pacjentów diabetologicznych i osób starszych, cierpiących na kompleksowe schorzenia, w tym - psychogeriatryczne (deficyty te są znaczące ze względu na wskazanie tych chorób jako stanowiących istotne problemy zdrowotne w regionie). Do tej pory, m.in. dzięki środkom UE i działaniom w ramach RPO WSL 2007-2013 stan infrastruktury dużych szpitali i przychodni przyszpitalnych w województwie śląskim znacznie się poprawił, nie tylko pod względem stanu budynków (przeprowadzono liczne remonty i dostosowano placówki do potrzeb osób niepełnosprawnych), ale także jeśli chodzi o wyposażenie w sprzęt medyczny, również wysokospecjalistyczny sprzęt diagnostyczny w szpitalach. Jak świadczą wyniki kontroli NIK¹⁴⁵, problemem jest zapewnienie wykorzystania tego sprzętu przez szpitale w ramach kontraktów NFZ (wymagania RPO WSL 2014-2020 wprowadzają takie zapisy w związku z zapewnieniem trwałości projektu) – kontrakty te są - zdaniem przedstawicieli badanych szpitali i ekspertów, biorących udział w badaniu pogłębionym¹⁴⁶ - zbyt niskie, by sprzęt ten był w pełni efektywnie wykorzystywany.

Stan szpitali powiatowych, zwłaszcza leżących na obszarach peryferyjnych, jest znacznie gorszy niż szpitali wojewódzkich¹⁴⁷, zwłaszcza mieszczących się w subregionie centralnym województwa. Małe szpitale powiatowe, zwłaszcza w subregionie północnym mają zdecydowanie większe potrzeby: często placówki te nie spełniają wymagań Ministerstwa Zdrowia, najczęściej również nie są w pełni dostosowane do potrzeb osób niepełnosprawnych. Należy jednak zwrócić uwagę, że prowadzenie w nich prac remontowych jest utrudnione m.in. z powodu wielkości placówek, niemożności świadczenia w czasie remontu opieki dla pacjentów, wysokich kosztów spowodowanych koniecznością kompleksowych prac. Problemy w tym zakresie stwarza także struktura własności tych placówek, często budynki szpitali (w szczególności - powiatowych) należą do JST, co wymaga zaangażowania władz samorządowych do ubiegania się o środki na prace remontowe np. w ramach projektów w obszarze zdrowia w PI 9a RPO WSL 2014-2020. Ponadto, jak wynika z analizy kontraktowania NFZ¹⁴⁸ w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej, wiele śląskich szpitali udziela licznych usług medycznych w ramach AOS, prowadzonych przy tych szpitalach. Dlatego wartościowym rozwiązaniem, sprzyjającym podniesieniu jakości usług zdrowotnych, świadczonych poza szpitalami (zgodnie z postulatem deinstytucjonalizacji) z wykorzystaniem środków RPO WSL 2014-2020, byłoby realizowanie projektów służących podniesieniu dostępności usług zdrowotnych (zwłaszcza w przypadku zakupu sprzętu specjalistycznego i/lub prac remontowych, przebudowy/ modernizacji infrastruktury), przede wszystkim przez tego typu placówki ambulatoryjne, z uwagi na ich duży potencjał organizacyjny i kadrowy. Jak świadczą wypowiedzi ekspertów, uzyskane w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego, istniejące w tych placówkach powiązania organizacyjne i infrastrukturalne, pozwalają przypuszczać, że mogą one bardziej efektywnie poszerzać zakres i liczbę udzielanych świadczeń, przede wszystkim w obszarze diagnostyki onkologicznej, rehabilitacji układu kostno-mięśniowo-szkieletowego i leczenia kardiologicznego¹⁴⁹.

¹⁴⁵ Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanych ze środków Regionalnych Programów Operacyjnych na lata 2007–2013. NIK, 2012.

¹⁴⁶ Por. wywiady IDI z ekspertami ds. kontraktowania w województwie śląskim, konsultantami ds. poszczególnych grup chorób, a także przedstawione w tym rozdziale dane nt. wysokości kontraktów w ramach umów placówek opieki stacjonarnej z NFZ.

¹⁴⁷ W tym rozdziale pod pojęciem „szpitale wojewódzkie” mieszczą się SPZOZ, posiadające oddziały szpitalne, dla których organem założycielskim jest Marszałek Województwa Śląskiego – wg listy zamieszczonej na: https://bip.slaskie.pl/index.php?grupa=4&dzi=3&id_menu=139.

¹⁴⁸ Por. www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 23.10.2015]

¹⁴⁹ Por. wywiady IDI z konsultantami ds. poszczególnych grup chorób, a także przedstawicielami śląskich POZ, AOS i szpitali w ramach wywiadu fokusowego.

Ze względu na zdiagnozowane na podstawie danych epidemiologicznych zapotrzebowanie w województwie śląskim na leczenie związane z wysokim wskaźnikiem zapadalności na depresję i zaburzenia lękowe w młodszej grupie mieszkańców województwa śląskiego¹⁵⁰, z punktu widzenia problemów zdrowotnych mieszkańców regionu istotny jest fakt, iż stosunkowo najgorzej oceniany jest stan placówek stacjonarnej opieki psychiatrycznej, z uwagi na niewielkie nakłady ze środków NFZ¹⁵¹, a także małą liczbę oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży w śląskich szpitalach. Tymczasem stan istniejących placówek (zniszczenia, brak unowocześnień, braki w podstawowym wyposażeniu), decydują o tym, że wiele osób (które wymagają hospitalizacji) nie podejmuje leczenia lub skraca pobyt w placówce przed czasem. Przekłada się to na zmniejszenie efektywności leczenia, przede wszystkim w wyniku braku podjęcia interwencji na wczesnym etapie choroby (pacjenci rezygnują z leczenia z powodu złego stanu placówek), co może skutkować w kolejnych latach podniesieniem się poziomu wskaźnika umieralności z powodu tych zaburzeń w grupie dzieci i młodzieży w województwie śląskim¹⁵².

Jednocześnie w zakresie wszystkich chorób przewlekłych, sytuujących się w grupach chorób wskazanych jako istotny problem zdrowotny w regionie (choroby układu oddechowego – gruźlica, astma, POChP, choroby układu kostno-mięśniowo-szkieletowego w wyniku urazów układu ruchu oraz depresji, zaburzeń lękowych i schorzeń psychogeriatrycznych), brakuje w województwie śląskim oddziałów dziennych i rehabilitacyjnych, które odciążąby szpitale i zmniejszyły koszty leczenia, w tym - dla najstarszej grupy pacjentów¹⁵³.

W zakresie opieki nad osobami starszymi, w tym - cierpiącymi na choroby przewlekłe – dla podniesienia jakości opieki zdrowotnej w regionie wskazane byłoby zwiększenie dostępności do tego typu placówek. Jest to rozwiązanie bardzo pożądane nie tylko z przyczyn ekonomicznych, ale także zgodne z punktu widzenia przedłużenia okresu aktywności osób starszych, zwłaszcza po 80 r.ż. Zapotrzebowanie to potwierdzają przedstawione w rozdziale 4.1, dane demograficzne, według których województwo śląskie jest jednym z najbardziej dynamicznie starzejących się regionów w Polsce, w związku z czym zapewnienie opieki dla osób starszych jest problemem, który w najbliższych latach będzie stanowił poważne wyzwanie. Z jednej strony można uznać, że region jest w lepszej sytuacji niż inne w Polsce ze względu na to, że istnieją w województwie placówki specjalizujące się w opiece dla osób starszych i oddziały geriatryczne, niemniej jest ich zbyt mała liczba, by zaspokoić potrzeby leczenia najstarszego pokolenia pacjentów, u których występują na ogół cały zespół chorób i osoby te wymagają wykwalifikowanej opieki wielu specjalistów¹⁵⁴. Co więcej, mimo średniego wykorzystania łóżka na oddziale geriatrycznym na poziomie 65% rocznie¹⁵⁵, obecnie czas oczekiwania na przyjęcie na oddział geriatryczny wynosi ponad miesiąc (37 dni), co związane jest przede wszystkim z niską wysokością kontraktów NFZ dla tych oddziałów szpitali. Zgodnie z zaleceniami formułowanymi m.in. w *Policy paper dla obszaru zdrowia*, pobyt pacjenta na tego typu oddziale powinien być krótki i służyć przede wszystkim sformułowaniu właściwych zaleceń do dalszego leczenia ambulatoryjnego, które powinno mieć również charakter kompleksowy, np. w formule placówek dziennego pobytu, takiego jak opisane wyżej DDOM. O potrzebie zwiększenia liczby tego typu placówek świadczą przedstawione w rozdziale 4.1 dane demograficzne – należy się spodziewać, że w województwie w perspektywie 10 i 20 lat znaczne wzrośnie zapotrzebowanie na szpitalne oddziały geriatryczne (w tym – dla osób ze schorzeniami przewlekłymi, takimi jak gruźlica) oraz placówki dziennego pobytu dla osób po 65 r.ż. z kompleksowymi schorzeniami, występującymi u tej grupy wiekowej pacjentów (zaliczyć tu należy zarówno chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, zaburzenia psychiczne, choroby układu ruchu). Istniejące w regionie placówki tego typu deklarują, że chciałyby tworzyć tego typu oddziały i szkolić kadrę, by podejść kompleksowo do takich pacjentów, z tego względu uzasadnione byłoby wsparcie w ramach środków RPO WSL 2014-2020 tych placówek, które planują poszerzenie zakresu swoich świadczeń o usługi rehabilitacyjne i związane z kompleksową opieką nad osobami starszymi¹⁵⁶.

Ponadto, jak wynika z analizy planu finansowego kontraktowania NFZ na 2016r.¹⁵⁷, w kolejnym roku wzrosną nakłady Funduszu na świadczenia związane z rehabilitacją leczniczą. Jak wspomniano wyżej, obecnie odbywa się ona w warunkach szpitalnych przede wszystkim w przypadku rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej, niemniej niezbędna w przypadku chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego i układu oddechowego rehabilitacja odbywa się w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jak świadczą wypowiedzi ekspertów, uzyskane w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego, skuteczne leczenie chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu, wymaga poszerzenia zakresu i liczby świadczeń rehabilitacji związanej z tymi jednostkami chorobowymi¹⁵⁸. Jak wspomniano wcześniej, jeśli chodzi o te usługi z zakresu rehabilitacji, które mogą być świadczone poza szpitalami (deinstytucjonalizacja) najdłuższy czas oczekiwania dotyczy: rehabilitacji pulmonologicznej (106 dni); rehabilitacji narządu ruchu (powyżej roku) i rewizji po endoprotezoplastyce (powyżej roku); rehabilitacji psychiatrycznej dla dorosłych i dzieci (odpowiednio: 71 dni i powyżej roku) – należy uznać, że są to priorytetowe potrzeby w tym zakresie. Podobnie, jeśli chodzi o choroby stanowiące problem zdrowotny w regionie, długi czas oczekiwania na świadczenia z zakresu radioterapii (ponad trzy miesiące dla przypadku stabilnego) i diagnostyki onkologicznej oraz przyjęcia na oddział diabetologiczny (58 dni), świadczą o tym, że usługi te nie są wystarczająco dostępne w śląskich szpitalach.

¹⁵⁰ Por. dane epidemiologiczne, przedstawione w rozdz. 4.2.

¹⁵¹ Por. informacje zebrane w ramach wywiadów pogłębionych z konsultantami wojewódzkimi ds. psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży na potrzeby niniejszego badania.

¹⁵² Por. rozdz. 4.2.

¹⁵³ Por. informacje zebrane w ramach wywiadów pogłębionych z konsultantami ds. psychiatrii oraz psychiatrii dzieci i młodzieży, a także przedstawione w tym rozdziale dane nt. wysokości kontraktów na leczenie psychiatryczne w ramach umów placówek opieki stacjonarnej z NFZ.

¹⁵⁴ Por. informacje zebrane w ramach wywiadów pogłębionych z konsultantami ds. tych grup chorób.

¹⁵⁵ *Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014 – cz. I*, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW, Katowice 2015. Str. 30 Wymieniony sprzęt medyczny w znaczącej części zlokalizowany jest w szpitalach wojewódzkich, a także niepublicznych oraz klinicznych.

¹⁵⁶ Por. informacje zebrane w ramach wywiadów pogłębionych z konsultantami ds. tych grup chorób.

¹⁵⁷ Por. www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 23.10.2015]

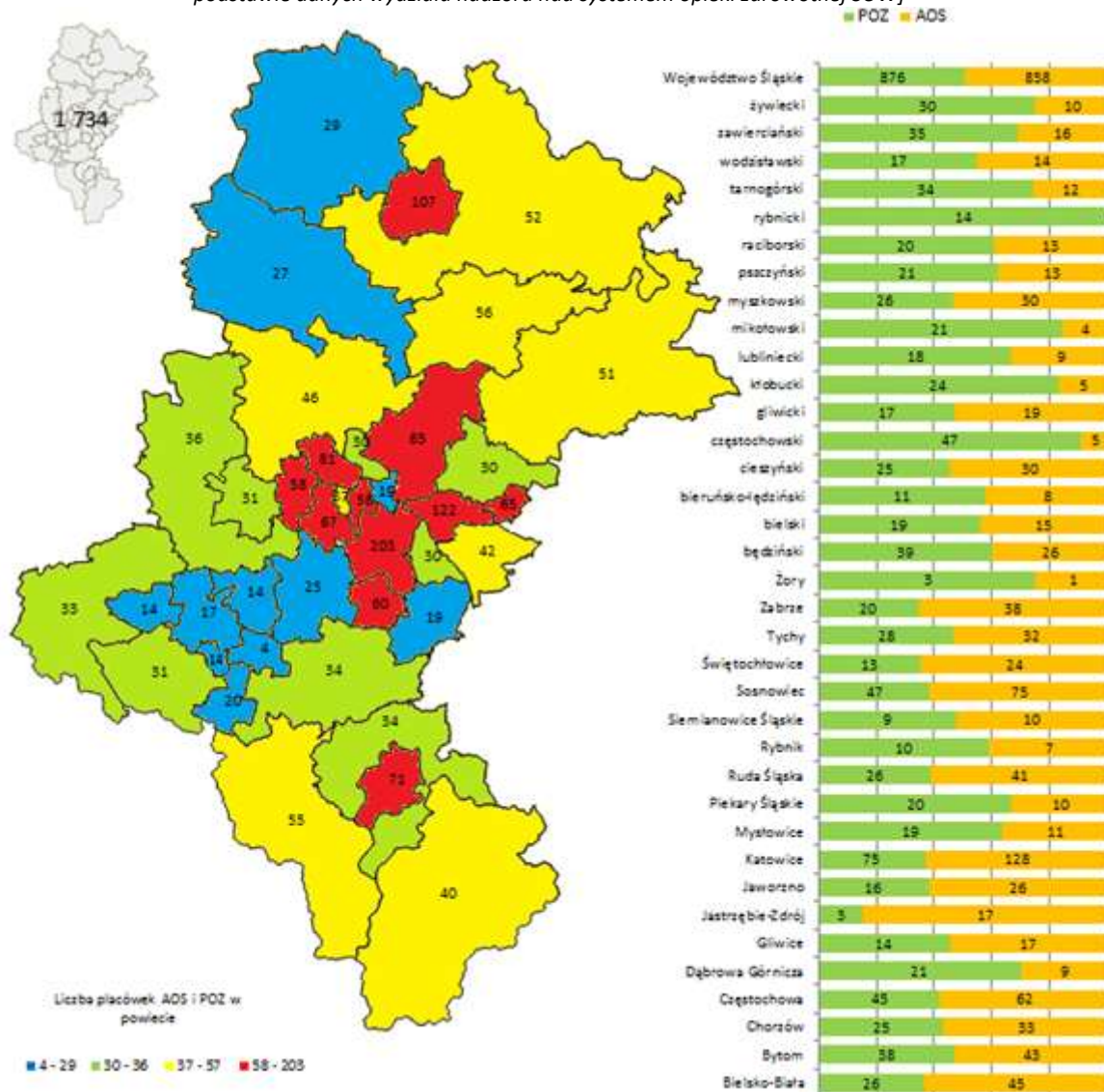
¹⁵⁸ Por. wywiady IDI z konsultantami ds. poszczególnych grup chorób, a także przedstawicielami śląskich POZ, AOS i szpitali w ramach wywiadu fokusowego.

Z tego względu wskazane byłoby wsparcie w kierunku deinstytucjonalizacji i przeniesienia większej liczby usług rehabilitacyjnych, diagnostyki i terapii onkologicznej oraz leczenia z zakresu diabetologii ze szpitali do placówek ambulatoryjnych¹⁵⁹, co jest również zgodne z oczekiwaniami i możliwościami ich realizacji przez śląskie placówki POZ i AOS, zamieszczonymi w kolejnym rozdziale.

4.5. Sytuacja w ramach podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w województwie śląskim

W województwie śląskim, według aktualnych danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚWU działa 876 placówek Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ) i 858 – Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej (AOS)¹⁶⁰. Największe zagęszczenie tych placówek, a co za tym idzie – największa dostępność usług medycznych dla pacjentów, występuje w subregionie centralnym (o czym decyduje przede wszystkim obszar aglomeracji katowickiej), najmniejsza zaś – w subregionie północnym i zachodnim¹⁶¹; przy czym również na tych obszarach, największa liczba placówek funkcjonuje w dużych miastach: Częstochowie, Raciborzu i Rybniku – rozkład tych placówek z podziałem na powiaty województwa śląskiego przedstawia mapa poniżej.

Rys 54 Dostępność placówek POZ i AOS w województwie śląskim w podziale na powiaty w 2015 roku [Źródło: opracowanie własne na podstawie danych wydziału nadzoru nad systemem opieki zdrowotnej ŚWU]



Najczęściej świadczone usługi medyczne

Wg danych GUS na terenie województwa śląskiego w ramach Podstawowej Opieki Zdrowotnej w ostatnim roku udzielono łącznie 19211,9 porad lekarskich, z czego większość udzielona została mieszkańcom miast województwa śląskiego (co wynika z

¹⁵⁹ Por. wywiady IDI z konsultantami ds. poszczególnych grup chorób, a także przedstawicielami śląskich POZ, AOS i szpitali w ramach wywiadu fokusowego.

¹⁶⁰ Raport „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w województwie śląskim”, WNSOZ ŚWU, Katowice 2015.

¹⁶¹ Por. mapa poniżej.

aglomeracyjnego charakteru województwa) w wieku produkcyjnym, co nie odbiega od tendencji ogólnopolskich. W związku jednak z prognozami demograficznymi należy spodziewać się, że zarówno w kraju, jak i w województwie, struktura wiekowa pacjentów POZ będzie przesuwana się w stronę coraz liczniejszego udziału osób po 65 r.ż., co w związku z kompleksowym charakterem schorzeń osób w tej grupie wiekowej będzie wymagało coraz lepszego zabezpieczenia infrastrukturalnego i wyposażenia w sprzęt medyczny służący do diagnostyki najstarszej grupy pacjentów (jak świadczą dane statystyczne w tej grupie wiekowej najczęściej odnotowuje się chorobę niedokrwienną serca, cukrzycę, chorobę miażdżycową, zaburzenia psychiczne, choroby układu ruchu) tych placówek. Wczesne zdiagnozowanie tych chorób oraz pozostawanie pod opieką lekarza POZ stanowi dla tych osób czynnik sprzyjający przedłużeniu okresu aktywności społecznej, pod warunkiem odpowiedniej dostępności tych placówek (w tym – w zakresie ich dostosowania lokalowego do potrzeb osób o ograniczonej mobilności) oraz właściwej koordynacji leczenia ze specjalistami takimi jak diabeetyk, fizjoterapeuta, psycholog, opiekun medyczny.

Tab 10 Porady lekarskie w POZ w Polsce i województwie śląskim [Źródło: „Zdrowie i ochrona zdrowia 2013”, GUS 2014]

Porady lekarskie w podstawowej opiece zdrowotnej w tysiącach ¹⁶²					
		Polska		Województwo śląskie	
		miasta	wieś	miasto	wieś
Ogółem	Razem	119 011,2	38 957,7	15 660,8	3 551,1
	Dzieciom i młodzieży do lat 18 (pediatria)	27 981,1	8 166,8	3 685,5	822,8
	Osobom w wieku 65 i więcej	36 587,0	12 456,4	5 124,3	1 139,8
Kobietom	Razem	67 265,1	21 777,3	8 664,6	1 955,3
	W tym kobietom w ciąży w zakresie opieki profilaktycznej (położne)	22,5	7,0	4,2	1,4

Jeśli natomiast chodzi o ambulatoryjną opiekę specjalistyczną w regionie, wg danych GUS największa liczba świadczeń w ramach grup chorób wskazanych jako istotny problem zdrowotny w regionie, udzielana jest w zakresie poradni chirurgicznych, dalej otolaryngologicznych, kardiologicznych, gruźlicy i chorób płuc, zdrowia psychicznego oraz diabetologii (zestawienie w tabeli poniżej).

Tab 11 Specjalistyczne porady w województwie śląskim w odniesieniu do chorób, stanowiących problem zdrowotny regionu [Źródło: „Zdrowie i ochrona zdrowia 2013”, GUS 2014 oraz danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW – sprawozdania 2014]

Nazwa	Liczba porad w tysiącach
Choroby wewnętrzne	194,8
Neurologiczne	101,9
Neonatologiczne	12,8
Ginekologiczno-położnicze	1780,0
Onkologiczne	327,9
Chirurgiczne	2836,9
Urazowo-ortopedyczne	1194,3
Gruźlicy i chorób płuc	380,7
Kardiologiczne	989,2
Diabetologiczne	371,9
Rehabilitacyjne	350,0
Otolaryngologiczne	951,7
Zdrowia psychicznego	565,2
Ogółem	10057,3

Zwraca uwagę w powyższej tabeli stosunkowo niska (w stosunku do opisanej w rozdziale 4.2 zapadalności na choroby nowotworowe w regionie) liczba porad ambulatoryjnych w zakresie onkologii, co wyjaśnić można specyfiką chorób nowotworowych, wymagających na ogół hospitalizacji. Jak jednak świadczą opinie przedstawicieli placówek specjalistycznych w województwie śląskim, zebrane w ramach niniejszego badania, znaczna część usług medycznych dla pacjentów onkologicznych (przede wszystkim biopsje, diagnostyka z wykorzystaniem tomografów komputerowych oraz mammografów, radioterapia i chemioterapia), wykonywanych obecnie w warunkach szpitalnych, mogłaby być również świadczona w poradniach specjalistycznych, pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej infrastruktury i specjalistycznego sprzętu medycznego. Należy jednak podkreślić, że tego typu działania, choć służące odciążeniu placówek szpitalnych, spotykają z się z krytycznymi opiniami ekspertów¹⁶³, przede wszystkim ze względu na niedostateczny poziom kontroli jakości wykonywanych w tym zakresie badań diagnostycznych w poradniach i brak możliwości kontroli zewnętrznej; z tego powodu trudno rekomendować udzielenie wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 na przeniesienie tych usług do AOS (w ramach działań służących deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej).

¹⁶² Wg danych GUS z raportu „Zdrowie i ochrona zdrowia 2013” – GUS 2014. Zgodnie z przepisami Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych POZ świadczą usługi zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii, udzielane przez lekarzy, pielęgniarki i położne POZ w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Wg dostępnych danych GUS, są one objęte jedną kategorią – świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej, z różnicowaniem jedynie grup odbiorców świadczeń na dzieci i młodzież (pediatria), kobiety w ciąży (położnictwo) oraz pozostałych (medycyna rodzinna i ogólna).

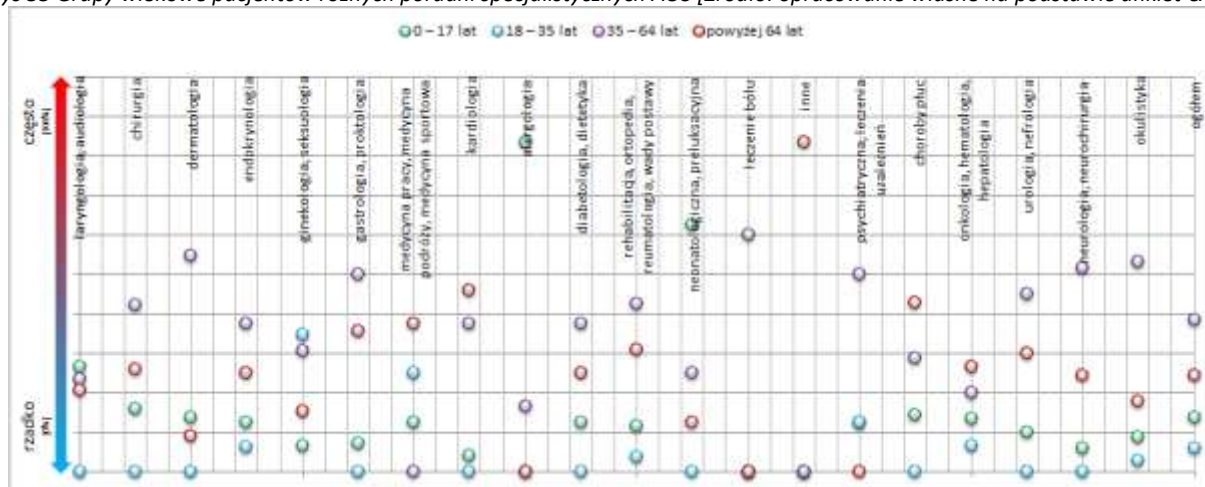
¹⁶³ Por. informacje z przeprowadzonych w ramach niniejszego badania wywiadów pogłębianych z konsultantem wojewódzkim ds. ginekologii onkologicznej, ds. zdrowia publicznego oraz wyniki wywiadu FGI z przedstawicielami placówek opieki zdrowotnej oraz UM WSL.

Jeśli natomiast chodzi o drugą najliczniej występującą w regionie grupę schorzeń – choroby układu krążenia (w tym związane z najczęstszą – chorobą niedokrwienną serca) - jak świadczą przedstawione powyżej dane w znacznym stopniu ich leczenie (poza stanami zaostrzenia) odbywa się w warunkach ambulatoryjnych. W województwie śląskim rocznie udziela się ponad 989000 porad kardiologicznych, co w przeliczeniu na 100 mieszkańców regionu wynosi ponad 19,5 porady rocznie (jest to około dwukrotnie więcej niż np. w województwie warmińsko - mazurskim, wielkopolskim czy dolnośląskim), co stanowi pozytywny przejaw dużej dostępności tych świadczeń, co potwierdziły opinie ekspertów z tej dziedziny, biorących udział w badaniu pogłębionym zrealizowanym na potrzeby opracowania niniejszego raportu. Z kolei wskazywanym przez nich obszarem w grupie tych chorób, który mógłby zostać obecnie obsługiwany w większej mierze przez placówki ambulatoryjne, są świadczenia z zakresu rehabilitacji kardiologicznej. Podobne opinie dotyczyły grup chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego i układu oddechowego, przy czym w odniesieniu do tych drugich wskazywano na konieczność zapewnienia w AOS w województwie śląskim większej dostępności leczenia chorób przewlekłych w trybie placówek dziennego pobytu. Tego typu projekty, realizowane przez placówki ambulatoryjne mieszczą się w ramach interwencji środków RPO WSL 2014-2020 i ich realizacja może przyczynić się do podniesienia efektywności i dostępności leczenia w tych grupach schorzeń w regionie.

Ze względu na potrzebę zweryfikowania obecnej dostępności świadczeń w placówkach POZ i AOS w związku z grupami chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie, w ramach zrealizowanego badania ankietowego z ich przedstawicielami, uzyskano informacje co do największego obciążenia tych placówek w ramach poszczególnych świadczeń. Jak wynika z przeprowadzonych badań CATI, co potwierdzają przytoczone na początku rozdziału dane statystyczne, największą grupę pacjentów poradni podstawowej opieki zdrowotnej, podobnie jak w przypadku poradni specjalistycznych i szpitali, stanowią osoby w wieku od 35 do 64 roku życia (wg wskazań respondentów – stanowią oni 44% pacjentów), w dalszej kolejności najliczniejszą grupę stanowią osoby po 64 r.ż. (33%), następnie osoby pomiędzy 18 a 35 r.ż., najmniej liczna jest najmłodsza grupa pacjentów (0 - 17 r.ż.), stanowiąca zdaniem przedstawicieli placówek tylko 7% pacjentów.

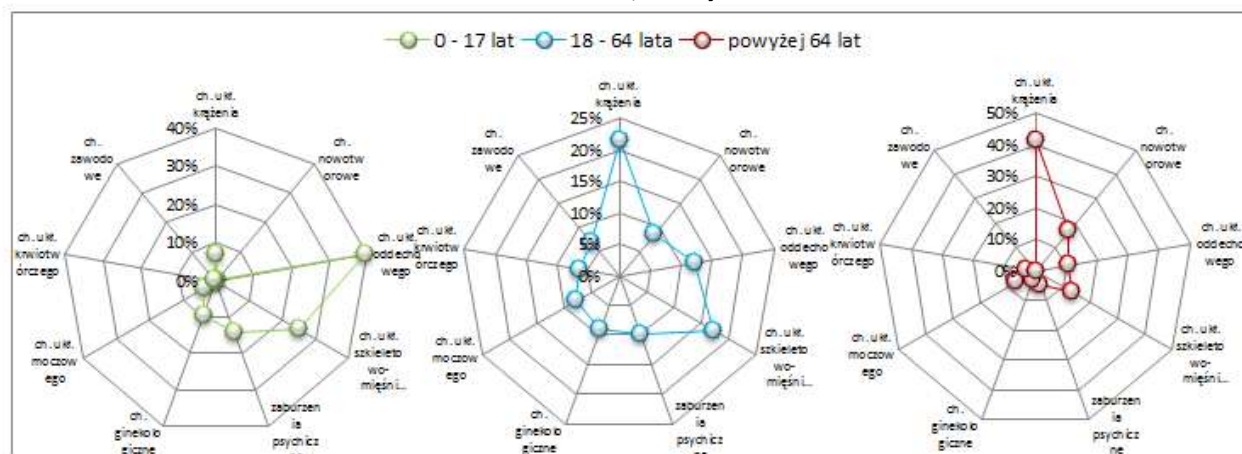
Według informacji zebranych w ramach badania ankietowego na reprezentatywnej próbie śląskich placówek POZ i AOS, dzieci (tj. osoby od 0 do 17 roku życia) to najczęstszy pacjenci poradni: alergologicznych, neonatologicznych, preluksacyjnych oraz laryngologicznych. Osoby w wieku 18-35 lat ogółem najrzadziej korzystają z usług specjalistów, wyjątkiem są poradnie ginekologiczne, gdzie ta grupa stanowi największą część pacjentów. W przypadku placówek specjalistycznej opieki medycznej, grupa wiekowa 35-64 stanowi najczęstszych klientów specjalistycznej opieki medycznej w ramach usług poradni: dermatologicznych, endokrynologicznych, gastrologicznych i proktologicznych, psychiatrycznych, urologicznych oraz leczenia bólu. Osoby po 64 roku życia są najczęstszymi pacjentami poradni kardiologicznych oraz chorób płuc.

Rys 55 Grupy wiekowe pacjentów różnych poradni specjalistycznych AOS [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI]



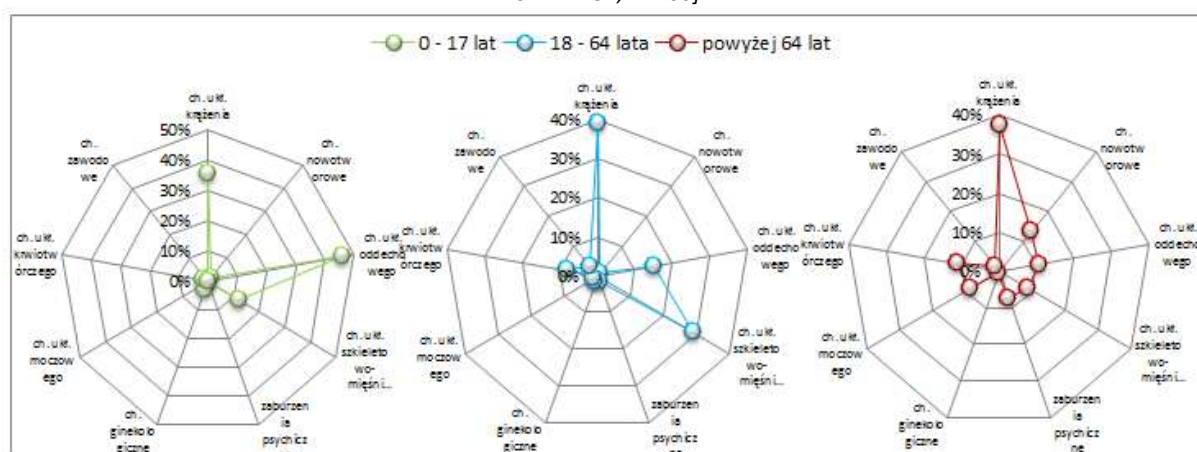
Z badania ankietowego CATI, przeprowadzonego wśród przedstawicieli AOS wynika także, iż najistotniejszym problemem zdrowotnym wśród dzieci (0-17 lat) w województwie śląskim są choroby układu oddechowego, szkieletowo-mięśniowego, infekcje, alergie, choroby oczu oraz zaburzenia psychiczne. Z kolei osoby w wieku produkcyjnym (od 18 do 64 roku życia) najczęściej cierpią na choroby układu krążenia, szkieletowo-mięśniowego i oddechowego oraz zaburzenia psychiczne. Najistotniejszymi schorzeniami wieku poprodukcyjnego (powyżej 64 lata) są - zdaniem przedstawicieli placówek ochrony zdrowia w województwie śląskim - choroby układu krążenia, nowotwory oraz choroby układu szkieletowo-mięśniowego. Porównanie najczęściej wskazywanych przez przedstawicieli placówek AOS schorzeń w poszczególnych grupach wiekowych mieszkańców województwa śląskiego zamieszczono poniżej (Rys 56).

Rys 56 Najczęstsze problemy zdrowotne pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS, N=394]



Z kolei zdaniem przedstawicieli placówek POZ, najczęstszym problemem zdrowotnym wieku przedprodukcyjnego są infekcje, znacznie rzadziej choroby układu oddechowego oraz układu krążenia. Wśród osób pomiędzy 18, a 64 rokiem życia najczęstszy problem stanowią ich zdaniem choroby układu krążenia, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, infekcje, cukrzyca oraz problemy neurologiczne. Wiek poprodukcyjny, zdaniem respondentów charakteryzuje się dużą zachorowalnością na choroby układu krążenia, choroby układu mięśniowo-szkieletowego, cukrzycę, choroby nowotworowe (rozkład tych odpowiedzi przedstawia wykres poniżej).

Rys 57 Najczęstsze problemy zdrowotne pacjentów w poszczególnych grupach wiekowych [źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z POZ, N=206]



Widoczne na powyższych wykresach różnice w obszarach najczęstszych schorzeń dla poszczególnych grup wiekowych, wskazywanych przez przedstawicieli POZ i AOS, biorących udział w badaniu wynikać może przede wszystkim ze specyfiki ich działalności (pracownicy POZ najczęściej nie stykają się z pacjentami będącymi pod opieką poradni AOS po zdiagnozowaniu konkretnych schorzeń), w odniesieniu jednak do najważniejszych chorób, wskazanych jako stanowiących problem zdrowotny w skali regionu, z poziomu codziennej praktyki lekarskiej potwierdzali oni omówione we wcześniejszych rozdziałach dane statystyczne, podkreślając, że każda z wymienionych jednostek chorobowych występuje szczególnie często u najstarszych pacjentów (powyżej 65 r.ż. – w odniesieniu do każdej z tych chorób wraz z wiekiem wzrasta prawdopodobieństwo ich wystąpienia, co szczególnie widoczne jest w przypadku cukrzycy, chorób układu krążenia, w tym – choroby niedokrwiennej serca, hipertensji i miażdżycy oraz zaburzeń o podłożu psychicznym), co ponownie potwierdza opinie ekspertów biorących udział w badaniu pogłębionym, na temat konieczności skierowania do tej grupy mieszkańców województwa śląskiego kompleksowej oferty leczenia ambulatoryjnego, umożliwiającego jak najdłuższe pozostawanie tych pacjentów w ich lokalnym środowisku, sprzyjającym podtrzymaniu ich aktywności rodzinnej i społecznej.

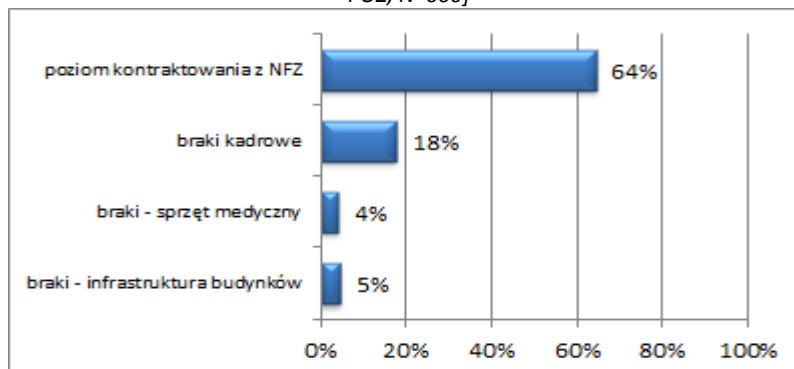
Deinstytucjonalizacja w kontekście możliwości świadczenia usług przez POZ i AOS w województwie śląskim

W kontekście zbadania możliwości deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w regionie oraz w celu określenia obecnego stanu placówek w zakresie infrastruktury i sprzętu, mających wpływ na dostępność i efektywność leczenia w związku z grupami chorób, wskazanymi w RPO WSL 2014-2020 jako stanowiących istotny problem zdrowotny regionu¹⁶⁴, w ramach badania ankietowego placówek POZ i AOS, ich przedstawiciele zostali poproszeni o wskazanie barier dla świadczenia w

¹⁶⁴ Por. rozdz. 4.2 dotyczący sytuacji epidemiologicznej w województwie śląskim.

reprezentowanych przez nich podmiotach usług medycznych wysokiej jakości. Jak wynika z przeprowadzonego badania ankietowego, w opinii przedstawicieli placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, najistotniejszą barierą w dostępności do usług medycznych wysokiej jakości jest niedostateczny poziom kontraktowania z NFZ, znacznie rzadziej respondenci wskazywali na braki kadrowe, czy stan budynku lub brak sprzętu. Rozkład odpowiedzi przedstawia wykres poniżej.

Rys 58 Największe bariery w dostępności do usług medycznych wysokiej jakości [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS i POZ, N=600]



Opinie ankietowanych znalazły pełne potwierdzenie w wypowiedziach kadry zarządzającej placówek oraz ekspertów do spraw kontraktowania świadczeń NFZ¹⁶⁵, biorących udział w badaniu pogłębionym z przedstawicielami śląskich placówek POZ i AOS, przy czym – jak podkreślali oni – problemy dotyczące niewystarczającego poziomu kontraktowania w większej mierze dotyczą placówki AOS niż POZ, co wynika z odmiennych rozwiązań systemowych – środki NFZ dla POZ w ramach umów finansowane są *per capita*¹⁶⁶. Z analizy odpowiedzi w poszczególnych grupach respondentów wynika, że jeśli chodzi o niewystarczający poziom kontraktowania problem w podobnym stopniu dotyczy całego obszaru województwa, z kolei braki w zakresie infrastruktury budynków częściej wskazywali przedstawiciele placówek znajdujących się w subregionie północnym, braki kadrowe – w subregionie południowym i zachodnim, natomiast braki w zakresie sprzętu – w subregionie południowym województwa.

Jednocześnie należy podkreślić, że w zakresie kontraktowania z NFZ problemem placówek jest nie tylko jego niewystarczający poziom w stosunku do potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego, ale także sytuacje niewypłacenia pełnej kwoty lub zerwania kontraktów na usługi medyczne w ramach umów z NFZ. W placówkach objętych badaniem ankietowym, taka sytuacja miała miejsce w 23% POZ (zmniejszenie kontraktu, dotyczyło przede wszystkim długoterminowej opieki pielęgniarstwa oraz opieki nocnej i świątecznej, a także było spowodowane błędami w dokumentacji przedłożonej NFZ) oraz 21% AOS (zmniejszenie kontraktu na świadczenia z zakresu rehabilitacji, leczenia dermatologicznego i ginekologicznego). Jednocześnie należy podkreślić, iż wg źródeł statystycznych środki na świadczenia POZ i AOS to druga co do wielkości pozycja budżetu NFZ (poprzedza ją jedynie najpoważniejszy koszt związany z leczeniem szpitalnym oraz programami leczniczymi i lekowymi), na poziomie 12-14% ogólnych wydatków NFZ¹⁶⁷, stąd wykorzystanie ich potencjału i istniejącej infrastruktury do świadczenia szerszego zakresu usług zdrowotnych, jest rozwiązaniem korzystnym ekonomicznie. Według obecnego planu finansowego Śląskiego Oddziału NFZ w stosunku do 2015, w kolejnym roku wzrosną nakłady na POZ, przy zmniejszeniu ogólnej wartości kontraktów dla AOS o ok. 10 mln. zł, na podobnym poziomie pozostanie kwota kontraktowania świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej, natomiast w stosunku do roku bieżącego wzrosną nakłady na rehabilitację leczniczą¹⁶⁸.

Tab 12 Koszty Śląskiego Oddziału NFZ w podziale na kategorie wydatków [Źródło: opracowanie własne na podstawie: <http://www.mz.gov.pl>]

Pozycja	Koszt Śląskiego Oddziału NFZ w 2015 (w mln zł)	Koszt Śląskiego Oddziału NFZ w 2016 (plan finansowy w mln)
Podstawowa Opieka Zdrowotna	923 414	1 135 000
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	738 269	721 938
Rehabilitacja lecznicza	128 909 ¹⁶⁹	240 068 ¹⁷⁰
Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej	189 060	189 400

Różnice systemowe w zakresie kontraktowania POZ (ze względu na płatności *per capita*, poza wspomnianymi wcześniej problemami dotyczącymi płatności za tzw. nadwykonania) i AOS powodują, iż kontrakty w ramach POZ utrzymują się co roku na stałym poziomie), natomiast jeśli chodzi o poszczególne grupy chorób i rodzaje świadczeń w AOS, należy zwrócić uwagę, że wydatki NFZ w tym zakresie co roku się znacznie różnią nie tylko ze względu na liczbę udzielanych przez nie porad, ale także ze

¹⁶⁵ Por. wywiad FGI oraz IDI z ekspertami ds. kontraktowania NFZ.

¹⁶⁶ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014.

¹⁶⁷ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014.

¹⁶⁸ Należy zwrócić uwagę, że kwota w tab.12 w odniesieniu do rehabilitacji leczniczej obejmuje zarówno ich realizację (kontrakty) dla szpitali, jak i AOS, a ich dokładny podział nie jest znany przed podpisaniem umów w 2016r. Założyć jednak można, że podział tych środków utrzyma się na tym samym poziomie, co w 2015 roku.

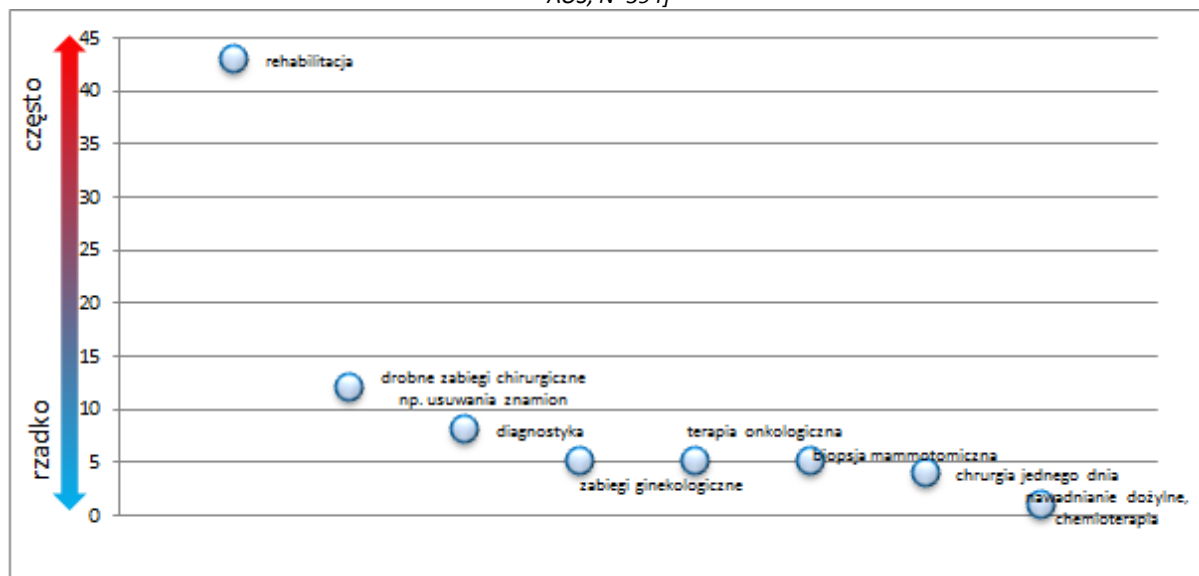
¹⁶⁹ Kwota obejmuje wyłącznie rehabilitację świadczoną w AOS, nie dotyczy oddziałów rehabilitacji stacjonarnej w warunkach szpitalnych (przede wszystkim: rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna) wg www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 25.11.2015]

¹⁷⁰ Dotyczy łącznie rehabilitacji ambulatoryjnej i oddziałów rehabilitacji stacjonarnej w warunkach szpitalnych (przede wszystkim: rehabilitacja kardiologiczna i neurologiczna) wg www.aplikacje.nfz.gov.pl - kwota dotyczy planu finansowego w momencie opracowania analizy – brak informacji nt. wysokości podpisanych umów na 2016 [data dostępu 25.11.2015]

względem na wycenę tzw. punktu kontraktowego. I tak, jeśli chodzi o jednostki chorobowe i grupy chorób, stanowiące problem zdrowotny w regionie, w województwie śląskim największą część środków NFZ w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w 2015 r. była związana z leczeniem kardiologicznym (ponad 35 882 mln zł.), leczeniem z zakresu ortopedii i traumatologii ruchu (37 404 mln zł. – bez świadczeń z zakresu chirurgii ogólnej), dalej – leczeniem i diagnostyką onkologiczną (27 339 mln zł.), leczeniem gruźlicy i chorób płuc (15 396 mln zł), w znacznie mniejszym stopniu – z leczeniem psychiatrycznym (6 221 mln zł.) i z zakresu diabetologii (6 846 mln zł oraz 2 786 mln w ramach koordynowanej ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu diabetologii). Jeśli chodzi o dodatkowe problemy związane z wyzwaniami w obszarze zdrowia dla regionu, tj. opieką nad matką i dzieckiem w związku z wysoką umieralnością okołoporodową noworodków, świadczenia z zakresu ginekologii i położnictwa w AOS stanowiły w 2015r. niemal 10% ogólnej kwoty kontraktowania (71 285 mln zł.), znacznie mniej – z zakresu neonatologii (790 tys. zł.); z kolei jeśli chodzi o opiekę nad osobami starszymi z kompleksowymi schorzeniami specyficznymi dla tej grupy wiekowej, koszt ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu geriatry to koszt 970.000 tys. zł., jak również znaczna większość świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (koszt NFZ w 2015r. 189 060 mln zł.). Świadczenia pielęgnacyjne i opiekuńcze w ramach opieki długoterminowej udzielane są w warunkach stacjonarnej opieki długoterminowej i w warunkach domowych. Stacjonarne placówki opieki długoterminowej obejmują zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). NFZ finansuje koszty świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w ZOL i ZPO, tj. świadczenia udzielane przez lekarza, pielęgniarkę, badania diagnostyczne, rehabilitację ogólną w podstawowym zakresie prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego, świadczenia psychologa, terapię zajęciową, leczenie farmakologiczne, leczenie dietetyczne, zaopatrzenie w wyroby medyczne, w tym wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi stosowane przy udzielaniu świadczeń, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu świadczeniobiorcy i jego rodziny lub opiekuna do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Co warto podkreślić, koszty wyżywienia i zakwaterowania w ZOL i ZPO są pokrywane przez pacjenta¹⁷¹. Jest to więc obszar, w którym sytuuje się możliwość tworzenia większej liczby miejsc, w których możliwe będzie zwiększenie dostępności usług zdrowotnych dla osób starszych, w związku z dynamiką starzenia się populacji województwa śląskiego i wzrastającym zapotrzebowaniem na te świadczenia.

Jak wynika z przeprowadzonych w ramach niniejszego badania ankiet z POZ i AOS w województwie śląskim¹⁷², wiele usług obecnie wymagających hospitalizacji mogłoby być realizowane w tych placówkach. Łącznie 21% respondentów wskazało, że istnieją takie usługi medyczne, których świadczenie byłoby możliwe w ich placówkach; wśród nich przedstawiciele AOS najczęściej wymieniali rehabilitację, znacznie rzadziej: zabiegi chirurgiczne, diagnostykę, zabiegi ginekologiczne, terapię onkologiczną, czy diagnostykę nowotworów (wykonywanie biopsji) oraz ich leczenie (chemioterapia, radioterapia). Podobne były również opinie na ten temat kadry zarządzającej placówek oraz ekspertów ds. epidemiologii¹⁷³, biorących udział w badaniu pogłębionym z przedstawicielami śląskich placówek POZ i AOS. Poniżej przedstawiono wyniki ankiety z AOS w postaci schematu częstościowego (Rys 59).

Rys 59 Usługi wymagające hospitalizacji, które mogłyby być realizowane przez AOS [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS, N=394]



Z kolei badane placówki POZ najczęściej deklarowały możliwość przeniesienia do nich świadczeń z zakresu chirurgii jednego dnia, opieki nad osobami starszymi, przeprowadzania diagnostyki onkologicznej (biopsje) i leczenia chemioterapią, świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej i leczenia psychiatrycznego. Według opinii ekspertów¹⁷⁴, świadczy to o istniejącym obecnie w

¹⁷¹ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. 2013, poz. 1480)

¹⁷² Por. badanie ilościowe na próbie 600 POZ i AOS zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

¹⁷³ Por. wywiad FGI oraz IDI z ekspertami ds. epidemiologii.

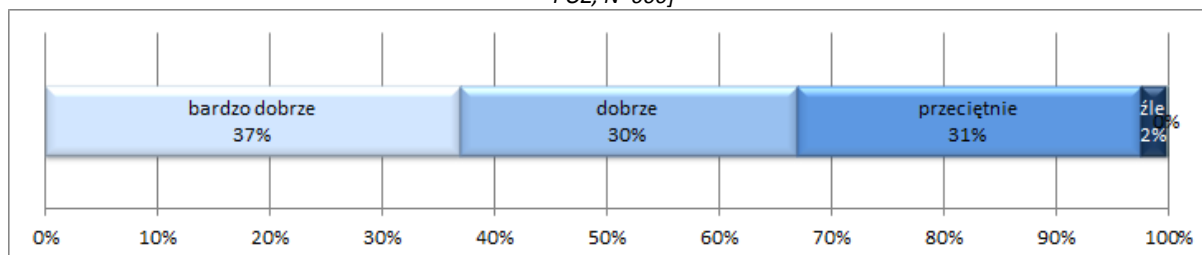
¹⁷⁴ Por. wywiad FGI oraz IDI z ekspertami ds. epidemiologii.

tych placówkach potencjałe do świadczenia usług w kierunku deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej w zakresie leczenia i diagnostyki chorób stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie, co jest wskazywanym w dokumentach regionalnych i krajowych pożądanym kierunkiem rozwoju systemu opieki zdrowotnej w celu zwiększenia jego dostępności i efektywności, zwłaszcza z powodu występowania zjawiska starzenia się społeczeństwa zwiększy się odsetek osób potrzebujących opieki zdrowotnej w trybie ambulatoryjnym¹⁷⁵.

Deficytowe obszary i potrzeby placówek POZ i AOS w kontekście specyfiki regionu

Stan infrastruktury budynków placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej przez przedstawicieli tychże oceniany jest zazwyczaj dobrze lub bardzo dobrze – jedynie 2% respondentów badania CATI oceniło stan obiektu, w którym pracują, źle – wyniki przedstawiono na wykresie (Rys 60).

Rys 60 Ocena stanu infrastruktury placówek AOS i POZ w zakresie budynków [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS i POZ, N=600]

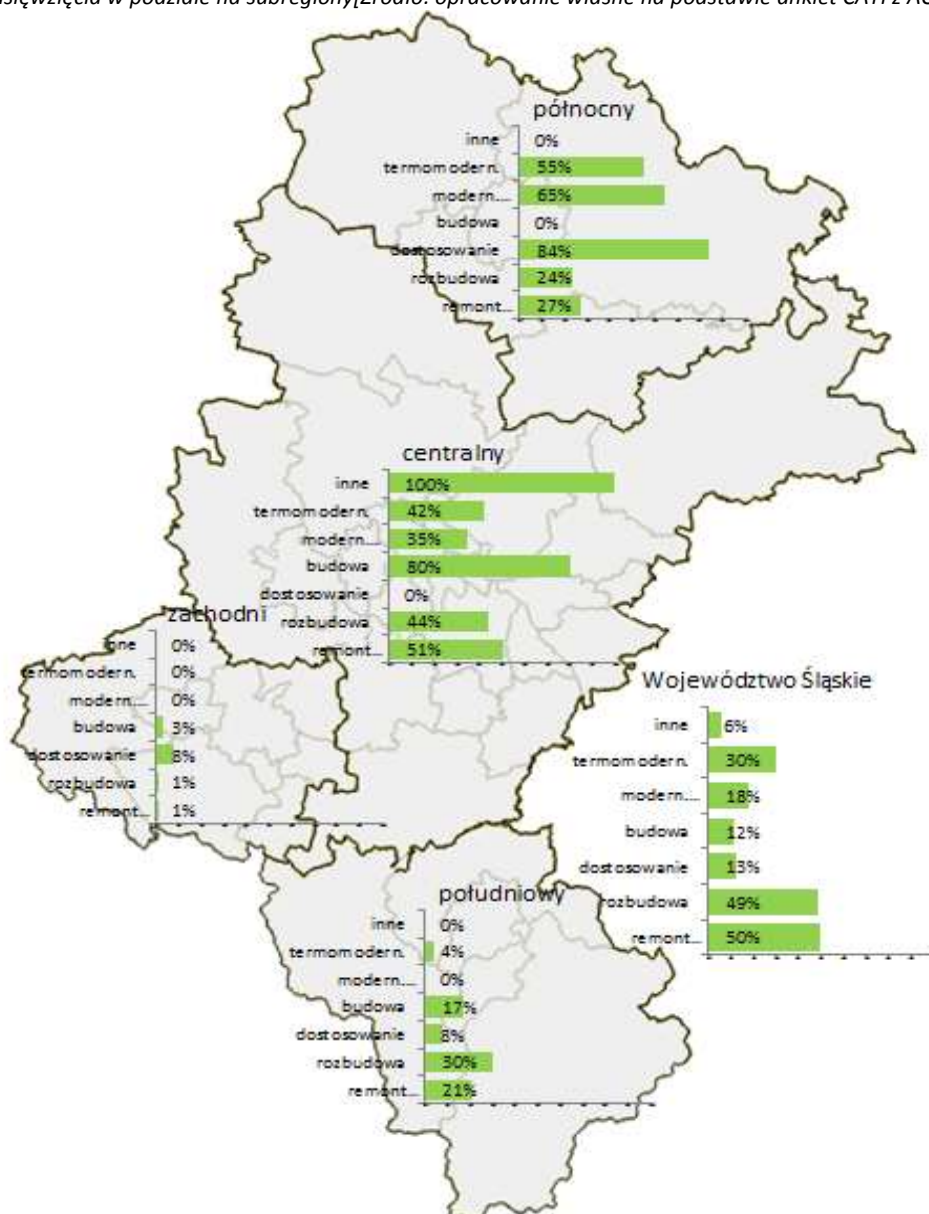


Należy w tym miejscu podkreślić, że przeciętne i złe oceny w tym zakresie były formułowane przede wszystkim przez przedstawicieli placówek POZ (średnio gorsze o ok. 40% oceny niż w przypadku AOS), zwłaszcza tych znajdujących się w północnym i południowym subregionie województwa. Stanowi to prawdopodobnie przyczynę bardzo niskiego zainteresowania placówek z tych subregionów utworzeniem w swoich strukturach placówek pobytu dziennego i/lub świadczenia opieki dla osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych (np. w formie DDOM) - deklaracje takie zgłosiło zaledwie 3% placówek POZ z subregionu północnego, 40% placówek w subregionie południowym wobec 100% działających w subregionie zachodnim i 57% - w centralnym.

Pomimo tak dobrej oceny stanu infrastruktury, w aż 75% placówek POZ i AOS dostrzeżono potrzebę w zakresie inwestycji remontowych lub wyposażenia, przy czym największe zainteresowanie pozyskaniem środków RPO WSL 2014-2020 na inwestycje w infrastrukturę zadeklarowały placówki znajdujące się w subregionie centralnym województwa (por. poniżej mapa z rozkładem procentowym wskazań respondentów co do planów w zakresie pozyskania środków RPO WSL 2014-2020 na określone przedsięwzięcia):

¹⁷⁵ Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe Ramy strategiczne. Ministerstwo Zdrowia. Warszawa 2014.

Rys 61 Mapa z rozkładem procentowym wskazań respondentów co do planów w zakresie pozyskania środków RPO WSL 2014-2020 na określone przedsięwzięcia w podziale na subregiony [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS i POZ, N=600]



Powyższy rozkład odpowiedzi wskazuje, że największe zainteresowanie pozyskaniem środków na inwestycje w infrastrukturę budynków występuje w subregionie północnym i centralnym województwa, a więc tych rejonach, gdzie formułowano odpowiednio: najgorsze i najlepsze oceny dotychczasowego stanu w tym zakresie. W badaniu pogłębionym przedstawiciele tych placówek wyjaśniali to faktem, że największe potrzeby dostrzegane są tam, gdzie obecny stan jest zupełnie niewystarczający do potrzeb i konieczne są nakłady na zapewnienie bieżącego funkcjonowania tych placówek oraz w przypadku bardzo dobrego funkcjonowania placówki (również – finansowego), co wiąże się z planami poszerzenia zakresu udzielanych świadczeń¹⁷⁶.

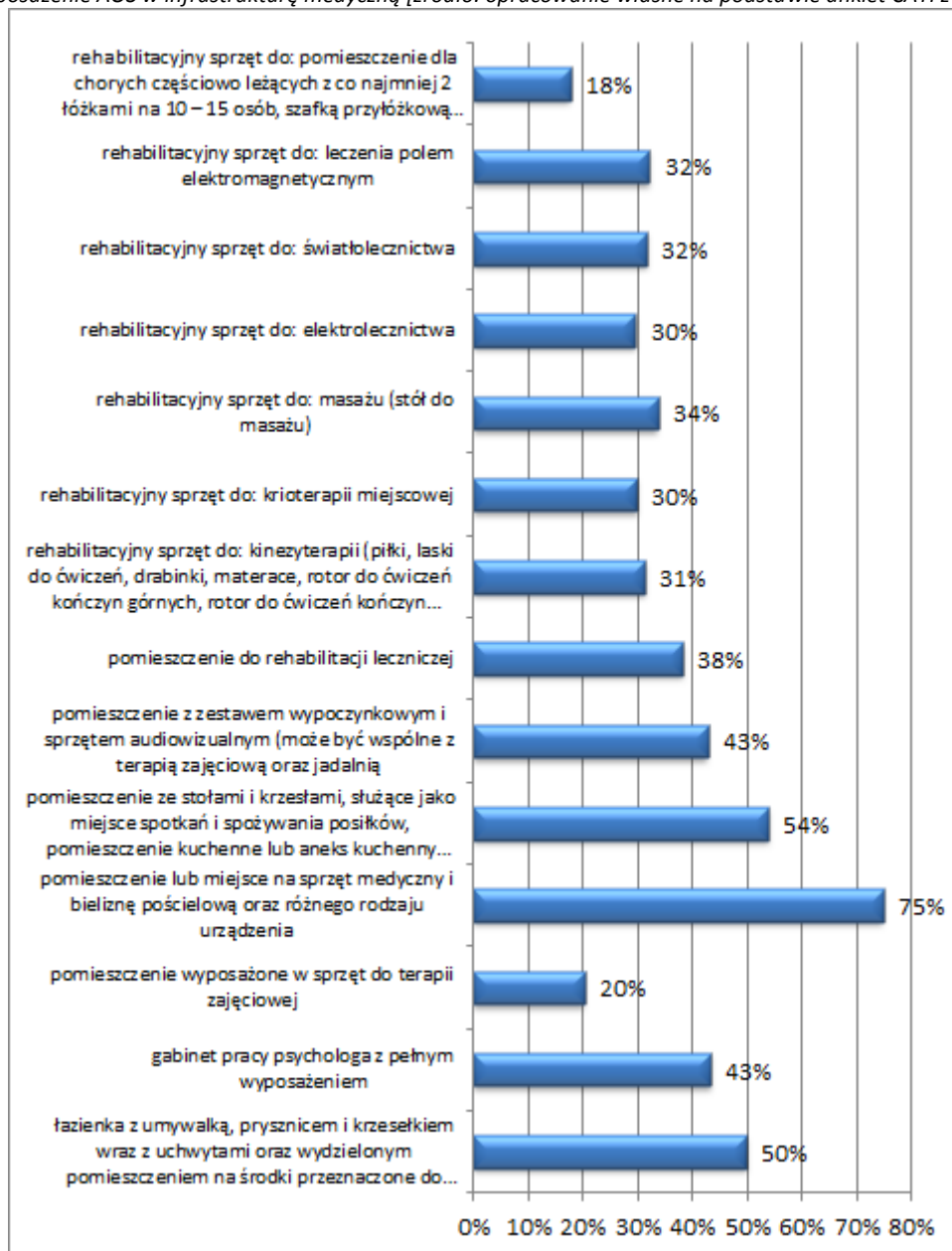
Jak świadczą wyniki badania ankietowego i pogłębionego FGI, znacznie większym potencjałem, jeśli chodzi o możliwość deinstytucjonalizacji usług medycznych (tzn. świadczenia przez placówki ambulatoryjne usług obecnie podlegających hospitalizacji), dysponują szczególnie placówki ambulatoryjnej opieki medycznej w województwie śląskim. Są one wyposażone dosyć dobrze w niezbędną infrastrukturę i sprzęt¹⁷⁷, większość z nich posiada oddzielne pomieszczenia przystosowane do realizacji różnych funkcji (np. łazienka z prysznicem, pomieszczenie do przechowywania sprzętu), w prawie co trzecim obiekcie znajduje się podstawowy sprzęt rehabilitacyjny. W przeprowadzonym badaniu ankietowym placówek AOS w województwie śląskim¹⁷⁸, ich poziom wyposażenia został przez samych respondentów oceniony w przeważającej mierze jako dobry i bardzo dobry (78% odpowiedzi), również jeśli chodzi o infrastrukturę i sprzęt, który mógłby zostać wykorzystany do świadczenia w tych placówkach usług z zakresu rehabilitacji i opieki nad osobami starszymi, które zostały wskazane w diagnozie w rozdziale 4.2. jako stanowiące ważną potrzebę zdrowotną mieszkańców regionu – dane na ten temat przedstawia poniższy wykres:

¹⁷⁶ Por. wywiad FGI z udziałem przedstawicieli śląskich placówek POZ i AOS w ramach niniejszego badania.

¹⁷⁷ Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014, str. 153.

¹⁷⁸ Por. badanie ilościowe na próbie 600 POZ i AOS zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

Rys 62 Wyposażenie AOS w infrastrukturę medyczną [źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS, N=394]



Jest to ważna przesłanka do wniosku, iż w zakresie deinstytucjonalizacji wartościowym rozwiązaniem byłoby świadczenie usług medycznych w zakresie rehabilitacji i opieki nad osobami starszymi przez POZ we współpracy z AOS (np. w partnerstwie w ramach projektu RPO WSL 2014-2020), gdyż obecny stan wyposażenia i infrastruktury POZ (jako samodzielnych placówek) jest w większości niewystarczający do zaspokojenia wzrastających potrzeb mieszkańców regionu w tym zakresie. Tego typu rekomendacje zgłaszali również sami przedstawiciele placówek POZ i AOS w ramach badania FGI¹⁷⁹.

Oprócz tych w większości pozytywnych ocen stanu budynków i infrastruktury placówek, zwrócić uwagę należy na fakt, iż wg danych Wydziału Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej ŚUW¹⁸⁰, w placówkach AOS w województwie śląskim dostępna jest dla pacjentów, m.in. na skutek dużej liczby zrealizowanych projektów RPO WSL 2007-2013 w ramach Działania 9.2., znaczna liczba specjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, wykorzystywana w diagnostyce i leczeniu chorób, wskazanych jak specyficzne w regionie: 1 gammakamera (używana w diagnostyce nowotworów, w tym: raka żołądka, okrężnicy, jelit i odbytu, raka szyjki macicy), 35 mammografów (wykorzystywane w diagnostyce nowotworów piersi i sutka), 22 tomografy komputerowe (wykorzystywane zarówno w diagnostyce nowotworów złośliwych, jak i choroby niedokrwiennej serca), 17 urządzeń angiograficznych (wykorzystywane w diagnostyce chorób układu krążenia, w tym – choroby niedokrwiennej serca), 180 echokardiografów (mające zastosowanie w diagnostyce schorzeń kardiologicznych), 14 RTG z opcją naczyniową i obróbką cyfrową oraz 77 RTG z torem wizyjnym (wszechstronnie wykorzystywane w diagnostyce chorób układu oddechowego, układu mięśniowo-szkieletowego). Nie ma natomiast w tych placówkach dostępnego żadnego aparatu do naświetlania kobaltom (wykorzystywane w leczeniu - radioterapii nowotworów różnego typu, w tym w ginekologii onkologicznej) i aparatu do

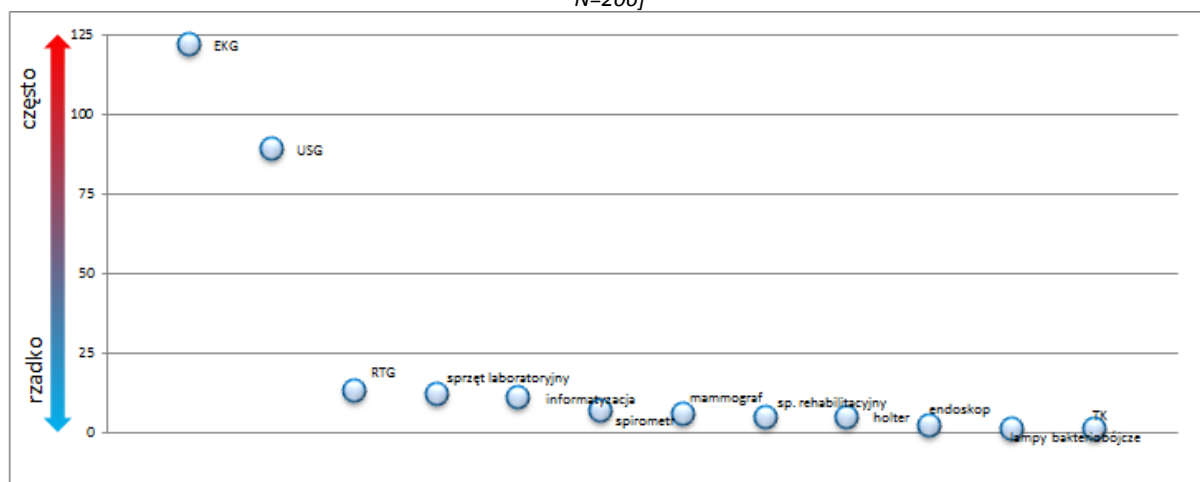
¹⁷⁹ Por. badanie jakościowe FGI z przedstawicielami POZ i AOS zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

¹⁸⁰ Raport „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w województwie śląskim”, WNSOZ ŚUW, Katowice 2015.

naświetleń cezem (wykorzystywane w leczeniu – radioterapii, w tym - raka piersi i raka sutka), ani też rezonansu magnetycznego (wszechstronnie wykorzystywane w diagnostyce nowotworów, schorzeń psychicznych i psychogeriatrycznych, chorób układu mięśniowo-szkieletowego i chorób układu krążenia)¹⁸¹. Jeśli chodzi o te ostatnie, ich brak w placówkach ambulatoryjnych nie ogranicza w istotny sposób ich dostępności dla pacjentów, ponieważ należy zauważyć, że jest on dostępny w szpitalach w województwie śląskim, gdzie ze względu na niewystarczający poziom kontraktowania usług nie jest on w 100% wykorzystywany¹⁸², stąd jego zakup w placówkach ambulatoryjnych byłby nieefektywny ekonomicznie. Ponadto wymaga on zapewnienia odpowiednio wykwalifikowanego personelu do obsługi oraz ponoszenia kosztów amortyzacji, przekraczających – zdaniem większości przedstawicieli POZ i AOS¹⁸³ – ich możliwości finansowe. Jednocześnie należy podkreślić, iż stan wyposażenia w specjalistyczny sprzęt medyczny w województwie śląskim należy do najlepszych w kraju (I lub II miejsce w stosunku do innych województw w liczbie dostępnego sprzętu poszczególnych typów w przeliczeniu na 100tys. mieszkańców)¹⁸⁴. Również w przeprowadzonym na potrzeby niniejszej analizy badaniu ankietowym¹⁸⁵, poziom wyposażenia placówek specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej w sprzęt medyczny oceniony został przez ich przedstawicieli w większości dobrze lub bardzo dobrze (niemal 79% wskazań), oceną przeciętną wybrało 21% respondentów, a złą - zaledwie jeden (0,49%).

Jednocześnie przedstawiciele większości przychodni POZ i AOS, które wzięły udział w badaniu, zadeklarowało jednocześnie plany pozyskania środków RPO WSL 2014-2020 na zakup sprzętu medycznego. Najczęściej poradnie POZ wymagają zakupu sprzętu EKG i USG, rzadziej RTG, sprzętu laboratoryjnego, spirometrów, mammografów, sprzętu do rehabilitacji, czy holterów. Niepomijalny odsetek instytucji zgłasza także potrzebę w zakresie sprzętu do badań endoskopowych, lamp bakteriobójczych oraz tomografów komputerowych. Przedstawiciele niektórych placówek zwracali również uwagę na potrzebę w zakresie sprzętu IT oraz informatyzacji placówki. Braki i zapotrzebowanie na sprzęt przedstawiono poniżej w postaci schematu częstościowego (Rys 63).

Rys 63 Potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego placówek POZ [źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z POZ, N=206]



Z kolei, poradnie AOS najczęściej wskazują na potrzebę zakupu sprzętu RTG i USG, nieco rzadziej EKG (w tym EKG wysiłkowe), tomografów komputerowych, mammografów, czy sprzętu rehabilitacyjnego. Występuje także niepomijalne zapotrzebowanie na RM, gastroscopy (i inne urządzenia endoskopowe), holtery ciśnieniowe, spirometry, sprzęt do biopsji, rinomanometri, sprzęt do diagnostyki okulistycznej oraz urografy. Przedstawiciele niektórych placówek zwracali również uwagę na potrzebę w zakresie sprzętu IT oraz informatyzacji placówki. Braki i zapotrzebowanie na sprzęt przedstawiono poniżej w postaci schematu częstościowego (Rys 64).

¹⁸¹ Ibidem.

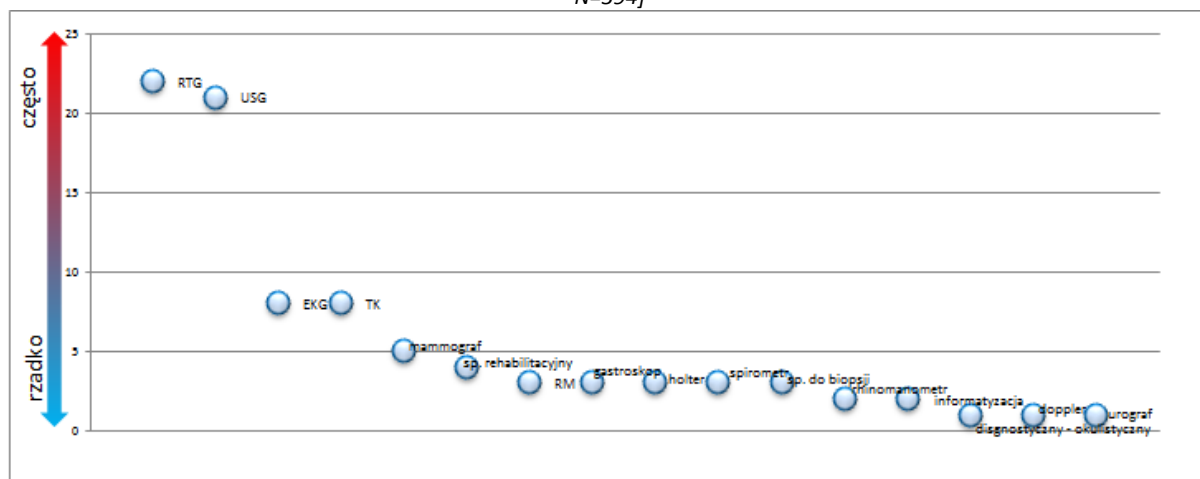
¹⁸² Na podstawie informacji uzyskanych w ramach wywiadów IDI z ekspertami z zakresu kontraktowania.

¹⁸³ Por. badanie jakościowe FGI z przedstawicielami POZ i AOS zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

¹⁸⁴ Wpływ inwestycji w sprzęt medyczny w ramach RPO WSL na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, Katowice 2010.

¹⁸⁵ Por. badanie ilościowe na próbie 600 POZ i AOS zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

Rys 64 Potrzeby inwestycyjne w zakresie sprzętu medycznego placówek AOS [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z AOS, N=394]

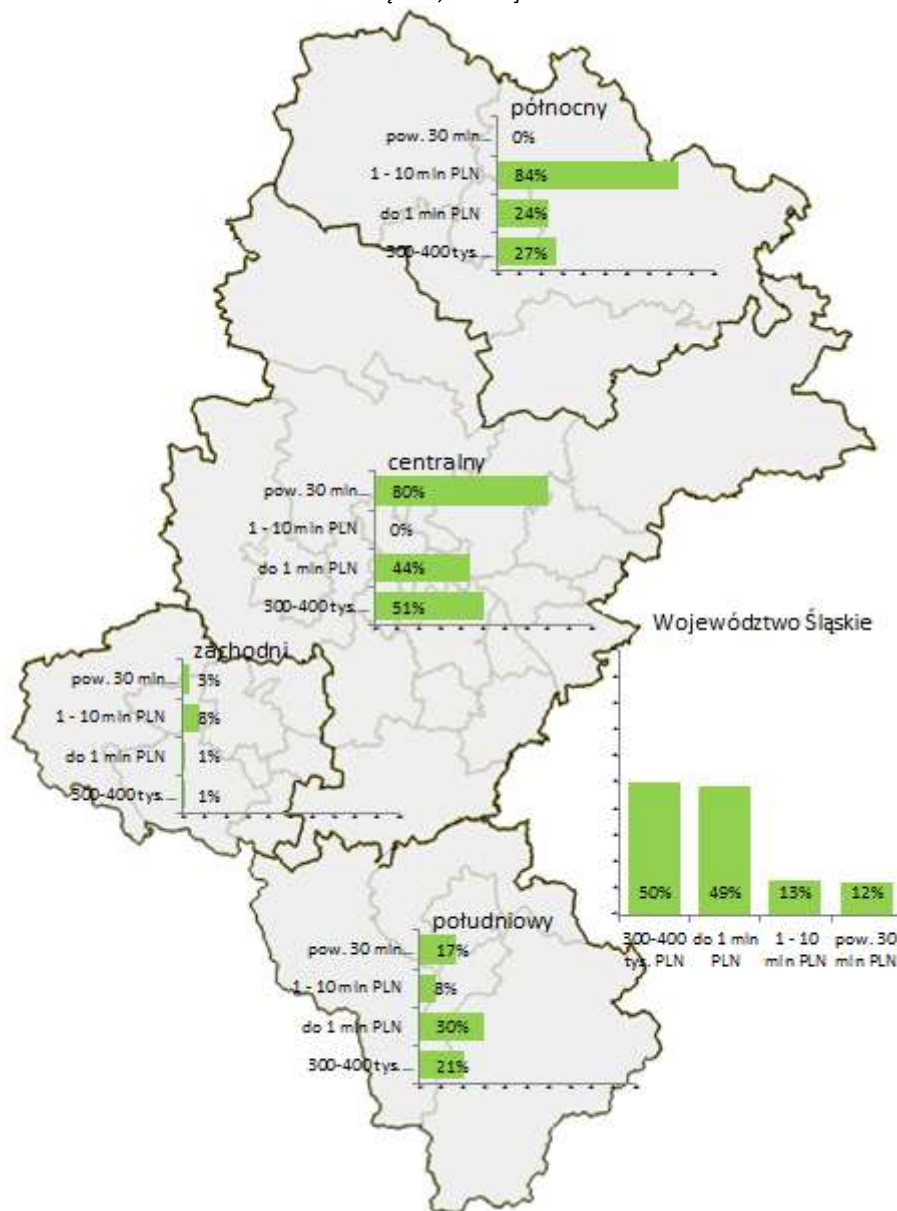


Jak wynika z powyższego, istnieją nadal w śląskich POZ i AOS potrzeby zakupu sprzętu medycznego, związanego z najliczniej udzielanymi w województwie świadczeniami – z zakresu chirurgii (w tym w obrębie układu kostno-mięśniowo-szkieletowego) i kardiologii, a także opieki nad ciężarnymi, co jednocześnie wpisuje się w leczenie i diagnostykę chorób, wskazanych w rozdziale 4.2. jako stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie. Podobnie często wskazywany jest obszar diagnostyki nowotworów (TK, mammografy) oraz chorób układu oddechowego (spirometry, RTG) oraz rehabilitacji medycznej, również odpowiadających największym problemom zdrowotnym mieszkańców województwa, opisanym w rozdz. 4.2.

Szacunkowy koszt tych inwestycji, według deklaracji przedstawicieli placówek POZ i AOS¹⁸⁶, w podziale na subregiony województwa zaprezentowano na mapie poniżej:

¹⁸⁶ Na podstawie wyników badania ankietowego na próbie 600 POZ i AOS przeprowadzonego na potrzeby niniejszej analizy.

Rys 65 Koszt inwestycji w zakresie zapotrzebowania na aparaturę i sprzęt medyczny według deklaracji przedstawicieli placówek POZ i AOS, w podziale na subregiony województwa [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankietyzacji CATI z placówkami POZ i AOS w województwie śląskim, N=600]



Jak wynika z ilustracji na mapie powyżej, pozyskaniem największej puli środków na inwestycje w sprzęt medyczny, zainteresowane są przede wszystkim placówki zlokalizowane w subregionie centralnym, w którym jednocześnie deklarowano najczęściej zadowalający stan infrastruktury i wyposażenia w sprzęt medyczny. Zgłaszane przez respondentów potrzeby w tym zakresie wynikają więc – jak świadczą wypowiedzi ich przedstawicieli w badaniu pogłębionym FGI¹⁸⁷ z ich znacznego obciążenia dużą liczbą pacjentów i związanym z tym zwiększeniem potrzeb, co wynika również z wysokiej gęstości zaludnienia w tym subregionie¹⁸⁸.

Oprócz zdiagnozowania powyższych potrzeb inwestycyjnych w infrastrukturę i sprzęt medyczny, w ramach badania ankietowego w grupie badanych placówek POZ i AOS w województwie śląskim, poproszono także przedstawicieli tych placówek o deklarację co do planów ubiegania się o dofinansowanie ze środków Unii Europejskiej w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 w ramach poszczególnych Działań i typów operacji w PI 9a. Łącznie 67% badanych POZ i 88% badanych AOS zadeklarowano ubieganie się o te środki z przeznaczeniem na:

- przebudowę, rozbudowę i remont obiektów oraz pomieszczeń infrastruktury – 42% AOS i 67% POZ,
- modernizację/zakup nowego sprzętu medycznego - 39% AOS i 59% POZ,
- wdrażanie programów zdrowotnych dotyczących chorób, będących istotnym problemem zdrowotnym regionu - 25% AOS i 20% POZ,

¹⁸⁷ Por. wyniki badania FGI z przedstawicielami placówek AOS i POZ w ramach niniejszego badania.

¹⁸⁸ Por. dane demograficzne przedstawione w rozdz. 4.1. powyżej.

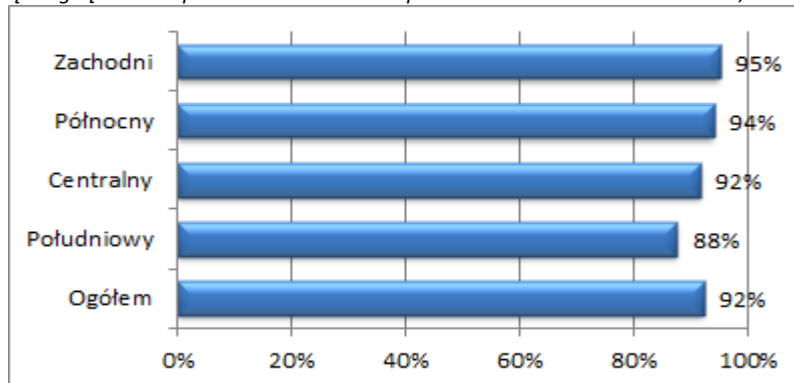
- wdrażanie programów profilaktycznych i programów dotyczących wczesnego wykrywania chorób nowotworowych 5% AOS i 18% POZ,
- wdrażanie programów zdrowotnych dot. rehabilitacji leczniczej 12% AOS i 15% POZ,
- poszerzanie zakresu i liczby świadczeń adekwatnie do potrzeb zdrowotnych ludności regionu 29% AOS i 4% POZ,
- wdrażanie programów związanych ze środowiskowymi formami opieki 8% AOS i 25% POZ,
- Aż 24% POZ (i tylko 2% AOS) udzieliło na to pytanie odpowiedzi „nie wiem”.

Możliwości współpracy sieciowej

Biorący udział w badaniu pogłębionym eksperci z zakresu dziedzin lekarskich powiązanych z grupami chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego, wskazywali na fakt, iż do poprawy sytuacji w zakresie wsparcia procesu deinstytucjonalizacji usług medycznych, przyczynić się może realizacja projektów szeroko rozumianej telemedycyny (tworzenie rozwiązań telekonsultacji pomiędzy POZ a poradniami specjalistycznymi, jak również pomiędzy nimi a oddziałami szpitalnymi). Należy podkreślić, że realizacja tego typu projektów jest możliwa w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa oraz RPO WSL 2014-2020 w ramach Osi 2 *Cyfrowe Śląskie* i jako działanie służące podniesieniu jakości i efektywności leczenia ambulatoryjnego, powinna być upowszechniana i promowana. Bazą dla wdrażania tego typu rozwiązań mogą być nie tylko zrealizowane do tej pory projekty informatyzacji placówek (m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013¹⁸⁹), ale także istniejące pomiędzy placówkami powiązania organizacyjne, których wykorzystanie może - dzięki usprawnieniom z zakresu telemedycyny - przyczynić się do poprawy dostępności i jakości opieki zdrowotnej dla mieszkańców województwa śląskiego. Z tego względu warto promowania byłoby zacieśnianie współpracy placówek POZ i AOS poprzez realizowanie przez nie projektów partnerskich, również w ramach ubiegania się przez nie o dofinansowanie ze środków RPO WSL 2014-2020.

Zgodnie z wynikami badania ankietowego CATI z placówkami podstawowej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej¹⁹⁰, większość tych jednostek już obecnie współpracuje z innymi podmiotami w zakresie świadczenia usług medycznych. Taka współpraca najczęściej dotyczy diagnostyki oraz konsultacji medycznych, rzadziej transportu oraz nocnej opieki medycznej. Poradnie specjalistyczne (AOS) najczęściej współdziałają ze szpitalami, niektóre również z uczelniami medycznymi. Jeśli chodzi o podział na subregiony województwa śląskiego, na podstawie analizy wyników badania CATI należy zauważyć, że szczególnie intensywna współpraca dotyczy placówek AOS działających w subregionie zachodnim i centralnym, słabiej natomiast jest rozwinięta na południu województwa. Z kolei placówki podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), w większości współpracują z innymi podmiotami w zakresie diagnostyki oraz konsultacji medycznych, przy czym przychodnie POZ najczęściej utrzymują kontakt ze szpitalami. Podobnie jak w przypadku AOS, współpraca ta jest najbardziej rozwinięta w subregionie zachodnim, a naj słabiej – w subregionie południowym województwa. Na wykresie poniżej pokazano jaki odsetek placówek POZ i AOS w poszczególnych subregionach województwa śląskiego współpracuje z innymi podmiotami.

Rys 66 Odsetek placówek POZ i AOS, które współpracują z innymi jednostkami w sektorze zdrowia w podziale na subregiony województwa śląskiego [Źródło: opracowanie własne na podstawie ankiet CATI z POZ i AOS, N=600]



Jak należy na tej podstawie przypuszczać, zacieśnieniu współpracy placówek sprzyja przede wszystkim bliskość geograficzna, co tłumaczy mniejsze jej nasilenie w subregionie południowym, gdzie sieć placówek cechuje większe rozproszenie.

Podsumowanie

Ze względu na liczbę mieszkańców województwa śląskiego oraz przedstawione w rozdziale 4.2 dane epidemiologiczne należy stwierdzić, że zapotrzebowanie na usługi medyczne świadczone w placówkach POZ i AOS jest w regionie jest bardzo duże i mimo bardzo korzystnych w skali kraju wskaźników dotyczących nakładów finansowych (najwyższa w kraju wartość kontraktów z NFZ jeśli chodzi o placówki AOS¹⁹¹), infrastruktury (liczby podmiotów, aparatury i sprzętu medycznego) i kadr medycznych (lekarze

¹⁸⁹ Wpływ inwestycji w sprzęt medyczny w ramach RPO WSL na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, Katowice 2010.

¹⁹⁰ na podstawie ankietyzacji śląskich POZ i AOS, N=600, przeprowadzonej na potrzeby niniejszej analizy.

¹⁹¹ Na podstawie danych www.nfz.gov.pl [data dostępu: 13 listopada 2015]

specjaliści wielu dziedzin, pielęgniarzy)¹⁹², potrzeby w obszarze zdrowia mieszkańców regionu nie zawsze są zaspokajane. I tak, mimo dużej liczby udzielanych porad i wystarczającej liczby poradni kardiologicznych (wskaźnik 2,4 na 10 tys. ludności¹⁹³), okres oczekiwania na konsultację kardiologiczną jest jednym z najdłuższych w kraju (średnio wynosi 48 dni dla przypadku stabilnego¹⁹⁴). Jednocześnie umieralność osób w wieku produkcyjnym z powodu jednej z chorób układu krążenia – choroby niedokrwiennej serca (jednostka chorobowa wskazana jako specyficzny poważny problem zdrowotny w regionie) jest w ostatnich latach jedną z najwyższych w Polsce. Według wyników badania, w obszarze kardiologii obecne problemy zdrowotne mieszkańców województwa¹⁹⁵ (związane z wysoką skalą zapadalności na te choroby w województwie i najwyższym w Polsce wskaźnikiem śmiertelności z powodu choroby niedokrwiennej serca), wymagają nakładów finansowych w celu lepszego zabezpieczenia w systemie opieki zdrowotnej, co jest związane przede wszystkim z dużą liczbą chorych (w ostatnich latach zauważana jest także wzrastająca liczba porad kardiologicznych pierwszorazowych dla osób przed 35 r.ż.)¹⁹⁶ i jest prawdopodobnie związane z wysokim tempem życia i poziomem stresu wynikających z aglomeracyjnego charakteru regionu¹⁹⁷. Z tego względu uzasadnione są inwestycje (ze środków RPO WSL 2014-2020) w sprzęt medyczny wykorzystywany w diagnostyce tych chorób (przede wszystkim - EKG) w śląskich POZ i AOS, przede wszystkim jeśli chodzi o odtworzenie i unowocześnienie obecnych ich zasobów w tych placówkach, gdyż przy dużej liczbie udzielanych świadczeń z zakresu kardiologii, sprzęt ten ulega szybkiemu zużyciu, co może powodować obniżenie efektywności diagnostyki chorób układu krążenia (w tym – najczęściej występującej w regionie – choroby niedokrwiennej serca). Ponadto w obszarze kardiologii szczególnie pożądane, zdaniem ekspertów¹⁹⁸, jest wykorzystanie rozwiązań telemedycyny, umożliwiającej bieżące monitorowanie stanu pacjenta bez konieczności jego wizyty w poradni, co jest szczególnie istotne w przypadku nagłych stanów zaostrzenia choroby, specyficznych dla schorzeń układu krążenia¹⁹⁹.

Problem stanowi również dostęp do diagnostyki nowotworów oraz leczenia onkologicznego (chemioterapia, radioterapia), czas oczekiwania na wizytę w poradni specjalistycznej tego typu w województwie śląskim należą do najdłuższych w Polsce²⁰⁰. Mimo dużej liczby tomografów, zakupionych m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013, kolejki do wykonania badania są najdłuższe w kraju, a okres oczekiwania (57 dni) jest znacznie dłuższy niż przeciętnie w Polsce (46 dni)²⁰¹. Trudna sytuacja zdrowotna mieszkańców województwa wymaga podjęcia wszechstronnych działań zarówno organizacyjnych w celu optymalnego wykorzystania posiadanych zasobów (m.in. wysokospecjalistycznego sprzętu medycznego wykorzystywanego w diagnostyce i leczeniu onkologicznym), jak i edukacyjno-profilaktycznych, ukierunkowanych na stopniowe zmniejszenie rozmiaru potrzeb²⁰².

Podsumowując wyniki badania wśród przedstawicieli placówek ochrony zdrowia i opinii ekspertów²⁰³ należy uznać, że w województwie śląskim nadal istnieje zapotrzebowanie na inwestycje związane z zakupem sprzętu oraz modernizacją pomieszczeń, w szczególności w celu podniesienia dostępności wysokiej jakości usług medycznych związanych z opisanymi w rozdz. 4.2. poważnymi problemami zdrowotnymi mieszkańców regionu, w szczególności dla pacjentów ze specyficznymi potrzebami (np. schorzeniami narządu ruchu, niepełnosprawnością) dostosowania ich do panującego ustawodawstwa (Rozporządzenie MZ z 2012 roku) oraz wymogów przepisów przeciwpożarowych. Realizacja dotychczasowych projektów współfinansowanych ze środków UE w opinii przedstawicieli tych placówek zabezpieczyła częściowo ich potrzeby w zakresie sprzętu i aparatury medycznej niezbędnej do diagnostyki i leczenia chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu²⁰⁴, natomiast przychodnie POZ i AOS deklarują w dalszym ciągu zapotrzebowanie na tego typu inwestycje. Jeśli chodzi natomiast o zakupy sprzętu i wyposażenia, związanego z najistotniejszymi problemami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego, istotne potrzeby sytuują się w grupie sprzętu onkologicznego (mammografy, tomografy komputerowe, sprzęt do biopsji wykorzystywany w diagnostyce raka płuca i oskrzeli, raka żołądka, okrężnicy, jelit i odbytu, raka piersi i sutka, raka szyjki macicy), rehabilitacyjnego oraz służącego diagnostyce chorób układu oddechowego (spirometry, wykorzystywane w diagnostyce gruźlicy, pyłicy płuc oraz astmie), kostno-mięśniowo- szkieletowego (RTG – wykorzystywany m.in. w diagnostyce urazów układu ruchu oraz chorób płuc), chorób układu krążenia (EKG, niezbędne do diagnostyki choroby w niedokrwiennej serca) oraz opieki nad matką i dzieckiem (USG ginekologiczne, wykorzystywane m.in. w diagnostyce ciąży zagrożonej, a także stanów okołoporodowych, mogących skutkować niską wagą urodzeniową noworodków). W badaniu ankietowym placówki nie wskazywały potrzeb w zakresie sprzętu medycznego wykorzystywanego do diagnostyki chorób psychicznych i geriatrycznych (np. aparat EEG), jednak w związku z tym, iż jest to jeden z deklarowanych przez AOS i POZ obszarów poszerzenia działalności o

¹⁹² *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania* (Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B. – red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2012.

¹⁹³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2013. Raport GUS*, Warszawa 2014.

¹⁹⁴ Por. czas oczekiwania na świadczenie wg informatora www.kolejki.nfz.gov.pl [data dostępu; 15.10.2015]

¹⁹⁵ Por. choroby stanowiące poważny problem zdrowotny w regionie – rozdz. 4.2.

¹⁹⁶ Por. Raport „Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna w województwie śląskim”, WNSOZ ŚUW, Katowice 2015.

¹⁹⁷ Por. wywiady pogłębione z konsultantem wojewódzkim ds. kardiologii oraz ds. zdrowia publicznego zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

¹⁹⁸ Por. wywiady pogłębione z konsultantem wojewódzkim ds. kardiologii oraz ds. zdrowia publicznego zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

¹⁹⁹ *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania* (Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B. – red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2012.

²⁰⁰ Por. czas oczekiwania na świadczenie wg informatora www.kolejki.nfz.gov.pl [data dostępu; 15.10.2015]

²⁰¹ Por. czas oczekiwania na świadczenie wg informatora www.kolejki.nfz.gov.pl [data dostępu; 15.10.2015]

²⁰² *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania* (Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B. – red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2012.

²⁰³ Por. ankiety CATI z 600 placówkami POZ i AOS, wywiad FGI z przedstawicielami kadry zarządzającej placówek oraz wywiady pogłębione z konsultantami wojewódzkimi ds. kardiologii, onkologii, chorób płuc i gruźlicy, diabetologii, psychiatrii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu oraz ds. zdrowia publicznego zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

²⁰⁴ Por. wyżej - rozdz. 4.2, w którym wskazano choroby stanowiące specyficzny problem zdrowotny w regionie.

nowe usługi medyczne, potrzeby w tym zakresie mogą pojawić się w przypadku ubiegania się przez nie o dofinansowanie projektów w ramach RPO WSL 2014-2020. Jest to szczególnie rekomendowany kierunek wsparcia, gdyż problem województwa stanowi także niewystarczający dostęp do leczenia geriatrycznego i poradni medycyny paliatywnej, czas oczekiwania na wizytę w poradni specjalistycznej tego typu w województwie śląskim należą do najdłuższych w Polsce²⁰⁵.

W opinii przedstawicieli placówek ochrony zdrowia i ekspertów²⁰⁶, biorących udział w niniejszym badaniu, bardzo ważne w przyszłości jest wsparcie placówek ambulatoryjnych w regionie w zakresie świadczeń z dziedzin takich jak: onkologia, rozwój opieki nad osobami starszymi w tym środowiskowej i stacjonarnej (geriatria), kardiologia i rehabilitacja schorzeń z grupy chorób układu krążenia, kostno-mięśniowo-szkieletowych (w tym urazów w miejscu pracy, wypadków komunikacyjnych i ich powikłań) oraz układu oddechowego (w tym chorób zawodowych mieszczących się w tej grupie, takich jak pylice płuc i będącej jej częstym powikłaniem POCHP), a także opieki długoterminowej nad osobami ze schorzeniami pulmonologicznymi (tu przede wszystkim związanymi z efektami dużej liczby przypadków zachorowań na gruźlicę w latach 1990-2000 i związanym z tym obecnym zapotrzebowaniem na leczenie przewlekłe chorych pacjentów z gruźlicą, wymagających specjalistycznej opieki w związku z możliwym rozprzestrzenianiem się tej choroby zakaźnej²⁰⁷). Należy podkreślić, że te obszary usług medycznych były wskazywane przez 21% placówek ambulatoryjnych w województwie, jako takie, które mogłyby być do nich przeniesione z obecnie świadczonych w szpitalach (deinstytucjonalizacja): badane placówki POZ najczęściej deklarowały możliwość przeniesienia do nich świadczeń z zakresu chirurgii jednego dnia, opieki nad osobami starszymi, z kolei AOS - świadczeń z zakresu rehabilitacji medycznej (kardiologicznej, układu ruchu, układu oddechowego) i ambulatoryjnego leczenia psychiatrycznego oraz chorób przewlekłych (w trybie placówek pobytu dziennego) oraz usług medycznych dla pacjentów onkologicznych (przede wszystkim: biopsje, diagnostyka z wykorzystaniem tomografów komputerowych oraz mammografów, radioterapia i chemioterapia - pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej infrastruktury i specjalistycznego sprzętu medycznego oraz kontroli jakości prowadzonej diagnostyki).

Należy tu podkreślić, iż zdiagnozowany w badaniu ankietowym śląskich POZ i AOS²⁰⁸, potencjał infrastrukturalny placówek w zakresie deinstytucjonalizacji i świadczenia usług medycznych w zakresie rehabilitacji medycznej i opieki nad osobami starszymi jest w większości POZ niewystarczający samodzielnej realizacji tego typu działań; pożądana byłaby w tym zakresie współpraca POZ z AOS (np. w partnerstwie w ramach projektu RPO WSL 2014-2020). Potwierdza to fakt, iż aż 42% badanych AOS i 67% POZ planuje aplikowanie o środki RPO WSL na przebudowę, rozbudowę i remont obiektów oraz pomieszczeń infrastruktury, a 39% badanych AOS i 59% POZ – na modernizację/zakup nowego sprzętu medycznego²⁰⁹.

W związku z odnotowywaną na przestrzeni ostatnich lat w województwie śląskim wysoką śmiertelnością niemowląt²¹⁰, bardzo istotne będą też inwestycje w nowoczesny sprzęt i wyposażenie placówek o specjalności ginekologiczno-położniczej, a także prowadzenie działań promujących wczesne wykrywanie wad rozwojowych oraz badania prenatalne kobiet w ciąży²¹¹. Jak świadczą przedstawione na początku rozdziału dane statystyczne, duża liczba porad udzielanych kobietom w ciąży oraz dostępność placówek o specjalności ginekologiczno – położniczej w całym województwie, stanowi potencjał, który może zostać właściwie wykorzystany do zniwelowania tego problemu zdrowotnego, m.in. poprzez inwestycje w sprzęt wykorzystywany w diagnostyce wczesnego wykrywania wad rozwojowych oraz badań prenatalnych.

Jeśli natomiast chodzi o cukrzycę, wskazaną również jako jednostka chorobowa, stanowiąca istotny problem w regionie²¹², istniejące zabezpieczenie, jeśli chodzi o liczbę specjalistów diabetologii i łóżek na oddziałach diabetologicznych należy ocenić jako obecnie niewystarczające²¹³, co więcej specyfika tej choroby wymaga przede wszystkim monitorowania stanu zdrowia i leczenia na poziomie opieki ambulatoryjnej, stąd warto rozważyć udzielanie szczególnego wsparcia podmiotom planującym poszerzenie zasobów kadrowych i zakresu świadczonych usług o usługi skierowane do pacjentów z cukrzycą (np. konsultacje dietetyka, realizacja programów profilaktycznych cukrzycy). Działania tego typu mogłyby być kompleksowe i np. powiązane, dla większej skuteczności i efektywności z wdrażaniem przez POZ i AOS ze środków RPO WSL 2014-2020 programów zdrowotnych dotyczących chorób, będących istotnym problemem zdrowotnym regionu - zainteresowanie prowadzeniem takich działań zadeklarowało 25% AOS i 20% POZ²¹⁴.

4.6. Sytuacja w zakresie kształcenia studentów na kierunkach medycznych w województwie śląskim

W ramach niniejszego badania ewaluacyjnego przeanalizowano również sytuację w zakresie kształcenia studentów na kierunkach medycznych w województwie śląskim. Mając na uwadze jeden z celów szczegółowych badania, jakim jest analiza sytuacji zdrowotnej w województwie śląskim, wskazano na ścieżki kariery lekarzy w województwie śląskim - biorąc pod uwagę

²⁰⁵ Por. czas oczekiwania na świadczenie wg informatora www.kolejki.nfz.gov.pl [data dostępu: 15.10.2015]

²⁰⁶ Por. wywiady pogłębione z konsultantem wojewódzkim ds. kardiologii oraz ds. zdrowia publicznego zrealizowane na potrzeby niniejszego badania.

²⁰⁷ Por. wywiad z konsultantem wojewódzkim ds. chorób płuc i gruźlicy, wywiady z przedstawicielami wydziału zdrowia UM WSL oraz ekspertami ds. epidemiologii.

²⁰⁸ na podstawie ankietyzacji śląskich POZ i AOS, N=600, przeprowadzonej na potrzeby niniejszej analizy.

²⁰⁹ na podstawie ankietyzacji śląskich POZ i AOS, N=600, przeprowadzonej na potrzeby niniejszej analizy.

²¹⁰ Por. wyżej - rozdz. 4.2, w którym wskazano choroby stanowiące specyficzny problem zdrowotny w regionie.

²¹¹ Na podstawie wywiadów z przedstawicielami wydziału zdrowia UM WSL, działania takie są planowane do realizacji na poziomie regionalnym w najbliższym czasie.

²¹² Por. wskaźniki umieralności i zapadalności dla województwa śląskiego w rozdz. 4.2.

²¹³ Por. wywiad z konsultantem wojewódzkim ds. diabetologii, epidemiologii, zdrowia publicznego oraz wnioski ze spotkania fokusowego z przedstawicielami placówek opieki zdrowotnej oraz przedstawicielami UM WSL.

²¹⁴ na podstawie ankietyzacji śląskich POZ i AOS, N=600, przeprowadzonej na potrzeby niniejszej analizy.

zapotrzebowanie na konkretnych specjalistów. Omówione wcześniej zagadnienia: analiza sytuacji demograficznej i epidemiologicznej w województwie śląskim, sytuacji placówek podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej oraz sytuacji szpitali powiatowych i wojewódzkich w regionie, uzupełniono poniżej o przedstawienie sytuacji w zakresie kształcenia studentów na kierunkach medycznych w województwie śląskim. Kształcenie młodych kadr lekarzy dopełnia obraz możliwości zapewnienia specjalistycznej i podstawowej opieki zdrowotnej dla mieszkańców województwa śląskiego w związku z grupami chorób wskazanych jako stanowiące poważny problem zdrowotny w skali województwa; jak wspomniano wyżej – zalicza się do nich: w grupie chorób układu krążenia – chorobę niedokrwienną serca, w grupie chorób układu oddechowego – gruźlicę oraz omawianą jako choroba zawodowa – pylicę płuc (której powikłaniem są astma oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc), w grupie chorób psychicznych – zaburzenia lękowe oraz nerwice dzieci i młodzieży w grupie chorób układu kostno-szkieletowo-mięśniowego – choroby układu ruchu będące m.in. wynikiem wypadków w miejscu pracy oraz choroby nowotworowe, w szczególności rak jelita grubego, płuc, szyjki macicy oraz rak piersi, w grupie chorób zaburzenia wydzielania wewnętrznego – cukrzyca) oraz wyzwania związane z zapewnieniem opieki zdrowotnej osobom starszym i zapobieganie zgonom noworodków z przyczyn związanych z niską wagą urodzeniową i stanami okołoporodowymi. Z tego względu obecne zainteresowanie młodych lekarzy realizacją specjalizacji w tych dziedzinach lekarskich warunkuje możliwości zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej mieszkańców województwa śląskiego w perspektywie najbliższych lat.

Specjalizacje lekarskie realizowane przez młodych lekarzy w województwie śląskim

Ministerstwo Zdrowia określa limit miejsc dla studentów na kierunkach medycznych, biorąc pod uwagę możliwości dydaktyczne uczelni oraz zapotrzebowanie na absolwentów poszczególnych kierunków. Na rok akademicki 2015/2016 dla województwa śląskiego wskazano 937 miejsc na Śląskim Uniwersytecie Medycznym w Katowicach. W skali kraju stanowi to aż 15%, ponieważ dla całego państwa przewidziano 6188 miejsc dla przyszłych studentów kierunków lekarskich²¹⁵. Jest to więc stosunkowo duży odsetek, uzasadniony relatywnie gorszą sytuacją zdrowotną mieszkańców regionu (wg ocen sytuacji zdrowotnej mieszkańców podszczególnych regionów²¹⁶ oraz Krajowego indeksu sprawności ochrony zdrowia²¹⁷) i związanymi z nią większymi potrzebami opieki zdrowotnej w województwie śląskim. Możliwość realizacji danej specjalności przez młodych lekarzy określa się ogólnie (przez Ministerstwo Zdrowia), mają oni możliwość wyboru spośród 77 specjalizacji, na których przyznano miejsca rezydenckie na określony rok według zapotrzebowania i możliwości województwa²¹⁸.

W województwie śląskim największa liczba młodych lekarzy specjalizuje się w chorobach wewnętrznych, tylko 30% liczby osób, które zdecydowały się na wybór specjalizacji chorób wewnętrznych decyduje się na chirurgię ogólną. W dalszej kolejności najwięcej osób dokonujących wyboru specjalizacji wybiera anestezjologię i intensywną terapię, a także rehabilitację medyczną i pediatrię. Szóstą z kolei specjalizacją pod względem liczebności osób, które kształcą się w tym kierunku jest położnictwo i ginekologia, na kolejnych miejscach są neurologia oraz onkologia, jak również medycyna sądowa, okulistyka, kardiologia i psychiatria. Dość duża liczba młodych lekarzy decyduje się także na podjęcie dalszego kształcenia na specjalizacji ortopedia i traumatologia narządu ruchu, a także neonatologia. Ponadto kilka osób rocznie podejmuje specjalizację: choroby zakaźne, medycyna ratunkowa, radiologia i diagnostyka obrazowa, hematologia, onkologia i hematologia dziecięca, choroby płuc, geriatria, medycyna paliatywna, patomorfologia, kardiochirurgia, nefrologia, radioterapia onkologiczna, dermatologia i wenerologia, gastroenterologia, gastroenterologia dziecięca, medycyna pracy, transfuzjologia kliniczna, zdrowie publiczne, diabetologia, neurochirurgia, reumatologia, alergologia, chirurgia dziecięca, chirurgia klatki piersiowej, choroby płuc dzieci, endokrynologia i diabetologia dziecięca, farmakologia dziecięca, nefrologia dziecięca, neurologia dziecięca, otorynolaryngologia, psychiatria dzieci i młodzieży, toksykologia kliniczna, urologia. W województwie śląskim pojedyncze osoby kończą również każdego roku następujące specjalizacje: angiologia, audiologia i foniatria, balneologia i medycyna fizykalna, chirurgia naczyniowa, chirurgia onkologiczna, genetyka kliniczna, medycyna nuklearna, medycyna sądowa, mikrobiologia lekarska, otorynolaryngologia dziecięca²¹⁹.

*Tab 13 Liczba miejsc rezydenckich w województwie śląskim na specjalizacjach dla lekarzy w roku 2015 z podziałem na określone grupy chorób
[Źródło: opracowanie własne na podstawie: Liczba przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1-31 października 2015]*

Choroby układu krążenia	Choroby układu oddechowego	Choroby układu kostno-szkieletowo-mięśniowego
Chirurgia klatki piersiowej (2) Chirurgia naczyniowa (1) Hipertensjologia (0) Kardiochirurgia (5) Kardiologia (18) Kardiologia dziecięca (7) Neurochirurgia (3) Neurologia (23) Neurologia dziecięca (2)	Choroby płuc (6) Choroby płuc dzieci (2) Otorynolaryngologia (2) Otorynolaryngologia dziecięca (1)	Balneologia i medycyna fizykalna (1) Medycyna sportowa (0) Ortopedia i traumatologia narządu ruchu (15) Rehabilitacja medyczna (29)

²¹⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 lipca 2015 w sprawie limitu przyjęć na kierunki lekarski i lekarsko-dentystyczny, Dz.U. 2015 poz. 1119.

²¹⁶ *Sytuacja zdrowotna ludności polski i jej uwarunkowania* (Wojtyński B., Goryński P., Moskaiewicz B. – red.). Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego -Państwowy Zakład Higieny. Warszawa 2012.

²¹⁷ <http://www.pwc.pl/pl/media/2014/2014-01-23-krajowy-indeks-sprawnosci-ochrony-zdrowia-2014.html> [data dostępu: 12.11.2015]

²¹⁸ z czego 41 specjalizacji jest dwumodulowych, co oznacza, że w pierwszej kolejności kandydaci mają wybrać jedną spośród pięciu modułów podstawowych: chirurgia ogólna, choroby wewnętrzne, otorynolaryngologia, patomorfologia, pediatria. Pozostałe 37 to specjalizacje jednomodulowe.

²¹⁹ *Liczba przyznanych miejsc rezydenckich dla lekarzy i lekarzy dentyistów, którzy rozpoczną specjalizację na podstawie postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w terminie 1-31 października 2015,*

Neuropatologia (0)		
Choroby onkologiczne	Choroby (zaburzenia) psychiczne	Inne grupy chorób ²²⁰
Chirurgia onkologiczna (1), Ginekologia onkologiczna (0), Hematologia (9), Onkologia i hematologia dziecięca (9), Onkologia kliniczna (23), Patomorfologia (6), Radiologia i diagnostyka obrazowa (10), Radioterapia onkologiczna (5)	Psychiatria (18) Psychiatria dzieci i młodzieży (2)	Diabetologia (3), Geriatria (6), Medycyna paliatywna (6), Medycyna pracy (4), Medycyna rodzinna (23), Neonatologia (12), Pediatria (26), Pediatria metaboliczna (0), Perinatologia (0), Położnictwo i ginekologia (26)

Ze względu na choroby, stanowiące (zgodnie z danymi epidemiologicznymi przedstawionymi w rozdziale 4.2) poważny problem zdrowotny, zainteresowanie kształceniem młodych lekarzy w województwie śląskim należy przeanalizować w podziale na specjalistów, zajmujących się leczeniem określonych grup chorób. I tak rokrocznie 59 młodych lekarzy podejmuje kształcenie na specjalizacjach odnoszących się do chorób układu krążenia, w przypadku chorób układu oddechowego liczba ta oscyluje około 11 każdego roku, a 45 młodych lekarzy specjalizuje się w chorobach układu kostno-szkieletowo-mięśniowego. Grupę chorób onkologicznych wybiera i podejmuje w niej specjalizację 63 lekarzy rocznie, a w zakresie chorób psychicznych - około 20 każdego roku. Rozkład tych specjalizacji jest więc adekwatny do sytuacji epidemiologicznej w regionie, choć jeśli chodzi o specyficzne jednostki chorobowe w regionie zbyt mała liczba młodych lekarzy kształci się na specjalizacji geriatria (6), diabetologia (3), a bardzo niepokojący jest brak rezydentów na specjalnościach ginekologia onkologiczna oraz perinatologia. Jednocześnie na podstawie opinii konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach lekarskich, związanych z tymi chorobami, należy podkreślić, że dostępność miejsc rezydenckich nie stanowi problemu wobec możliwości zapewnienia właściwej obsady kadry medycznej w placówkach w województwie śląskim, kwestią najbardziej problematyczną jest natomiast odpływ wykształconych specjalistów za granicę w związku z nieatrakcyjnymi dla młodych polskich lekarzy wynagrodzeniami.

Województwo śląskie, jako region powiązany historycznie z krajami ościennymi, jest potencjalnie bardziej zagrożony odpływem młodych, już wykształconych w placówkach województwa śląskiego lekarzy i idącymi za tym lukami pokoleniowymi wśród lekarskiej kadry specjalistycznej. Obecna sytuacja (ograniczony dostęp do etatów rezydenckich) może dodatkowo nasilać to zjawisko – łatwość przepływu obywateli między poszczególnymi krajami członkowskimi Unii Europejskiej, niskie zarobki młodej kadry lekarzy wraz z brakiem zobowiązań do przepracowania określonej liczby lat w kraju, w połączeniu z niewystarczającym wykorzystaniem zasobów – to połączenie czynników sprzyjających emigracji.

Jak zwracali uwagę przedstawiciele wysoko wykwalifikowanej kadry medycznej, biorący udział w badaniu pogłębionym²²¹, zjawisko to można byłoby w pewnym zakresie ograniczyć poprzez zakupy najnowocześniejszego sprzętu medycznego, przede wszystkim wykorzystywanego podczas zabiegów operacyjnych w placówkach szkoleniowych lekarzy rezydentów w województwie szkolnym. Możliwość korzystania z najnowszych rozwiązań technologicznych i aparatury medycznej, stanowi - zdaniem ekspertów – czynnik sprzyjający zainteresowaniu młodych lekarzy realizacją specjalizacji w danej placówce (mogłaby również przyciągać absolwentów studiów medycznych z innych województw), co potencjalnie zwiększyłoby zasoby kadrowe placówek opieki zdrowotnej w województwie śląskim w przyszłości.

Ponadto, jak świadczą opinie ekspertów, uzyskane w ramach niniejszego badania, wysokiej klasy specjaliści lekarze w dziedzinach kardiologii, ortopedii i traumatologii ruchu, onkologii i chorób płuc, stanowią niewykorzystany potencjał województwa śląskiego, gdyż mogliby oni kształcić znacznie liczniejszą grupę absolwentów medycyny w tych kierunkach, jednak ogranicza ich w tym zakresie niewielka liczba przyznawanych miejsc rezydenckich. Dostępność bazy szkoleniowej w przypadku województwa śląskiego jest wysoka – kierujący placówkami medycznymi jasno deklarują szeroki dostęp zarówno do kadry szkolącej, jak i do specjalistycznego sprzętu medycznego. Jedynym ograniczeniem są tu jedynie niskie limity, przyznane przez Ministerstwo Zdrowia. Zwiększenie ich – zarówno w zakresie limitu przyjęć na studia medyczne, jak i w przypadku etatów rezydenckich pozwoliłoby w stosunkowo krótkim czasie wypełnić braki w wielu dziedzinach.

Jak świadczą dane na temat wskaźników epidemiologicznych w województwie śląskim oraz przeprowadzone badania z przedstawicielami placówek POZ i AOS, niska dostępność kadry specjalistycznej negatywnie wpływa na sytuację w zakresie medycyny rodzinnej, medycyny pracy oraz geriatrii. Wywiady z ekspertami z zakresu epidemiologii i zdrowia publicznego wskazały na również na istotne w kontekście potrzeb regionu braki kadrowe. Zdaniem ekspertów, biorących udział w badaniu pogłębionym²²², stan kadry specjalistycznej instytucji ochrony zdrowia w województwie śląskim w odniesieniu do potrzeb zdrowotnych regionu jest niewystarczający, a do najbardziej istotnych problemów zaliczyli oni:

- starzenie się kadry medycznej (lekarze, pielęgniarki);
- zmniejszającą się liczbę zatrudnionych w wielu specjalizacjach lekarskich (m.in. pediatria, chirurgia ogólna);
- niewystarczającą liczbę specjalistów w zakresie endokrynologii, geriatrii, onkologii, neurologii dziecięcej, kardiologii dziecięcej (zwłaszcza w rejonie Sosnowca, Będzina, Dąbrowy Górniczej), alergologii.

Braki kadrowe w tych specjalnościach lekarskich uznali oni za podstawowe – obok niedostatecznego poziomu kontraktowania usług medycznych - bariery w zapewnieniu dostępności do usług wysokiej jakości w województwie śląskim.

²²⁰ Ważne z punktu widzenia epidemiologii w regionie: medycyna rodzinna, opieka nad matką i dzieckiem, diabetologia, geriatria i medycyna pracy

²²¹ Por. informacje pozyskane w ramach badania od konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach lekarskich powiązanych z grupami chorób stanowiącymi problem zdrowotny mieszkańców regionu oraz: Raport 2013. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2014.

²²² Por. wywiady z ekspertami (konsultantami wojewódzkimi) z zakresu dziedzin lekarskich powiązanych z istotnymi problemami zdrowotnymi mieszkańców regionu.

Z kolei badanie ankietowe placówek POZ i AOS w zakresie ich bieżących potrzeb kadrowych wykazało deficyt zarówno lekarzy specjalistów, jak i lekarzy pierwszego kontaktu. Szczególnie częsty był zgłaszany przez respondentów (byli nimi właściciele, przedstawiciele kierownictwa i administracji POZ i AOS, którzy w ramach ankietyzacji CATI mieli możliwość przekazania swoich uwag i opinii w formie odpowiedzi na pytania otwarte) problem z pozyskaniem lekarzy medycyny rodzinnej i pediatrów – wskazywali oni na stosunkowo niskie wynagrodzenia lekarzy tych specjalności w POZ, szczególnie w odniesieniu do ich dużego obciążenia nie tylko pracą związaną bezpośrednio z leczeniem pacjentów, ale także obowiązkami administracyjnymi i sprawozdawczością do NFZ. W ciągu ostatnich 10 lat, to właśnie liczba uzyskujących specjalizację z medycyny rodzinnej zmniejszyła się najbardziej (średnio o 79 osób rocznie) – jest to niebezpieczna tendencja jeśli chodzi o zapewnienie podstawowej opieki zdrowotnej mieszkańcom województwa śląskiego, także w związku ze wzrastającym obciążeniem lekarzy rodzinnych po wprowadzeniu tzw. pakietu onkologicznego.

Należy jednak podkreślić, iż działania związane ze zwiększeniem limitów przyjęć na studia i miejsc rezydenckich dla młodych lekarzy, finansowaniem zatrudnienia lekarzy i pielęgniarek oraz leczenia pacjentów, należą do polityki zdrowotnej państwa i nie leżą w obszarze interwencji środków RPO WSL 2014-2020. Pewnie działania w tym zakresie będą podejmowane w ramach Programu Operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój w Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia, działanie 5.3 Wysoka jakość kształcenia na kierunkach medycznych, przewidziano: realizację programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie praktycznego kształcenia studentów, w tym tworzenie centrów symulacji medycznej oraz realizację programów rozwojowych dla uczelni medycznych uczestniczących w procesie kształcenia pielęgniarek i położnych ukierunkowanych na zwiększenie liczby absolwentów tych kierunków. Beneficjentami projektów w tym zakresie mają być m.in. uczelnie wyższe, a biorąc pod uwagę wysoką jakość kształcenia ośrodków w województwie śląskim oraz wysokiej klasy kadrę specjalistów różnych dziedzin lekarskich, należy się spodziewać, że wykorzystanie środków PO WER w ramach tych działań, będzie miało pozytywny wpływ na zabezpieczenie odpowiedniej kadry lekarzy i pielęgniarek, umożliwiającej zabezpieczenie kluczowych potrzeb regionu w zakresie zdrowia.

Stan kadry medycznej wobec możliwości deinstytucjonalizacji usług opiekuńczych i medycznych, dla osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych

Ze względu na obszar interwencji środków RPO WSL 2014-2020 w kontekście stanu kadry medycznej należy skupić się przede wszystkim na kwestii możliwości zapewnienia opieki nad osobami zależnymi, starszymi i w kontekście przesuwania niektórych świadczeń z poziomu hospitalizacji na poziomy POZ i AOS i związanego z tym zapotrzebowania na kadrę specjalistyczną do tego rodzaju usług medycznych.

W zakresie deinstytucjonalizacji świadczenia usług opiekuńczych i medycznych dla osób starszych, niepełnosprawnych i innych osób niesamodzielnych szczególny nacisk w ostatnim czasie ze strony Ministerstwa Zdrowia został położony na tworzenie Dziennych Domów Opieki Medycznej (DDOM²²³). Dienne domy opieki medycznej (DDOM) to nowy rodzaj placówek medycznych, które Ministerstwo Zdrowia zamierza pilotażowo uruchomić w ramach projektu współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego - Programu Operacyjnego Wiedza-Edukacja-Rozwój. Według przyjętej definicji: Dzielny dom opieki medycznej (DDOM) nad osobami niesamodzielnymi może być wyodrębnioną strukturalnie częścią placówki podstawowej opieki zdrowotnej, kompleksu szpitalnego, poradni geriatrycznej lub odrębnym podmiotem leczniczym, posiadającym pełne zabezpieczenie do prowadzenia diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej osób niesamodzielnych, w szczególności osób starszych (powyżej 65 r.ż.). Poza tym personel DDOM przygotowany ma być do prowadzenia niezbędnych szkoleń dla członków rodzin w zakresie prawidłowej opieki nad osobą zależną. Zarówno wymagania kadrowe, jak i wymagania lokalowe gwarantować mają najwyższą jakość opieki dla pacjentów. W szczególności zasoby kadrowe DDOM opierać się mają na wyspecjalizowanej kadrze medycznej. Wśród pracowników DDOM mają się znajdować: lekarz specjalista w dziedzinie rehabilitacji medycznej, lekarz specjalista w dziedzinie geriatry, w dziedzinie neurologii, w dziedzinie kardiologii, w dziedzinie psychiatrii, pielęgniarka, osoba prowadząca fizjoterapię, opiekun medyczny, terapeuta zajęciowy, psycholog lub psychoterapeuta, logopeda, dietetyk.

Ze względu na przewidziane w perspektywie programowania 2014 - 2020 wsparcie ze środków UE dla tworzenia tego typu placówek²²⁴, objęte badaniem ankietowym placówki POZ w województwie śląskim, udzieliły także informacji na temat dostępności w nich kadry specjalistycznej, która umożliwiałaby utworzenie DDOM. W grupie badanych POZ stwierdzono znaczne braki w zakresie zatrudnienia (oraz potencjalnej dostępności) wymaganej kadry: tylko niespełna 4% placówek zadeklarowało, że dysponuje lekarzem geriatrą, 6% – neurologiem oraz tyle samo - lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii, niespełna 5% - lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji leczniczej oraz lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii, psychologiem lub psychoterapeutą, blisko 9% - osobą prowadzącą fizjoterapię, opiekunem medycznym i dietetykiem a zaledwie 0,5% - terapeutą zajęciowym i 2% – logopedą. We wszystkich badanych placówkach zatrudnione są pielęgniarki. Ze względu na fakt, że badanie dotyczyło reprezentatywnej próby placówek POZ, należy przyjąć, że podobnie kształtują się te wskaźniki w całym województwie, a tym samym – stan kadry specjalistycznej umożliwiającej w chwili obecnej utworzenie w strukturach jednostki Dziennego Domu Opieki Medycznej (DDOM) i/lub dziennych domów opiekuńczo-rehabilitacyjnych w celu świadczenia środowiskowej formy opieki osobom starszym i niesamodzielnym. W związku z powyższym, podobny wniosek dotyczący braku możliwości deinstytucjonalizacji w zakresie świadczenia usług opiekuńczych i medycznych dla osób starszych, niepełnosprawnych i innych

²²³ Program pilotażowy Ministerstwa Zdrowia, www.mz.gov.pl/aktualnosci/ministerstwo-zdrowia-oglasza-konkurs-na-tworzenie-i-prowadzenie-dziennych-domow-opieki-medycznej.

²²⁴ Deinstytucjonalizacja usług społecznych i zdrowotnych z wykorzystaniem środków EFS i EFRR na lata 2014-2020,

osób niesamodzielnym ze względu na braki kadry specjalistycznej w POZ w województwie śląskim. Jest to szczególnie istotne w związku z tym, że wsparcie ze środków POWER na utworzenie DDOM, będzie przeznaczone właśnie dla placówek podstawowej opieki zdrowotnej.

Ze względu na potencjalną możliwość utworzenia podobnych placówek ze środków własnych lub we współpracy z POZ, w ramach ankietyzacji placówek ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS), respondentom zadano analogiczne pytanie na temat dostępności w nich kadry specjalistycznej, która umożliwiałaby utworzenie DDOM lub podobnego typu ośrodka. W grupie badanych AOS stwierdzono, podobnie jak w POZ, znaczne braki w zakresie zatrudnienia (oraz potencjalnej dostępności) wymaganej kadry jedynie jeśli chodzi o lekarzy geriatrów - tylko nieco ponad 2% placówek zadeklarowało, że dysponuje lekarzem tej specjalności, z kolei w pozostałych specjalnościach występowało wystarczające zabezpieczenie, jeśli chodzi o zasoby kadrowe. 42% placówek AOS dysponuje neurologiem, 29% - lekarzem specjalistą w dziedzinie rehabilitacji leczniczej, blisko 36% - lekarzem specjalistą w dziedzinie kardiologii, 21% - lekarzem specjalistą w dziedzinie psychiatrii, blisko 35% - osobą prowadzącą fizjoterapię, niemal 14% - opiekunem medycznym, 16% - terapeutą zajęciowym, 38% - psychologiem lub psychoterapeutą, 11% - logopedą, a 37% - dietetykiem. We wszystkich badanych placówkach zatrudnione są pielęgniarki. Powyższe dane należy jednak interpretować w kontekście innej niż w przypadku POZ specyfiki działalności AOS – przychodnie te często są ze sobą powiązane (np. osobą właściciela, lokalizacją w kompleksie budynków), a ich personel zatrudniony na część etatu (lub inną formę umowy cywilnoprawnej), dlatego należy przyjąć, że powyższe dane nie odzwierciedlają w pełni dostępności powyższych specjalistów w przypadku konieczności ich zatrudnienia w pełnym wymiarze czasu pracy w danej placówce. Podobna sytuacja dotyczy kadry pielęgniarskiej – mimo ich obecnego zatrudnienia we wszystkich badanych placówkach POZ i AOS, świadczenie przez nie dodatkowych usług w ramach DDOM lub podobnego typu ośrodka, wymagałoby zwiększenia zasobów kadrowych w tym zakresie, co napotkać może bardzo poważne ograniczenia w związku z dotyczącym cały kraj problemem braku pielęgniarek²²⁵. Problem ten będzie wzrastał, w związku nie tylko z niskimi wskaźnikami jeśli chodzi o liczbę absolwentów kierunków pielęgniarskich na 100 000 mieszkańców oraz na 1000 zatrudnionych pielęgniarek (a więc starzeniem się tej grupy zawodowej)²²⁶, ale także w związku z obserwowanym odpływem kadr pielęgniarskich do innych krajów (migracje zarobkowe); trend ten może się pogłębiać, ze względu na fakt starzenia się tej grupy zawodowej w większości krajów Europy, a także niskie wynagrodzenia średniego personelu medycznego w kraju. Z tego względu nie można więc wprost wnosić, iż w przypadku planów utworzenia w ich strukturach dziennych domów opiekuńczo-rehabilitacyjnych w celu świadczenia środowiskowej formy opieki osobom starszym, niepełnosprawnym i niesamodzielnym, ich obecny stan zatrudnienia stan kadry specjalistycznej nie zabezpieczyłby w pełni świadczenia przez nie usług opiekuńczych i medycznych dla osób starszych i innych osób niesamodzielnym.

W zakresie zatrudnienia lekarzy specjalistów i wymaganego w ramach placówek pobytu dziennego dla osób starszych i niesamodzielnym, personelu medycznego znacznie lepiej kształtują się dane dotyczące ich zatrudnienia w szpitalach województwa śląskiego²²⁷, ze względu jednak na wskazane w RPO WSL 2014-2020 grupy beneficjentów, mogących ubiegać się o dofinansowanie projektów dotyczących przeniesienia usług wymagających obecnie hospitalizacji do leczenia ambulatoryjnego, jak również wsparcia dla zwiększenia dostępności placówek dziennych dla osób niesamodzielnym, starszych i niepełnosprawnych, szpitale nie będą mogły ubiegać się o tego typu środki. Biorąc więc pod uwagę dostępność personelu medycznego, niezbędnego dla świadczenia kompleksowych i specjalistycznych usług medycznych dla osób starszych, niesamodzielnym i niepełnosprawnych w ramach ośrodków o podobnym przeznaczeniu jak DDOM, wskazane byłoby udzielanie w pierwszej kolejności wsparcia wnioskodawcom, których placówki mieszczą się w kompleksie poradni (np. POZ powiązane strukturą organizacyjną i własności z AOS i/lub szpitalem), co przyczyniłoby się do zapewnienia fachowej opieki niezbędnej dla potencjalnych podopiecznych.

4.7. Potrzeby regionalne w obszarze zdrowia w województwie śląskim

Na podstawie przeprowadzonych badań pierwotnych i analizy danych zastanych z zakresu demografii i epidemiologii w województwie śląskim, w rozdziale 4.2. wskazano jednostki chorobowe, stanowiące poważny problem zdrowotny w skali województwa; jak wspomniano wyżej - zalicza się do nich: w grupie chorób układu krążenia – choroba niedokrwienna serca, w grupie chorób układu oddechowego – gruźlica oraz omawianą jako choroba zawodowa – pylica płuc (której powikłaniem są astma oraz przewlekła obturacyjna choroba płuc), w grupie chorób psychicznych – zaburzenia lękowe i depresje dzieci i młodzieży, w grupie chorób układu kostno-szkieletowo-mięśniowego – schorzenia (w tym – wskutek urazów i wypadków w miejscu pracy) układu ruchu, w grupie chorób nowotworowych w szczególności: rak jelita grubego, płuc szyjki macicy i piersi, w grupie chorób układu wydzielania wewnętrznego - cukrzyca oraz innych regionalnych problemów i potrzeb zdrowotnych omówionych (wskazano tu opiekę nad matką i dzieckiem jeśli chodzi o stany okołoporodowe i niską wagę urodzeniową noworodków, przyczyniające się do wysokiej śmiertelności noworodków w regionie oraz opiekę geriatryczną i paliatywną nad osobami starszymi, w szczególności z chorobami przewlekłymi). Opisane w rozdziałach 4.3 - 4.6 wyniki badania zostały poniżej odniesione do tychże chorób w celu wskazania deficytowych obszarów i potrzeb regionalnych w województwie śląskim.

²²⁵ Por. OECD Health Statistics <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. [data dostępu 15.10.2015]

²²⁶ J.W.

²²⁷ Omówiono w rozdz. 4.4.

Po pierwsze należy uznać, że obecny stan szpitali powiatowych oraz opieki świadczonej w ramach szpitali wojewódzkich i powiatowych oraz w ramach POZ i AOS należy ocenić jako niewystarczający w niektórych obszarach, związanych z chorobami wskazanymi jako poważne problemy zdrowotne mieszkańców regionu, wskazanymi w RPO WSL 2014-2020.

Liczbę obecnie dostępnych placówek (szpitali, POZ i AOS), świadczących usługi medyczne ogólnie można ocenić jako wystarczającą w stosunku do liczby mieszkańców regionu, niemniej ich rozkład geograficzny (rozemieszczenie w województwie decydujące o dostępności świadczeń dla pacjentów) jest nierównomierny i gorsza sytuacja w tym zakresie dotyczy subregionu północnego i południowego województwa²²⁸.

Tab 14 Liczba świadczeniodawców poszczególnych usług medycznych na terenie województwa śląskiego w 2015 roku [Źródło: Dane Śląskiego Oddziału NFZ w Katowicach]

Nazwa świadczenia ²²⁹	Liczba świadczeniodawców w poszczególnych rodzajach świadczeń
Podstawowa Opieka Zdrowotna	998
Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	978
Leczenie Szpitalne	157
Lecznictwo Uzdrawiskowe	8
Opieka Paliatywna i Hospicyjna	52
Opieka Psychiatryczna i Leczenie Uzależnień	185
Leczenie stomatologiczne	1115
Pomoc Doraźna i Transport Sanitarny	4
Profilaktyczne Programy Zdrowotne	133
Ratownictwo Medyczne	4
Rehabilitacja Lecznicza	355
Świadczenia Pielęgniacyjne i Opiekuńcze	273
Świadczenia Zdrowotne kontraktowane odrębnie	37
Zaopatrzenie w wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi oraz środkami pomocniczymi	590
Razem:	4889

Celem realizacji PI 9a RPO WSL 2014-2020 jest poprawa dostępności i efektywności systemu ochrony zdrowia. Kompleksowe przedsięwzięcia realizowane w ramach tego priorytetu mają mieć na celu zwiększenie jakości usług specjalistycznych w ośrodkach regionalnych, odnoszące się do zidentyfikowanych obszarów deficytowych bądź odzwierciedlające zdiagnozowane specyficzne potrzeby regionalne, w szczególności dotyczące dostosowania systemu ochrony zdrowia do zmieniających się trendów demograficznych. W ramach tego Priorytetu wsparcie inwestycji ma być również ukierunkowane na wszystkie problemy zdrowotne dorosłych i dzieci, realizowane przez placówki podstawowej opieki zdrowotnej oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, przy czym preferencyjnie traktowane będą projekty wspierające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, z uwzględnieniem opieki koordynowanej i zintegrowanych form opieki środowiskowej.

Biorąc pod uwagę powyższe założenia RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia w pierwszej kolejności należy zwrócić uwagę na zasadniczy czynnik warunkujący dostępność i efektywności systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do zidentyfikowanych problemów zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego, jakim jest poziom kontraktowania NFZ poszczególnych świadczeń medycznych. Zgodnie z zapisami Programu, wspierane bowiem z jego środków mogą być tylko te świadczenia, które finansowane są ze środków publicznych, stąd ograniczenie co do wysokości kontraktów na poszczególne świadczenia, zarówno w podstawowej, jak i ambulatoryjnej opiece zdrowotnej, mają bezpośredni wpływ na efektywność interwencji RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia. Jednocześnie opinie wszystkich grup respondentów (reprezentujących placówki POZ, AOS, szpitale wojewódzkie i powiatowe oraz konsultantów wojewódzkich ds. poszczególnych dziedzin medycyny, związanych z najistotniejszymi problemami zdrowotnymi mieszkańców województwa śląskiego), były zgodne w zakresie wskazywania niewystarczającego poziomu kontraktowania z NFZ jako podstawowego braku, jeśli chodzi o zabezpieczenie opieki zdrowotnej w regionie. Niewystarczający poziom kontraktowania prowadzi do sytuacji, w której potencjał ludzki oraz sprzęt, zakupiony m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013 nie jest w pełni wykorzystywany²³⁰. Dużym problemem dla podmiotów prowadzących działalność leczniczą jest brak refundacji przez NFZ świadczeń medycznych udzielanych już po wyczerpaniu kontraktu lub wypłaty z bardzo dużym opóźnieniem. Wiele oddziałów szpitalnych oraz poradni w województwie śląskim ogranicza w czwartym kwartale roku (a często nawet w trzecim), przyjmowanie chorych ze względu na przekroczenie limitów, a taka sytuacja może stanowić zagrożenie dla życia lub zdrowia pacjentów. Dodatkowo w opinii środowiska medycznego usługi medyczne są niedoszacowane w ramach umów z NFZ, co powoduje ciągłe straty i zadłużanie się szpitali. Należy podkreślić, że obszar ten jest niezależny od interwencji środków RPO WSL 2014-2020, w związku z czym efektywność realizacji projektów i działań z tych środków jest w dużej mierze uzależniona od przyczyn niezależnych zarówno od Instytucji Zarządzającej Programem, jak i od przyszłych beneficjentów.

²²⁸ Por. wyniki badania ankietowego na reprezentatywnej próbie 600 POZ i AOS oraz badania CAWI z przedstawicielami śląskich szpitali powiatowych i wojewódzkich, zrealizowane na potrzeby niniejszej analizy.

²²⁹ Świadczenia dla których Śląski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia zawarł umowę w 2014 roku - wg stanu na 21.01.2015 r.

²³⁰ Por. Zakup i wykorzystanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych. Informacja o wynikach kontroli, NIK 2012.

Jednocześnie należy zauważyć, że w województwie śląskim kontraktowanie usług ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z NFZ osiąga drugą najwyższą wartość w kraju (po województwie mazowieckim, co wynika z liczby ludności tych województw²³¹), co stanowi znaczący czynnik sprzyjający osiągnięciu wskaźnika rezultatu bezpośredniego dla PI 9a RPO WSL 2014-2020, jakim jest liczba ludności objętej ulepszonymi usługami zdrowotnymi, a tym samym - efektywności wydatkowania środków Programu. Skierowanie interwencji na przeniesienie usług podlegających obecnie hospitalizacji (w tym w zakresie - zakupu specjalistycznego sprzętu i modernizacji infrastruktury placówek) na AOS w województwie śląskim, może więc przynieść lepsze rezultaty jeśli chodzi o dostępność i jakość usług medycznych w odniesieniu do chorób stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie. Należy w tym miejscu także zauważyć, że zrealizowane do tej pory projekty dotyczące zakupu specjalistycznego sprzętu, służącego do diagnozowania i leczenia tych chorób, m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013²³² powodują, iż realizacja analogicznych działań w RPO WSL 2014-2020 (co jest przewidziane alokacją Programu) może doprowadzić do sytuacji, iż w bezpośredniej bliskości (na małym obszarze) znajdować się będzie wysokospecjalistyczny sprzęt o tym samym lub podobnym przeznaczeniu, który w tej sytuacji nie będzie wykorzystywany. W tym zakresie jednak nie jest konieczne wprowadzanie dodatkowych regulacji zapobiegających ich wystąpieniu, gdyż na zlecenie MZ opracowywane są obecnie tzw. mapy potrzeb zdrowotnych (obejmujące m.in. informacje na temat dostępnego w województwie sprzętu diagnostycznego i aparatury medycznej, jego lokalizacji wraz z poziomem wykorzystania²³³), których wykorzystanie w procedurze wyboru projektów PI 9a, zminimalizuje ryzyko wystąpienia sytuacji dublowania się tego typu inwestycji na małym terenie.

Z kolei biorąc pod uwagę wskazywaną przez przedstawicieli placówek POZ i AOS oraz szpitali powiatowych i wojewódzkich w województwie śląskim w ramach ich ankietyzacji potrzebę pozyskania środków RPO 2014-2020 w obszarze zdrowia na dostosowanie pomieszczeń i instalacji do użytkowania zakupionej specjalistycznej aparatury medycznej, należy przyjąć, że w przypadku realizacji analogicznych projektów przez tego typu placówki w bieżącej perspektywie programowania, niezbędne byłoby wymaganie od wnioskodawców, by planowali realizację kompleksowych przedsięwzięć, obejmujących zarówno zakup sprzętu, dostosowanie infrastruktury placówki do jego potrzeb (co jest zgodnie z zapisami Szczegółowego Opisu Priorytetów dla RPO WSL 2014-2020); efektywność takich projektów podnieść mogłoby także jednoczesne wdrażanie przez beneficjenta programów zdrowotnych dotyczących chorób będących istotnym problemem zdrowotnym regionu, wdrażanie programów profilaktycznych i programów dotyczących wczesnego wykrywania chorób nowotworowych i/lub wdrażanie programów zdrowotnych dotyczących rehabilitacji leczniczej, bezpośrednio związanych z pozyskaniem w ramach projektu sprzętem.

Z kolei, jeśli chodzi o poziom kontraktowania z NFZ poszczególnych świadczeń, związanych z leczeniem i diagnostyką chorób, stanowiących problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego²³⁴, najwyższe kwoty kontraktów dotyczą usług medycznych związanych ze schorzeniami kardiologicznymi, onkologicznymi i z zakresu schorzeń układu kostno-mięśniowo-szkieletowego (w obszarze ortopedii i traumatologii układu ruchu)²³⁵. Z uwagi na przyjęte wskaźniki rezultatu i produktu w RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia, tj. „Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej” oraz „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi” oraz „Liczba wspartych podmiotów leczniczych” i konieczność ich osiągnięcia na zakładanym poziomie w ramach usług finansowanych ze środków publicznych (w tym przypadku – z NFZ), ukierunkowanie wsparcia na te świadczenia, które są najliczniej udzielane w AOS²³⁶ oraz których dotyczą najwyższe kwoty kontraktów z NFZ, powinno w największym stopniu przyczynić się do osiągnięcia zakładanych wskaźników.

Jak świadczą wyniki niniejszego badania, deficytowym obszarem, jeśli chodzi o dostępność świadczeń w województwie śląskim jest rehabilitacja lecznicza. Jak świadczą wypowiedzi ekspertów, uzyskane w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego, skuteczne leczenie chorób stanowiących istotny problem zdrowotny regionu, wymaga poszerzenia zakresu i liczby świadczeń rehabilitacji związanej z tymi jednostkami chorobowymi²³⁷, przy czym jeśli chodzi o dostępność leczenia szpitalnego najdłuższy czas oczekiwania dotyczy rehabilitacji pulmonologicznej (106 dni); rehabilitacji narządu ruchu (powyżej roku) i rewizji po endoprotezoplastyce (powyżej roku); rehabilitacji psychiatrycznej dla dorosłych i dzieci (odpowiednio: 71 dni i powyżej roku) – należy uznać, że są to priorytetowe potrzeby w tym zakresie. Jak wynika z planu finansowego kontraktowania NFZ, w 2016r.²³⁸ wzrosną nakłady Funduszu na świadczenia związane z rehabilitacją leczniczą. Jak wspomniano wyżej, obecnie odbywa się ona w warunkach szpitalnych przede wszystkim w przypadku rehabilitacji kardiologicznej i neurologicznej, niemniej niezbędna w przypadku chorób układu kostno-mięśniowo-szkieletowego i układu oddechowego rehabilitacja odbywa się w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Jak świadczą wyniki badania ankietowego z placówkami ambulatoryjnymi działającymi w województwie śląskim, dysponują one potencjałem organizacyjnym do świadczenia tego typu usług (deinstytucjonalizacja opieki zdrowotnej), przy czym większość z nich w celu poszerzenia usług w zakresie rehabilitacji układu ruchu, ma znaczne potrzeby inwestycyjne, jeśli chodzi o sprzęt wykorzystywany w fizykoterapii, kinezyterapii i fizjoterapii. Ze względu na jednostki chorobowe, wskazane w rozdziale 4.2. jako istotne i specyficzne problemy zdrowotne w regionie, w zakresie schorzeń układu ruchu na skutek urazów, przede wszystkim – wypadków w miejscu pracy oraz z uwagi na wzrost długości życia mieszkańców województwa śląskiego, zauważalny jest w ostatnich latach wzrost liczby operacji rekonstrukcyjnych i endoprotezoplastyk

²³¹ Na podstawie danych NFZ www.nfz-katowice.pl [data dostępu 13.11.2015]

²³² Por. wyniki przeprowadzonej analizy jakościowej wniosków o dofinansowanie i o płatność Działania 9.1 i 9.2 RPO WSL 2007-2013 w załączniku nr 2 do niniejszego raportu.

²³³ Por. wywiady z przedstawicielami UM WSL w ramach niniejszego badania.

²³⁴ Opisane szczegółowo w rozdz. 4.2.

²³⁵ Por. wysokość kontraktów dla poszczególnych oddziałów szpitalnych – rozdz. 4.4 i AOS – rozdz. 4.5., na podstawie www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 25.11.2015]

²³⁶ Por. liczba świadczeń w województwie śląskim w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej – rozdz. 4.5.

²³⁷ Por. wywiady IDI z konsultantami ds. poszczególnych grup chorób, a także przedstawicielami śląskich POZ, AOS i szpitali w ramach wywiadu fokusowego.

²³⁸ Por. www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 25.10.2015]

stawów, co znajduje odzwierciedlenie w bardzo długim, bo wynoszącym ponad rok okresie oczekiwania na te zabiegi w regionie²³⁹. W zakresie rehabilitacji chorób układu ruchu, należy przyjąć, że w związku z dynamicznie starzejącą się populacją mieszkańców województwa śląskiego, w kolejnych latach nastąpi duży wzrost zapotrzebowania na usługi fizjoterapeutyczne oraz zakresu balneologii i medycyny fizykanej; w tym zakresie problem w pewnej mierze – zdaniem ekspertów – rozwiązałoby zwiększenie środków NFZ na wyjazdową fizjoterapię domową. Możliwym obszarem wsparcia dostępności tych świadczeń w ramach interwencji RPO WSL PI 9a, byłoby więc priorytetowe przeznaczenie puli środków na zakup sprzętu rehabilitacyjnego dla placówek ambulatoryjnych, które zamierzają poszerzyć działalność o świadczenia z zakresu rehabilitacji układu kostno-stawowego, jak również wsparcie zakupu najpowszechniej wykorzystywanego w diagnostyce tych chorób sprzętu, czyli aparatów RTG. Ze względu na potrzebę osiągnięcia zakładanego poziomu wskaźnika RPO WSL 2014-2020: „Liczba wspartych podmiotów leczniczych” oraz „Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (obligatoryjny), znaczne zapotrzebowanie w regionie na świadczenia z zakresu rehabilitacji, związana z tym znacząca pula zaplanowanych środków NFZ w 2016r.²⁴⁰, duża liczba (Obecnie w województwie śląskim istnieje ok. 65 czynnych oddziałów urazowo - ortopedycznych publicznych i niepublicznych, które zapewniają odpowiednią dostępność chorych do świadczeń medycznych. 224 poradnie rehabilitacyjne, w tym 206 poradni dla dorosłych oraz 18 poradni dla dzieci blisko 150) placówek świadczących te usługi oraz wysokie ceny rynkowe sprzętu rehabilitacyjnego²⁴¹, ukierunkowanie środków RPO WSL 2014-2020 na te działania w obszarze zdrowia jest uzasadnionym kierunkiem wsparcia. Wyniki niniejszego badania stanowią również przesłankę do położenia nacisku na tworzenie oddziałów dziennych i opieki środowiskowej dla pacjentów opuszczających placówki szpitalne, wymagających dalszej, specjalistycznej opieki w celu odzyskania sprawności i możliwości powrotu na rynek pracy, która może być świadczona poza oddziałami szpitalnymi pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej infrastruktury lokalowej, kadry i sprzętu medycznego (rehabilitacyjnego). Tworzenie takich placówek leży w obszarze polityki zdrowotnej regionu, w obszarze interwencji środków RPO WSL 2014-2020 mieści się jedynie priorytetowe (preferencyjne) traktowanie w konkursach dotyczących zakupu sprzętu i inwestycji w infrastrukturę tych placówek specjalistycznej opieki ambulatoryjnej, które już prowadzą lub zamierzają poszerzyć działalność o rehabilitację leczniczą, warunkiem niezbędnym jest jednak deklaracja beneficjenta takiego projektu, iż będzie realizował je ze środków publicznych (kontrakt z NFZ), niemniej wysokie nakłady finansowe Funduszu związana z tym obszarem usług medycznych pozwalają przypuszczać, iż beneficjenci będą w stanie spełnić ten wymóg.

Z kolei, jeśli chodzi o rehabilitację psychiatryczną, w związku ze wskazanym wcześniej długim czasem oczekiwania na świadczenie i stosunkowo najgorzej ocenianym stanem infrastrukturalnym placówek stacjonarnych o specjalności psychiatrycznej, obszar ten również należy uznać za deficytowy. Biorąc jednak pod uwagę najmniejszą skalę występowania tego problemu zdrowotnego w regionie²⁴² i fakt, iż roczna liczba tych świadczeń oraz kwota kontraktowania NFZ²⁴³ jest znacząco niższa niż w przypadku wymienionych wcześniej, wsparcie ich deinstytucjonalizacji w kierunku rehabilitacji psychiatrycznej (ambulatoryjnej) może w bardzo małym stopniu przyczynić się do osiągnięcia zakładanych wskaźników RPO WSL 2014-2020.

Kolejnym problemem, przekrojowo dotyczącym dostępności i efektywności systemu opieki zdrowotnej w regionie, którego dotyczy interwencja RPO WSL 2014-2020 PI 9a, a który wskazywany był przez kadrę zarządzającą placówek POZ i AOS oraz szpitale powiatowych i wojewódzkich w województwie śląskim, są braki infrastrukturalne w zakresie budynków, infrastruktury i sprzętu, dostępnego w placówkach opieki zdrowotnej. Na podstawie wyników badania ewaluacyjnego należy jednak stwierdzić, że problem ten dotyczy w największej mierze szpitali powiatowych oraz placówek POZ, mieszczących się w starych budynkach, a więc wymagających znacznych nakładów finansowych jeśli chodzi zarówno o dostosowanie ich do potrzeb pacjentów, jak i do instalacji i wykorzystywania w nich nowoczesnej aparatury medycznej i diagnostycznej. Jeśli chodzi o strukturę własności tych placówek, w dużej mierze mieszczą się one w budynkach należących do władz gminy lub powiatu, a więc realizacja działań związanych z inwestycjami w infrastrukturę tych placówek musi odbywać się z udziałem tych JST. Projekty RPO WSL 2014-2020 dotyczące inwestycji w infrastrukturę (remonty, przebudowa, termomodernizacja, wymiana instalacji) tych placówek mogłyby być więc realizowane w formule partnerskiej (podmiot opieki zdrowotnej oraz JST, będący właścicielem bądź zarządcą budynków). Takie rozwiązanie przyczyniłoby się prawdopodobnie do zwiększenia odsetka placówek podstawowej opieki zdrowotnej, korzystających ze środków RPO WSL 2014-2020, bowiem partner JST zapewniałby większy potencjał kadrowy i finansowy, niezbędny POZ w procedurze aplikowania i realizacji tego typu projektów. Jest to istotne, gdyż w poprzedniej perspektywie programowania Programu (jak świadczą wyniki przeprowadzonej analizy wniosków o dofinansowanie działania 9.2 RPO WSL 2007-2013), placówki te stanowiły bowiem jedynie 11% wnioskodawców, co wydaje się niewystarczające w kontekście wzrastającej roli POZ w diagnostyce chorób nowotworowych, stanowiących jeden z najpoważniejszych problemów zdrowotnych w regionie (po wprowadzeniu tzw. pakietu onkologicznego) oraz w kontekście ich kluczowej roli dla zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych najstarszej grupy mieszkańców województwa śląskiego; jak świadczą przeanalizowane dane statystyczne, u osób po 65 r.ż. w największym stopniu występują wszystkie jednostki chorobowe, omówione wyżej w rozdziale 4.2., stanowiące specyficzny problem zdrowotny regionu, a ich wczesna diagnostyka, przede wszystkim w odniesieniu do choroby niedokrwiennej serca, cukrzycy, schorzeń układu ruchu i zaburzeń psychicznych – depresyjnych, może i powinna być prowadzona właśnie w POZ.

²³⁹ Na post. www.kolejki.nfz.gov.pl – por. zał. Nr 3 niniejszego raportu.

²⁴⁰ Por. www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 25.10.2015]

²⁴¹ Por. koszt sprzętu rehabilitacyjnego, którego potrzebę zakupu wskazywały placówki objęte ankietą CAWI – rozdz. 4.4.

²⁴² Por. rozdz. 4.2.

²⁴³ Por. www.aplikacje.nfz.gov.pl [data dostępu 25.10.2015]

Jak świadczą wyniki badania ilościowego z placówkami POZ i AOS w regionie, jak również wyniki badania jakościowego (wywiad FGI z przedstawicielami kadry zarządzającej szpitali wojewódzkich, placówek ambulatoryjnej i podstawowej opieki zdrowotnej w województwie śląskim), w zakresie infrastruktury budynków i pomieszczeń (w tym – pracowni diagnostycznych) gorsza sytuacja, jeśli chodzi o infrastrukturę budynków, najczęściej dotyczy placówek POZ i szpitali powiatowych. W przypadku dużego zainteresowania placówek ubieganiem się o środki PI 9a, , można byłoby rozważyć zastosowanie preferencyjnej metody wyboru projektów dotyczących inwestycji w infrastrukturę budynków w ramach konkursów PI 9a RPO WSL 2014-2020, ukierunkowanie tam środków mogłoby więc w znaczący sposób poprawić dostępność placówek dla pacjentów, zwłaszcza tych z niepełnosprawnością i ograniczeniami motoryki.

Jeśli zaś chodzi o liczbę i zakres innych niż rehabilitacja usług medycznych, dotyczących chorób stanowiących poważny problem zdrowotny województwa śląskiego, o które mogłyby zostać poszerzone świadczenia placówek ambulatoryjnych w związku z przewidywanym w RPO WSL 2014-2020 wsparciem dla przeniesienia akcentów z usług wymagających obecnie hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, na podstawie analizy epidemiologii w regionie, aktualnych trendów demograficznych oraz zidentyfikowanych zasobów infrastrukturalnych (sprzętowych, kadrowych i budynków placówek opieki zdrowotnej w województwie śląskim, należy wskazać:

- badania z zakresu diagnostyki zaburzeń oddychania (spirometria), w kierunku wykrywania wczesnych stadiów astmy i choroby obturacyjnej płuc (będących powikłaniami pylicy płuc), a także wykrywania gruźlicy;
- diagnostyka onkologiczna (biopsje) w zakresie raka piersi i sutka, raka żołądka, okrężnicy, jelit i odbytu, raka szyjki macicy;
- leczenie i diagnostyka z zakresu diabetologii;
- świadczenia z zakresu psychogeriatry, prowadzenie ośrodka pobytu dziennego dla osób starszych z chorobami przewlekłymi.

Jak świadczą wyniki badania, obecnie istnieje w regionie potencjał do rozszerzenia działalności i zwiększenia liczby świadczeń z zakresu chorób, stanowiących istotny problem zdrowotny mieszkańców województwa śląskiego, co więcej zrealizowanie tego typu działań przyczyniłoby się do poprawy dostępności opieki zdrowotnej w regionie, gdyż są to jednocześnie świadczenia, których obecnie dotyczy najdłuższy czas oczekiwania (wg danych NFZ). Jednocześnie, jak świadczą wyniki przeprowadzonego badania, zarówno na podstawie analizy danych zastanych, jak i opinii eksperckich, nadal występują trudności w prowadzeniu przypadków przewlekłych schorzeń układu oddechowego, do jakich należy gruźlica – w regionie brak miejsc tego rodzaju w domach opieki, zintegrowanej opieki paliatywnej i oddziałach dla przewlekle chorych oraz niewystarczająco liczna jest dostępność miejsc na oddziałach geriatrycznych dla osób z gruźlicą. Zabezpieczenie w regionie tego rodzaju placówek jest niezwykle istotne ze względu na możliwość rozprzestrzeniania się tej choroby w regionie i związaną z tym konieczność zapewnienia właściwej opieki specjalistycznej dla zdiagnozowanych pacjentów z gruźlicą. Należy podkreślić, iż ryzyko zachorowania na gruźlicę wzrasta wraz z wiekiem, kiedy to dodatkowo prowadzi ona do wielu powikłań, skutkujących wysoką śmiertelnością w tej grupie wiekowej. Ponadto deinstytucjonalizacja usług medycznych z zakresu psychogeriatry, była wskazana przez ekspertów, biorących udział w niniejszym badaniu ewaluacyjnym (konsultantów wojewódzkich do spraw poszczególnych chorób, stanowiących problem zdrowotny w województwie śląskim oraz dyrektorów szpitali) jako szczególnie istotna z punktu widzenia potrzeb zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego. W tym zakresie jednak istnieją obawy związane z niską kwotą kontraktowania NFZ w tym obszarze (zarówno w przypadku AOS, jak i szpitali – por. rozdz. 4.4 i 4.5), stąd biorąc pod uwagę możliwość osiągnięcia wskaźników Programu, wydaje się bardziej uzasadnione wspieranie tego obszaru w ramach podniesienia dostępności ośrodków dziennych, świadczących usługi dla osób starszych, z udziałem lekarzy specjalistów w ramach kontraktowania AOS), w formie placówek podobnych do opisanych wyżej DDOM²⁴⁴.

Jeśli chodzi o będącą przyczyną największej liczby zgonów w województwie śląskim chorobę układu krążenia – chorobę niedokrwienną serca, na podstawie analizy stanu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w regionie²⁴⁵ oraz opinii respondentów badania należy uznać, iż kształtuje się on na bardzo dobrym poziomie, rozmieszczenie poradni specjalistycznych kardiologicznych na terenie województwa jest równomierne, a w szpitalach w województwie śląskim znajduje się łącznie 36 oddziałów kardiologicznych lub o profilu kardiologicznym, wyposażonych w wystarczającym stopniu w specjalistyczną aparaturę diagnostyczną i zabiegową (angiograf, echokardiograf). Problemem, podobnie jak w odniesieniu do innych jednostek chorobowych, stanowiących problem zdrowotny w regionie, jest niedostateczny poziom kontraktowania z NFZ, przede wszystkim jeśli chodzi o zapewnienie leczenia operacyjnego pacjentom z chorobą niedokrwienną serca, podobnie jak brak powszechnej dostępności do rehabilitacji kardiologicznej. Jeżeli chodzi o dostępność do procedur kardiologicznych, zdaniem specjalistów w tej dziedzinie (co potwierdza bardzo krótki, bo wynoszący nawet 0 dni czas oczekiwania na te świadczenia), w zakresie choroby niedokrwienną serca w województwie jest pełna dostępność do zabiegów interwencyjnych (angioplastyka, stenty) oraz zabiegów operacyjnych w wadach zastawkowych. Niewystarczająca natomiast jest dostępność do: implantacji kardiowerterów-defibrylatorów oraz układów resynchronizujących, wszczepiania systemów wspomagania lewokomorowego (LVAD) lub lewo i prawokomorowego (BiVAD) u chorych ze skrajnie ciężką niewydolnością serca jako pomost do transplantacji lub jako leczenie do wyzdrowienia lub jako leczenie ostateczne, przeszczepionych systemów wspomagania lewokomorowego do leczenia najcięższych chorych ze skrajnie ciężką zdekompensowaną niewydolnością serca. Ze względu na możliwość sfinansowania ze środków RPO WSL 2014-2020 zakupu sprzętu, służącego do wykonywania tych zabiegów, zdaniem biorących w

²⁴⁴ Por. niżej – opis rozwiązań w zakresie deinstytucjonalizacji.

²⁴⁵ Raport 2013 – dane WNSOZ ŚUW.

badaniu pogłębianym przedstawicieli placówek w województwie śląskim o specjalizacji kardiologicznej i kardiochirurgicznej, stanowi szansę na poprawę dostępności tych usług w regionie. Co więcej – największe (w stosunku do pozostałych grup chorób, wskazanych jako problem zdrowotny regionu) wartości kontraktów tych usług z NFZ oraz skala występowania schorzeń kardiologicznych i duża liczba placówek ambulatoryjnych, świadczących te usługi w województwie śląskim (174 AOS) pozwalają przypuszczać, że wsparcie tego obszaru przyczyni się w bardzo dużym stopniu do osiągnięcia wskaźników dla Programu, tj. „Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej”, „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, „Liczba wspartych podmiotów leczniczych” i „Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej”.

Jednocześnie należy podkreślić, iż chorobę niedokrwienna serca zalicza się do chorób cywilizacyjnych, a więc do poprawy sytuacji w regionie jeśli chodzi o wysoką zapadalność i umieralność na tę jednostkę chorobową przyczynić się może wdrożenie programów profilaktycznych w tym zakresie. Podobne działania były realizowane na przestrzeni ostatnich lat w ramach programów profilaktycznych konstruowanych w oparciu o strategiczne cele wieloletnich programów polityki zdrowotnej państwa, takich jak *Narodowy program zapobiegania nadwadze i otyłości oraz przewlekłym chorobom niezakaźnym poprzez poprawę żywienia i aktywności fizycznej*, *Narodowy program profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego*, *Program prewencji i leczenia cukrzycy w Polsce*, niemniej występująca w dalszym ciągu duża skala zachorowań na choroby, do których wystąpienia przyczynia się otyłość, uzasadni podjęcie działań na poziomie regionu. Tego typu działania są objęte środkami RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 8vi i będą również realizowane na poziomie centralnym przez MZ ze środków POWER w zakresie profilaktyki nadciśnienia tętniczego oraz chorób układu sercowo – naczyniowego. W tym zakresie wsparcie ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a dla zakupu sprzętu i medycznego i prac infrastrukturalnych (środki EFRR) w placówkach świadczących leczenie i rehabilitację kardiologiczną może być komplementarnie uzupełniane przez działania w ramach PI 8vi RPO WSL 2014-2020 oraz POWER (środki EFS) w ten sposób, iż szczególnie wspierane powinno być realizowanie projektów kompleksowych, obejmujących zarówno działania infrastrukturalne (np. zakup sprzętu), jak i obszar w profilaktyce m.in. choroby niedokrwiennej serca poprzez prowadzenie w danej placówce (beneficjenta) programu profilaktyki w tym zakresie.

Do poprawy sytuacji w zakresie dostępności do wysokiej jakości świadczeń z zakresu leczenia choroby niedokrwiennej serca, przyczynić się może realizacja projektów szeroko rozumianej telemedycyny (tworzenie rozwiązań telekonsultacji pomiędzy POZ a poradniami specjalistycznymi - kardiologicznymi, jak również pomiędzy nimi a oddziałami szpitalnymi). Należy podkreślić, że realizacja tego typu projektów jest możliwa w ramach Programu Operacyjnego Polska Cyfrowa oraz w ramach Osi 2 RPO WSL 2014-2020 *Cyfrowe Śląskie* i w ten sposób stanowić może również obszar komplementarności środków EFRR i EFS oraz kompleksowości projektów realizowanych w ramach PI 9a RPO WSL 2014-2020. Realizowanie projektów kompleksowych, obejmujących zarówno działania infrastrukturalne (np. zakup sprzętu, remont placówki), jak i obszar telemedycyny, przyczynić się powinno do podniesienia jakości i efektywności leczenia ambulatoryjnego i rehabilitacji kardiologicznej. Bazą dla wdrażania tego typu rozwiązań mogą być nie tylko zrealizowane do tej pory projekty informatyzacji placówek (m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013), ale także istniejące pomiędzy placówkami powiązania organizacyjne, których wykorzystanie może zostać dzięki usprawnieniom z zakresu telemedycyny przyczynić się do poprawy dostępności i jakości opieki zdrowotnej dla mieszkańców województwa śląskiego. Z tego względu warto promowania byłoby zacieśnianie współpracy placówek POZ i AOS poprzez realizowanie przez nie projektów partnerskich również w ramach ubiegania się przez nie o dofinansowanie ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a.

Jeśli chodzi o zapadalność na choroby płuc oraz gruźlicę w regionie – jak świadczy analiza danych zastanych oraz wypowiedzi ekspertów²⁴⁶ - sytuacja w województwie śląskim się stabilizuje, choć w ostatnich latach ponownie wzrosła w regionie liczba chorych na tę chorobę zakaźną, co w związku z możliwym ponownym rozprzestrzenieniem się tej choroby nakazuje prowadzenia działań służących monitorowaniu istniejących ognisk zakaźnych, a także zapewnieniu skierowania rozpoznanych przypadków na dalszą drogę leczenia. Na podstawie przeprowadzonej analizy dostępności placówek leczenia gruźlicy oraz w oparciu o opinie ekspertów, biorących udział w niniejszym badaniu ewaluacyjnym, stan zabezpieczenia opieki medycznej, zarówno jeśli chodzi o szpitale, jak i poradnie specjalistyczne chorób płuc i gruźlicy jest wystarczające na terenie województwa, podobnie jak poziom kontraktowania tych świadczeń z NFZ. Zdaniem przedstawicieli placówek świadczących leczenie w tym zakresie konieczne jest doposażenie oddziałów pulmonologicznych w sprzęt diagnostyczny, przede wszystkim służący do wczesnej diagnostyki POCHP, astmy oraz nowotworów płuc, które stanowią powikłanie najczęściej występującej w regionie choroby zawodowej, jaką jest pylica płuc (przede wszystkim byłyby to spirometry, a także aparaty RTG). W ramach analizy danych zastanych, co do wyposażenia placówek województwa śląskiego w tego rodzaju sprzęt, zauważyć należy, iż jest on powszechnie dostępny w placówkach specjalistycznych i o charakterze ogólnym, niemniej jego znaczne zużycie (jest stosowany także do diagnostyki innych chorób) powoduje, że znaczna jego część, m.in. zakupiona w ramach projektów dofinansowanych ze środków UE, uległa obecnie całkowitej amortyzacji i niezbędna jest jego wymiana. Obecne wartości kontraktów tych usług z NFZ oraz skala występowania schorzeń układu oddechowego i duża liczba placówek ambulatoryjnych, świadczących te usługi w województwie śląskim (129 AOS) pozwalają przypuszczać, że beneficjenci będą w stanie zapewnić świadczenie usług medycznych w tym obszarze ze środków publicznych, co umożliwi osiągnięcie wskaźników dla Programu, tj. „Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej”, „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, „Liczba wspartych podmiotów leczniczych” i „Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej”.

²⁴⁶ Por. wywiady IDI z konsultantem wojewódzkim ds. zdrowia publicznego oraz chorób płuc i gruźlicy.

Ze względu na dużą dynamikę zachorowań na cukrzycę w ostatnich latach w województwie śląskim, a także wysoki odsetek śmiertelności z tej przyczyny mieszkańców województwa śląskiego, jako jeden z istotnych problemów zdrowotnych regionu, analizowano powyżej także świadczenie usług medycznych w zakresie diabetologii. Jak świadczą wypowiedzi ekspertów, w związku ze społecznym charakterem zachorowań na cukrzycę, zaliczaną do chorób cywilizacyjnych, potrzeby zdrowotne są znacznie wyższe i o szerszym zakresie niż obecnie istniejące w regionie i należy dążyć do poprawy dostępu do świadczeń i jakości opieki diabetologicznej. W ramach analizy dostępności świadczeń, zidentyfikowano w regionie tylko jeden oddział diabetologiczny (z dostępnością 4 łóżek szpitalnych), ważnym problemem w odniesieniu do tej jednostki chorobowej, jest również brak w województwie oddziału leczenia chorób metabolicznych i diabetologicznego dla dzieci²⁴⁷, co wg opinii ekspertów, biorących udział w badaniu pogłębionym, stanowi istotny czynnik ryzyka dla zapewnienia opieki wzrastającej grupie osób chorujących na cukrzycę w województwie śląskim, a także przyczynia się do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu cukrzycy w regionie. Ze względu na istniejące braki w tym zakresie, wobec wzrastającego współczynnika zapadalności na cukrzycę, należy zwiększyć liczbę wysokospecjalistycznych ośrodków diabetologicznych, przede wszystkim jeśli chodzi o poradnie diabetologiczne (wg aktualnych danych ŚUW działa ich w regionie tylko 4); jest to obszar poszerzenia działalności, często deklarowany przez placówki w zrealizowanym badaniu ankietowym POZ i AOS w województwie śląskim, co do którego również istnieje wystarczający obecnie poziom kontraktowania porad diabetologicznych ambulatoryjnych z NFZ²⁴⁸. Co więcej, ze względu na specyfikę tej choroby, w większości przypadków prawidłowo prowadzonego leczenia ambulatoryjnego cukrzycy, nie następują zaostrzenia i powikłania tej choroby, wymagające hospitalizacji (co jest zgodne z kierunkiem interwencji RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia), a poradnictwem ambulatoryjnym można objąć szeroka grupę mieszkańców regionu. Obecne wartości kontraktów tych usług z NFZ oraz skala występowania cukrzycy w regionie pozwalają przypuszczać, że beneficjenci będą w stanie zapewnić świadczenie usług medycznych w tym obszarze ze środków publicznych, co umożliwi osiągnięcie wskaźników dla Programu, tj. „Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej”, „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi” i „Liczba wspartych podmiotów leczniczych”. Wskazane byłoby więc priorytetowe traktowanie w ramach konkursów o środki Programu tych placówek, które planują poszerzenie zakresu świadczeń o diagnostykę i leczenie cukrzycy, zwłaszcza takich, które zatrudniają personel wspomagający jej leczenie tj. dietetyk, psycholog, edukator w cukrzycy; jednocześnie specyfika tego schorzenia nie wymaga zastosowania w leczeniu i diagnostyce specjalistycznego sprzętu, dlatego w związku z niewielką obecną liczbą placówek AOS świadczących te usługi, nakłady w tym zakresie dotyczyć będą przede wszystkim infrastruktury budynków (np. przebudowa, modernizacja pomieszczeń w związku ze zwiększeniem liczby pacjentów). Ponadto, w ramach interwencji środków RPO WSL 2014-2020 w tym obszarze problemów zdrowotnych mieszkańców województwa śląskiego, zdaniem ekspertów wskazane byłoby prowadzenia działań służących popularyzacji zdrowego trybu życia, aktywności fizycznej i profilaktyki otyłości (w ramach PI 8vi RPO WSL 2014-2020), jako zmniejszających zarówno ryzyko wystąpienia cukrzycy, jak i ryzyko wystąpienia jej powikłań w osób już chorujących (podobnie jak w przypadku opisanej powyżej profilaktyki choroby niedokrwiennej serca w ramach programu profilaktyki otyłości i promocji zdrowego stylu życia). W tym zakresie wsparcie ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a dla zakupu sprzętu i medycznego i prac infrastrukturalnych (środki EFRR) w placówkach świadczących poradnictwo diabetologiczne może być komplementarnie uzupełniane przez działania w ramach PI 8vi RPO WSL 2014-2020 oraz POWER (środki EFS) w ten sposób, iż szczególnie wspierane powinno być realizowanie projektów kompleksowych, obejmujących zarówno działania infrastrukturalne, jak i obszar profilaktyki cukrzycowej poprzez prowadzenie w danej placówce (beneficjenta) programu zdrowotnego w tym zakresie.

Biorąc pod uwagę z kolei nowotwory piersi i sutka, szyjki macicy oraz żołądka, okrężnicy, jelit i odbytu (tj. najczęściej występujące w województwie śląskim choroby nowotworowe), rozmieszczenie specjalistów w dziedzinie onkologii i chirurgii onkologicznej, podobnie jak baza szpitalna, są - jak świadczą wyniki analizy danych zastanych - wystarczające. Jednakże - jak świadczą wypowiedzi ekspertów - w procesie diagnostycznym, zwłaszcza w związku z wprowadzeniem tzw. pakietu onkologicznego - coraz istotniejszą rolę odgrywać będą lekarze pierwszego kontaktu, stąd dla skuteczności rozpoznania i leczenia nowotworów - ważna jest także dostępność do badań z wykorzystaniem RTG i USG w podstawowej opiece zdrowotnej, gdyż wczesne rozpoznanie nowotworu przyczynia się do zwiększenia szansy na wyleczenie choroby, przede wszystkim poprzez skierowanie na odpowiednie wysokospecjalistyczne badania diagnostyczne (z wykorzystaniem RM i tomografii komputerowej), a w dalszej kolejności - na wcześniej podjęte leczenie chirurgiczne. Jeśli chodzi o ginekologię onkologiczną - liczba i rozmieszczenie oddziałów szpitalnych oraz placówek opieki specjalistycznej jest niewystarczający - w województwie śląskim tylko 5 oddziałów spełnia warunki do prowadzenia leczenia chirurgicznego onkologicznego, a jednostki te wykonują jedynie 60% ze wszystkich wykonywanych procedur chirurgicznych nowotworów szyjki macicy, endometrium, jajnika i sromu; jeśli chodzi o placówki ambulatoryjne w całym województwie działa ich tylko 10. Zdaniem konsultanta w zakresie tej dziedziny, wobec znaczącego wzrostu zachorowalności na nowotwory narządów płciowych kobiet (ok. 4 % rocznie) należałoby utworzyć dodatkowe oddziały ginekologii onkologicznej w województwie. Tego typu działania nie mieszczą się w obszarze interwencji środków RPO WSL 2014-2020, jednak ze względu na wysokie współczynniki umieralności kobiet w regionie z powodu raka piersi i nowotworów narządów rodnych, ważne byłoby podniesienie dostępności w regionie placówek prowadzących wczesną diagnostykę oraz leczenie radiologiczne i chemioterapię w trybie ambulatoryjnym. Podobnie, jeśli chodzi o choroby stanowiące problem zdrowotny w regionie, długi czas oczekiwania na świadczenia radioterapii (ponad trzy miesiące dla przypadku stabilnego) i wzrastające

²⁴⁷ „Ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa śląskiego 2014”, Śląski Urząd Wojewódzki w Katowicach, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2015

²⁴⁸ Por. dane nt. wysokości kontraktów w poszczególnych grupach chorób w rozdz. 4.5.

potrzeby (w związku z rosnącą zapadalnością na choroby nowotworowe) w zakresie diagnostyki onkologicznej, wskazują, iż w dalszym ciągu istotne jest uzupełnianie zasobów placówek, jeśli chodzi o sprzęt wykorzystywany do diagnostyki onkologicznej (tomografy komputerowe, rezonans magnetyczny, mammografy) oraz do radioterapii. Jak świadczą wyniki badania ankietowego z placówkami POZ i AOS w województwie śląskim, jest to również obszar, w którym placówki te mogłyby świadczyć usługi medyczne wymagające obecnie hospitalizacji (przede wszystkim w zakresie przeprowadzania biopsji oraz radioterapii). Byłoby to możliwe jedynie pod warunkiem zapewnienia odpowiednich warunków lokalowych i zakupu specjalistycznego sprzętu (do wykonywania biopsji, gammakamer i akceleratorów liniowych, mammografów, aparatów do naświetlania kobaltom i cezom). Wysoki koszt tego rodzaju sprzętu, wraz z koniecznością dostosowania infrastruktury placówki do jego stosowania, sprawia, że projekty miałyby wysoka wartość, jednak z uwagi na fakt, iż wymienione jednostki chorobowe stanowią łącznie najpoważniejszą przyczynę zgonów mieszkańców regionu, ich realizacja ze środków RPO WSL 2014-2020 PI 9a w bardzo istotny sposób przyczyniłaby się do podniesienia jakości i efektywności systemu opieki zdrowotnej województwa. Co istotne wysokie (w stosunku do pozostałych grup chorób, wskazanych jako problem zdrowotny regionu) wartości kontraktów NFZ dla diagnostyki i leczenia nowotworów²⁴⁹ oraz skala ich występowania w regionie, pozwalają przypuszczać, że wsparcie tego obszaru przyczyni się w bardzo dużym stopniu do osiągnięcia wskaźników dla Programu, tj. „Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej”, „Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi”, „Liczba wspartych podmiotów leczniczych” i „Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej”.

Jednocześnie w zakresie diagnostyki chorób nowotworowych - jak podkreślali eksperci biorący udział w badaniu pogłębionym²⁵⁰ widoczny jest znaczny wzrost zapotrzebowania na usługi patomorfologiczne oraz specjalistów patomorfologii, których liczba w regionie jest nadal niewystarczająca w stosunku do potrzeb województwa śląskiego. Ze względu na wskazywaną przez specjalistów różnych dziedzin niską jakość niektórych badań z tego zakresu, istnieje konieczność wzięcia pod uwagę, iż w przypadku placówek, planujących rozszerzenie zakresu działalności o świadczenie diagnostyki onkologicznej w projektach w ramach PI 9a, ważne będzie wprowadzenie dodatkowych wymogów dotyczących jakości świadczonych usług, na przykład w formie wprowadzenia dodatkowych punktów dla wnioskodawców posiadających certyfikat zarządzania jakością w sektorze ochrony zdrowia zgodny z ISO 9001²⁵¹; posiadanie tego certyfikatu jest również dodatkowo punktowane przez NFZ, w ramach procesu ofertowania i kontraktowania, przez co uwzględnienie tego wymogu powinno przełożyć się na zapewnienie przez te placówki finansowania świadczeń ze środków publicznych.

Z kolei w odniesieniu do specyficznego problemu zdrowotnego regionu, związanego z wysokim współczynnikiem umieralności noworodków (z powodu niskiej wagi urodzeniowej oraz stanów okołoporodowych), dane na temat dostępności hospitalizacji w regionie, przedstawione w rozdziale 4.4 wskazują, że dostępność leczenia w zakresie tego problemu zdrowotnego mieszkańców województwa śląskiego w regionie jest na wystarczającym poziomie; województwo w pełni zabezpiecza potrzeby populacji noworodków w zakresie podmiotów leczniczych podstawowej oraz wysokospecjalistycznej opieki - jak świadczą dane ŚUW w regionie działa 25 oddziałów neonatologii (z dostępnością 496 inkubatorów) oraz 15 ambulatoryjnych poradni neonatologicznych, w których lekarze neonatolodzy i pediatrzy dokonują okresowych kontroli stanu zdrowia i oceniają postępy rozwojowe noworodków do 12 miesiąca życia (w tym noworodków z niską wagą urodzeniową) monitorują i rejestrują na bieżąco parametry rozwoju dziecka oraz kierują do lekarzy specjalistów. Jest to szczególnie istotne, gdyż noworodki te po wypisie ze szpitala wymagają szczególnej specjalistycznej opieki, gdyż są bardziej narażone na choroby układu oddechowego, ośrodkowego układu nerwowego, chorób serca i oczu, a także wymagają konsultacji psychologa, neurologopedy czy fizjoterapeuty. Poszerzanie przez placówki POZ i AOS zakresu świadczeń o tego typu usługi medyczne, powinno w kontekście danych na temat umieralności noworodków w województwie śląskim być wspierane w ramach np. systemu wyboru projektów dofinansowanych w ramach PI 9a. Analiza danych epidemiologicznych wskazuje, że współczynnik umieralności okołoporodowej, mimo, że nadal najwyższy w Polsce, to w ostatnich latach nieco się obniża. Kontraktowanie świadczeń zdrowotnych z zakresu położnictwa jest wystarczające, ponieważ nie ma limitu przyjęć na trakt porodowy. Limitowane są natomiast przyjęcia na oddziały noworodkowe i patologii ciąży, co stanowić może zagrożenie dla pacjentek, w przypadku odnotowanego obecnie 13 dniowego okresu oczekiwania na to świadczenie w szpitalach w województwie śląskim. Z tego względu zalecane jest wykonywanie u wszystkich kobiet w okresie ciąży pełnego katalogu zalecanych badań diagnostycznych, zgodnie z normą ustaloną w części II załącznika do rozporządzenia w sprawie opieki okołoporodowej. W tym zakresie ważne jest zapewnienie odpowiedniej bazy lokalowej poradni ginekologiczno - położniczych, ich odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną, umożliwiające wykonanie badań diagnostycznych, w tym - w celu identyfikacji ciąży wysokiego ryzyka, co powinno ograniczyć wysoki wskaźnik umieralności noworodków w regionie z przyczyny stanów zaczynających się w okresie okołoporodowym i niskiej wagi urodzeniowej. Jednocześnie jak świadczą wyniki przeprowadzonego w ramach niniejszej ewaluacji badania ankietowego placówek AOS w województwie śląskim, w blisko 97% poradni występuje zapotrzebowanie na podstawowy wykorzystywany w tym celu sprzęt diagnostyczny, jakim jest aparat USG. Należy wziąć pod uwagę, że wszystkie działające w tej specjalności placówki dysponują już takim sprzętem, jednak wyniki badania ankietowego świadczą o tym, że sprzęt ten bardzo często jest wyeksploatowany i/lub niskiej jakości, przez co nie spełnia on właściwie swoich funkcji. Ponadto dla poprawienia jakości i dostępności leczenia noworodków wskazane byłoby wspieranie wyposażenia poradni perinatologicznych w sprzęt KTG. Podobnie jeśli chodzi o zapotrzebowanie oddziałów neonatologii szpitali w zakresie opieki nad noworodkami z niską wagą urodzeniową (i problemami

²⁴⁹ Por. dane na temat wysokości kontraktów NFZ w poszczególnych grupach chorób w rozdz. 4.4 i 4.5.

²⁵⁰ Por. wywiady z konsultantami wojewódzkimi ds. ginekologii onkologicznej i zdrowia publicznego oraz ekspertami z zakresu kontraktowania NFZ w ramach niniejszego badania.

²⁵¹ <http://www.isodlamedycyny.pl/news.html> [data dostępu: 01.12.2015]

zdrowotnymi związanymi ze stanami okołoporodowymi), ważne byłoby ich doposażenie w bardziej nowoczesny sprzęt (inkubatory zamknięte, stanowiska do resuscytacji noworodków, nagrzewacze, lampy ledowe do fototerapii), który zapewnić powinien lepszą jakość opieki, a przez to – zmniejszyć umieralność wcześniaków i noworodków problemami zdrowotnymi związanymi ze stanami okołoporodowymi.

Deinstytucjonalizacja i sytuacja w zakresie współpracy sieciowej podmiotów w sektorze usług zdrowotnych w województwie śląskim

Jeśli natomiast chodzi o wyzwania stojące przed systemem opieki zdrowotnej w związku z silną tendencją starzenia się populacji województwa śląskiego, na jaką wskazują dane i prognozy demograficzne, w zakresie zabezpieczenia opieki zdrowotnej problemem staje się w perspektywie 10-20 lat zapewnienie osobom starszym oraz przewlekle chorym kompleksowej opieki specjalistycznej, w tym specjalistycznej w zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych i zakładach opiekuńczo-leczniczych. W związku z wydłużeniem średniej długości życia mieszkańców województwa śląskiego oraz ciągłym postępem medycyny należy przyjąć, iż wystąpią bardzo duże braki miejsc w nielicznie obecnie funkcjonujących oddziałach geriatrycznych oraz w placówkach opiekuńczo-leczniczych. Jak pokazują zamieszczone w rozdziale 4.5. dane statystyczne dotyczące opieki w zakresie geriatry w województwie śląskim wg danych za 2014r. funkcjonowało 256 łóżek w oddziałach geriatrycznych oraz 22 poradnie (z dostępnością 287 łóżek), przy czym odnotowano brak oddziałów geriatrycznych na terenie Bielska-Białej, Żywca, Gliwic, Myszkowa, Zawiercia, Kłobucka, Lublińca oraz Jastrzębia Zdrój. Jak wskazują prognozy, w ciągu najbliższych 20 lat zapotrzebowanie na świadczenia z zakresu geriatry wzrośnie 4-krotnie, a w związku z tym - również zapotrzebowanie na lekarzy specjalistów oraz ilość oddziałów geriatrycznych i poradni. Problem braku miejsc na oddziałach geriatrycznych jest obecnie rozwiązywany poprzez przyjmowanie pacjentów geriatrycznych na oddziały wewnętrzne szpitali ogólnych lub na pododdziały geriatryczne w strukturach oddziałów internistycznych, które jednak najczęściej nie dysponują wykwalifikowaną kadrą lekarzy geriatrów, a przede wszystkim – posiadają w tym bardzo poważne ograniczenie w zakresie kontraktowania tych świadczeń z NFZ. Podobnie jak w obszarze geriatry, liczba podmiotów świadczących usługi z zakresu medycyny paliatywnej oraz poradni specjalistycznych w tym zakresie jest obecnie w województwie śląskim, zdaniem ekspertów, niewystarczająca, występują także znaczne braki lekarzy specjalistów, pielęgniarek posiadających specjalizację z pielęgniarstwa opieki paliatywnej oraz psychologów i fizjoterapeutów. Z tego względu obszar usług w zakresie geriatry i medycyny paliatywnej, należy również zaliczyć do istotnych problemów z zakresu zdrowia w regionie, również jako obszar w którym pożądana jest deinstytucjonalizacja usług medycznych i świadczeń związanych z świadczeniami pielęgnacyjnymi i opiekuńczymi.

W RPO WSL 2014-2020 PI 9a, przewidziano działania służące wsparciu deinstytucjonalizacji systemu ochrony zdrowia z uwzględnieniem kierunków takich jak: realizacja kompleksowych przedsięwzięć, które podniosą jakość specjalistycznych usług medycznych w ośrodkach regionalnych, preferencyjne traktowanie projektów wspierających przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, z uwzględnieniem opieki koordynowanej i zintegrowanych form opieki środowiskowej. Deinstytucjonalizacja to działania podejmowane na rzecz tworzenia różnych form usług w środowisku (w tym usług zdrowotnych), mających na celu zapewnienie właściwej opieki oraz wydłużenie okresu sprawności psychofizycznej i możliwości pełnienia ról społecznych i zawodowych osobom z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnym, osobom w podeszłym wieku, dzieciom i młodzieży, osobom zagrożonym ubóstwem i wykluczeniem społecznym.

Celem tych działań jest rozwój usług medycznych o charakterze zapobiegającym (profilaktycznym) umieszczeniu osoby podopiecznej w systemie opieki instytucjonalnej oraz przeniesienie zasobów ze stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej w celu świadczenia nowych usług w środowisku lokalnym. Działania takie mogą być realizowane w różnej formie, na przykład przez:

- podmioty lecznicze obecnie udzielające gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w ramach opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej w formie świadczeń całodobowych, podejmując działania w ramach dezinstytucjonalizacji usług medycznych mogą one poszerzać zakres swoich usług o usługi realizowane w środowisku pacjenta, i świadczyć je we współpracy z innymi podmiotami w środowisku (organizacje pozarządowe statutowo zajmujące się opieką nad osobą zależną).
- szpitale/oddziały szpitalne, mogą rozwijać alternatywne formy opieki pozaszpitalnej takie jak tworzenie dziennych domów opieki medycznej/dzienne domy opiekuńczo - rehabilitacyjne, w tym również dla osób starszych
- środowiskowe praktyki pielęgniarstwa (pielęgniarka/położna POZ, pielęgniarka długoterminowej opieki domowej), w ramach których mogą być dofinansowane koszty usług pielęgniarstwa, będących uzupełnieniem świadczeń realizowanych w ramach kontraktu z NFZ lub wykraczających poza katalog świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków NFZ.

W zakres opieki środowiskowej wchodzi przede wszystkim podstawowe i specjalistyczne świadczenia pielęgniarstwa, opiekuńcze, rehabilitacyjne i terapeutyczne oraz wsparcie i koordynacja opieki. Opieka środowiskowa może zawierać także różne formy opieki i terapii, w tym ośrodkiienne, ośrodki opieki zastępczej oraz świadczenia realizowane z wykorzystaniem najnowszych technologii medycznych i informatycznych, takich jak na przykład: tlenoterapia, żywienie dojelitowe, rehabilitacja domowa, leczenie ran, dializoterapia w warunkach domowych. Obecnie proponuje się prowadzenie opieki deinstytucjonalizacji w różnych formach, takich jak: lokalne centra opieki domowej, interdyscyplinarny zespół opieki środowiskowej, zakład opiekuńczo-leczniczy czy zakład pielęgnacyjno-opiekuńczy.

Jednocześnie zapis programowy RPO WSL 2014-2020, dotyczący możliwości uzyskania dofinansowania jedynie przez te przedsięwzięcia z zakresu zintegrowanych form opieki środowiskowej, które opierają się na istniejącej infrastrukturze z

wykorzystaniem bazy łóżkowej danej jednostki (przy czym podmiot realizujący projekt dofinansowany ze środków unijnych powinien zagwarantować finansowanie świadczonych usług w ramach interwencji w publicznym systemie ochrony zdrowia), oznacza, że beneficjentami mogą zostać przede wszystkim szpitale (ze względu na konieczność zapewnienia niezbędnej kadry – przede wszystkim te, które prowadzą oddziały geriatryczne) oraz jednostki już świadczące opiekę i świadczenia medyczne dla osób starszych i niepełnosprawnych, takie jak zakłady opiekuńczo-lecznicze (ZOL) i zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze (ZPO). Realizowane w nich usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze są finansowane z NFZ w zakresie: świadczeń udzielanych przez lekarza, pielęgniarkę, badań diagnostycznych, rehabilitacji ogólnej (w podstawowym zakresie prowadzoną w celu zmniejszenia skutków upośledzenia ruchowego oraz usprawnienia ruchowego), świadczeń psychologa, terapii zajęciowej, leczenia farmakologicznego, leczenia dietetycznego, zaopatrzenia w wyroby medyczne, edukację zdrowotną polegającą na przygotowaniu pacjenta i jego rodziny do samoopieki i samopielęgnacji w warunkach domowych. Jest to więc zbieżne z działaniami rekomendowanymi do realizacji w ramach opieki koordynowanej, wymienionymi powyżej. Warunkiem niezbędnym w ramach realizacji tego typu projektów ze środków RPO WSL 2014-2020 (ze względu na wyłączenie z zakresu wsparcia opieki stacjonarnej długoterminowej) jest tu jednak poszerzenie zakresu działalności tych placówek o oddziały opieki dziennej, przewidujące również działania na rzecz wspomagania przejścia podopiecznych do samodzielności (np. w formie udzielenia specjalistycznej diagnostyki i poradnictwa geriatrycznego, którego zalecenia mogłyby być realizowane dalej w ramach opieki w domu pacjenta). Zgodnie z wynikami niniejszego badania²⁵², jest to więc obszar, w którym sytuuje się możliwość tworzenia większej liczby miejsc, w których możliwe będzie zwiększenie dostępności usług zdrowotnych dla osób starszych, w związku z dynamiką starzenia się populacji województwa śląskiego i wzrastającym zapotrzebowaniem na te świadczenia. Ze względu na warunek niezbędny do realizacji projektów z obszaru zdrowia w ramach RPO WSL 2014-2020, jakim jest udzielanie tych świadczeń ze środków publicznych (kontrakt z NFZ), placówki ubiegające się o realizację tego typu projektów, powinny zagwarantować już na etapie aplikowania o środki Programu podpisanie kontraktu z NFZ na realizację tych świadczeń, z uwzględnieniem niezbędnego zwiększenia tych kwot w związku z przewidywanym projektem zwiększeniem ich liczby.

Jednocześnie ze względu na wysokie wymagania co do budynków, pomieszczeń i zatrudnionej kadry, jakie spełniać muszą te placówki w celu świadczenia kompleksowej opieki, ze względu na opisane we wcześniejszych rozdziałach obecne braki infrastrukturalne i kadrowe szpitali powiatowych, a także POZ i AOS, wskazane byłoby więc udzielanie wsparcia na inwestycje w modernizację infrastruktury i zakup specjalistycznego sprzętu medycznego tym placówkom, które zadeklarowałyby utworzenie w ich strukturach tego typu ośrodków. Ze względu na braki kadrowe w zakresie lekarzy specjalistów, niezbędnych w przypadku osób z kompleksowymi schorzeniami, placówki takie mogłyby być powoływane w partnerstwie (na przykład szpitala oraz POZ i AOS), co jest na terenie województwa śląskiego ułatwione istniejącymi powiązaniami w zakresie współpracy w ramach diagnostyki i leczenia pacjentów (opisana wyżej współpraca sieciowa), jak również działalnością we wspólnej lokalizacji (wspólne budynki) lub powiązania strukturą własności i administrowania tymi placówkami. Jednocześnie należy podkreślić, że realizacja projektów obejmujących kompleksowe działania dotyczące deinstytucjonalizacji i opieki koordynowanej, wskazane w dokumencie *Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi*²⁵³ leży poza możliwościami i kompetencjami samych podmiotów sektora zdrowia i wymaga zaangażowania zarówno systemu opieki społecznej (pracowników socjalnych, MOPS/GOPS), jak i jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opracowywania (lokalnych) planów działania związanych z przejściem do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności oraz prowadzenie działań mających ułatwić koordynację między sektorami i stworzenie zintegrowanej sieci usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (w tym usług profilaktycznych i wsparcia dla rodzin). Zaangażowanie to mogłoby mieć formę wspólnej realizacji projektów tego typu ze środków RPO WSL w formule partnerskiej, gdzie liderem (ze względu na konieczność zapewnienia niezbędnej infrastruktury i kadry medycznej) byłby podmiot sektora zdrowia (szpital, ZOL, ZPO, ewentualnie – POZ), wspierany w zakresie możliwości objęcia opieką osób starszych i niesamodzielnych przez JST, która dysponuje możliwościami zorganizowania sieci przekazywania informacji o potencjalnych podopiecznych (np. osób korzystających ze świadczeń opieki społecznej lub nieskutecznie ubiegających się o dofinansowanie pobytu w placówce stacjonarnej typu ZOL, ZOP, DPS) i możliwościami w zakresie skoordynowania współpracy pomiędzy sektorami zdrowia i opieki społecznej. Tego typu rozwiązanie (tj. realizacja projektów tego typu w partnerstwie), powinna być premiowana w konkursach RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia w celu zwiększenia dostępności usług zdrowotnych dla osób starszych z kompleksowymi schorzeniami specyficznymi dla ich wieku.

Współpraca sieciowa placówek ochrony zdrowia²⁵⁴

W związku z założeniami dotyczącymi deinstytucjonalizacji opieki zdrowotnej, zwłaszcza w kontekście potrzeb regionu w zakresie zapewnienia opieki poszpitalnej pacjentom wymagającym rehabilitacji medycznej, środowiskowej opieki dla osób z zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza młodzieży i dzieci), a przede wszystkim wyzwaniom związanych z zapewnieniem opieki osobom starszym w kontekście dynamicznie rosnącej liczby osób po 65 r.ż. w regionie, tworzenie różnego typu form opieki środowiskowej jest

²⁵² Przede wszystkim jeśli chodzi o zidentyfikowane w badaniu ankietowym szpitale wojewódzkich i powiatowych zainteresowanie realizacją takich działań, jak również w związku z przedstawionymi w rozdz. 4.4. danymi statystycznymi na temat niecałkowitego wykorzystania istniejących zasobów łóżek w szpitalach ogólnych oraz kwot dofinansowania NFZ świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych.

²⁵³ „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r., http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/05/Toolkit_Polish-version.pdf

²⁵⁴ Ze względu na ograniczoną liczbę stron raportu końcowego w tym miejscu przytoczono jedynie główne ustalenia z analizy możliwości współpracy sieciowej placówek ochrony zdrowia w województwie śląskim, całość analizy przeniesiono do Załącznika nr 5 niniejszego raportu.

uzasadnionym kierunkiem wsparcia w ramach PI 9a RPO WSL 2014-2020. Placówki i inne ośrodki tego typu, w szczególności sposób wymagają działań skoordynowanych, przede wszystkim – współpracy różnego typu placówek działających w sektorze zdrowia.

Współpraca jednostek systemu opieki zdrowotnej i wykorzystanie w tym zakresie istniejących powiązań sieciowych jest zgodne z wizją systemu ochrony zdrowia w 2020²⁵⁵ formułowaną w dokumentach krajowych; wizja ta przewiduje nie tylko jego utrzymanie w dotychczasowym kształcie, ale również wzmocnienie roli lekarza POZ jako kierującego (tzw. *gatekeeper*) procesem leczenia i opieki nad pacjentem, ale przewiduje również - tworzenie większych struktur świadczeniodawców stopniowo integrujących POZ i AOS z leczeniem szpitalnym (opieka koordynowana); zgodnie z tą wizją system ten powinien posiadać nowoczesną infrastrukturę dostosowaną do rzeczywistych potrzeb zdrowotnych na poziomie kraju i regionu oraz wykorzystywać innowacyjne rozwiązania i technologie medyczne. W związku z obecnymi brakami rozwiązań prawnych, instytucjonalnych i scentralizowanym systemem finansowania opieki zdrowotnej w Polsce, pełne wykorzystanie rozwiązań opieki koordynowanej, stosowanych w innych krajach (Stany Zjednoczone, Wielka Brytania, Irlandia) nie jest obecnie możliwe²⁵⁶, lecz jako pożądany kierunek zmian wymaga wzmocnienia istniejących powiązań między poszczególnymi elementami systemu ochrony zdrowia (POZ, AOS, szpitale, dostawcy usług, ubezpieczyciele). Jak świadczą wyniki dotychczasowych analiz na temat systemu opieki koordynowanej²⁵⁷, w największej mierze do jej rozwoju przyczynia się gromadzenie kompleksowej informacji o pacjentach i dostawcach usług medycznych (w formie informatyzacji placówek i tworzenia rozwiązań z zakresu telemedycyny) oraz przestrzenna bliskość i dostępność specjalistycznych usług medycznych; w tym zakresie szczególnie należy podkreślić rolę współpracy sieciowej podmiotów sektora medycznego, przy czym – jak świadczą wyniki niniejszej analizy²⁵⁸, województwo śląskie dysponuje potencjałem w tym zakresie, ze względu na już istniejącą sieć powiązań nieformalnych pomiędzy POZ, AOS, szpitalami i jednostkami badawczo-rozwojowymi (przede wszystkim – ośrodkami akademickimi). Ich wykorzystanie będzie możliwe w zakresie tworzenia podstaw organizacji opieki koordynowanej do polepszenia jakości i efektywności dostawy publicznych usług zdrowotnych²⁵⁹ – w ramach RPO WSL 2014-2020 możliwe byłoby wzmocnienie istniejących sieci współpracy, przede wszystkim poprzez premiowanie w ogłaszanych konkursach na realizację projektów w obszarze zdrowia projektów realizowanych w formule partnerskiej – w badaniu ankietowym przedstawicieli placówek opieki zdrowotnej w województwie śląskim możliwości pozyskiwania środków w ramach RPO WSL 2014-2020 w partnerstwie z innymi jednostkami aż 39% badanych jednostek pozytywnie oceniło propozycję. Jest to obszar swoistej wartości dodanej – realizacja kompleksowych projektów w partnerstwie (np. POZ i AOS, AOS i szpitale), przewidujących zarówno realizację wspólnych działań infrastrukturalnych (np. informatyzacja), prowadzenia programu zdrowotnego w powiązaniu z poszerzeniem liczby i zakresu usług (np. z wykorzystaniem wspólnie zakupionego sprzętu medycznego) Należy więc przypuszczać, iż na bazie istniejących powiązań sieciowych pomiędzy tymi podmiotami, możliwe byłoby zarówno podejmowanie przez nie działań związanych z deinstytucjonalizacją opieki zdrowotnej, jak i wspólne pozyskiwanie środków na ten cel w ramach projektów RPO WSL 2014-2020.

5. ZAPROJEKTOWANIE SYSTEMU WDRAŻANIA W RAMACH PI 9a RPO WSL 2014-2020

W poniższym rozdziale zaproponowano rozwiązania, które powinny zostać zapewnione w ramach systemu oceny i wyboru oraz wdrażania projektów w obszarze zdrowia ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a oraz zweryfikowano ewentualne potrzeby zapewnienia komplementarności ze wsparciem EFS w tym zakresie. Do opracowania tych zagadnień wykorzystano również wnioski z doświadczeń z realizacji projektów Osi Priorytetowej IX *Zdrowie i rekreacja* Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 obejmujące działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu.

5.1. Wsparcie w ramach RPO WSL 2007-2013

W ramach Osi Priorytetowej IX *Zdrowie i rekreacja* Regionalnego Programu Operacyjnego na lata 2007-2013 realizowane były działania zmierzające do poprawy stanu zdrowia mieszkańców regionu, m.in. poprzez podnoszenie jakości infrastruktury lecznictwa zamkniętego i otwartego obejmujące modernizację obiektów związanych z infrastrukturą ochrony zdrowia, dostosowanie ich do wymogów i regulacji krajowych oraz wyposażenie ich w odpowiedni sprzęt. Ponadto dofinansowywane były także projekty związane z informatyzacją obiektów dotyczące budowy kompleksowych systemów zarządzania. Celem inwestycji w obszarze ochrony zdrowia była między innymi poprawa jakości i dostępności świadczeń zdrowotnych, a nie powiększanie zasobów strukturalnych sektora. Zakup nowego sprzętu w ramach jednostki miał na celu poprawę jakości i/lub dostępności usług medycznych poprzez umożliwienie obsługi większej ilości pacjentów w krótszym czasie. Wzrost jakości badań medycznych mógł być zapewniony dzięki wymianie sprzętu na nowy.

²⁵⁵ *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*. Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2014.

²⁵⁶ Por. Kowalska K., Kalbarczyk W. P. *Koordynowana opieka zdrowotna. Doświadczenia międzynarodowe, propozycje dla Polski*. Wyd. Ernst&Young, Warszawa 2013.

²⁵⁷ Ibidem.

²⁵⁸ W ramach badania ankietowego szpitali powiatowych i wojewódzkich w województwie śląskim, aż 91% z nich zadeklarowało, iż współpracuje z innymi jednostkami z sektora ochrony zdrowia, przede wszystkim z innymi, podobnymi placówkami, oraz z ośrodkami akademickimi i naukowo-badawczymi (przede wszystkim - Śląskim Uniwersytetem Medycznym), por. wyniki badania ankietowego CATI z 600 POZ i AOS oraz CAWI ze szpitalami wojewódzkimi i powiatowymi.

²⁵⁹ pilotaż różnego typu rozwiązań i innowacji organizacyjnych, procesowych i technologicznych jest przewidziany w dokumentach krajowych dla obszaru zdrowia (przede wszystkim w *Policy paper dla ochrony zdrowia na lata 2014-2020*) do realizacji na poziomie centralnym (krajowym).

W ramach Działania 9.1 *Infrastruktura leczenia zamkniętego* i Działania 9.2 *Infrastruktura leczenia otwartego* dofinansowane były projekty dotyczące m.in.:

- przebudowy, rozbudowy i remontu obiektów oraz pomieszczeń infrastruktury ochrony zdrowia (sale i bloki operacyjne oraz sale i bloki diagnostyczne, pracownie i gabinety lekarskie w przypadku leczenia zamkniętego oraz gabinety diagnostyczne, diagnostyczno-zabiegowe, gabinety lekarskie i pielęgniarskie, pracownie, punkty ambulatoryjne w przypadku leczenia otwartego) wraz z zakupem niezbędnego wyposażenia, oraz dostosowanie ich do wymogów prawnych, przede wszystkim Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 listopada 2006 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej;
- modernizacji sprzętu medycznego, zakupu nowej aparatury medycznej oraz prac remontowych wynikających z konieczności dostosowania pomieszczeń do użytkowania zakupionego sprzętu;
- informatyzacji ZOZ-ów, polegające na zakupie i wdrożeniu systemów poprawiających zarządzanie ochroną zdrowia i jakość usług medycznych.

W ramach działania 9.1 oraz 9.2 warunkowo dopuszczono dofinansowanie takich inwestycji jak wymiana instalacji grzewczej i źródła ciepła oraz termomodernizacja i termoizolacja budynku dostosowanie obiektu do przepisów przeciwpożarowych, dostosowanie obiektu do potrzeb osób niepełnosprawnych, wymiana lub remont dźwigów osobowych i towarowych W ramach działania 9.1 i 9.2 możliwa była także rozbudowa budynku jednostki ochrony zdrowia pod warunkiem, że nie prowadziło to do rozbudowy sektora tj. sytuacji wiązałyby się to ze stworzeniem nowych miejsc (łóżek), oddziałów, itp.

Minimalny udział środków UE w wydatkach kwalifikowalnych na poziomie projektu wynosił 20%. W przypadku działania 9.2 maksymalna wysokość dofinansowania została określona na wysokość 3 000 000 zł.

Projekty i rezultaty Działania 9.1 i 9.2 RPO WSL 2007-2013

W ramach Działania 9.1 *Infrastruktura leczenia zamkniętego* RPO WSL 2007-2013 przeprowadzono 3 konkursy, w których wsparcie otrzymały placówki należące w 91% do grupy publicznych ośrodków opieki zdrowotnej, natomiast pozostałe to spółki prawa handlowego (np. cywilne, z ograniczoną odpowiedzialnością, jawne). Głównymi beneficjentami w ramach Działania 9.1 były szpitale (powiatowe, wojewódzkie, miejskie i rejonowe), a w jednym konkursie - placówki leczenia uzdrowiskowego. W ramach osi priorytetowej ok. 87% inwestycji dotyczyło zakupu nowego sprzętu, 41% wymiany zużytego sprzętu.

W ramach Działania 9.2 *Infrastruktura leczenia otwartego* RPO WSL 2007-2013 wsparcie otrzymały publiczne i niepubliczne ośrodki pomocy zdrowotnej (ok. 50%), głównymi beneficjentami w ramach Działania 9.2 były przychodnie, a także ośrodki zdrowia, zakłady stomatologiczne i ambulatoria. W ramach tego Działania ok. 91% inwestycji dotyczyło zakupu nowego sprzętu, a 46% wymiany zużytego sprzętu.

Analizując łącznie działania 9.1 i 9.2, 61% inwestycji zostało zrealizowanych przez publiczne zakłady opieki zdrowotnej, natomiast 36% przez niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej. Biorąc pod uwagę działania realizowane w ramach osi priorytetowych zarówno 9.1 i 9.2, 1/3 ośrodków, które uzyskały dofinansowanie stanowiły szpitale (w tym szpitale powiatowe stanowiły 18%, szpitale wojewódzkie 8%, a szpitale miejskie 5%). Drugą najliczniejszą grupą były przychodnie, które stanowiły ponad 11% beneficjentów, następnie ośrodki zdrowia (10%), zakłady stomatologiczne (9%) i ambulatoria (blisko 5%). Ogółem 89% inwestycji w ramach obu działań łącznie dotyczyły inwestycji związanych z zakupem nowego sprzętu, a 45% wymiany zużytego sprzętu.

Podczas programowania finansowania w ramach RPO na lata 2007-2013 zidentyfikowano priorytetowe potrzeby zdrowotne populacji województwa śląskiego. Dotyczyły one 3 grup chorób, a mianowicie: chorób układu krążenia, nowotworów oraz chorób cywilizacyjnych. Podczas realizacji projektów w ramach RPO WSL 2007-2013 zakupiono różnego rodzaju aparaturę medyczną, związaną z tak określonymi priorytetowymi potrzebami (grupami chorób) mieszkańców województwa, wśród których wyróżnić należy przede wszystkim:

- aparaturę związaną z kardiologią (szczególnie kardiologią inwazyjną): specjalistyczna aparatura USG do diagnostyki serca, respiratory, aparaty Holtera i EKG, pompy infuzyjne, defibrylatory, kardiostymulatory;
- aparaturę związaną z leczeniem i diagnostyką chorób nowotworowych: aparaty RTG, CT, MRI, mammografy, kolposkopy, endoskopy, gamma kamery oraz aparaturę laboratoryjną, anestezjologiczną i chirurgiczną;
- aparaturę związaną z leczeniem i diagnostyką chorób cywilizacyjnych (do których zalicza się szeroką grupę schorzeń): aparaturę do diagnostyki obrazowej i aparaturę endoskopową oraz inkubatory niemowlęce, respiratory dla dzieci, litotryptor, densytometr, różnego typu sprzęt rehabilitacyjny.

Spośród wyżej wymienionych, dominującą grupą wśród aparatury zakupionej w ramach RPO WSL 2007-2013 stanowiła aparatura diagnostyczna, która ma kluczowe znaczenie dla profilaktyki i diagnozowania chorób układu krążenia, nowotworów, chorób układu oddechowego i chorób zawodowych. Jednocześnie należy podkreślić, iż zakupiona ze środków RPO WSL 2007-2013 aparatura diagnostyczna, może być wykorzystywana w różnorodnym spektrum chorób i w ten sposób odpowiada na potrzeby szerokiego grona pacjentów.

Analiza rozmieszczenia realizacji projektów RPO WSL 2007-2013 prowadzi do wniosków, że inwestycje w sprzęt medyczny miały miejsce praktycznie na terenie całego województwa śląskiego. Największą liczbę inwestycji odnotowano w Częstochowie i Bielsku-Białej. Najbardziej równomiernie rozłożyły się zakupy sprzętu diagnostycznego, a także sprzętu noworodkowego, do ratowania życia i operacyjnego. Natomiast jeśli chodzi o sprzęt okulistyczny i rehabilitacyjny obserwuje się wyraźną koncentrację inwestycji we wschodniej i północno-wschodniej części województwa. Nierównomierne było także rozłożenie inwestycji

dotyczących zakupu sprzętu stomatologicznego – jedynie 1 projekt został zrealizowany w tym zakresie w południowej części województwa. Generalnie, większość projektów Działania 9.1 i 9.2 została zrealizowana w subregionie centralnym, co wynika zarówno z dużego nasycenia ludności (aż 61% populacji województwa) jak i największej liczby instytucji ochrony zdrowia zlokalizowanych na tym terenie, a więc było dostosowane w zakresie rozkładu terytorialnego (subregionów województwa śląskiego) do istniejących w regionie potrzeb i potencjału placówek.

Badanie ewaluacyjne tych projektów²⁶⁰, dotyczące wpływu zakupu sprzętu medycznego w ramach zrealizowanych projektów RPO WSL 2007-2013 na zwiększenie dostępności i poprawę jakości usług medycznych w województwie śląskim wskazują, że aż 70% inwestycji w całkowitym stopniu zwiększyło liczbę zrealizowanych badań i terapii, poszerzając tym samym katalog realizowanych świadczeń, a 25% inwestycji osiągnęła taki efekt jedynie częściowo. Katalog usług został poszerzony szczególnie w przypadku takich placówek jak: szpitale (głównie rejonowe i powiatowe), ambulatoria i zakłady stomatologiczne oraz przychodnie i ośrodki zdrowia. Ze względu na to, że wspomniane wyżej badanie zostało zrealizowane przed zakończeniem perspektywy programowania środków 2007-2013, w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego ponownie przeanalizowano skuteczność i efektywność tych projektów wraz z efektem trwałości działań (szczegółowe wyniki analizy zamieszczono w załączniku nr 2 do niniejszego raportu). Zrealizowana na potrzeby niniejszego badania analiza skuteczności, efektywności i trwałości projektów, zrealizowanych w ramach Działania 9.1 oraz 9.2 RPO WSL 2007-2013 (w ramach priorytetu „Zdrowie i rekreacja”, którego celem była poprawa stanu zdrowia mieszkańców regionu), została przeprowadzona na podstawie wniosków o dofinansowanie i o płatność i pozwoliła na wnioskowanie co do poprawności i skuteczności systemu wdrażania w ramach RPO WSL 2007-2013, stanowiąc przesłankę do zaprojektowania systemu wdrażania w ramach RPO WSL 2014-2020 w tym zakresie.

5.2. Rozwiązania w ramach systemu oceny i wyboru oraz wdrażania projektów w ramach PI 9a RPO WSL 2014-2020

Wsparcie w ramach RPO WSL 2014-2020

Działania realizowane w ramach Osi Priorytetowej X *Rewitalizacja oraz infrastruktura społeczna i zdrowotna* ukierunkowane są na ułatwienie dostępu do usług społecznych i zdrowotnych. Celem szczegółowym działań realizowanych w ramach tej Osi Priorytetowej RPO WSL 2014-2020, Priorytet Inwestycyjny 9a *Infrastruktura ochrony zdrowia* jest zwiększenie dostępności i jakości świadczeń medycznych. Wskaźnikiem rezultatu bezpośredniego jest liczba ludności objętej ulepszonymi usługami zdrowotnymi, natomiast do wskaźników produktu zalicza się: liczbę wspartych podmiotów leczniczych (obligatoryjny) oraz nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (obligatoryjny).

W ramach działania 10.1 RPO WSL 2014-2020²⁶¹, dofinansowane mogą zostać projekty inwestycyjne ukierunkowane na poprawę jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia²⁶², polegające na przeprowadzaniu prac remontowo – budowlanych niezbędnych z punktu widzenia udzielania świadczeń zdrowotnych (wraz z dostosowaniem infrastruktury do potrzeb osób starszych i niepełnosprawnych, zakupie aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia, w tym także oprogramowania i sprzętu IT (jako element projektu nie przekraczający 10% kosztów kwalifikowanych). Ponadto zgodnie ze wskazaniami zawartymi w *Policy Paper*, projekty dofinansowane w ramach działania 10.1 mają dotyczyć wyłącznie:

- grup chorób, które zostały zidentyfikowane jako istotne przyczyny dezaktywacji zawodowej (choroby układu krążenia, nowotworowe, układu kostno-stawowo-mięśniowego, układu oddechowego, choroby psychiczne);
- obszaru świadczeń opieki geriatrycznej;
- dziedzin medycyny, ukierunkowanych na opiekę nad matką i dzieckiem (położnictwo i ginekologia, neonatologia, pediatria, kardiologia i kardiochirurgia dziecięca, chirurgia dziecięca, neurologia dziecięca, psychiatria dziecięca, hematologia i onkologia dziecięca);
- specyficznych grup chorobowych istotnych dla regionu, wynikających z przeprowadzonej diagnozy sytuacji demograficzno-epidemiologicznej.

Charakter usług świadczonych przez POZ pozwala na dofinansowanie projektów inwestycyjnych tego świadczeniodawcy w zakresie wszystkich problemów zdrowotnych dorosłych i dzieci rozwiązywanych w ramach świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, przy czym powinny one przyczyniać się do rozwoju opieki koordynowanej, z uwzględnieniem zintegrowanych form opieki środowiskowej²⁶³. W pierwszej kolejności dofinansowane zostaną te projekty, dzięki którym możliwe jest przeniesienie usług wymagających hospitalizacji na rzecz podstawowej opieki zdrowotnej i ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, jak również te, które wspierają rozwój opieki skoordynowanej.

O dofinansowanie w ramach Osi Priorytetowej 10.1 mogą ubiegać się:

²⁶⁰ Badanie ewaluacyjne pt. *Wpływ inwestycji w sprzęt medyczny w ramach RPO WSL na poprawę jakości i zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych na terenie województwa śląskiego*. CASE-Doradcy na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Śląskiego. Katowice 2010.

²⁶¹ zgodnie z Krajowymi strategicznymi ramami polityki w obszarze ochrony zdrowia *Policy Paper – Ministerstwo Zdrowia*, Warszawa 2014.

²⁶² Dofinansowane mogą zostać jedynie te przedsięwzięcia, które opierają się na istniejącej infrastrukturze z wykorzystaniem bazy łóżkowej danej jednostki. Podmiot realizujący projekt dofinansowany ze środków unijnych powinien zagwarantować finansowanie świadczonych usług w ramach interwencji w publicznym systemie ochrony zdrowia.

²⁶³ Ponadto dopuszczenie projektu uwarunkowane jest dostosowaniem inwestycji do deficytów i potrzeb z uwzględnieniem sytuacji demograficznej i epidemiologicznej i do faktycznego zapotrzebowania i dostępności infrastruktury ochrony zdrowia na danym obszarze z wykorzystaniem map potrzeb zdrowotnych.

- podmioty wykonujące działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, posiadające osobowość prawną lub zdolność prawną, udzielające świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- jednostki samorządu terytorialnego, ich związki i stowarzyszenia.

W przypadku podmiotów nadzorowanych przez jednostki sektora finansów publicznych aplikować mogą jedynie te podmioty lecznicze, których podmiotem tworzącym są jednostki samorządu terytorialnego, z wyłączeniem Państwowego Ratownictwa Medycznego (wyłączenie to nie dotyczy szpitali ponadregionalnych posiadających w swoich strukturach oddziały geriatryczne).

Maksymalna wartość wydatków kwalifikowalnych projektu złożonego do dofinansowania nie może przekroczyć 50 mln EUR. Maksymalny poziom dofinansowania UE wydatków kwalifikowanych na poziomie projektu oraz maksymalny poziom dofinansowania całkowitego wydatków kwalifikowalnych na poziomie projektu (środki UE + ewentualne współfinansowanie z budżetu państwa lub innych źródeł przyznawane beneficjentowi przez właściwą instytucję) wynosi 85%.

Alokacja finansowa PI 9a

W osi priorytetowej X „Rewitalizacja oraz infrastruktura społeczna i zdrowotna” w obszarze zdrowia zdefiniowano dwa działania: 10.1 „Infrastruktura ochrony zdrowia”, 10.2 „Rozwój mieszkalnictwa socjalnego, wspomagane i chronione oraz infrastruktury usług społecznych”, które należą do priorytetu inwestycyjnego (PI) 9a, tzn. „inwestycje w infrastrukturę zdrowotną i społeczną, które przyczyniają się do rozwoju krajowego, regionalnego i lokalnego, zmniejszania nierówności w zakresie stanu zdrowia, promowanie włączenia społecznego poprzez lepszy dostęp do usług społecznych, kulturalnych i rekreacyjnych, oraz przejścia z usług instytucjonalnych kulturalnych i rekreacyjnych na usługi poziomie społeczności lokalnych”, posiadającego dwa cele szczegółowe:

1. lepsza dostępność i efektywność systemu ochrony zdrowia,
2. lepszy dostęp do usług społecznych dla osób wykluczonych lub zagrożonych wykluczeniem.

W obszarze zdrowia mieszczą się projekty inwestycyjne ukierunkowane na poprawę jakości i dostępności do świadczeń ochrony zdrowia, polegające na pracach remontowo – budowlanych, zakupie aparatury, sprzętu medycznego i wyposażenia. Wskaźniki Działania 10.1, w którym mieszczą się te inicjatywy zebrano w tabeli (poniżej):

Tab 15 Wskaźniki PI 9a i Działania 10.1 [źródło: opracowanie własne na podstawie SZOOP RPO WSL 2014-2020]

Lp	Działanie	Cel szczegółowy	Typ wskaźnika	Wskaźnik	Wartość bazowa 2013	Wartość docelowa 2023
1		1	rezultat bezpośredni	Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej	3,391×10 ⁷	4,232×10 ⁷
2		1	produkt	Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi		736400
3	10.1	1	produkt	Liczba wspartych podmiotów leczniczych		78
4	10.1		produkt	Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (obligatoryjny)		98 594 997,20 zł

Z kolei kwoty alokacji środków pieniężnych z dofinansowania UE w ramach Działania 10.1 RPO 2014-2020 w obszarze zdrowia w PI 9a zestawiono w tabeli poniżej:

Tab 16 Alokacja środków w PI 9a w obszarze zdrowia [źródło: opracowanie własne na podstawie SZOOP RPO WSL 2014-2020]

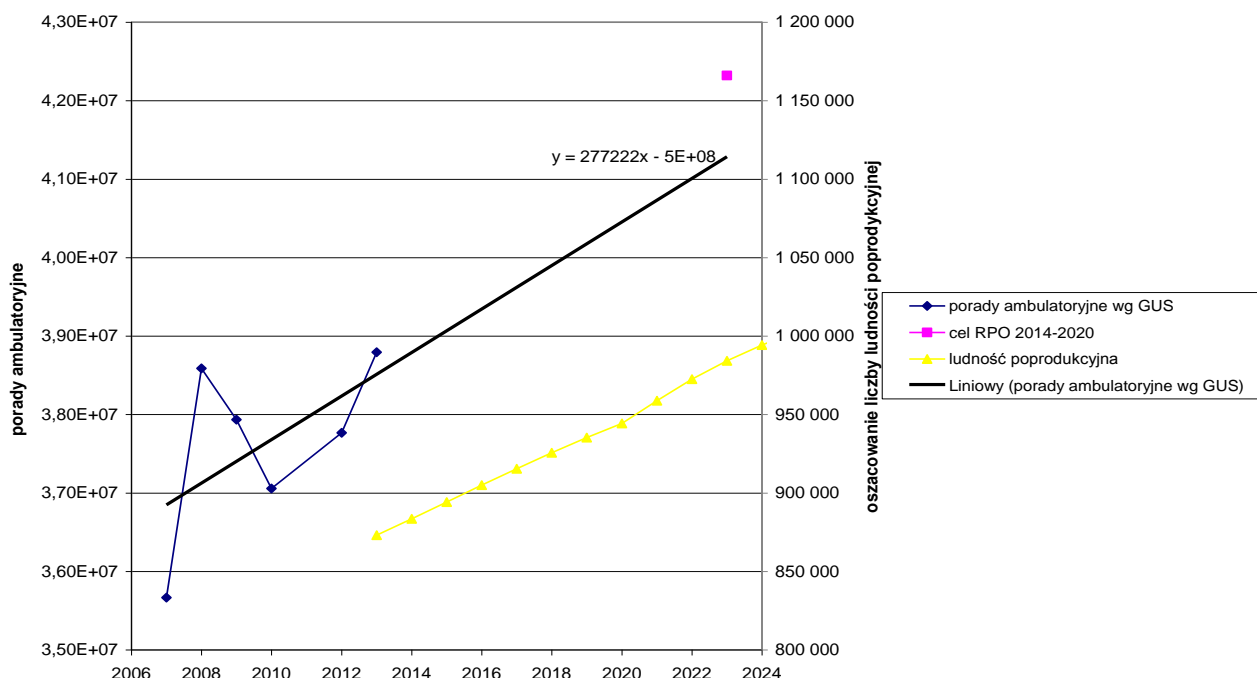
Działanie	Kwota UE [euro]	Oszacowanie kwoty UE [zł]	Minimalny wkład własny [zł]	Razem [zł]
10.1	63610853	254443412	38166511,80	292609923,80

Jeśli chodzi o Działanie 10.1. odnośnie wskaźnika *Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej* zakłada się, że wzrost liczby porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej wyniesie 8410000, czyli 841000 rocznie. Ten wynik może być trudno do osiągnięcia, gdyż w okresie 2007-2013 w ramach programu RPO 2007-2013 wzrósł jedynie o 205700, czyli o 34283 rocznie, tzn. o ponad rząd razy mniej niż planuje się w programie RPO 2014-2020. W obu programach przeznaczono na tego typu działania kwotę tego samego rzędu (w RPO 2007-2013 – Działanie 9.1 i 9.2: 57759000 euro i więcej o 10,13% w RPO 2014-2020 - Działanie 10.1: 63610853 euro). Trudno więc oczekiwać tak znaczącego wzrostu liczby porad ambulatoryjnych, zakładając nawet efekt kumulacji możliwości oferowania porad ambulatoryjnych z wykorzystaniem potencjału uzyskane w programie RPO 2007-2013. Potwierdza to wykres poniżej, na którym zaznaczono liczbę porad ambulatoryjnych według GUS, prognozy ich liczby na bazie tych danych historycznych oraz docelową liczbę porad ambulatoryjnych, która ma zostać uzyskana w ramach programu RPO 2014-2020. Widać, że w roku 2023 można nie uzyskać zakładanego celu. Z drugiej strony zgodnie z prognozami GUS²⁶⁴ będzie rosła liczba osób w wieku poprodukcyjnym, co oznacza, że będzie rósł popyt na usługi medyczne. Może to zatem prowadzić do zintensyfikowania się liczby osób z problemami zdrowotnymi w porównaniu z

²⁶⁴ „Prognoza ludności na lata 2014-2050”, GUS 2014 („Ludność według płci i funkcjonalnych grup wieku, stan w dniu 31.XII”)

programem RPO w poprzednim horyzoncie czasowym. Warto jednak dodać, że przy tak dużym wzroście liczby świadczeń w postaci porad ambulatoryjnych proponowany przydział funduszu jest dużo mniejszy niż w poprzednim horyzoncie czasowym w programie RPO 2007-2013, gdyż wtedy na jedno świadczenie przypadało 1123,17 zł, zaś w obecnym programie RPO 2014-2020 — jedynie 43,22 zł. Wzrost liczby świadczeń może więc odbić się na ich jakości.

Rys 67 Prognoza wzrostu liczby porad ambulatoryjnych oraz liczby ludności w wieku poprodukcyjnym oraz docelowa liczba porad ambulatoryjnych w ramach programu RPO 2014-2020 [Źródło: opracowanie własne na podst. "Prognoza ludności na lata 2014-2050", GUS 2014]



W programie RPO 2007-2013 udało się wesprzeć 150 i 170 ośrodków (odpowiednio w 2013 i 2015r.), w których przeprowadzono prace remontowe/ modernizacyjne lub zakupiono/ zmodernizowano sprzęt medyczny. Analogiczny wskaźnik – *Liczba wspartych podmiotów*, w programie RPO 2014-2020 do osiągnięcia jest na ponad dwukrotnie mniejszy przy porównywanym budżecie. Uzyskanie tej liczby podmiotów leczniczych, którym udzielono wsparcia z tego programu RPO, jest więc realne.

W ramach programu RPO 2007-2013 pozyskano 1842 szt. sprzętu medycznego za średnią cenę 347790 zł/szt. Wydano na ten cel ok. 104635133 zł. Jest to więc kwota, która nawet powiększona o 20% (tzn. 125562159,60) ze względu na wzrost cen i kupowanie nowocześniejszego i bardziej specjalistycznego sprzętu, mieści się w przyjętym budżecie. Jest więc szansa uzyskać wskaźnik *Nakłady inwestycyjne na zakup aparatury medycznej (obligatoryjny)* na podobnym poziomie jak w programie RPO 2007-2013.

Z kolei odnośnie wskaźnika *Ludność objęta ulepszonymi usługami zdrowotnymi*, to:

- skupiając się tylko na korzyściach wynikających z zakupionego sprzętu medycznego (pomija się projekty remontowo-budowlane),
- zakładając pesymistycznie, że uda się zakupić jedynie połowę sprzętu medycznego w stosunku do analogicznej liczby sztuk sprzętu medycznego w RPO 2007-2013 — tzn. tylko 921 szt.,
- przyjmując możliwość zrealizowania na tym sprzęcie czterech badań dziennie (liczba ta zależy znacząco od warunków kontraktów z NFZ),
- licząc każde badanie jako odrębną poradę ambulatoryjną (dla jednego pacjenta),

to w okresie 2014-2023 udało by się udzielić porad (diagnostycznych, leczniczych, rehabilitacyjnych) dla 8104800 osób, zatem więcej niż wartość omawianego wskaźnika przyjęta w RPO 2014-2020. Podsumowując powyższe, można obecnie uznać, iż alokacja RPO WSL w PI 9a w obszarze zdrowia jest adekwatna do osiągnięcia wskaźników na założonym poziomie.

System wyboru projektów w ramach RPO WSL 2014-2020

Zgodnie z założeniami systemu wdrażania RPO WSL 2014-2020, ocena złożonych wniosków o dofinansowanie przebiega w sposób dwuetapowy: ocenę formalną (w ramach oceny formalnej weryfikowane jest w sposób 0/1 spełnianie przez wnioskodawców kryteriów dostępu zgodnie z Załącznikiem nr 3 do SzOOP RPO WSL 2014-2020 dla projektów wdrażanych przez Wydział FR UM WSL) oraz ocenę merytoryczną, uwzględniającą poniższe kryteria, rekomendowane przez Komitet Sterujący. Ponadto należy podkreślić, że dla zapewnienia efektywnego wyboru przedsięwzięć najbardziej skutecznych w odniesieniu do zidentyfikowanych

w regionie istotnych problemów zdrowotnych, stosowanie wskazanych przez Komitet Sterujący kryteriów w procedurze wyboru i oceny projektów RPO WSL 2014-2020 powinno być zgodne z podejściem analizy wielokryterialnej²⁶⁵. Przyjęte w tym zakresie kryteria ponadto powinna cechować rozłączność, precyzyjność, obiektywność, mierzalność, spójność i brak sprzeczności. W tym celu przede wszystkim do każdego kryterium powinien przypisany zostać przedział punktowy, a w przypadku kryteriów jednoznacznie rozłącznych – punkty 0/1 (tak/nie). Przyjęte może również zostać (np. w przypadku dużego zainteresowania wnioskodawców tym samym konkursem/działaniem) stosowanie zbliżonej skali punktowej dla różnych kryteriów, gdzie istotność poszczególnych z nich jest podkreślana wagą, co stanowi dodatkowo o przejrzystości wszystkich kryteriów. Dla kryteriów merytorycznych może to się odbywać za pomocą stałej skali punktowej (np. 1-5), gdzie każdy punkt jest opisany i opatrzony wagą (np. również w skali 1-5).

Komitet Sterujący przedstawił rekomendowane kryteria wyboru projektów dla Instytucji Zarządzających i Pośredniczących, realizujących wsparcie w obszarze zdrowia. Kryteria te są zgodne z tzw. *Guiding principles* tj. kierunkowymi zasadami wyboru projektów, uzgodnionymi z Komisją Europejską, mają więc charakter wiążący, choć każda Instytucja Zarządzająca dla Programu, będzie miała możliwość ich doprecyzowania w oparciu o własne potrzeby i doświadczenia. IZ oraz IP będą mogły również wybrać sposób opisu danego kryterium oraz przypisać różne wartości punktowe do poszczególnych części opisujących kryterium w celu różnicowania złożonych wniosków o dofinansowanie. Do decyzji IZ/IP należy również stwierdzenie czy dane kryterium będzie traktowane jako kryterium obligatoryjne lub fakultatywne oraz czy oceniane będą zerojedynkowo czy punktowo. Ponadto instytucje mogą dodać swój opis do podanych niżej kryteriów oraz mogą dodawać swoje kryteria (np. specyficzne dla poszczególnych Działów Programu). Poniższa tabela prezentuje zbiorczo rekomendowane kryteria, wraz z propozycjami odpowiadających im wskaźników.

²⁶⁵ Skulimowski A. (red.) *Metody wielokryterialnego wyboru i konstrukcji rankingów uwzględniających cele regionalne związane z realizacją Narodowej Strategii Spójności*, MRR, 2009.

Tab 17 Rekomendowane kryteria [Źródło: materiały przekazane przez UM WSL]

Kryterium	Opis kryterium
<p>Preferowane będą projekty promujące przejście od opieki instytucjonalnej do środowiskowej zgodnie z „Ogólnoeuropejskimi wytycznymi dotyczącymi przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności” oraz z „Programem Przeciwdziałania Ubóstwu i Wykluczeniu Społecznemu 2020”</p> <p>Zgodnie dokumentem „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”²⁶⁶:</p> <p>Wstępna lista działań w ramach programów operacyjnych EFS (<i>wybrane działania dot. obszaru zdrowia</i>) – działania dotyczące wszystkich grup użytkowników:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ocena potrzeb, w tym indywidualna ocena potrzeb i życzeń każdego dziecka lub osoby dorosłej uwzględnionej w planach przejścia; - opracowanie (lokalnych) planów działania związanych z przejściem do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności, w tym planów indywidualnej opieki/wsparcia i przygotowania dla każdego dziecka lub osoby dorosłej uwzględnionej w planach; - działania mające ułatwić koordynację między sektorami oraz zarządzanie procesem przejścia do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności; - stworzenie zintegrowanej sieci usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (w tym usług profilaktycznych i wsparcia dla rodzin); - poprawa jakości istniejących usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności i zwiększenie ich wydajności; - poprawa dostępu do podstawowych usług (w szczególności opieki zdrowotnej itp.); - szkolenie personelu i opracowywanie programów szkoleń dla pracowników świadczących usługi podstawowe na poziomie lokalnych społeczności; - opracowanie strategii komunikacyjnej służącej podniesieniu społecznej świadomości w zakresie prawa do niezależnego życia w społeczeństwie; - działania podnoszące świadomość skierowane do osób potrzebujących wsparcia i zagrożonych wykluczeniem społecznym lub dotkniętych wykluczeniem społecznym, służące informowaniu o przysługujących im prawach (przy zapewnieniu przystępnej formy dostarczanych informacji); - działania służące ułatwieniu zaangażowania ze strony użytkowników. <p>Wstępna lista działań w ramach programów operacyjnych EFRR²⁶⁷ Działania dotyczące wszystkich grup użytkowników:</p> <ul style="list-style-type: none"> - rozwój i adaptacja infrastruktury zdrowotnej służącej świadczeniu usług na poziomie lokalnych społeczności; - poprawa jakości i wydajności istniejącej infrastruktury świadczenia usług na poziomie 	<p>W celu wypełnienia tego kryterium wnioski o dofinansowanie musi zawierać co najmniej jeden wskaźnik z wymienionych poniżej (Zgodnie dokumentem „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”²⁶⁸):</p> <p>Przykładowe wskaźniki produktu EFS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - liczba przeprowadzonych ocen indywidualnych; - liczba opracowanych i wdrożonych indywidualnych planów opieki/wsparcia; - liczba opracowanych i wdrożonych indywidualnych programów przygotowawczych wspierających przejście; - liczba osób, które opuściły zakłady opieki; - liczba osób korzystających z usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności; - liczba nowo powstałych usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności; - liczba nowych dostępnych podstawowych usług; - liczba wspieranych dotychczasowych usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności; - liczba zakładów opieki długoterminowej, które zamknięto; - liczba pracowników, których przeszkolono lub przekwalifikowano do świadczenia usług na poziomie lokalnych społeczności bądź podstawowych; - liczba działań ułatwiających zaangażowanie użytkowników usług w ich planowanie, świadczenie i ocenę; - liczba działań podnoszących świadomość, które służą zaradzeniu stygmatyzacji i uprzedzeniom; <p>Przykładowe wskaźniki rezultatu EFS:</p> <ul style="list-style-type: none"> - wzrost zasięgu usług w społeczności; - wzrost odsetka osób opuszczających zakłady opieki; - spadek odsetka nowych przyjęć do zakładów; - wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, które mają dostęp do podstawowych usług; - wzrost poziomu regulacji jakości usług; - wzrost odsetka personelu przeszkolonego w świadczeniu usług na poziomie lokalnych społeczności i podstawowych; - wzrost odsetka użytkowników usług aktywnie zaangażowanych w planowanie, świadczenie i ocenę usług; - wzrost odsetka ludzi świadomych swoich praw, w tym prawa do życia w społeczeństwie; <p>Wskaźniki produktu EFRR:</p> <ul style="list-style-type: none"> - liczba lokali przeznaczonych do niezależnego życia w społeczności; - liczba lokali przeznaczonych do życia wspieranego w społeczności; - liczba nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności; - spadek liczby miejsc w zakładach; - liczba zakładów opieki długoterminowej, które zamknięto; - liczba zaadaptowanych podstawowych usług;

²⁶⁶ „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r., http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/05/Toolkit_Polish-version.pdf, s. 31-35;

²⁶⁷ „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r., http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/05/Toolkit_Polish-version.pdf

²⁶⁸ „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r., http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/05/Toolkit_Polish-version.pdf, s. 31-35;

lokalnych społeczności; - plany dotyczące przyszłości infrastruktury zakładów (budynków i zasobów materialnych), pod warunkiem, że zostanie ona wykorzystana do innych celów niezwiązanych ze stacjonarną opieką nad jakąkolwiek grupą; - plany powinny przewidywać realny i logiczny sposób wykorzystania budynków i nie powinny zostać zatwierdzone, jeżeli koszty inwestycji w budynki przewyższają korzyści; - budowa mieszkań dostępnych dla osób niepełnosprawnych w obrębie społeczności; - budowa wspieranych mieszkań zintegrowanych ze społecznością; - adaptacje mieszkań.	- liczba zaadaptowanych mieszkań. Wskaźniki rezultatu EFRR: - wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, aby żyć w społeczeństwie, które mają dostęp do zwykłych mieszkań w obrębie społeczności (życie niezależne lub wspierane); - wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, które mają dostęp do podstawowych usług; - spadek odsetka miejsc w zakładach; - spadek odsetka przyjęć do zakładów; - wzrost odsetka osób niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością, które mają dostęp do powszechnych systemów opieki zdrowotnej, w tym: - wzrost odsetka dzieci niepełnosprawnych lub zagrożonych niepełnosprawnością, które mają dostęp do powszechnych systemów opieki zdrowotnej dla matki i dziecka; - spadek wskaźników zachorowalności i umieralności osób (w szczególności dzieci) niepełnosprawnych w systemie.
Preferencyjnie traktowane będą projekty wspierające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, jak również wspierające rozwój opieki koordynowanej, z uwzględnieniem środowiskowych form opieki	2.1 Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do przeniesienia usług wymagających hospitalizacji do POZ i AOS. 2.2 Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do wsparcia opieki koordynowanej z uwzględnieniem środowiskowej form opieki.
Promowane będą projekty efektywne kosztowo i realizowane przez podmioty, które wykazują największą efektywność finansową	3.1 Ocena efektywności finansowej podmiotu ²⁶⁹ 3.2 Efektywność kosztowa ²⁷⁰ .
Promowane będą projekty przewidujące działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych	4.1 Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do działań konsolidacyjnych. 4.2 Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do współpracy podmiotów leczniczych (oprócz konsolidacji)
Promowane będą projekty a także działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów	5.1 Restrukturyzacja przedmiotowa - dotyczy zmian w obszarze techniczno - technologicznym i asortymentowym 5.2 Dotychczasowa restrukturyzacja szpitala
Promowane będą projekty, które są komplementarne do innych projektów (również realizowanych we wcześniejszych okresach programowania)	6.1 Projekt wykazuje komplementarność co najmniej z jednym innym projektem. 6.2 Projekt wykazuje komplementarność z dwoma lub więcej innymi projektami.
Preferowane będą projekty realizujące bezpośrednio i w największym stopniu wskaźniki przyjęte dla ram i rezerwy wykonania.	7.1 Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika przyjętego dla ram i rezerwy wykonania. 7.2 Projekt zakłada osiągnięcie dwóch lub więcej wskaźników przyjętych dla ram i rezerwy wykonania.
Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.	Podmiot leczniczy udziela (w określonych przypadkach: będzie udzielać) świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem oddziału wojewódzkiego NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w adekwatnym dla projektu zakresie.
Projekt musi uwzględniać zasady horyzontalne wskazane w Umowie Partnerstwa.	Zgodnie z rozdziałem 1.5 Umowy Partnerstwa.

²⁷⁰ Zgodnie z projektem Wytycznych w zakresie zagadnień związanych z przygotowaniem projektów inwestycyjnych, w tym projektów generujących dochód i projektów hybrydowych na lata 2014-2020 – s. 45.

W ramach oceny formalnej, oprócz wspomnianych wyżej kryteriów dostępu (zgodnie z Załącznikiem nr 3 do SzOOP RPO WSL 2014-2020) dla wszystkich projektów wdrażanych przez Wydział FR UM WSL weryfikowane jest spełnianie Kryterium nr 9 z powyższej tabeli – *Projekt musi uwzględniać zasady horyzontalne wskazane w Umowie Partnerstwa* (podobnie jak w przypadku wszystkich kryteriów dostępu, niespełnienie tego warunku powoduje odrzucenie wniosku na etapie oceny formalnej). Ponadto w ramach oceny formalnej weryfikowane jest spełnianie kryterium: *Koszty i korzyści* – wnioskodawca zobowiązany jest dokonać wiarygodnej analizy kosztów i korzyści wynikających z realizacji projektu. Jeśli chodzi o wybór projektów z obszaru zdrowia, proponuje się by w tym zakresie przeformułować opis tego kryterium, wprowadzając *Regulaminem konkursu* zobowiązanie wnioskodawców do przedstawienia: a. oceny efektywności finansowej podmiotu; b. oceny efektywności kosztowej oraz c. wskaźnika realizacji popytu na świadczenia zdrowotne (tj. przedstawienia przez wnioskodawcę wskaźnika określającego wkład jednostki w zapewnienie wystarczającej ochrony zdrowia w ramach prowadzonej działalności operacyjnej – wskaźnik obrazujący faktyczne wykorzystanie zasobów jednostki określony w % jako stosunek: nadlimitów + przychody ze sprzedaży usług medycznych sfinansowanych przez NFZ/ Aktywa całkowite) – co odpowiada kryterium 3 – *Promowane będą projekty efektywne kosztowo i realizowane przez podmioty, które wykazują największą efektywność finansową* w powyższej tabeli; w tym wypadku uwzględnienie tego kryterium już na etapie oceny formalnej zminimalizuje ryzyko realizacji projektów nieopartych wnikliwą analizą finansową. Analiza kosztów i korzyści obejmująca powyższe, następnie powinna być weryfikowana na etapie oceny merytorycznej przez powołanych ekspertów. Proponuje się, by dla każdego projektu inwestycyjnego wnioskodawca, ubiegający się o wsparcie z funduszy unijnych, zobowiązany był również przygotować i przedstawić wraz z wnioskiem o dofinansowanie studium wykonalności, umożliwiające przeprowadzenie analizy i oceny projektu przez IZ RPO WSL oraz dokonanie identyfikacji, czy projekt jest projektem generującym dochód w myśl art. 61 rozporządzenia ogólnego, jak również określenie wysokości dofinansowania z EFRR. Metodologia opracowania studium wykonalności, zawierająca jego strukturę, zakres, a także sposób przeprowadzania analizy finansowo-ekonomicznej powinna zostać szczegółowo opisana w *Wytycznych do Studiów Wykonalności stanowiących załącznik do wniosku o dofinansowanie realizacji projektu z Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego WSL na lata 2014-2020*, stanowiących element udostępnianych wnioskodawcom dokumentacji konkursowych naboru projektów w obszarze zdrowia w ramach PI 9a.

Ponadto, ze względu na przyjęte założenia programowe, w systemie wyboru i oceny projektów w ramach RPO WSL 2014-2020, powinny być uwzględnione jako kryteria dostępu (ocenianie 0/1) kryterium 7 – *Preferowane będą projekty realizujące bezpośrednio i w największym stopniu wskaźniki przyjęte dla ram i rezerwy wykonania*, (poprzez weryfikację czy projekt zakłada osiągnięcie dwóch lub więcej wskaźników przyjętych dla ram i rezerwy wykonania) oraz Kryterium 8 z powyższej tabeli, tj. *Udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Jeśli chodzi o spełnianie Kryterium 8, ocena formalna opierać się będzie na weryfikacji przedstawienia na wraz z wnioskiem o dofinansowanie umowy z Wojewódzkim Oddziałem NFZ na realizację świadczeń, których dotyczy projekt, w ramach kontraktu wnioskodawcy. W tym zakresie źródłem danych może być wysokość podpisanego przez beneficjenta kontraktu z NFZ. Nieuwzględnienie tych kryteriów powinno skutkować odrzuceniem wniosku o dofinansowanie na etapie oceny formalnej.

Pozostałe kryteria, wymienione w powyższej tabeli powinny wchodzić w skład oceny merytorycznej projektów z obszaru zdrowia wdrażanych przez Wydział FR i być oceniane w sposób przedstawiony poniżej.

Ze względu na odmienną specyfikę projektów w obszarze zdrowia, związanych ze zidentyfikowanymi w ramach niniejszego badania ewaluacyjnego potrzebami regionalnymi w obszarze zdrowia w kontekście możliwości wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w ramach PI 9a przedsięwzięć mających na celu zwiększenie jakości specjalistycznych usług medycznych, odnoszących się do zidentyfikowanych obszarów deficytowych i służących dostosowaniu systemu ochrony zdrowia do zmieniających się trendów demograficznych, proponuje się przeprowadzenie naboru wniosków w ramach odrębnych konkursów dla projektów związanych z:

- a. deinstytucjonalizacją w obszarze opieki dla osób starszych, niepełnosprawnych i niesamodzielnych w formie poszerzenia oferty ZOL i ZOP, obecnie realizujących świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne oraz szpitali posiadających oddziały geriatryczne, o oddziały opieki dziennej. Zgodnie z założeniami RPO WSL 2014-2020, dofinansowane w tym zakresie mogą zostać jedynie te przedsięwzięcia, które opierają się na istniejącej infrastrukturze z wykorzystaniem bazy łóżkowej danej jednostki. Ponadto podmiot realizujący projekt dofinansowany ze środków unijnych powinien zagwarantować finansowanie świadczonych usług w ramach interwencji w publicznym systemie ochrony zdrowia (kontrakt z NFZ na świadczenia opiekuńcze i pielęgnacyjne i/lub leczenie geriatryczne);
- b. działaniami wspierającymi przeniesienie akcentów z usług medycznych podlegających obecnie hospitalizacji na rzecz świadczeń ambulatoryjnych, związanych z leczeniem i diagnostyką chorób stanowiących poważny problem zdrowotny w regionie, przede wszystkim ze względu na zidentyfikowany w niniejszym badaniu ewaluacyjnym potencjał placówek POZ i AOS w zakresie udzielania poza warunkami szpitalnymi usług medycznych z zakresu rehabilitacji leczniczej (kardiologicznej, układu ruchu, układu oddechowego), leczenia cukrzycy oraz usług medycznych dla pacjentów onkologicznych (przede wszystkim: biopsje, diagnostyka z wykorzystaniem tomografów komputerowych oraz mammografów, radioterapia i chemioterapia - pod warunkiem zapewnienia odpowiedniej infrastruktury i specjalistycznego sprzętu medycznego oraz kontroli jakości prowadzonej diagnostyki).

Wydzielenie odrębnej puli środków finansowych w ramach oddzielnego konkursu na projekty związane z deinstytucjonalizacją opieki nad osobami starszymi, zwłaszcza z kompleksowymi schorzeniami typowymi dla tej grupy wiekowej oraz z chorobami przewlekłymi (prowadzącymi często do niepełnosprawności), powinno przyczynić się do osiągnięcia wskaźników Programu przede wszystkim jeśli chodzi o liczbę wspartych podmiotów leczniczych z uwagi na zdiagnozowane w ramach niniejszego badania zainteresowanie śląskich placówek realizacją tego typu projektów. Przeprowadzenie odrębnego naboru na tego typu projekty, umożliwi zróżnicowanie opisu sposobu spełniania (zgodnie z proponowanym opisem poniżej) Kryterium 1 z powyższej tabeli, tj. *Preferencyjnie traktowane będą projekty wspierające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, jak również wspierające rozwój opieki koordynowanej, z uwzględnieniem środowiskowych form opieki*. Jak zakłada się w powyższych rekomendacjach do kryteriów wyboru projektów, w celu wypełnienia tego kryterium wnioski o dofinansowanie musi zawierać co najmniej jeden wskaźnik z wymienionych w dokumencie *Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi*²⁷¹. Proponuje się ocenę spełniania tego kryterium w sposób punktowy w skali 1-3, gdyż ze względu na specyfikę tak określonych projektów, ukierunkowanych na opiekę ambulatoryjną osób starszych, w sposób zależny od beneficjenta możliwa będzie realizacja jedynie następujących wskaźników produktu i rezultatu EFRR: - liczba nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (deklaracja wnioskodawcy co najmniej 1 takiego budynku); - wzrost zasięgu usług w społeczności (deklaracja wnioskodawcy objęcia usługami opiekuńczymi osób starszych w ramach więcej niż jednej gminy); - wzrost odsetka osób potrzebujących wsparcia, które mają dostęp do podstawowych usług (deklaracja wnioskodawcy objęcia usługami co najmniej 10 osób ponad obecną liczbę pacjentów/podopiecznych); - wzrost poziomu regulacji jakości usług (deklaracja wnioskodawcy co do prowadzenia monitorowania jakości poprzez ankietyzację zadowolenia pacjentów i członków ich rodzin); - spadek odsetka przyjęć do zakładów (deklaracja wnioskodawcy co do 10% spadku przyjęć pacjentów, którym świadczona jest opieka w formie długoterminowej stacjonarnej, o ile była świadczona przed rozpoczęciem realizacji projektu). W ramach oceny źródłem informacji na temat osiągnięcia zakładanego wskaźnika będzie baza KSI, a w ramach procedury oceny i wyboru projektów - deklaracja wnioskodawcy, gdzie: realizacja jednego z tych wskaźników odpowiada 1 punktowi, 2 – wskaźników – 2 punktom, 3 i więcej wskaźników – 3 punktom.

W przypadku deinstytucjonalizacji pozostałych usług medycznych (drugi z proponowanych typów projektów), proponuje się ocenę spełniania tego kryterium w sposób 0/1, gdyż ze względu na specyfikę tak określonych projektów, ukierunkowanych na opiekę ambulatoryjną osób starszych, w sposób zależny od beneficjenta możliwa będzie realizacja jedynie następujących wskaźników produktu i rezultatu EFRR: - liczba nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (deklaracja wnioskodawcy co najmniej 1 takiego budynku); - wzrost zasięgu usług w społeczności (deklaracja wnioskodawcy objęcia usługami medycznymi w ramach więcej niż jednej gminy); - wzrost poziomu regulacji jakości usług (deklaracja wnioskodawcy co do wprowadzenia w placówce certyfikatu zarządzania jakością w sektorze ochrony zdrowia zgodny z ISO 9001²⁷²; posiadanie tego certyfikatu jest również dodatkowo punktowane przez NFZ, w ramach procesu ofertowania i kontraktowania, przez co uwzględnienie tego wymogu powinno przełożyć się na zapewnienie przez te placówki finansowania świadczeń ze środków publicznych). W ramach oceny źródłem informacji na temat osiągnięcia zakładanego wskaźnika będzie baza KSI, a w ramach procedury oceny i wyboru projektów - deklaracja wnioskodawcy co do liczby i sposobu zagwarantowania ww. wskaźników EFR i EFS.

Jeśli chodzi o proponowaną procedurę wyboru obydwu typów projektów w ramach odrębnych konkursów, możliwe będzie także zróżnicowanie sposobu spełniania Kryterium 2 *Preferencyjnie traktowane będą projekty wspierające przeniesienie akcentów z usług wymagających hospitalizacji na rzecz POZ i AOS, jak również wspierające rozwój opieki koordynowanej, z uwzględnieniem środowiskowych form opieki*. Jeśli chodzi o wybór projektów dotyczących deinstytucjonalizacji opieki dla osób starszych, niesamodzielnych i niepełnosprawnych, w ramach oceny merytorycznej weryfikowane powinno być wskazanie przez wnioskodawcę, iż *Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do wsparcia opieki koordynowanej z uwzględnieniem środowiskowej form opieki*. ze względu na fakt, iż ze specyfiki tych projektów wynika, że wskaźniki wsparcia dla opieki koordynowanej byłyby takie same jak w przypadku spełniania kryterium 1, w tym miejscu należałoby zastosować ocenę 0/1 przeprowadzaną (przez ekspertów, dokonujących oceny merytorycznej wniosków) przed oceną spełniania Kryterium 1. Oznacza to, że w przypadku nieuwzględnienia przez wnioskodawcę żadnego z ww. wskaźników, wniosek zarówno w Kryterium 1 i 2 otrzymałby 0 pkt.

Z kolei, jeśli chodzi o wybór projektów dotyczących deinstytucjonalizacji pozostałych usług zdrowotnych, proponuje się ocenę spełniania Kryterium 2 poprzez ocenę czy *Projekt zakłada osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do przeniesienia usług wymagających hospitalizacji do POZ i AOS*. W tym zakresie proponuje się wykorzystanie wyników niniejszego badania ewaluacyjnego i dostosowanie sposobu oceny tego kryterium do specyficznych jednostek chorobowych, wskazanych w

²⁷¹ „Wykorzystanie funduszy Unii Europejskiej w celu przejścia od opieki instytucjonalnej do opieki świadczonej na poziomie lokalnych społeczności – zestaw narzędzi”, Europejska Grupa Ekspertów ds. Przejścia od Opieki Instytucjonalnej do Opieki Świadczonej na Poziomie Lokalnych Społeczności, listopad 2012 r., http://deinstitutionalisationguide.eu/wp-content/uploads/2013/05/Toolkit_Polish-version.pdf, s. 31-35;

²⁷² <http://www.isodlamedycyny.pl/news.html> [data dostępu: 01.12.2015]

rozd. 4.2 jako stanowiące poważny problem zdrowotny w regionie. Ocena ta miałaby charakter punktowy w skali 1-5, gdyż ze względu na specyfikę tak określonych projektów, możliwa będzie realizacja oprócz wskaźników produktu i rezultatu EFRR: - liczba nowych lub zaadaptowanych budynków przeznaczonych na cele usług świadczonych na poziomie lokalnych społeczności (deklaracja wnioskodawcy co najmniej 1 takiego budynku); - wzrostu poziomu regulacji jakości usług (zobowiązanie wnioskodawcy co do wdrożenia w placówce co najmniej certyfikatu zarządzania jakością w sektorze ochrony zdrowia zgodny z ISO 9001), także dodatkowych wskaźników ukierunkowujących podniesienie jakości i liczby udzielanych świadczeń na istotne problemy zdrowotne mieszkańców regionu. I tak, premiowane dodatkowymi punktami mogłoby być zaplanowanie w projekcie zwiększenia liczby świadczeń (kontraktowanych ze środków publicznych NFZ) z obszaru: diagnostyki i leczenia nowotworów złośliwych - raka piersi i szyjki macicy, nowotworów tchawicy, płuc i oskrzeli oraz żołądka, okrężnicy, odbytu, złączy jelit i odbytu (zwłaszcza - poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru diagnostyki onkologicznej oraz wsparcie inwestycji w modernizację infrastruktury placówek i zakupu sprzętu wykorzystywanego w radioterapii); leczenia diabetologicznego; opieki nad matką i dzieckiem w zakresie przeprowadzania badań prenatalnych (w związku z wysoką umieralnością noworodków ze względu na niską wagę urodzeniową oraz stany okołoporodowe) i opieki ambulatoryjnej z zakresu neonatologii i perinatologii; leczenie i rehabilitację medyczną z zakresu pulmonologii (szczególnie przewlekłych chorób płuc i gruźlicy), schorzeń układu ruchu na skutek urazów i wypadków przy pracy oraz choroby niedokrwiennej serca. W ramach oceny źródłem informacji na temat osiągnięcia zakładanego wskaźnika będzie baza KSI oraz umowa z Wojewódzkim Oddziałem NFZ na realizację tych świadczeń w ramach kontraktu wnioskodawcy, a w ramach procedury oceny i wyboru projektów zaplanowanie poprawy jakości i dostępności usług medycznych w każdym z tych obszarów –premiowanie uzyskaniem dodatkowo 1 punktu. Uzyskanie dodatkowych punktów w tym kryterium możliwe powinno być także dla projektów przewidujących jednoczesne wdrażanie programów wczesnej profilaktyki i programów zdrowotnych ukierunkowanych na każdy z tych obszarów (po 1 dodatkowym punkcie – wg deklaracji wnioskodawcy weryfikowanej w ramach bazy KSI poprzez liczbę osób, które zostały objęte tymi programami).

Jak świadczą wyniki badania, przeprowadzone z placówkami POZ i AOS, istnieje po stronie tych podmiotów potencjał do realizacji działań służących deinstytucjonalizacji i przeniesieniu usług wymagających obecnie hospitalizacji do POZ i AOS, jednak zapewnienie optymalnego wykorzystania wspartej w ramach projektów infrastruktury i sprzętu medycznego, wymagałoby będzie zaangażowania kilku takich podmiotów, a sprzyjać temu może przede wszystkim realizowanie projektów w partnerstwie tych placówek. Z tego względu spełnianie Kryterium 4, dotyczącego: *Promowania projektów przewidujących działania konsolidacyjne i inne formy współpracy podmiotów leczniczych*, powinno odpowiadać wymogowi realizacji projektów w partnerstwie (w ten sposób projekty powinny zakładać osiągnięcie co najmniej jednego wskaźnika odnoszącego się do współpracy podmiotów leczniczych oprócz konsolidacji). Kryterium to oceniane powinno być zarówno na etapie oceny formalnej (w sposób zero-jedynkowy, w którym utworzenie tego typu partnerstwa stanowić będzie kryterium dostępu, oceniane już na etapie formalnej oceny wniosków o dofinansowanie i konieczne będzie załączenie do niego umowy, porozumienia lub innego dokumentu, zawartego między liderem i partnerami), ale także na etapie oceny merytorycznej, podczas której oceniane będzie dodatkowo czy umowa ta/porozumienie dotyczące partnerstwa została zawarta przez podmioty, których udział jest uzasadniony z punktu widzenia efektów projektu i przewiduje co najmniej: udostępnienie przez inny podmiot zasobów ludzkich, technicznych i organizacyjnych do realizacji projektu; zaangażowaniu kapitału prywatnego w realizację projektu; współpracy opartej na porozumieniu/umowie przewidującej oddanie infrastruktury powstałej w wyniku realizacji projektu w zarządzanie jednej ze stron; wspólnego zakupu towarów lub usług od innych podmiotów. Uwzględnienie co najmniej jednego z powyższych zapisów w załączonej umowie/porozumieniu o partnerstwie powinny być dodatkowo premiowane 1 punktem, gdyż dodatkowo sprzyjać będzie optymalizacji wykorzystania zasobów infrastrukturalnych i sprzętowych placówek opieki zdrowotnej.

Ze względu natomiast na zidentyfikowane w ramach badania znaczne potrzeby inwestycyjne w zakresie budynków i sprzętu szpitali powiatowych i wojewódzkich, stanowią przesłankę do premiowania ich w procedurze ubiegania się o środki RPO WSL 2014-2020 pod warunkiem realizacji przez nie projektów dotyczących deinsytucjonalizacji opieki nad osobami starszymi, jak również przeniesienia części usług związanych z istotnymi problemami zdrowotnymi regionu (zgodnie z opisem dotyczącym spełniania Kryterium 2 powyżej), świadczonych w warunkach hospitalizacji do prowadzonych przez nie poradni przyszpitalnych (POZ i AOS). W tym zakresie procedura wyboru projektów powinna odnosić się do kryterium 5, tj. *Promowane będą projekty, a także działania w zakresie reorganizacji i restrukturyzacji wewnątrz podmiotów leczniczych, w celu maksymalizacji wykorzystania infrastruktury, w tym sąsiadującej, oraz stopnia jej dostosowania do istniejących deficytów*. Spełnianie tego kryterium powinno być oceniane w sposób 0/1 poprzez weryfikację ekspercką dokumentów potwierdzających przeprowadzenie w placówce restrukturyzacji, w tym: restrukturyzacji przedmiotowej dotyczącej zmian w obszarze techniczno - technologicznym i asortymentowym. Przedstawienie tego typu dokumentacji, powinno skutkować uzyskaniem dodatkowego punktu w ocenie merytorycznej wniosku o dofinansowanie, niemniej ze względu na konieczność zapewnienia szerokiego dostępu do możliwości ubiegania się o środki RPO WSL 2014-2020 i możliwość występowania znacznych potrzeb w szpitalach, które nie zostały objęte restrukturyzacją, kryterium temu powinna zostać przypisana mniejsza waga punktowa (3).

Wnioski z kontroli NIK²⁷³ dotyczące wystąpienia sytuacji, w której potencjał ludzki oraz sprzęt, zakupiony m.in. ze środków RPO WSL 2007-2013 nie jest w pełni wykorzystywany²⁷⁴, zwracają uwagę na celowość uwzględnienia w procedurze oceny i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach PI 9a także Kryterium 6, tj. *Komplementarności z innymi, wcześniej zrealizowanymi projektami wnioskodawcy*, co umożliwiłoby optymalizację wykorzystania już posiadanej infrastruktury i sprzętu. Komplementarność ta w ramach oceny merytorycznej projektów powinna być oceniana jako jego powiązanie z projektami już zrealizowanymi, będącymi w trakcie realizacji lub zaakceptowanymi do realizacji, gdzie punkty powinny być przyznawane wg podziału: 2 pkt. – jeśli projekt wykorzystuje w całości rozwiązanie (np. wyremontowane pomieszczenia, budynki, zakupiony sprzęt, służący do świadczenia usług medycznych), 1 pkt. – jeśli wnioskodawca zadeklaruje komplementarność z projektami zrealizowanymi w ciągu ostatnich 5 lat poprzedzających rok złożenia wniosku i 1 pkt. – jeśli wnioskodawca zadeklaruje komplementarność z równolegle realizowanymi projektami/z projektami zaakceptowanymi do realizacji, tj. mającymi zapewnione finansowanie. Przykładem takich komplementarnych powiązań, byłaby równoległa lub poprzedzająca w czasie realizacja przez projektodawcę programu zdrowotnego i/lub profilaktycznego dotyczącego podobnego obszaru problemów zdrowotnych mieszkańców regionu (np. w ramach Osi VII RPO WSL - Rynek pracy, PI 8vi). Realizacja tego typu programów przez wnioskodawców projektów w ramach PI 9a, mogłaby przyczynić się do zapewnienia komplementarności wewnętrznej projektów w ramach PI 9a, jako działań uzupełniających dla modernizacji infrastruktury i/lub zakupu sprzętu, wykorzystywanego do leczenia i/lub diagnostyki chorób stanowiących problem zdrowotny w regionie, zwłaszcza w przypadku: choroby niedokrwiennej serca, gruźlicy, cukrzycy czy schorzeń układu ruchu. Programy te ponadto uzupełnią działania w zakresie programów profilaktycznych, realizowanych na poziomie centralnym, w ramach środków EFS w Programie POWER, będą więc w stosunku do niego komplementarne. Podobnie komplementarna wobec projektów w obszarze zdrowia w ramach PI 9a, byłaby jednoczesna lub poprzedzająca w czasie realizacja projektu z zakresu e-zdrowia (w ramach Osi 2 RPO WSL – Cyfrowe Śląskie) – jak świadczą wyniki niniejszego badania tego typu kompleksowe działania będą szczególnie efektywne w odniesieniu do usług medycznych z zakresu kardiologii oraz diabetologii.

Jako dodatkowe kryterium merytoryczne w odniesieniu do RPO WSL 2014-2020 i POWER 2014-2020 w obszarze komplementarności za środkami EFS na poziomie krajowym, jest kształcenie kadr medycznych. Ze względu na obszar interwencji obydwu tych Programów oraz wskazaną pomiędzy nimi linię demarkacyjną nie jest możliwe współfinansowanie przedsięwzięć w tym obszarze, ze względu jednak na wskazane braki kadrowe lekarzy specjalistów w województwie śląskim²⁷⁵, warto byłoby rozważyć priorytetowe wsparcie zakupu specjalistycznego sprzętu medycznego w ramach konkursów na realizację projektów (dotyczących m.in. modernizacji placówek, zakupu specjalistycznego sprzętu) w ramach PI 9a dla placówek prowadzących w województwie śląskim szkolenie młodych kadr lekarskich (tzw. rezydentury) w zakresie dziedzin lekarskich związanych z leczeniem i diagnostyką chorób, stanowiących problem zdrowotny w regionie. Ze względu jednak na fakt, że trudno określić spodziewaną efektywność tego typu działań dla zainteresowania młodych lekarzy podjęciem specjalizacji w tych dziedzinach w regionie, wprowadzenie kryterium tego typu powinno mieć charakter dodatkowy i być stosowane jedynie w przypadku dużego zainteresowania placówek podobnego typu (specjalności) realizacją działań o analogicznym zakresie. W takim przypadku (np. ubiegania się wnioskodawców o zakup wysokospecjalistycznej aparatury lub sprzętu tego samego przeznaczenia (w odniesieniu do chorób stanowiących istotny problem zdrowotny w regionie), ocena wniosku o dofinansowanie powinna obejmować kryterium dodatkowe „Jednostka prowadząca szkolenie lekarzy specjalistów”, ocenianego w formie punktowej (zero-jedynkowej), gdzie prowadzenie przez Wnioskodawcę szkolenia na miejscach rezydenckich powinno być premiowane 1 punktem za każde miejsce rezydenckie co powinno być deklarowane przez beneficjenta we wniosku i potwierdzone aktualnym wpisem do rejestru jednostek prowadzących szkolenie.

Pozostałe kryteria, rekomendowane przez Komitet Sterujący wymienione w tabeli umieszczonej na początku tego podrozdziału (tj. Kryterium 3, 7, 8 i 9) powinny zostać uwzględnione na etapie oceny formalnej wniosku o dofinansowanie.

Biorąc pod uwagę tak określone kryteria wyboru projektów w obszarze zdrowia w ramach PI 9a RPO WSL 2014-2020 oraz możliwość osiągnięcia założonych wskaźników produktu i rezultatu, na podstawie wyników przeprowadzonego badania ewaluacyjnego należy uznać, że planowane w ramach PI 9a wsparcie w obszarze zdrowia w ramach RPO WSL 2014-2020 jest dobrze dostosowane do potrzeb zdrowotnych regionu, a planowane działania współfinansowane funduszami EFRR i EFS są wobec siebie komplementarne i nie istnieje dodatkowa potrzeba zapewnienia komplementarności pomiędzy poszczególnymi działaniami w ramach EFRR i EFS.

²⁷³ Por. Raport NIK Zakup i wykorzystywanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych. Informacja o wynikach kontroli, NIK, 2012.

²⁷⁴ Por. Raport NIK Zakup i wykorzystywanie aparatury medycznej współfinansowanej ze środków regionalnych programów operacyjnych. Informacja o wynikach kontroli, NIK, 2012.

²⁷⁵ Por. informacje pozyskane w ramach badania od konsultantów wojewódzkich w poszczególnych dziedzinach lekarskich powiązanych z grupami chorób stanowiącymi problem zdrowotny mieszkańców regionu oraz: Raport 2013. Śląski Urząd Wojewódzki, Wydział Nadzoru nad Systemem Opieki Zdrowotnej, Katowice 2014.

6. WNIOSKI I REKOMENDACJE

Poniżej przedstawiono podsumowanie badania w formie tabeli wniosków i rekomendacji.

Tab 18 Tabela wniosków i rekomendacji

Lp.	Wniosek	Rekomendacja powiązana z wnioskiem	Adresat rekomendacji	Sposób wdrożenia	Termin realizacji
Rekomendacje horyzontalne – nie wskazano rekomendacji horyzontalnych					
Rekomendacje kluczowe					
1.	W kontekście potrzeb regionu w zakresie zapewnienia opieki środowiskowej w formie otwartych placówek dziennych dla osób starszych i niepełnosprawnych, zwłaszcza z kompleksowymi i przewlekłymi schorzeniami, pożądanym kierunkiem wsparcia ze środków RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia jest deinstytucjonalizacja świadczeń opiekuńczych i pielęgnacyjnych świadczonych obecnie w formie długoterminowej stacjonarnej zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz opiekuńczo-pielęgnacyjnych. Usługi te mogłyby być realizowane w formie placówek lub oddziałów pobytu dziennego poprzez poszerzenie działalności ZOL i ZOP oraz przeniesienie na rzecz przyszpitalnych POZ i AOS części usług medycznych realizowanych na oddziałach geriatrycznych szpitali. (str. 104-105)	Przeznaczenie środków na wsparcie tych placówek, które w ramach aplikowania o środki RPO WSL 2014-2020 w różnych działaniach, przewidują jako cel główny lub dodatkowy utworzenie różnego typu form opieki środowiskowej dla osób starszych i niepełnosprawnych, zwłaszcza z kompleksowymi i przewlekłymi schorzeniami w formie placówek lub oddziałów pobytu dziennego.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przeznaczenie w ramach konkursów RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia odrębnej puli środków i ogłoszenie odrębnego konkursu na realizację projektów, które przewidują jako cel główny lub dodatkowy utworzenie różnego typu form opieki środowiskowej w formie placówek lub oddziałów pobytu dziennego dla osób starszych i niepełnosprawnych, zwłaszcza z kompleksowymi i przewlekłymi schorzeniami.	Okres programowania RPO WSL 2014-2020
2.	W ostatnich latach w szpitalach w województwie śląskim spadła liczba m.in. oddziałów pediatrii i neonatologii, co należy ocenić jako zagrożenie dla zapewnienia właściwej opieki zdrowotnej najmłodszej grupie pacjentów (np. noworodkom z niską wagą urodzeniową i wadami rozwojowymi), co jest problemem specyficznym i wymagającym dodatkowych interwencji, w związku z notowaną w regionie najwyższą w kraju umieralnością niemowląt, której przyczynami są stany okresu okołoporodowego, wady rozwojowe wrodzone, wcześniactwo oraz niska waga urodzeniowa. (str. 47, 58-59)	Uwzględnienie w kryteriach konkursowych w ramach wsparcia dla placówek opieki zdrowotnej preferencyjnego traktowania projektów dotyczących poszerzenia zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru perinatologii, neonatologii oraz diagnostyki wad rozwojowych wrodzonych, stanów okresu okołoporodowego oraz niskiej wagi urodzeniowej noworodków.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przyznawanie dodatkowych punktów w ramach procedury wyboru i oceny projektów z obszaru zdrowia dla wnioskodawców, którzy zadeklarują, jako cel główny lub dodatkowy, poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru perinatologii, neonatologii oraz diagnostyki wad rozwojowych wrodzonych, stanów okresu okołoporodowego oraz niskiej wagi urodzeniowej noworodków, a także służących podniesieniu dostępności badań prenatalnych - zgodnie z propozycją punktacji przedstawioną w rozdz. 5.2 (Kryterium przeniesienia usług wymagających hospitalizacji do POZ i AOS)	Okres programowania RPO WSL 2014-2020
3.	Ze względu na wskazanie niewystarczającego poziomu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w regionie z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz układu kostno-mięśniowo- stawowego, ważne będzie uwzględnienie w kryteriach konkursowych w ramach wsparcia dla placówek opieki zdrowotnej dodatkowych punktów dla placówek, które zadeklarują realizację kompleksowych projektów, obejmujących równoległe działania w zakresie poprawy infrastruktury, zakupu sprzętu i poszerzenia zakresu świadczeń o usługi dotyczące obszaru rehabilitacji medycznej (zwłaszcza kardiologicznej, układu kostno-szkieletowego, przewlekłych	Uwzględnienie w kryteriach konkursowych w ramach wsparcia dla placówek opieki zdrowotnej preferencyjnego traktowania projektów dotyczących poszerzenia zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru z zakresu rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej oraz układu kostno-mięśniowo- stawowego.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przyznawanie dodatkowych punktów w ramach procedury wyboru i oceny projektów z obszaru zdrowia dla wnioskodawców, którzy zadeklarują, jako cel główny lub dodatkowy, poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru rehabilitacji kardiologicznej, pulmonologicznej i układu kostno-mięśniowo-szkieletowego, zgodnie z propozycją punktacji przedstawioną w rozdz. 5.2 (Kryterium przeniesienia usług wymagających hospitalizacji do POZ i AOS)	Okres programowania RPO WSL 2014-2020

Raport końcowy

Badanie ewaluacyjne pt. Analiza sytuacji zdrowotnej, potrzeb infrastrukturalnych w województwie śląskim oraz założeń wdrażania i wyboru projektów z obszaru zdrowia w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

	chorób układu oddechowego). (str. 58,77)				
4.	Ze względu na wysokie współczynniki zapadalności oraz umieralności w regionie, ważnym problemem zdrowotnym w regionie, jest brak wystarczającej liczby miejsc na oddziałach diabetologicznych dla dorosłych, oraz brak oddziału diabetologicznego dla dzieci, co stanowi istotny czynnik ryzyka dla zapewnienia opieki wzrastającej grupie osób chorujących na cukrzycę w województwie śląskim, a także przyczynia się do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu cukrzycy w regionie. (str. 59)	Uwzględnienie w kryteriach konkursowych w ramach wsparcia dla placówek opieki zdrowotnej preferencyjnego traktowania projektów dotyczących poszerzenia zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru diabetologii dla dzieci, wsparcie inwestycji w modernizację infrastruktury placówek i zakupu sprzętu wykorzystywanego w leczeniu i diagnostyce diabetologicznej.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przyznawanie dodatkowych punktów w ramach procedury wyboru i oceny projektów z obszaru zdrowia dla wnioskodawców, którzy zadeklarują, jako cel główny lub dodatkowy, poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru diabetologii dla dorosłych i dzieci; wsparcie inwestycji w modernizację infrastruktury tych placówek, zgodnie z propozycją punktacji przedstawioną w rozdz. 5.2 (Kryterium kompleksowości projektu i przeniesienia usług wymagających hospitalizacji do POZ i AOS).	Okres programowania RPO WSL 2014-2020
5.	Ze względu na wysokie współczynniki zapadalności oraz umieralności w regionie na nowotwory złośliwe, ważną potrzebą zdrowotną mieszkańców regionu jest zapewnienie dostępności do wczesnej diagnostyki onkologicznej oraz terapii specjalistycznym sprzętem; jest to istotne ze względu na wciąż występujące długie kolejki oczekujących na radioterapię, co przyczyniać się może do wysokiego współczynnika śmiertelności z powodu nowotworów złośliwych w regionie. (str. 102)	Uwzględnienie w kryteriach konkursowych preferencyjnego traktowania projektów obejmujących poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru diagnostyki onkologicznej oraz wsparcie inwestycji w modernizację infrastruktury placówek i zakupu sprzętu wykorzystywanego w radioterapii onkologicznej.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przyznawanie dodatkowych punktów w ramach procedury wyboru i oceny projektów z obszaru zdrowia dla wnioskodawców, którzy zadeklarują, jako cel główny lub dodatkowy, poszerzenie zakresu świadczeń ambulatoryjnych o usługi z obszaru diagnostyki onkologicznej oraz wsparcie inwestycji w modernizację infrastruktury placówek i zakupu sprzętu wykorzystywanego w radioterapii onkologicznej, zgodnie z propozycją punktacji przedstawioną w rozdz. 5.2 (Kryterium przeniesienia usług wymagających hospitalizacji do POZ i AOS).	Okres programowania RPO WSL 2014-2020
6.	Najbardziej efektywne w obszarze zdrowia byłoby realizowanie kompleksowych (komplementarnych) projektów, obejmujących łącznie zmiany infrastrukturalne, zakup sprzętu oraz realizację programu zdrowotnego i/lub profilaktycznego przez beneficjenta. (str. 105, 115)	Uwzględnienie w kryteriach konkursowych w ramach wsparcia dla placówek opieki zdrowotnej preferencyjnego traktowania projektów o charakterze kompleksowym.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przyznawanie dodatkowych punktów w ramach procedury wyboru i oceny projektów z obszaru zdrowia dla wnioskodawców, którzy zadeklarują realizację kilku typów operacji, które są powiązane z innymi, realizowanymi obecnie lub w poprzedniej perspektywie programowania projektami ze środków UE, zgodnie z propozycją punktacji przedstawioną w rozdz. 5.2 (kryterium kompleksowości projektu).	Okres programowania RPO WSL 2014-2020
7.	Efektywne w obszarze zdrowia byłoby realizowanie projektów w formule partnerskiej, co sprzyjać będzie deinstytucjonalizacji i przygotowaniu systemu opieki zdrowotnej do działań z zakresu opieki koordynowanej, a także przysłużyć się do optymalizacji wykorzystania posiadanych zasobów infrastrukturalnych i sprzętowych. (str. 105, 116)	Uwzględnienie w kryteriach konkursowych w ramach wsparcia dla placówek opieki zdrowotnej preferencyjnego traktowania projektów o charakterze partnerskim.	UM WSL jako IZ dla RPO WSL 2014-2020	Przyznawanie dodatkowych punktów w ramach procedury oceny merytorycznej w ramach wyboru projektów z obszaru zdrowia dla wnioskodawców, którzy zadeklarują w umowach/porozumieniach dotyczących partnerstwa co najmniej: udostępnienie przez inny podmiot zasobów ludzkich, technicznych i organizacyjnych do realizacji projektu; zaangażowanie kapitału prywatnego w realizację projektu; współpracę opartą na porozumieniu/umowie przewidującej oddanie infrastruktury powstałej w wyniku realizacji projektu w zarządzanie jednej ze stron; wspólnego zakupu towarów lub usług od innych podmiotów - zgodnie z propozycją punktacji przedstawioną w rozdz. 5.2 (Kryterium partnerstwa)	Okres programowania RPO WSL 2014-2020

Rekomendacje operacyjne (dotyczące kwestii bieżącej realizacji Programu oraz usprawnień w jego obrębie, o charakterze technicznym) – ze względu na stan zaawansowania realizacji RPO WSL 2014-2020 w obszarze zdrowia PI 9a – nie wskazano rekomendacji operacyjnych

7. ZAŁĄCZNIKI – WZORY NARZĘDZI BADAWCZYCH ORAZ ŹRÓDŁA INFORMACJI WYKORZYSTANE W BADANIU

Ze względu na ograniczenia co do liczby stron niniejszego raportu, wzory narzędzi badawczych (kwestionariuszy ankiet, scenariuszy wywiadów indywidualnych i fokusowych) wraz ze szczegółowym opisem metodologii badania oraz lista źródeł informacji wykorzystanych w badaniu, znajdują się w Załączniku nr 1 do raportu. Podobnie - w Załączniku 2 zamieszczono wyniki jakościowej analizy wniosków o dofinansowanie i o płatność projektów Działania 9.1 i 9.2 RPO WSL 2007-2013 (metoda dodatkowa wykorzystana w badaniu), natomiast w Załączniku nr 3 przedstawiono szczegółowe dane dotyczące sytuacji oraz stanu zabezpieczenia opieki zdrowotnej w szpitalach specjalistycznych i ogólnych w województwie śląskim w zakresie diagnostyki i leczenia chorób, stanowiących specyficzny problem zdrowotny w regionie, wykorzystane w badaniu. W Załączniku nr 4 zamieszczono szczegółowe dane dotyczące zapadalności i umieralności mieszkańców na choroby, stanowiące specyficzny problem zdrowotny w regionie w powiatach województwa śląskiego (z uwzględnieniem kategorii płci). Ze względu na ograniczenia co do liczby stron części głównej niniejszego raportu do Załącznika nr 5 przeniesiono całość rozdziału dot. Analizy możliwości współpracy sieciowej placówek ochrony zdrowia w województwie śląskim, (dodatkowy obszar badawczy, zaproponowany przez Wykonawcę), w treści raportu pozostawiając jedynie główne wnioski z tej analizy (w rozdz. 4.4., 4.5. oraz 4.7.).